

**Universidad de Valparaíso  
Facultad de Ingeniería  
Escuela de Ingeniería Civil Industrial**



**Diseñar un Sistema de Control de Calidad para la mejora  
continua del proceso de Acreditación en el Sistema de Salud  
Abierta del Hospital de Quilpué**

por

**Paz Belén Garrido Becerra  
Nicolás Leonardo Grimaldos Galleguillos**

Trabajo de Título para optar al Grado de  
Licenciado en Ciencias de la Ingeniería y Título de  
Ingeniero Civil Industrial

Prof. Guía: Hugo Zuloaga

Diciembre, 2016

## Agradecimientos

*Quiero agradecer a Dios por permitir seguir el camino que escogí. A mi mamá infinitas gracias! Por estar siempre a mi lado. A mi amado Alonsito... Hijo mío, sin tu existencia, no hubiera tenido las fuerzas de salir adelante cada día. A mis amigas incondicionales que han estado en cada etapa de mi vida. Al Nico por ser mi partner en todo este proceso, el mejor compañero de Universidad que pude tener. Y aunque suene raro, me quiero agradecer, sí! a mí misma, porque ser mamá, estudiante, dueña de casa, amiga, etc, es difícil y pude lograrlo!*

*Gracias a todos*

*Paz Belén Garrido Becerra*

## Agradecimientos

*Agradezco primero que todo a mi familia, pilar fundamental de este proceso que me dio el ánimo y la fortaleza para terminar esta última etapa universitaria. También a mis amigos y seres queridos en general con los que he compartido tanto las penas como las alegrías y para finalizar a mi compañera de tesis por su paciencia y dedicación.*

*Nicolás Leonardo Grimaldos Galleguillos.*

# Índice

<b>Lista de Abreviaturas y Siglas .....</b>	<b>5</b>
<b>Tabla de Figuras .....</b>	<b>6</b>
<b>Lista de Tablas.....</b>	<b>9</b>
<b>1. Resumen .....</b>	<b>11</b>
<b>2. Introducción.....</b>	<b>12</b>
<b>2.1. Objetivos.....</b>	<b>13</b>
<b>2.2. Objetivo general .....</b>	<b>13</b>
<b>2.3. Objetivos específicos .....</b>	<b>13</b>
<b>Capítulo I : Descripción de la empresa .....</b>	<b>14</b>
I.1.- Antecedentes de la empresa.....	14
I.2.- Historia del Hospital .....	15
I.3.- Organigrama del Hospital de Quilpué.....	16
I.4.- Antecedentes generales.....	22
<b>Capítulo II : Descripción del problema .....</b>	<b>29</b>
II.1.- Proceso de atención abierta del Hospital de Quilpué .....	29
II.2.- Análisis de la situación actual.....	32
II.3.- Planteamiento del problema.....	34
<b>Capítulo III : Marco Teórico .....</b>	<b>36</b>
III.1.- Herramientas de análisis .....	36
III.2.- Herramientas de modelamiento.....	40
III.3.- Herramientas de medición de la calidad.....	43
III.4.- Herramientas de la calidad .....	47
III.5.- Otras herramientas de calidad .....	50
<b>Capítulo IV : Metodología.....</b>	<b>54</b>
Etapa 1: Planificación.....	54
Etapa 2: Recopilación de información .....	54
Etapa 3: Análisis .....	54

Etapa 4: Identificación del problema.....	55
Etapa 5: Diseño de soluciones .....	55
<b>Capítulo V : Aplicación de la metodología .....</b>	<b>57</b>
V.1.- Diagrama Ishikawa .....	57
V.2.- Diagnóstico.....	63
V.3.- Análisis Servqual .....	64
V.4.- Teoría de las restricciones o TOC.....	83
V.5.- Conclusión.....	93
V.6.-Sistema de diseño de un procedimiento médico (Vía clínica) .....	93
V.7.- Metodología ISO 9001:2000 .....	99
V.8.- Migrar a la plataforma virtual de sistema de información de redes asistencial (SIDRA) .....	103
V.9.- Situación actual representado en BPMN.....	113
V.10.- Propuesta de solución .....	120
<b>Conclusión .....</b>	<b>168</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>172</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>174</b>
Anexos 1: Norma Internacional ISO 9001:2000.....	174
Anexo 2: Extracto de Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud Decreto Supremo n° 15, de 2007, del Ministerio de Salud .....	177
Anexo 3: Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta.....	178
Anexo 4: Encuesta Servqual de Percepción.....	183
Anexo 5: Encuesta Servqual Expectativas .....	187

## **Lista de Abreviaturas y Siglas**

APS = Atención Primaria de Salud.

AUGE = Acceso Universal de Garantías Explícitas.

CAE = Consultorio de Especialidades.

BPM = Gestión de Procesos de Negocios.

BPMN = Business Process Model and Notation.

MINSAL = Ministerio de Salud.

OIRS = Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias.

RACI = Responsable, Accountable, Consulted, Informed.

SNS = Servicio Nacional de Salud.

TOC = Teoría de las restricciones.

UE = Unidad de Emergencias.

## Tabla de Figuras

Figura I.1: Organigrama General del Hospital de Quilpué.....	16
Figura I.2: Organigrama Subdirección Medica.....	17
Figura I.3: Organigrama Subdirección Administrativa.....	18
Figura I.4: Organigrama Subdirección Recursos Humano.....	19
Figura I.5: Organigrama Subdirección de Gestión de Cuidado.....	20
Figura I.6: Organigrama Subdirección de Gestión de Usuario.....	21
Figura I.7: Organigrama OIRS.....	22
Figura I.8: Población Provincia del Marga Marga.....	22
Figura I.9: Distribución de la población que se atiende en el Hospital.....	23
Figura I.10: Histórico Hospitalizaciones Hospital de Quilpué.....	24
Figura I.11: Distribución de las consultas anuales del Hospital de Quilpué.....	24
Figura I.12: Categorización de pacientes Unidad de Urgencias.....	25
Figura I.13: Categorización en Unidad de Urgencia Hospital de Quilpué.....	26
Figura I.14: Atención de pacientes en Consultorio Adosado de Especialidades (CAE).....	26
Figura II.1: Modelo General de Procesos Priorizado.....	30
Figura II.2: Organigrama Red Asistencial Hospital de Quilpué.....	32
Figura II.3: Diagrama de la trazabilidad de la Ficha Clínica en Atención Abierta.....	33
Figura II.4: Flujograma de la Ficha Clínica.....	34
Figura III.1: Diagrama de metodología TOC.....	36
Figura III.2: Árbol de Realidad Actual.....	38
Figura III.3: Nube de Conflicto.....	39
Figura III.4: Árbol de Realidad Futura.....	39
Figura III.5: Modelo BPM.....	40
Figura III.6: Modelo BPMN.....	41
Figura III.7: Modelo Servqual.....	43
Figura III.8: Modelo de Brechas.....	45
Figura III.9: Diagrama de Causa-Efecto Ishikawa.....	48
Figura III.10: Simbología diagrama de flujos.....	49

Figura III.11: Metodología FOCUS-PDCA.....	50
Figura V.1: Modelo de Causa-Efecto. ....	57
Figura V.2: Ishikawa de la Trazabilidad de la Ficha Clínica.....	60
Figura V.3: Ishikawa Problemas de Medición de los Indicadores. ....	62
Figura V.4: Promedio de percepciones de las dimensiones evaluadas en Admisión. ....	67
Figura V.5: Nivel de satisfacción para Admisión. ....	68
Figura V.6: Promedio de percepciones de las dimensiones evaluadas en Kinesiología y Dental. ....	70
Figura V.7: Nivel de satisfacción para Kinesiología y Dental.....	71
Figura V.8: Percepciones vs Expectativas. ....	72
Figura V.9: Promedio de las expectativas de la institución con respecto al servicio.....	74
Figura V.10: Brechas entre las expectativas vs percepción. ....	75
Figura V.11: Porcentaje de reclamos por tipología 2015.....	77
Figura V.12: Gráfico Araña de GAP. ....	81
Figura V.13: Nivel de exigencia vs Nivel Cumplimiento.....	82
Figura V.14: Árbol de Realidad Actual. ....	85
Figura V.15: Evaporización del conflicto. ....	90
Figura V.16: Árbol de Realidad Futura.....	91
Figura V.17: Esquema de Procedimiento médico (Vía clínica).....	97
Figura V.18: Evaluación y mejora continua de la vía clínica.....	98
Figura V.19: Ejemplo de aplicación de ISO 9001:2000 en los procesos.....	100
Figura V.20: Modelo de mejora continua.....	102
Figura V.21: Garita con documentos.....	104
Figura V.22: Garita con documentos.....	104
Figura V.23: Sistema actual de almacenaje de Fichas Clínicas. ....	104
Figura V.24 Sistema actual de almacenaje de Fichas Clínicas. ....	104
Figura V.25: Etapas de Implementación de SIDRA.....	105
Figura V.26: Greenway EMR Software. ....	111
Figura V.27: SpringChartsEMR.....	112
Figura V.28: Hospital Management System.....	112

Figura V.29: Diagrama de Proceso de Atención de Urgencias y solicitud de la Ficha Clínica. .....	116
Figura V.30: Diagrama de Proceso de Gestión de Información Clínica en Consultorio Adosado de Especialidades.....	118
Figura V.31: Diagrama de proceso de Gestión de Información Clínica en Consultorio Adosado de Especialidades en la especialidad de Medicina del Área de Medicina. ....	119
Figura V.32: Ficha indicador porcentaje de registros mínimos en Ficha Clínica de acuerdo a protocolo.....	123
Figura V.33: Ficha indicador de Ficha Clínica presentes en consultas ambulatorias agendadas por admisión con 48 horas previas. ....	124
Figura V.34: Ficha indicador Fichas Clínicas recepcionadas por Unidad de Archivos con 48 hrs. previas a la consulta del paciente. ....	125
Figura V.35: Ficha indicador Ficha Clínica recepcionada con 48 horas previa a la consulta del paciente.....	126
Figura V.36: Ficha Indicador Ficha Clínica recepcionada por Unidad de Archivos con 48 horas previas al alta del paciente en Unidad de Emergencia. ....	127
Figura V.37: Encuesta de percepción de la calidad en atención del paciente. ....	128
Figura V.38: Ficha Indicador percepción de la calidad de atención del paciente en Consultorio Adosado de Especialidades.....	129
Figura V.39: Ficha indicador percepción de la calidad de atención del paciente en Servicio de Urgencia. ....	130
Figura V.40: Ficha indicador porcentaje derivado a Hospitalización desde Servicio de Urgencia. ....	131
Figura V.41: Diagrama de proceso de Gestión de Indicadores e Información Clínica en Consultorio Adosado de Especialidades.....	132
Figura V.42: Diagrama de proceso de Gestión de Indicadores e Información Clínica en Servicio de Urgencia parte 1.....	133
Figura V.43: Diagrama de proceso de Gestión de Indicadores e Información Clínica en Servicio de Urgencia parte 2.....	134
Figura V.44: Mejora de la calidad enfocado en los usuarios. ....	156
Figura V.45: Diagrama de control de la Ficha Clínica. ....	158
Figura V.46: Tendencia en la utilización de papel en documentos médicos.....	170
Figura V.47: Reducción de recurso humano en Unidad de Archivo. ....	171
Figura V.48: Reducción de horas utilizadas en manejo de archivos.....	171

## Lista de Tablas

Tabla I.1: Distribución de la población de Quilpué. ....	23
Tabla I.2: Lista de espera en Consultorio Adosado de Especialidades (CAE).....	27
Tabla I.3: Lista de espera Control de Especialidades en CAE. ....	28
Tabla V.1: Escala de Linkert. ....	64
Tabla V.2: Nomenclatura. ....	65
Tabla V.3: Calculo de la muestra. ....	65
Tabla V.4: Frecuencia de la muestra. ....	66
Tabla V.5: Promedio general del área de Admisión. ....	67
Tabla V.6: Resumen de Preguntas con menor nivel de satisfacción. ....	68
Tabla V.7: Promedio general del área de Kinesiología y Dental.....	70
Tabla V.8: Calculo de brechas considerando las expectativas reales. ....	75
Tabla V.9: Identificación de situación Actual y Futuro. ....	76
Tabla V.10: Brechas de criterios de evaluación. ....	79
Tabla V.11: Restricciones presentes en el Sistema. ....	86
Tabla V.12: Análisis de restricciones. ....	87
Tabla V.13: Propuestas de solución.....	93
Tabla V.14: Propuesta de cronograma de actividades. ....	94
Tabla V.15: Resumen de las deficiencias encontradas en el sistema de gestión de calidad. .....	101
Tabla V.16: Lista de Figuras BPMN. ....	113
Tabla V.17: Descripción de actividades. ....	115
Tabla V.18: Descripción de actividades. ....	117
Tabla V.19: Elementos medibles de acreditación según su característica en el Ámbito Registro. ....	121
Tabla V.20: Elementos medibles de acreditación su característica en el ámbito calidad.....	122
Tabla V.21: Tabla Objetivo.....	135
Tabla V.22: Objetivo del plan. ....	137
Tabla V.23: Objetivo del plan. ....	139
Tabla V.24: Objetivo plan de mejora. ....	140

Tabla V.25: Objetivo del plan. ....	141
Tabla V.26: Disminuir los tiempos de espera en un 30%. ....	143
Tabla V.27: Implementar un programa de capacitación en atención al cliente. ....	147
Tabla V.28: Descongestionar en un 10% la unidad de urgencia. ....	151
Tabla V.29: Elaboración de planes de mejora. ....	157
Tabla V.30: Disminuir los Tiempos de Espera en un 30%. ....	159
Tabla V.31: Implementar un programa de capacitación en atención al cliente. ....	161
Tabla V.32: Descongestionar en un 10% la unidad de urgencia. ....	165
Tabla V.33: Cotización costo administrativo. ....	166
Tabla V.34: Cotización Costo estándar o ámbito. ....	166
Tabla V.35: Resumen de Costo vs Beneficio. ....	167

## 1. Resumen

La Acreditación de las Instituciones de salud contempla la revisión periódica y voluntaria de los distintos procesos desde una perspectiva interna y externa con la intención de garantizar y mejorar el servicio hacia los pacientes, es por ello que en el presente Trabajo de Título se proponen soluciones, a través de la aplicación de diferentes herramientas como Servqual, Indicadores de Calidad, Sistema de Diseño de Procedimientos médicos conocido como Vía Clínica, entre otros, a problemas que actualmente presenta el Hospital de Quilpué, en relación a la mejora continua del Servicio de Calidad que entregan a sus pacientes. Se trabaja en el Sistema de Salud Abierta, esto contempla el Consultorio Adosado de Especialidades y la Unidad de Urgencias, ya que reciben el 75% de los pacientes que se atienden en el Hospital, reflejando con mayor exactitud la realidad. Para esto se utiliza la Ficha Clínica como herramienta de conexión entre áreas para lograr identificar las falencias que posee y así poder generar un Plan de Control de modo de optimizar y mejorar los procedimientos actuales, de tal forma, alcanzar los estándares mínimos de calidad que el Hospital debe cumplir para su re Acreditación.

Como metodología de trabajo, se comienza con la planificación en donde se logra determinar las actividades que se desarrollará, luego se recopila la información mediante un levantamiento de procesos que se realiza a las áreas comprendidas, para posteriormente analizar y así obtener el problema que presentan para finalmente diseñar las soluciones.

Cuando se logra identificar la situación actual en la que se encuentra el Hospital, se evidencia las causas que originan el problema en cuestión y se determinan nuevos indicadores de calidad que establecerán un mayor control para el manejo de la Ficha Clínica, mejorando así el proceso de Calidad de Atención que se le entregan a los pacientes, esto a través de recopilación de información del el servicio recibido por los pacientes y un posterior análisis, con la clara intención de generar planes de mejoras que tenga directa relación con las necesidades expresadas en ellos. Junto a esto se propone un Plan de Control de la Calidad de Servicio, que incluye procedimientos de actuar dentro de la Unidad de Urgencias con el fin de estandarizar procesos y descongestionar la Unidad.

Luego se propone que todas las áreas comprendidas dentro del Sistema de Salud Abierta emigren hacia una plataforma virtual llamada Sidra que actualmente el Hospital utiliza en sólo algunas de éstas, con el fin de mantener un control exacto de todos sus procesos y sea de mayor facilidad su seguimiento.

## 2. Introducción

El Servicio Nacional de Salud (SNS) ha sido tema de debate hace varias décadas, en cuanto a la precaria infraestructura que poseen los distintos centros médicos a lo largo del país, ha traído como consecuencia un deterioro progresivo de la calidad de servicio que se le entregan a los pacientes, tanto en el ámbito administrativo como médico, manifestándose en trámites engorrosos, deficiencia en la entrega de información a los pacientes, insatisfacción de los pacientes por el Servicio que reciben, entre otros. Lo que hace necesario evaluar de manera estandarizada e indiscriminada los distintos centros de salud a modo de lograr detectar las múltiples falencias que éstos poseen en sus áreas, y generar planes de mejora continua que ayuden a alcanzar los estándares de calidad mínimos que se deben cumplir para lograr un servicio acorde con el desarrollo económico del país. Además de mencionar las exigencias actuales para incentivar a los distintos Hospitales para que logren obtener la Acreditación, ya sea por razones legales, y por el trato hacia los pacientes, nos ha conducido a tratar el tema en cuestión.

La Acreditación es un proceso periódico de evaluación en el cual se someten todas las Instituciones de Salud ya sea Hospitales, Clínicas, etc, en el cual deben cumplir con las exigencias que establece el Ministerio de Salud, para que pueda funcionar adecuadamente entregando un Servicio de Salud de Calidad. Esta Acreditación se divide en Ámbitos de evaluación, dentro de los cuales se encuentra Calidad y Registros que para el Hospital de Quilpué son los más críticos, ya que exigen un alto porcentaje de cumplimiento.

Es por ello que bajo este contexto se ha planteado como tema de memoria el Diseño de un Sistema de Control de la Calidad de Servicio, con la intención de un trabajo en conjunto entre las exigencias de la acreditación y la trazabilidad de la Ficha Clínica, en donde este segundo factor se utiliza como medio para lograr enlazar las distintas unidades que conforman la atención dentro del Hospital. Por ende, lo que se plantea es que a través de la Ficha Clínica revisar los distintos procedimientos que siguen, con la finalidad de detectar falencias o mejoras al sistema. Para ello se utilizó como caso de estudio el Hospital de Quilpué, específicamente la “Unidad de Atención Abierta”, ya que es en donde se genera mayor flujo de pacientes (75% de los que son tratados), haciéndolo más representativo y acotado para tener una idea de la realidad.

Lo que se busca es diseñar un Plan de Control, que contemple los procedimientos dentro de la “Atención Abierta” del Hospital de Quilpué y a modo de optimizar los recursos actuales y mejorando los procedimientos de manera que estos sean eficientes.

Por último la metodología utilizada para tratar el caso cuenta con cinco etapas de desarrollo en donde se inició con la planificación, es decir, realizar una calendarización de las tareas que se van a realizar en conjunto con un plan de trabajo, para continuar con la recopilación de información y posterior análisis de la misma, de manera de tener claridad de la situación actual y el alcance que va tener el trabajo de título. Luego se determina la problemática que se va estudiar y se finaliza con la propuesta de mejora que más se adecúa a la situación de la Empresa y que representa un real aporte.

## **2.1. Objetivos**

### **2.2. Objetivo general**

Diseñar un Sistema de Control de Calidad para la mejora continua del proceso de Acreditación mediante el seguimiento de las Fichas Clínicas en el Sistema de Salud Abierta del Hospital de Quilpué.

### **2.3. Objetivos específicos**

- Analizar procedimientos actuales (Línea de Base).
- Diseñar un plan de control y mejora continua para el control de la calidad y cumplimiento de los procesos.
- Proponer indicadores y puntos de control que permitan tener un real seguimiento de los procedimientos que se llevan a cabo.
- Validar y evaluar el plan diseñado.

# Capítulo I : Descripción de la empresa

La empresa en donde se realizó el trabajo de Título es el Hospital de Quilpué.

## I.1.- Antecedentes de la empresa

El Hospital de Quilpué pertenece a la red asistencial del Servicio de Salud de Viña del Mar-Quillota. Es un establecimiento asistencial de alta complejidad y acreditado hasta el año 2017, esta institución de salud presenta como visión la entrega de un servicio de calidad en la atención de paciente con distintos grados de complejidad, de acuerdo a sus recursos procurando lograr la satisfacción de las personas que acuden a él por algún problema.

Su cartera de servicio está compuesta por:

Unidad de Emergencia, Cirugía, Medicina, Unidad de Pacientes Críticos (UCI o UTI), Ginecología y Obstetricia, Hospitalización Domiciliaria y Consultorio Adosado de Especialidades (CAE). Además posee la Unidad de Apoyo Crítico como los Pabellones, Medicina Transfusional, Anatomía Patológica, Farmacia, Esterilización, Laboratorio e Imagenología.

Además entrega Atención de Salud Primaria dentro de la localidad de Quilpué los cuales son los siguientes:

- Consultorio de Quilpué
- Consultorio de Belloto
- Consultorio Pompeya
- CESFAM Aviador Acevedo
- CESFAM Alcalde Iván Manríquez
- Posta de Salud Rural Colliguay
- CECOFT El Retiro

### **Misión:**

Institución pública de alta complejidad perteneciente a la provincia del Marga-Marga que contribuye a la recuperación de la Salud entregando atención de calidad en el marco de un trabajo en red, con personas comprometidas con la Satisfacción del Usuario.

### **Visión:**

Ser una Institución, Resolutiva, Sustentable y Referente nacional en Calidad de la Atención.

### **Política de calidad:**

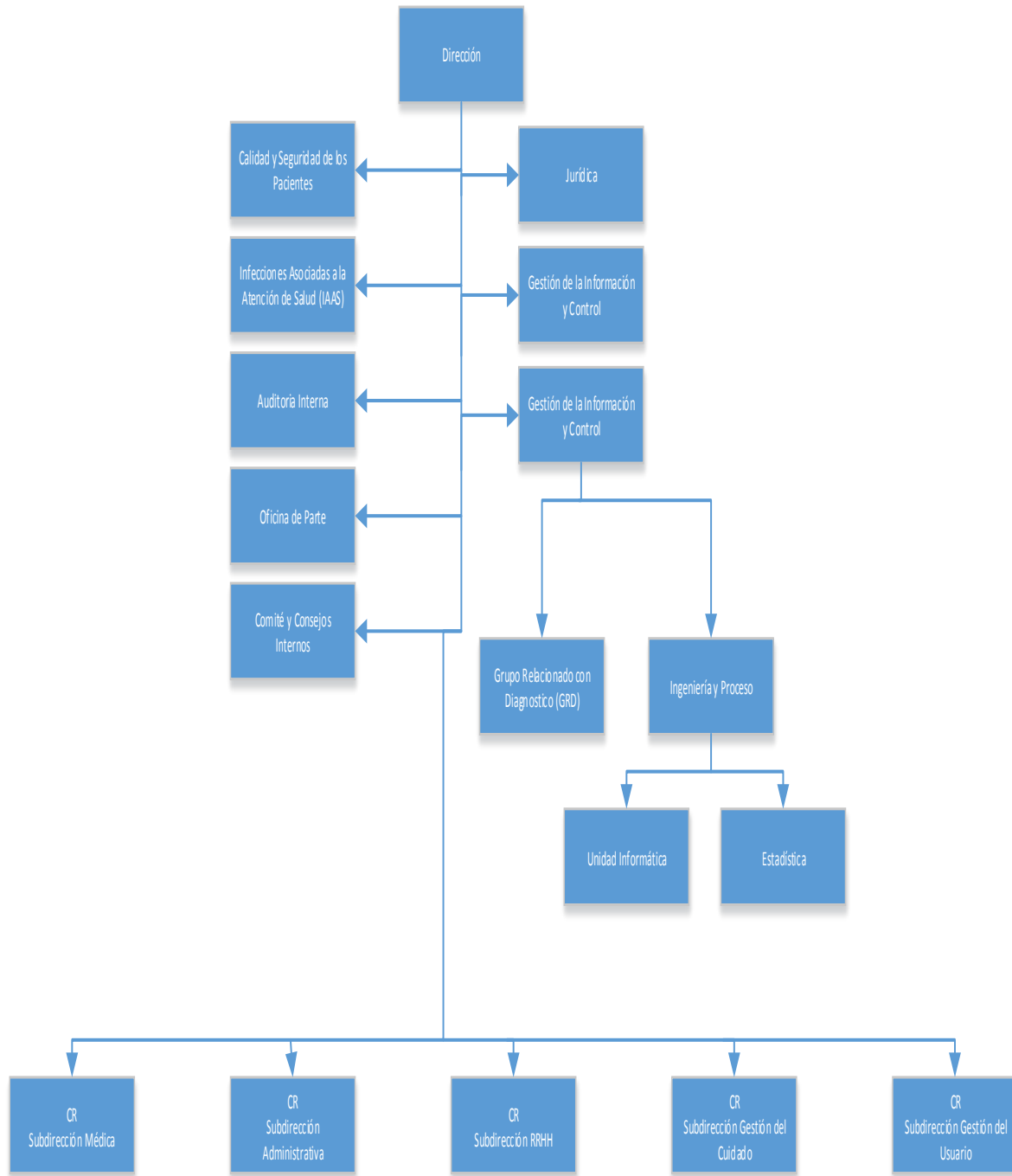
El Hospital de Quilpué otorgará prestaciones de salud, cumpliendo con los requisitos de calidad que establezca para su otorgamiento, de acuerdo a los recursos de que disponga, procurando la satisfacción de sus usuarios y a través de una revisión permanente y sistemática de sus actividades, mejorar su desempeño cada día.

## **I.2.- Historia del Hospital**

El Hospital de Quilpué fue construido originalmente como una Casa de Reposo, para la comunidad de Quilpué. Posteriormente, abre sus puertas como “Posta de Primeros Auxilios”, el 03 de abril de 1964, contando únicamente con dos auxiliares de enfermería por turno y con médico de llamada. Posteriormente el 15 de junio de 1964 se inaugura oficialmente como el Hospital de Quilpué con tres bloques de atención que contemplaban medicina, aislamiento y maternidad.

Actualmente el Hospital cuenta con algunos profesionales que complementan su trabajo tanto en Viña del Mar como en Quilpué, sumando una dotación de aproximadamente 80 médicos, todo pos becado y con especialidades.

### I.3.- Organigrama del Hospital de Quilpué



**Figura I.1: Organigrama General del Hospital de Quilpué.**

*Fuente: Elaboración propia.*

### I.3.1.- Organigrama Subdirección Médica

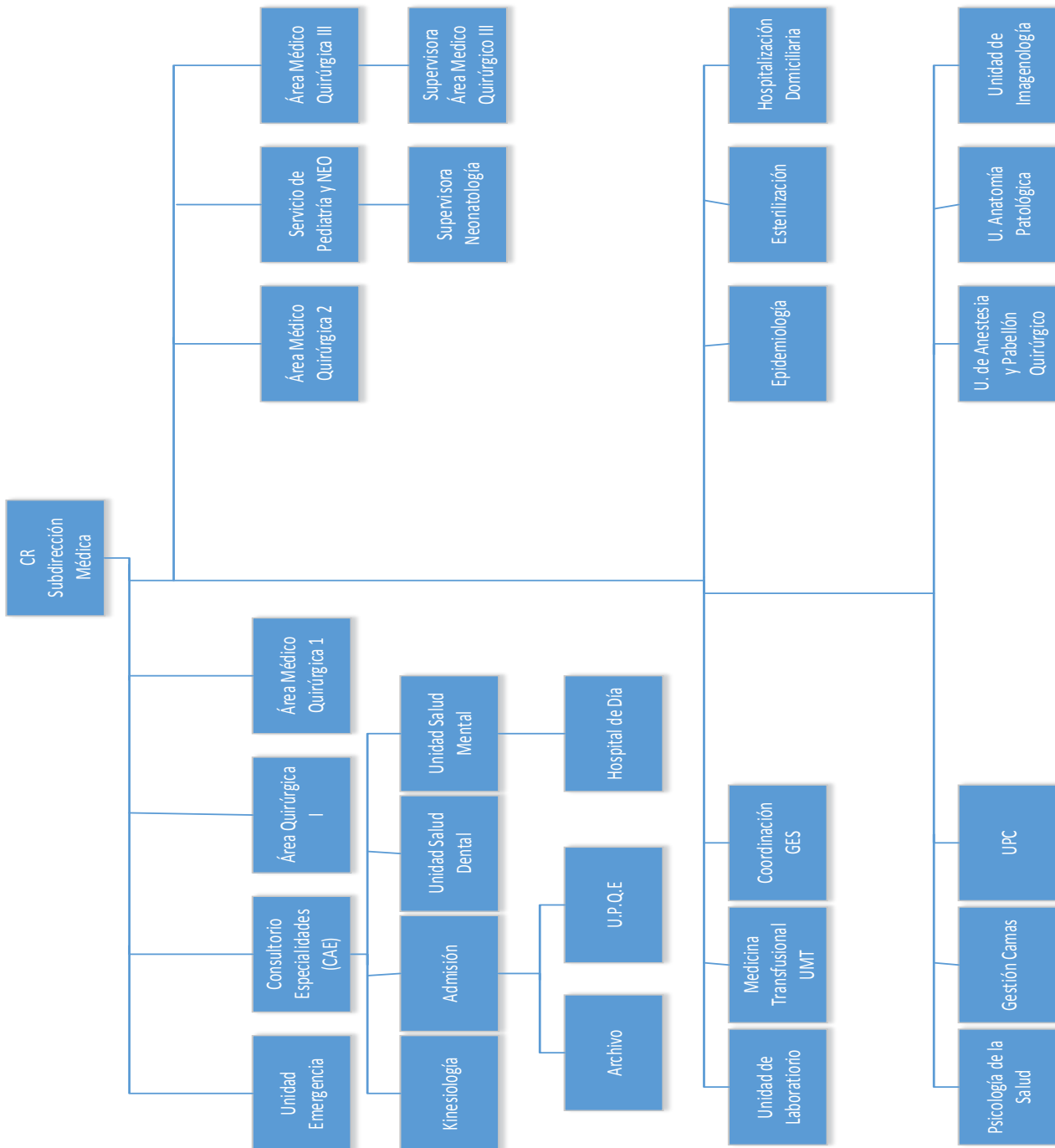


Figura I.2: Organigrama Subdirección Médica.

Fuente: Elaboración propia.

### I.3.2.- Organigrama Subdirección Administrativa

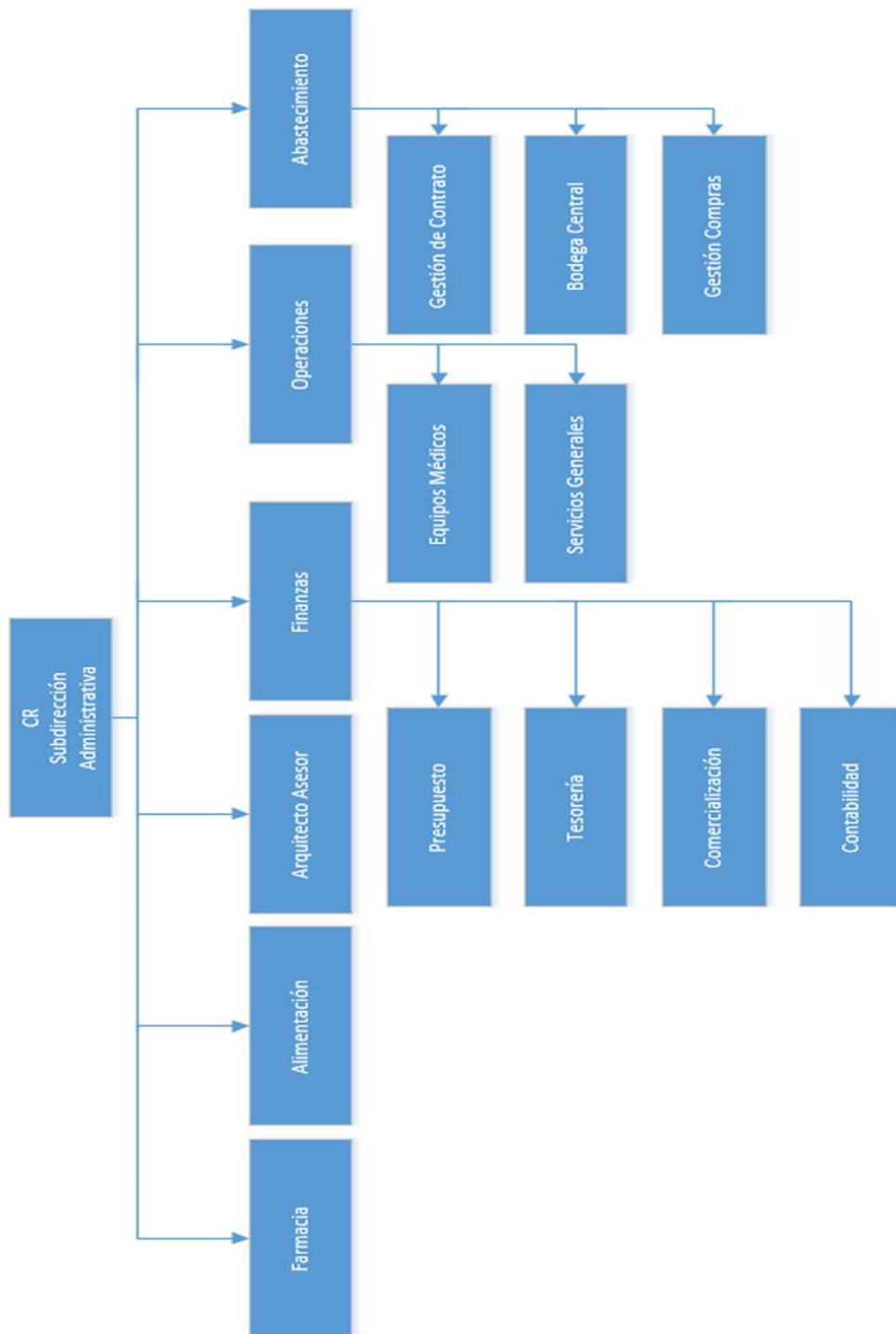


Figura I.3: Organigrama Subdirección Administrativa.

Fuente: Elaboración propia.

### I.3.3.- Organigrama Subdirección Recurso Humano

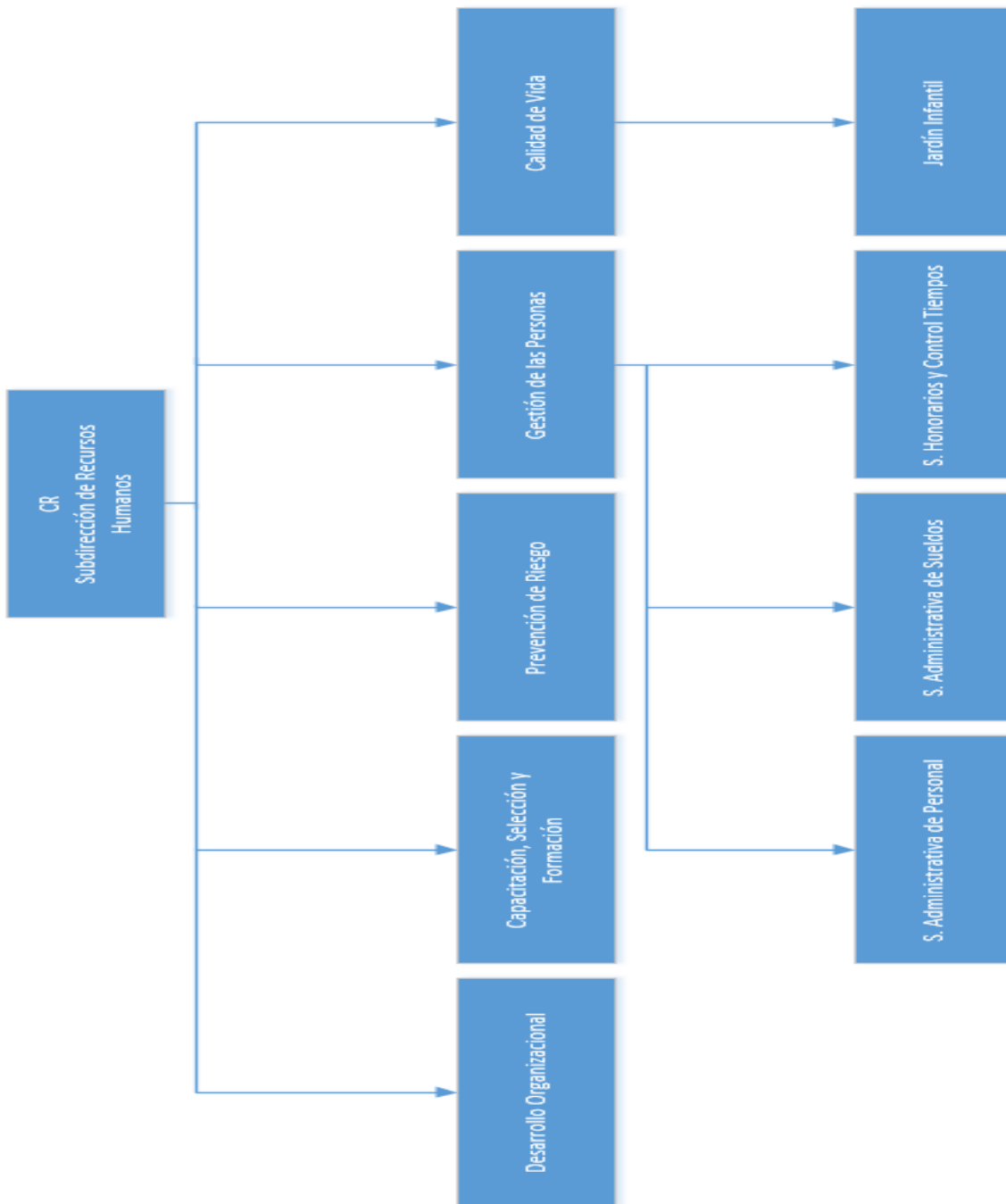


Figura I.4: Organigrama Subdirección Recursos Humanos.

Fuente: *Elaboración propia*

### I.3.4.- Organigrama Subdirección Gestión del Cuidado

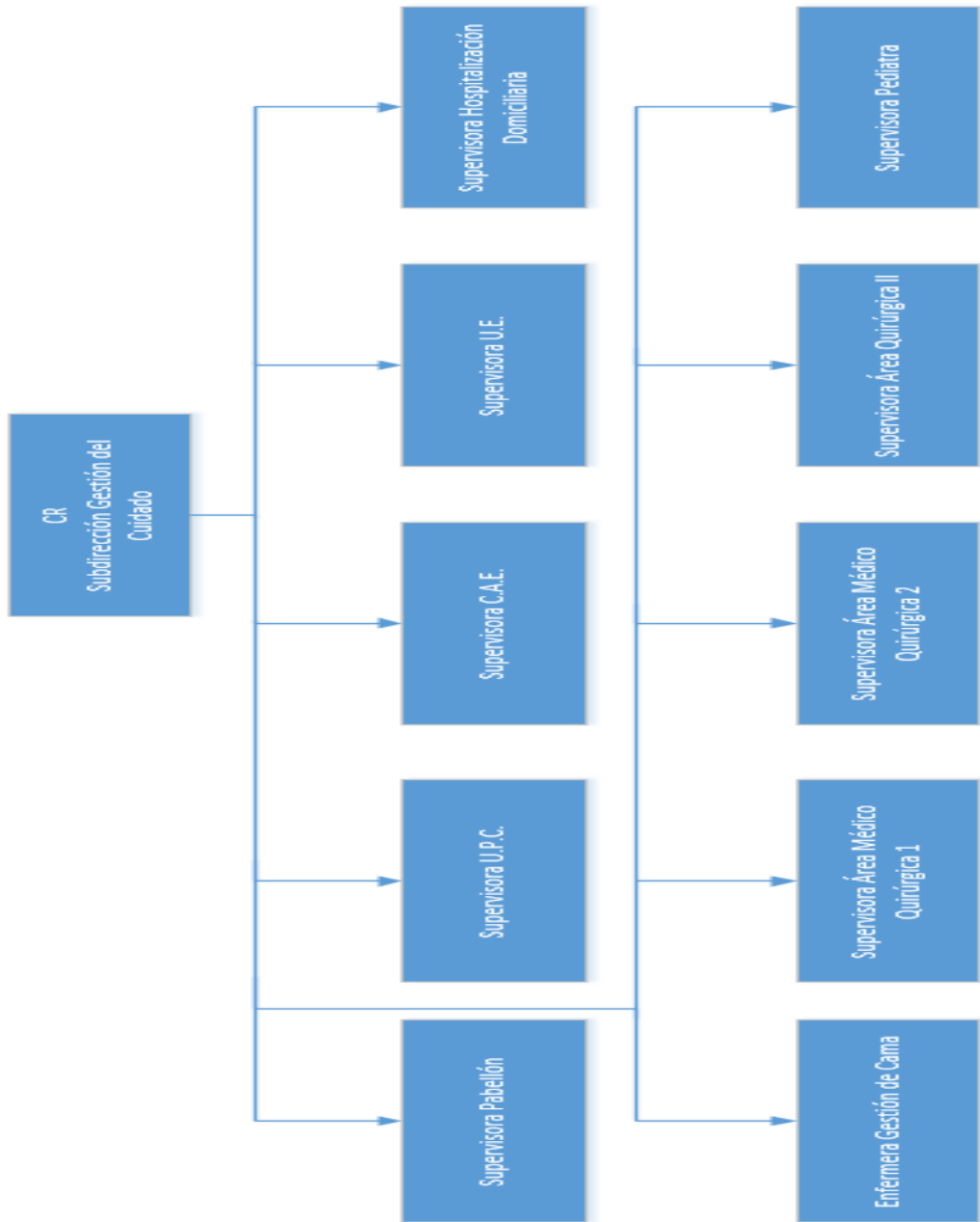


Figura I.5: Organigrama Subdirección de Gestión de Cuidado.

Fuente: Elaboración propia.

### I.3.5.- Organigrama Subdirección Gestión de Usuario

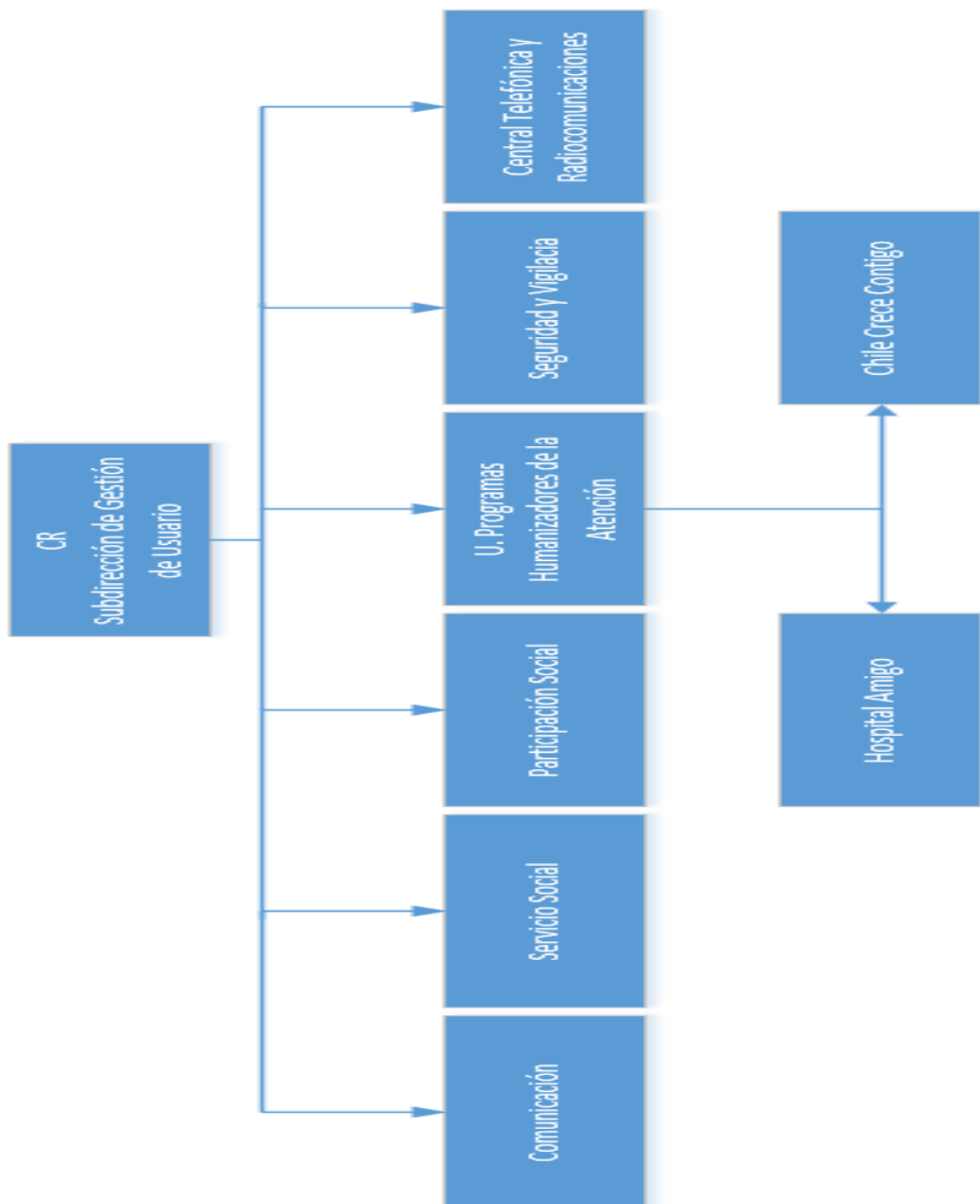


Figura I.6: Organigrama Subdirección de Gestión de Usuario.

Fuente: Elaboración propia.

### I.3.6.-Organigrama Oficina Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS)

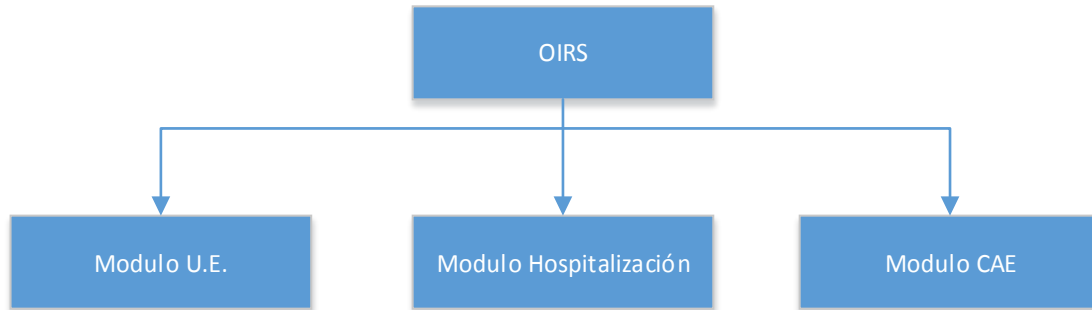


Figura I.7: Organigrama OIRS.

*Fuente: Elaboración propia.*

## I.4.- Antecedentes generales

### I.4.1.- Población provincia Marga Marga

En cuanto a la población de la Provincia del Marga Marga, podemos encontrar un aumento en ésta de desde el 2010 al 2015 de un 11,56%. Y se espera que para el año 2020 está llegue a bordear los 400.602 personas, dato no menor considerando que el Hospital de Quilpué atiende al 75% de la población de esta provincia, en donde gran parte de los casos corresponden a atención abierta, en un 57%.

En cuanto a los pacientes atendidos en el Consultorio Adosado de Especialidades (CAE), en el año 2015 se han atendido a un total de 85.472 personas, por diferentes condiciones.

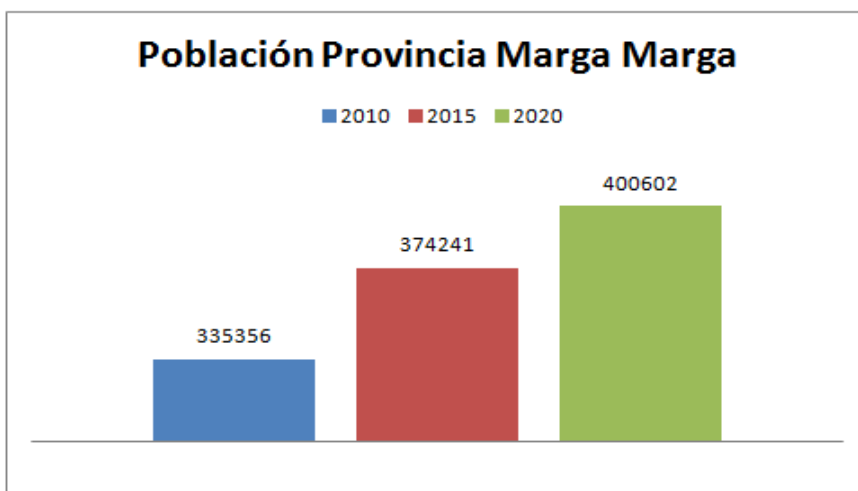


Figura I.8: Población Provincia del Marga Marga.

*Fuente: Elaboración propia*

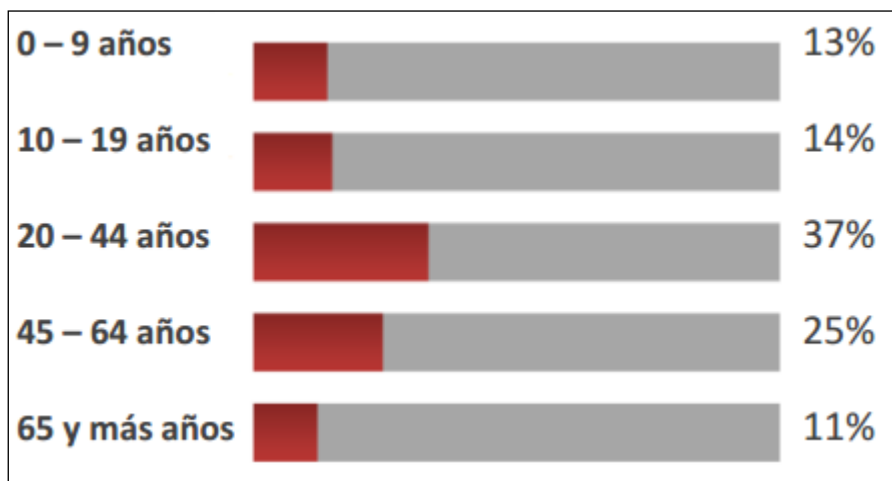
De acuerdo a la distribución de la población por sexo, se determina que para el año 2016 se tiene un universo poblacional de 174.338 personas, de las cuales 85.521 son hombres y 89.197 mujeres.

**Tabla I.1: Distribución de la población de Quilpué.**

Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Quilpué	158.193	160.973	163.759	166.546	169.327	172.106	174.718	177.338	179.948	182.558	185.176
Hombres	77.085	78.500	79.926	81.340	82.762	84.181	85.521	86.862	88.197	89.537	90.874
Mujeres	81.108	82.473	83.833	85.206	86.565	87.925	89.197	90.476	91.751	93.021	94.302

*Fuente: INE 2002-2020*

La distribución de las edades de la población que se atiende en el Hospital son las siguientes:



**Figura I.9: Distribución de la población que se atiende en el Hospital.**

*Fuente: Cuenta pública 2015 Hospital de Quilpué.*

#### **I.4.2.- Gestión clínica**

Durante el año 2015 se realizaron 7.287 hospitalizaciones. Respecto a la categorización de pacientes de acuerdo a su riesgo dependencia, aumenta la complejidad de los pacientes. Un 0,1 % correspondió a pacientes hospitalizados en Camas Críticas; un 19% a pacientes hospitalizados en Camas de Cuidados Intermedios; un 65% a pacientes hospitalizados en Camas de Cuidados Medios; mientras que un 13% alcanzaron los pacientes hospitalizados en Camas Básicas.

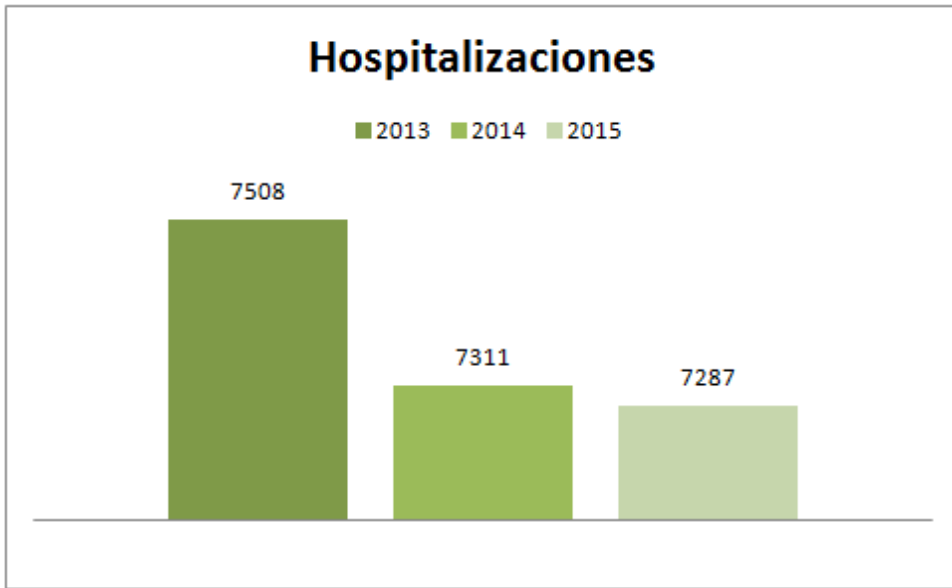


Figura I.10: Histórico Hospitalizaciones Hospital de Quilpué.

Fuente: Elaboración propia.

### I.4.2.1.- Unidad de Urgencia

En el 2015 se registraron 88.111 pacientes de los cuales 25.749 correspondieron a atención del tipo infantil y 48.630 a adultos, el resto correspondió a casos de Gineco-Obstetra.

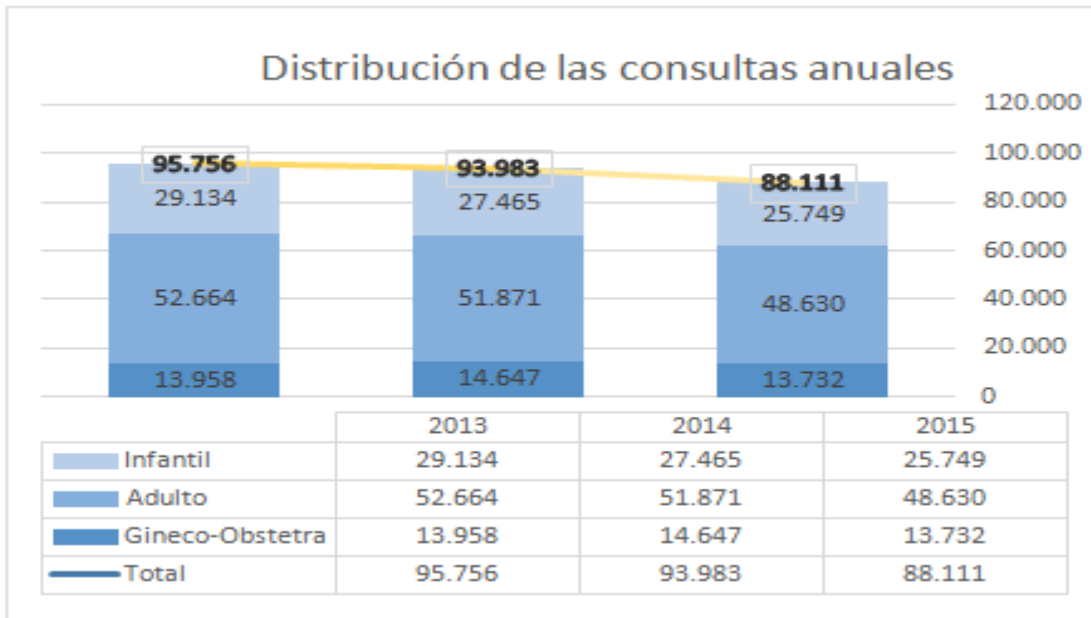
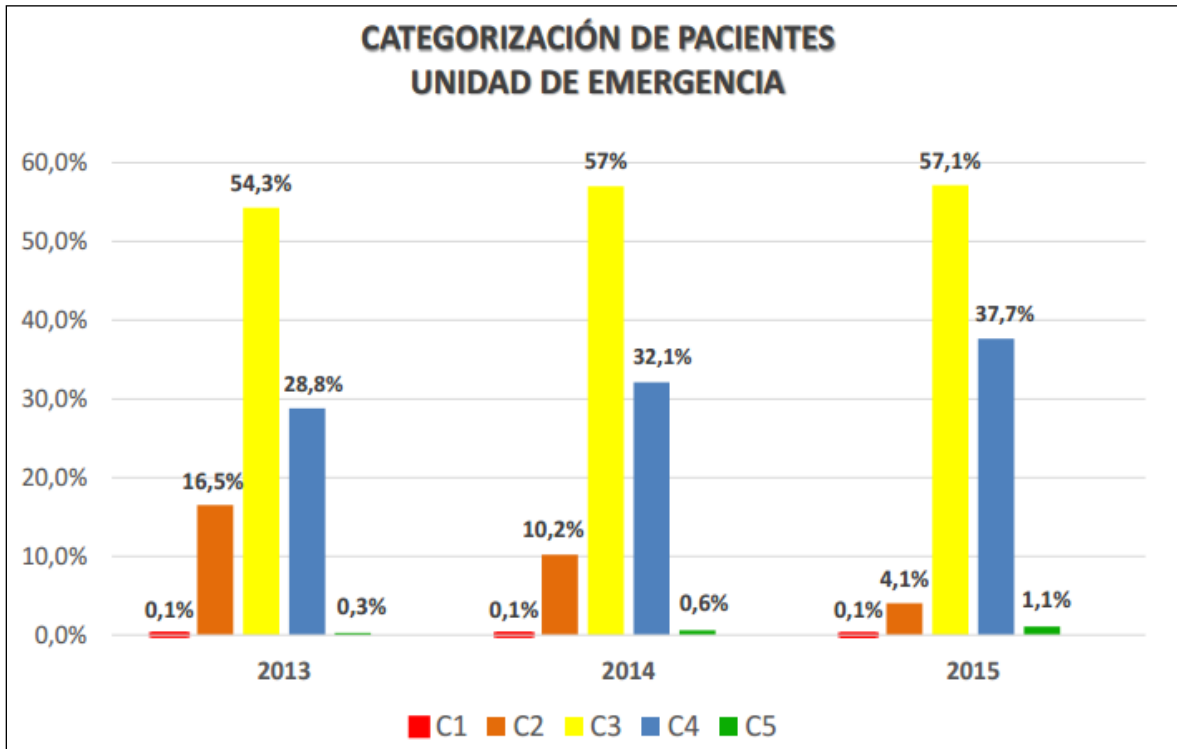


Figura I.11: Distribución de las consultas anuales del Hospital de Quilpué.

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a la categorización que se realiza para la atención del paciente en la Unidad de Urgencias es la siguiente:



**Figura I.12: Categorización de pacientes Unidad de Urgencias.**

*Fuente: Cuenta pública 2015 Hospital de Quilpué*

Según esta categorización se identifica que en los tres años medidos (2013-2014-2015) el mayor porcentaje de admisión es C3, es decir, el paciente se encuentra en un estado No crítico y puede esperar 90 minutos para su atención. El siguiente nivel de categoría con mayor porcentaje es C4, es decir, que el paciente se encuentra en un estado leve y es derivado al consultorio de especialidad, este paciente puede esperar 180 minutos para su atención en Urgencia.



Figura I.13: Categorización en Unidad de Urgencia Hospital de Quilpué.

Fuente: Cuenta Pública Hospital de Quilpué

### I.4.2.2.- Consultorio Adosado de Especialidades (CAE)

En el Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) se realizaron durante el año 2015 un total de 85.472 atenciones, cifra que incluye las atenciones médicas, de profesional no médico y de procedimientos.

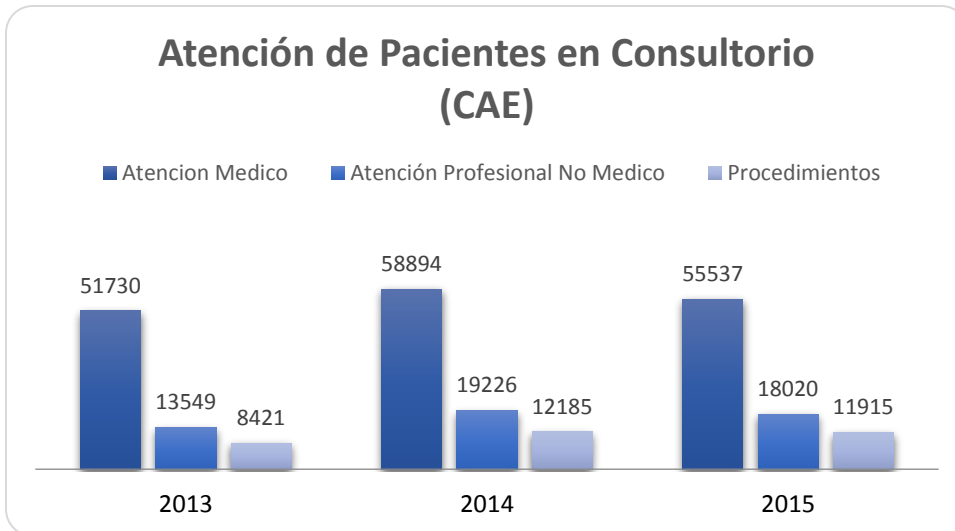


Figura I.14: Atención de pacientes en Consultorio Adosado de Especialidades (CAE).

Fuente: Elaboración propia.

### Lista de espera primera Consulta de Especialidades

La siguiente tabla, muestra el número de pacientes que esperan por atención de Primera Consulta por Especialidad a diciembre del 2015.

**Tabla I.2: Lista de espera en Consultorio Adosado de Especialidades (CAE).**

Consulta de Especialidad	2015
Medicina	2043
Traumatología	1558
Cirugía Adultos	1416
Dermatología	1314
Ginecología	1102
Neurología Adultos	1006
Urología	854
Cardiología	680
Salud Mental Psiquiatría Adulto	336
Pediatría General	288
Cirugía Infantil	287
Neurología Infantil	136
Medicina Nefrología	98
Salud Mental Psiquiatría Infanto – Juvenil	82
<b>Total</b>	<b>11200</b>

*Fuente: Elaboración propia*

### Lista de espera Control de Especialidades

En la tabla I.3, se muestra el número de pacientes que esperan por atención de Control de Especialidades a diciembre del 2015, si bien se han implementado distintos planes con la intención de disminuir la brecha entre pacientes que esperan la atención vs pacientes que son atendidos. Esto se ha visto obstaculizado por la falta de equipamiento especializado o una sobre demanda.

**Tabla I.3: Lista de espera Control de Especialidades en CAE.**

<b>Consulta de Especialidad</b>	<b>2015</b>
Medicina	4188
Cardiología-Consultas	3439
Cirugía consultas Adultos	2817
Ginecología	2223
Traumatología consultas	1487
Neurología Adultos	1307
Pediatría General y Respiratorio	649
Urología	483
Medicina Nefrología	216
Dermatología	169
Cirugía consultas Infantil	31
Neurología Infantil	7
<b>Total</b>	<b>17016</b>

*Fuente: Elaboración propia.*

Como se puede apreciar a grandes rasgos por la descripción del servicio que entrega el establecimiento de salud, éste posee una variada cartera de servicios que trata de cubrir la mayor cantidad de necesidades que requieren sus pacientes. Pero al igual que otros centros médicos presenta falencias que no permiten cubrir las necesidades a toda la población generando largas listas de espera que anualmente son evaluadas con la intención de disminuir la brecha, priorizando la urgencia de atención que requiere cada paciente y su tiempo de espera.

## **Capítulo II : Descripción del problema**

### **II.1.- Proceso de atención abierta del Hospital de Quilpué**

El trabajo de título se centra en la Atención Abierta del Hospital de Quilpué, específicamente en el Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) y en Unidad de Urgencia, los cuales engloban el 75% del total de la demanda. Por lo cual es en donde se debe tener un mayor control del servicio que se entrega, debido a que es uno de los puntos con mayor frecuencia de pacientes y en donde se llevan la mayor cantidad de consultas médicas.

Ambos departamentos se encuentran regidos por la Subdirección Médica y es donde se realizan principalmente las siguientes actividades:

#### **II.1.1.- Consulta médica**

La Consulta Médica la realiza el Médico Internista responsable del servicio, atendiendo diferentes patologías y expidiendo la prescripción correspondiente. Todas las circunstancias clínicas son registradas en la Historia Clínica de los pacientes y se mantienen en un archivo de alta confidencialidad, documento que representa un instrumento fundamental para atender el proceso de atención y tratamiento que recibe el paciente.

#### **II.1.2.- Procedimientos clínicos**

Son las actividades que se dan con mayor frecuencia en el Consultorio Adosado de Especialidades y corresponden a procedimientos que aplican externamente sobre una zona afectada, entre las que destacan:

- Curaciones de heridas, heridas infectadas, erosiones y contusiones.
- Inyectable, intramusculares, subcutáneo y venoclisis.
- Control de Funciones Vitales principalmente Presión Arterial y Temperatura.
- Oxigenoterapia, en caso de insuficiencia respiratoria.
- Saturación de heridas cortante y abierta, así como retiro de puntos.
- Atención de traumatismo mediante vendaje y entablillado.

#### **II.1.3.- Acciones inmuno preventiva de enfermedades**

- Campañas de Vacunación.
- Programa Permanente (Anual) de vacunación Antitetánica.

Entre otros proyectos menores que van dirigidos a lograr una buena atención y estancia de los distintos pacientes que son atendidos dentro de sus instalaciones.

Es así a modo general podemos decir que el Hospital de Quilpué funciona acorde con el Diagrama de Flujo de la Fig.1, en cuanto a su proceso de atención de paciente, desde que estos llegan a sus respectivos centros de atención primaria, de acuerdo a su localización hasta los que son derivados de la Unidad de Urgencia o Consultorio Adosado de Especialidad.

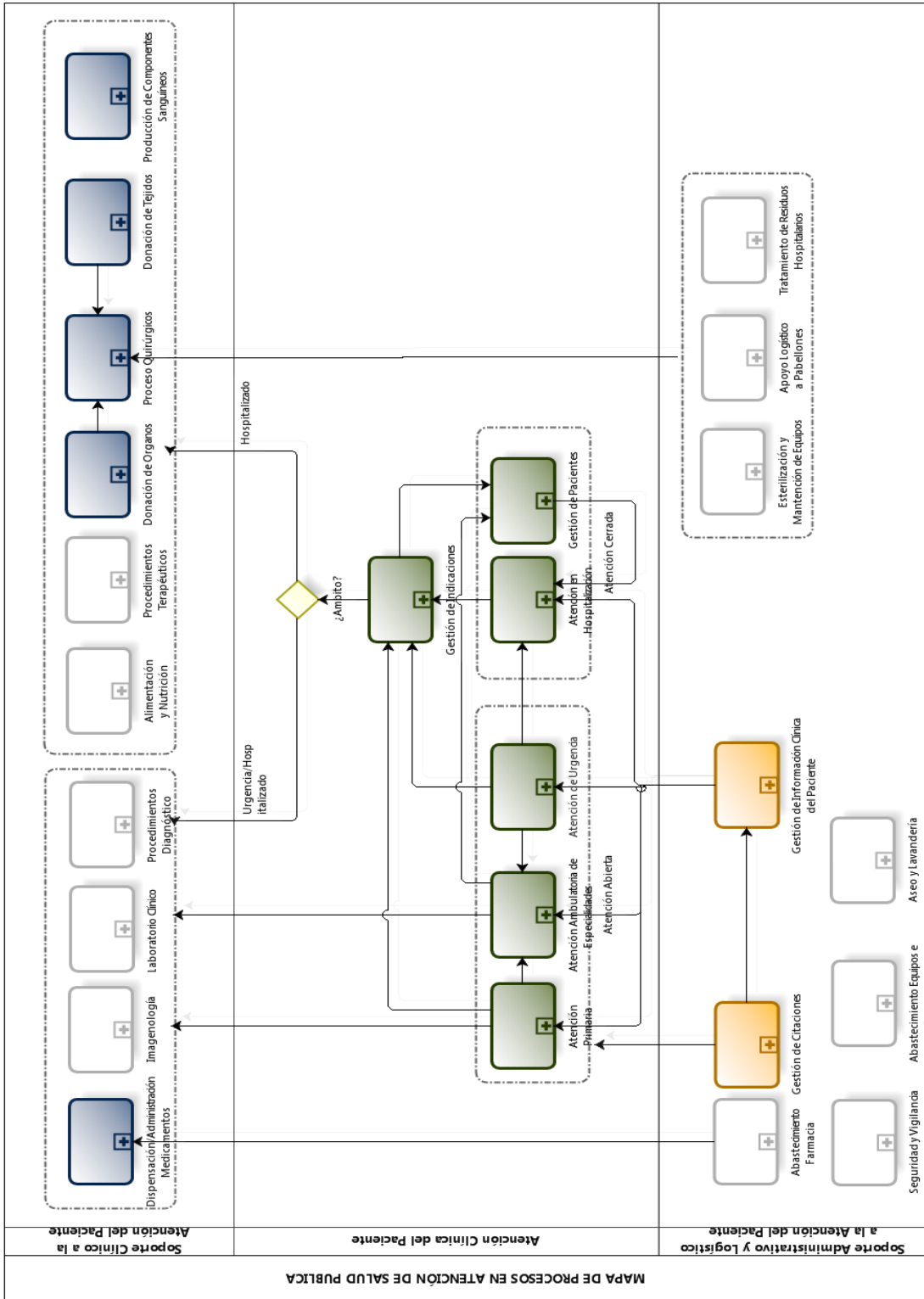


Figura II.1: Modelo General de Procesos Priorizado.

Fuente: Departamento de gestión de proceso Hospital de Quilpué.

La Atención Abierta se subdivide en dos partes que corresponden a:

- **Consultorio Adosado de Especialidades (CAE):** Así como la atención primaria es el primer nivel de la organización del sistema de Salud que entrega mayor cobertura poblacional de menor complejidad. La Atención Ambulatoria de Especialidades se ubica en un nivel de mayor complejidad dentro del sistema de salud. El paciente accede a esta atención, derivado a través de una interconsulta proveniente desde APS<sup>1</sup> o de una solicitud de reevaluación de este mismo nivel, con el fin de recibir atención clínica requerida. El egreso de este nivel de complejidad contempla las siguientes alternativas:
  - 1.-Alta médica, en el caso que la patología no amerite un control con especialista. El paciente puede ser dado de alta o reenviado a controles posteriores en la APS.
  - 2.- Control posterior de la misma especialidad o de otra especialidad, en el caso de una patología más compleja que requiera exámenes o control de evolución.
  - 3.- Hospitalización para tratamiento médico quirúrgico o estudio de patologías más complejas que requiere internación en un centro de salud
- **Unidad de Urgencia:** Este proceso se inicia con el proceso administrativo de Admisión, luego el paciente es categorizado en el Selector de Demanda, de donde resulta una categoría que representará el grado de urgencia que tiene el paciente de ser atendido. Con esta categorización el equipo de salud realiza las tareas necesarias para lograr que el paciente reciba la atención clínica necesaria en un tiempo adecuado de acuerdo a la urgencia que presente.
 

Una vez que el paciente es evaluado por un médico u otro profesional de la salud, se decide el plan de acción a seguir con el paciente. Dependiendo del estado del paciente el plan podría incluir la realización de exámenes para el apoyo al diagnóstico, administración de indicaciones médicas, la hospitalización del paciente o el traslado al pabellón para una cirugía. Una vez finalizada la atención de urgencia el paciente es dado de alta médica y administrativa o se gestiona la cama si requiere hospitalización.

Se presenta la Atención Abierta como el enfoque del presente trabajo, que involucra el CAE, es decir, Consultorio Adosado de Especialidad y Unidad de Urgencia, ya que en estas dos áreas es donde se concentra la mayor cantidad de pacientes que son atendidos dentro del servicio médico, por lo cual refleja o nos da una mejor visión del comportamiento tanto de la demanda como del servicio entregado, puntos importantes para lograr determinar el problema que se encuentra actualmente, dificultando entregar un buen servicio de calidad a los distintos pacientes.

De todos estos procesos la Ficha Clínica tiene un rol preponderante para proseguir en forma viable e informada cada vez que el paciente inicia su solicitud de atención o es derivado desde otra Unidad, debido a que este documento contiene la información personal del paciente, así como su información médica. Es por ello que ante cualquier tratamiento o intervención se debe tener en forma presencial la Ficha Clínica.

---

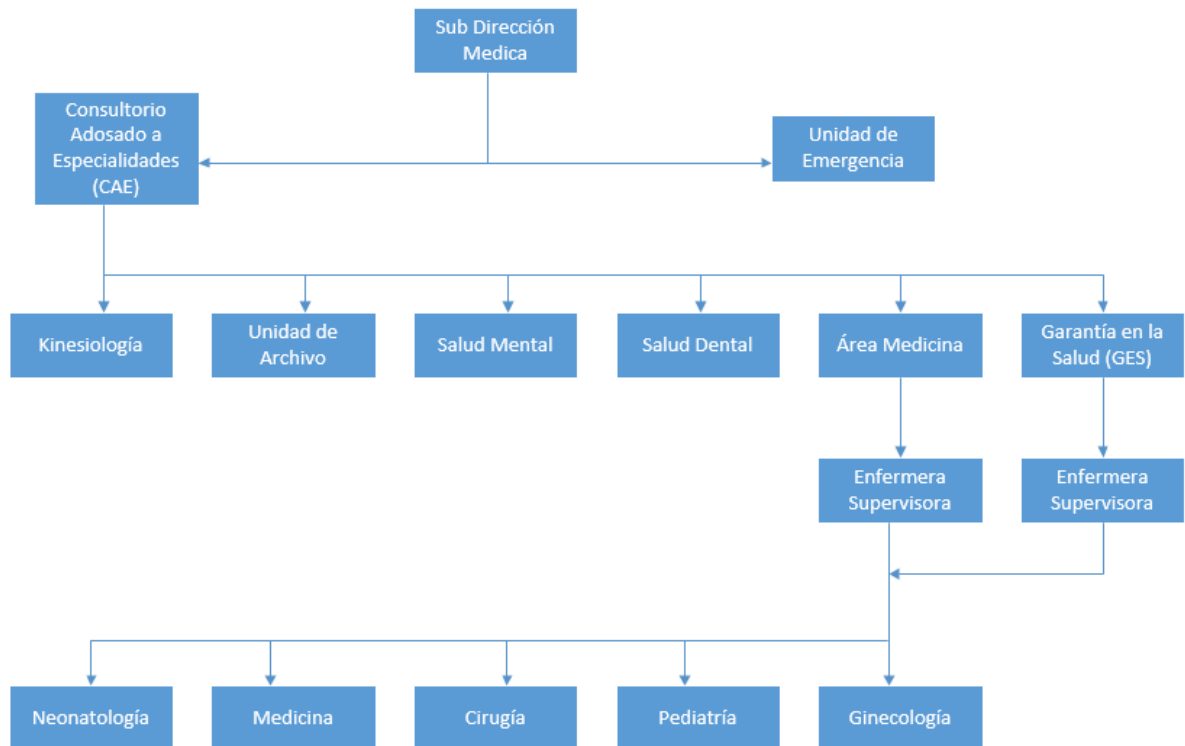
<sup>1</sup> APS: Atención Primaria de la Salud, corresponden a consultorios rurales y urbanos, postas y estaciones médicas que atienden pacientes de menor complejidad, normalmente por curación.



desagregan en componentes. Estos componentes se definen como grupos identificables de actividades que contribuyen en forma esencial a cumplir con la intención del estándar. Finalmente se encuentran las características, en el cual se desagrega el componente en espacios menores de análisis, especificándose aún más lo que se busca evaluar.

En Atención abierta se encuentran 34 componentes, 90 características y 534 preguntas que componen el manual de acreditación.

Debido al sistema de evaluación que posee, es que se puede afirmar que gran parte de sus procedimientos se encuentran dentro de lo que la norma exige para determinar la calidad de servicio, lo cual es beneficioso y un buen indicador, mas esto no asegura que sea acreditado nuevamente, ya que este proceso es continuo y exigente hacia las entidades de salud, lo que provoca que se haga necesario contar con un diseño de control de la calidad de los procedimientos o planes de mejora que contemplen las falencias presentes en la metodología actual.



**Figura II.3: Diagrama de la trazabilidad de la Ficha Clínica en Atención Abierta.**

*Fuente: Elaboración propia.*

Uno de los problemas que salta a la vista son los relacionados con la Ficha Clínica, que es el documento que contiene la información médica de los distintos pacientes y que debe circular por los departamentos que se muestran en la figura II.3, el cual se extravía entre los distintos departamentos mostrados, demandando recurso humano en su búsqueda. Aun cuando este proceso ha sido diagramado y se sigue un protocolo.

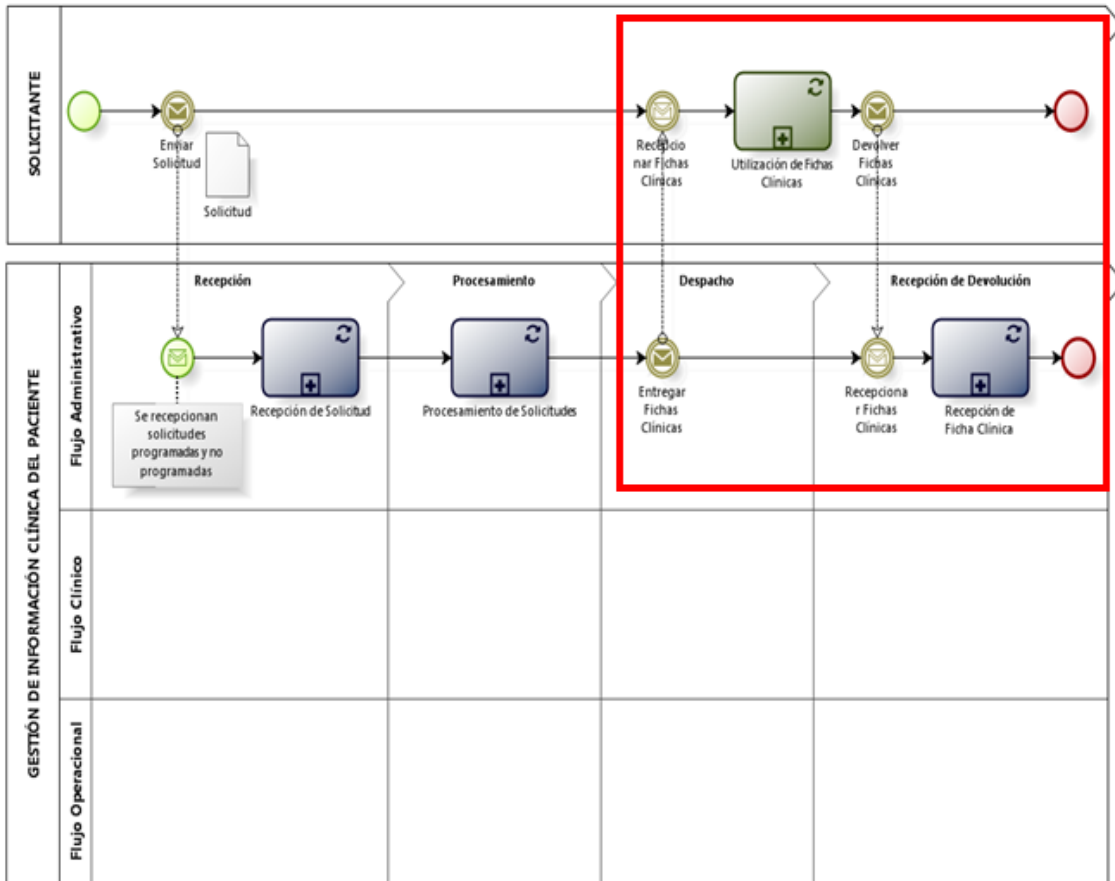


Figura II.4: Flujograma de la Ficha Clínica.

Fuente: Departamento de gestión de procesos del Hospital de Quilpué.

La parte seleccionada que se muestra en la Figura II.4 es donde se presenta actualmente problemas, siendo más específico en los puntos “Recepcionar la Ficha Clínica” y “Devolver la Ficha Clínica”, debido a que son procesos que actualmente se hacen de forma manual, llevando como registro del paso del documento una bitácora (cuaderno donde el paramédico anota quien recibe y envía la Ficha Clínica), que por razones de tiempo y carga laboral no son completados de forma constante generando el extravío de la Ficha Clínica que produce un corte en la cadena.

### II.3.- Planteamiento del problema

Dentro del ámbito del acontecer nacional, cuatro de cada diez establecimientos están acreditados en Chile, es decir, han logrado los estándares de calidad y seguridad para entregar una atención de salud, así como las instalaciones adecuadas. Esto es relevante, ya que desde junio del 2016 se hace exigible esta condición a todos los establecimientos que traten alguna de las 80 Patologías que están dentro del Sistema GES (Garantías Explícitas

en Salud, constituyen un conjunto de beneficios garantizados por Ley para las personas afiliadas a Fonasa e Isapres).

Este porcentaje de instituciones de salud acreditadas que llega al 44,7% a nivel nacional, que incluye atención pública (38% están acreditados) y privadas (57% están acreditadas), entre las principales falencias que ha detectado la Superintendencia de Salud, en Agosto del 2015, fueron el consentimiento de los pacientes, en donde no se les entrega la información sobre los procedimientos que se le van a hacer ni las indicaciones posteriores de cuidados. Además de presentar problemas en el control del documento en donde se lleva el historial clínico de los pacientes como lo es la Ficha Clínica. Es por ello que la Superintendencia ha puesto hincapié en los centros de salud públicos deben cumplir con las exigencias que tiene este proceso, ya que son el lugar donde se atiende el 80% de la población de escasos recursos.

En consecuencia el Hospital de Quilpué plantea en su “Plan Comunal 2015” desarrollar una gestión para la calidad y preparar la Atención de Salud Abierta para el proceso de Acreditación al que se somete con el objetivo de entregar un mejor servicio a sus pacientes y reducir los riesgos asociados a la atención. Es aquí en donde se hace necesario el sistematizar y organizar protocolos de actuación clínica de actividades trazadoras de la calidad de atención, además de preparar los procesos de acuerdo a Decreto 15/07 MINSAL. Este Decreto es el Reglamento de Acreditación, en donde se establecen los estándares fijados para velar que las prestaciones de salud que se entreguen estén conforme a la norma establecida por decreto del Ministerio de Salud dictado bajo la fórmula “Por orden del Presidente de la República”, en cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 11 del artículo 4º del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, con el objetivo de garantizar que las prestaciones otorgadas por los prestadores institucionales alcancen la calidad requerida para la seguridad de sus usuarios.

En resumen el presente Trabajo de Título tratará sobre la mejora de un sistema de control continuo de los procesos que permita asegurar la calidad hacia los usuarios mediante un seguimiento efectivo al control de la Ficha Clínica ya que tiene como consecuencia conflictos en los procedimientos al no poder ser regulados de forma correcta, y que puede traer como consecuencia el no ser re acreditados.

Para ello se utilizará como herramienta de conexión entre áreas la Ficha Clínica, ya que es el único documento que pasa por todos los servicios donde la trazabilidad del proceso está generando problemas, tales como atrasos, pérdidas de Fichas y otros que se tratará más adelante.

## Capítulo III : Marco Teórico

### III.1.- Herramientas de análisis

#### III.1.1.- TOC o Teoría de las Restricciones

Una de las herramientas de gestión que se utilizará para el análisis es la “Teoría de las restricciones”, con la sigla de TOC (*Theory of Constraints*), siendo éste una metodología de gestión y mejora continua de cualquier proceso, que se basa en que toda organización tiene una meta o un objetivo y restricciones. Sin las restricciones los logros que se obtienen pueden ser infinitos, es por esto que las restricciones del sistema determinan las posibilidades de obtener más de lo proyectado por la organización. Plantea que la forma de mejorar es identificar y eliminar las restricciones de forma ordenada.

Existen dos tipos de restricciones: Las restricciones físicas y las restricciones políticas. TOC propone un proceso para gestionar una empresa y enfocar los esfuerzos de mejora, denominado "Focalización", a través de los siguientes pasos.

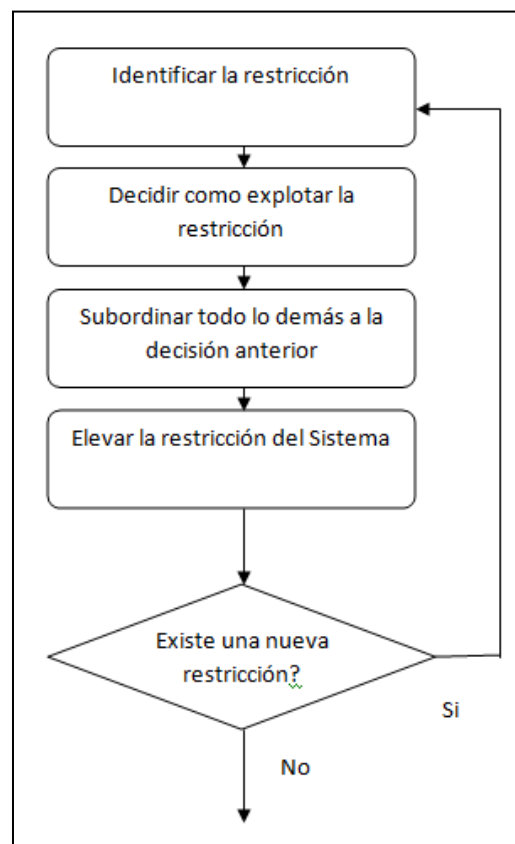


Figura III.1: Diagrama de metodología TOC.

Fuente: *Elaboración propia.*

- Paso 1: Identificar las restricciones del Sistema es fundamental para encontrar los puntos críticos que pueden y afectan la calidad del servicio.

- Paso 2: Decidir cómo explotar las restricciones.
- Paso 3: Subordinar todo lo demás a la decisión anterior, es decir es necesario que el resto de las áreas involucradas en el Sistema, funcionen al ritmo que marcan las restricciones que son definidas en el paso 2.
- Paso 4: Aumentar las restricciones del Sistema, para seguir mejorando es necesario aumentar la capacidad de las restricciones. Es por esto que se pretende proponer y estandarizar protocolos de acción frente a las restricciones que se presentan en el Sistema.
- Paso 5: Volver al Paso 1, al aumentar una restricción normalmente, esta desaparece pero puede aparecer otra restricción nueva, por lo que se debe volver a nuevas restricciones.

TOC propone 3 preguntas con las cuales se pueden responder con 5 técnicas que abordan esencialmente las restricciones políticas.

- ¿Qué cambiar? Para esto utilizaremos el Árbol de la Realidad Actual, en donde se recomienda encontrar entre 5 a 10 efectos indeseados.
- ¿A qué cambiar? En el cual utilizaremos Eliminación de conflictos y Árbol de la Realidad Futura.
- ¿Cómo provocar el cambio? En este punto usaremos el Árbol de prerrequisitos y Árbol de transición.

### **III.1.2.- Árbol de la Realidad Actual**

Para identificar las restricciones del Sistema utilizaremos el árbol de la realidad actual, el cual nos permitirá identificar y observar la dependencia bilateral que existe entre ambos y así encontrar el problema raíz que se abordará.



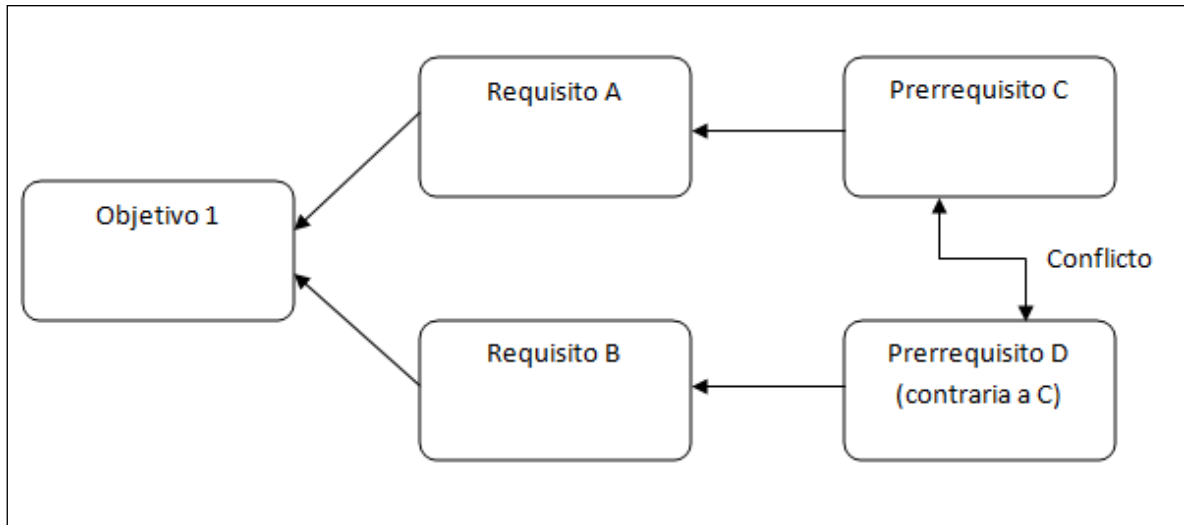


Figura III.3: Nube de Conflicto.

Fuente: Elaboración propia.

### III.1.3.- Árbol de la Realidad Futura

El Árbol de la Realidad Futura nos permitirá diseñar una solución (*inyección*), que podremos aplicar y así reemplazar los efectos indeseables que tenemos en nuestro Sistema por efectos deseables sin crear nuevos efectos indeseables.

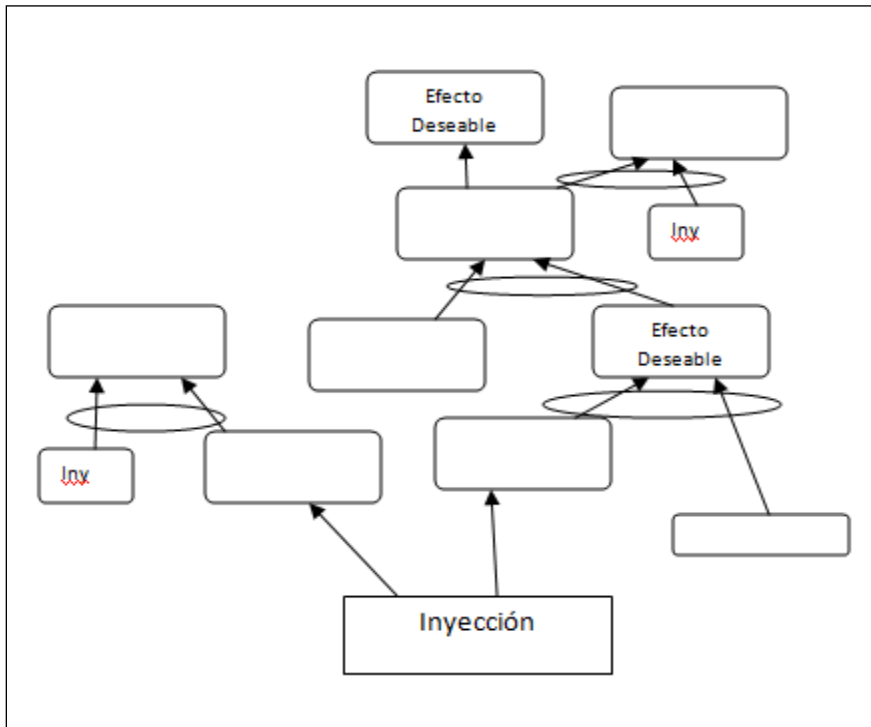


Figura III.4: Árbol de Realidad Futura.

Fuente: Elaboración propia.

## III.2.- Herramientas de modelamiento

### III.2.1.- Business Process Management (BPM) (Withe&Miers, 09)

Gestión de Procesos de Negocios (BPM) definido como un conjunto de herramientas, tecnologías y métodos que se utiliza con el fin de representar y diseñar procesos de cualquier tipo, para ser analizados y controlados dentro de la organización. Con esta herramienta se puede mejorar el rendimiento de cada área perteneciente al Sistema.

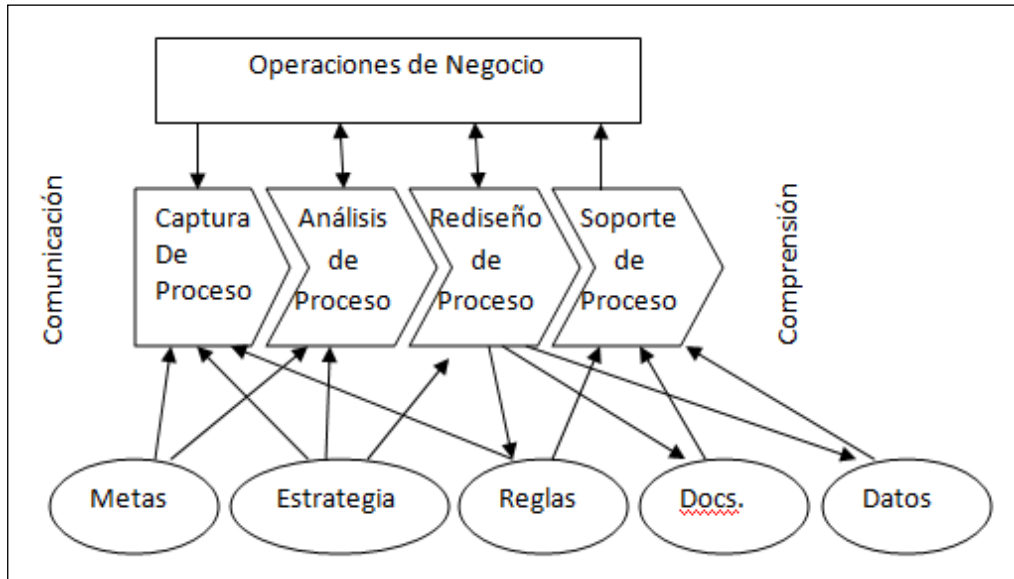


Figura III.5: Modelo BPM.

*Fuente: Elaboración propia.*

Los objetivos principales de BPM son los siguientes:

- Comprender y esquematizar los procesos para permitir la transversalidad entre ellos.
- Asociar los procesos a la estrategia de la organización.
- Identificar los problemas del Sistema para mejorar procedimientos existentes y crear los inexistentes.
- Lograr que los procedimientos sean estandarizados y formalmente documentados.
- Lograr la mejora continua de procesos.
- Convertir las funciones y acciones realizadas en el Sistema en Proactivo.

### III.2.1.1.- Business Process Model And Notation (BPMN)

La forma estándar para modelar procesos es la notación para el modelado de procesos de negocios con sus siglas en inglés BPMN. Es la forma de entender las relaciones y comunicación existentes entre un área y otra dentro de un Sistema. Logra representar gráficamente el diseño de los procesos, a través de elementos que son clasificados en 4 categorías: Objetos de Flujo, Objetos de Conexión, Canales, Artefactos.

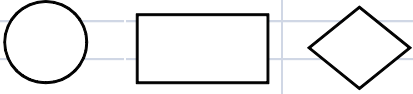

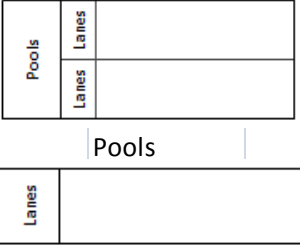

Objetos de Flujo	 Eventos      Actividades      Compuertas	Definen el comportamiento de los procesos
Objetos de Conexión	 Líneas de secuencia      Asociaciones      Líneas de mensaje	Conectan dos objetos en el proceso
Canales	 Pools      Lanes	Permite organizar las actividades de flujo
Artefactos	 Objetos de datos      Grupos      Anotaciones	Entrega información adicional sobre el proceso

Figura III.6: Modelo BPMN.

Fuente: Elaboración propia.

BPMN (*Business Process Management Notation*) o Notación para el Modelado de Procesos de Negocios, es una notación basada en diagramas de flujo para definir procesos de negocios. Busca mejorar los resultados de las organizaciones con la ayuda de su estándar, es por ello, que los procesos deben mapearse, solo así, lograrán un mayor rendimiento organizacional. Es una representación de signos y formas que se adaptan para: Expresar actividades de manera lógica; establecer mensajes entre los diferentes actores (roles); y para obtener la información necesaria para el análisis. Es un acuerdo entre múltiples fabricantes de herramientas de modelado que tenían sus propias notaciones para usar una notación simple en beneficio del entendimiento y aprendizaje del usuario final.

Todos los procesos comienzan con eventos de inicio, continúa con actividades las cuales pueden estar relacionadas con alternativas, decisiones o verificación de condiciones. Las actividades tienen inhibidores o restricciones que hacen que una actividad no empiece, de acuerdo a esto se recomienda incorporar los objetos de datos necesarios para comprender y modelar procesos.

### **Método para modelar con BPMN**

1. Definir el alcance del proceso : se deben responder a las siguientes preguntas:
  - ¿Qué constituye el inicio del proceso?
  - ¿Qué representa una instancia del proceso?
  - ¿Quién es el “cliente”? ¿O es el iniciador un participante de dentro del proceso?
  - ¿Qué significa el final del proceso?
2. Crear el diagrama de alto nivel para el camino ideal :
  - Añadir pools.
  - Añadir *lanes* al *pool* del proceso.
  - Añadir eventos de inicio y fin.
  - Añadir pasos principales en el camino confeccionado.
  - Reconectar pasos concurrentes y condicionales.
3. Añadir otros caminos de alto nivel:
  - Identificar estados finales de error.
  - Insertar evento final por cada estado final.
  - Insertar *gateways* para definir los caminos de error.
4. Expandir subprocesos para mostrar detalles.
5. Añadir flujo de mensajes intermedios a pools externos.
  - Añadir *black-box pools* para participantes externos
  - Añadir flujo de mensajes de alto nivel.

- Añadir flujo de mensajes en diagramas de subprocesos.
6. Añadir datos.

### III.3.- Herramientas de medición de la calidad

#### III.3.1.- Servqual

Es una herramienta que mide la calidad del servicio, mediante dos encuestas, en la cual la primera mide las expectativas que tiene el usuario acerca del servicio que recibe y el segundo mide la percepción del usuario que recibe el servicio medido.

Para evaluar la encuesta que cuenta con 22 preguntas, se desarrolla una escala, la cual contiene cinco dimensiones:

- **Tangibilidad:** En este punto se mide la satisfacción con respecto a instalaciones físicas, equipos, personal.
- **Fiabilidad:** Se refiere a la realización del servicio prometido de manera confiable y cuidadosa.
- **Capacidad de respuesta:** Voluntad para ayudar a los usuarios.
- **Seguridad:** Conocimiento del servicio prestado y habilidad para inspirar credibilidad y confianza.
- **Empatía:** Atención individualizada al usuario.

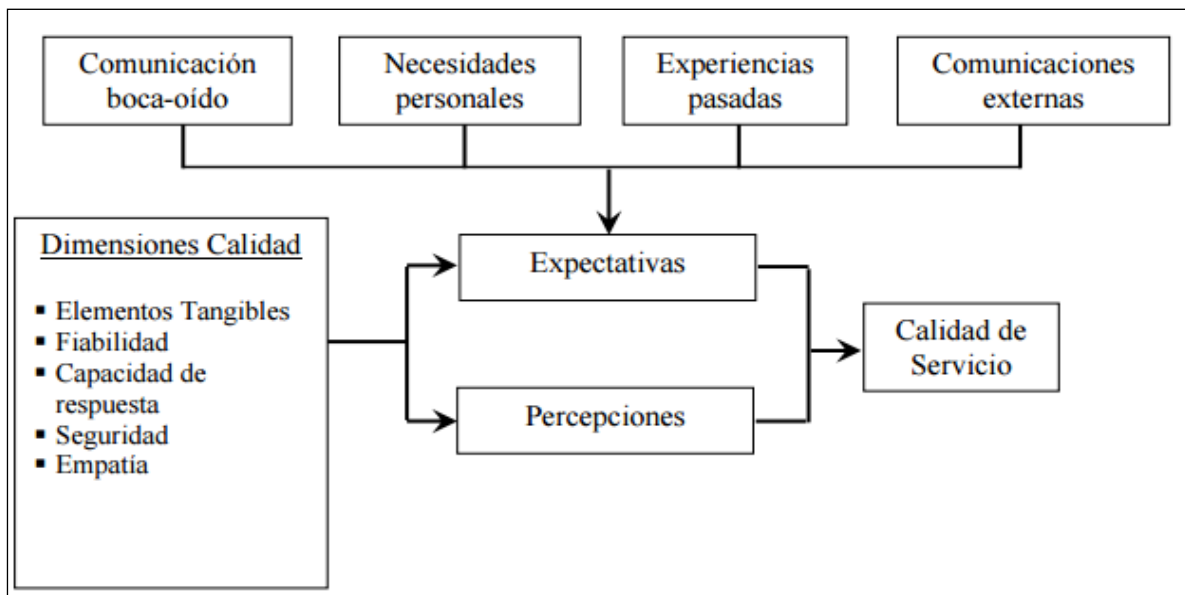


Figura III.7: Modelo Servqual.

Fuente: Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985).

El modelo Servqual mide la calidad de servicio que sirve para identificar discrepancias, comparando las expectativas del usuario con la percepción de éste una vez que el servicio fue realizado. Dentro del modelo Servqual se definen 5 puntos donde existen: discrepancias, deficiencias, brechas o gaps.

### **Discrepancia 1: Expectativas**

Es decir, expectativas de los usuarios versus percepción de la empresa. Conocida como deficiencia de información de marketing, ocurre cuando las empresas no conocen anticipadamente los aspectos que son indicativos de alta calidad para el cliente y/o usuario, cuales son imprescindibles para satisfacer sus necesidades y que niveles de prestación se requiere para ofrecer un servicio de calidad.

### **Discrepancia 2: Especificación**

Percepción de la empresa sobre las expectativas de los clientes versus especificaciones de calidad. Ocurre debido a la falta de estándares y de objetivos orientados al cliente, de considerar sus expectativas como imposibles de satisfacer (poco realistas y no razonables), errores de las normas o estándares para la ejecución de las tareas entre otros.

### **Discrepancia 3: Prestación**

Especificaciones de calidad versus servicio entregado. Debido a la ambigüedad en la definición de los roles y conflictos en la empresa, sistemas de supervisión y control inadecuados, falta de trabajo en equipo, conflictos de objetivos, no contar con los recursos adecuados (tecnología, personal y sistemas) para cumplir con las especificaciones del cliente entre otros.

### **Discrepancia 4: Comunicación**

Discrepancia entre el servicio real y comunicación externa. Se debe a que las promesas hechas a los clientes a través de marketing no son consecuentes con el servicio que realmente entregan.

### **Discrepancia 5: Percibida**

Discrepancia entre las expectativas de los clientes y sus percepciones del servicio prestado. La percepción de mala calidad es causa de cualquiera de las discrepancias anteriores o una suma o interacción entre ellas.

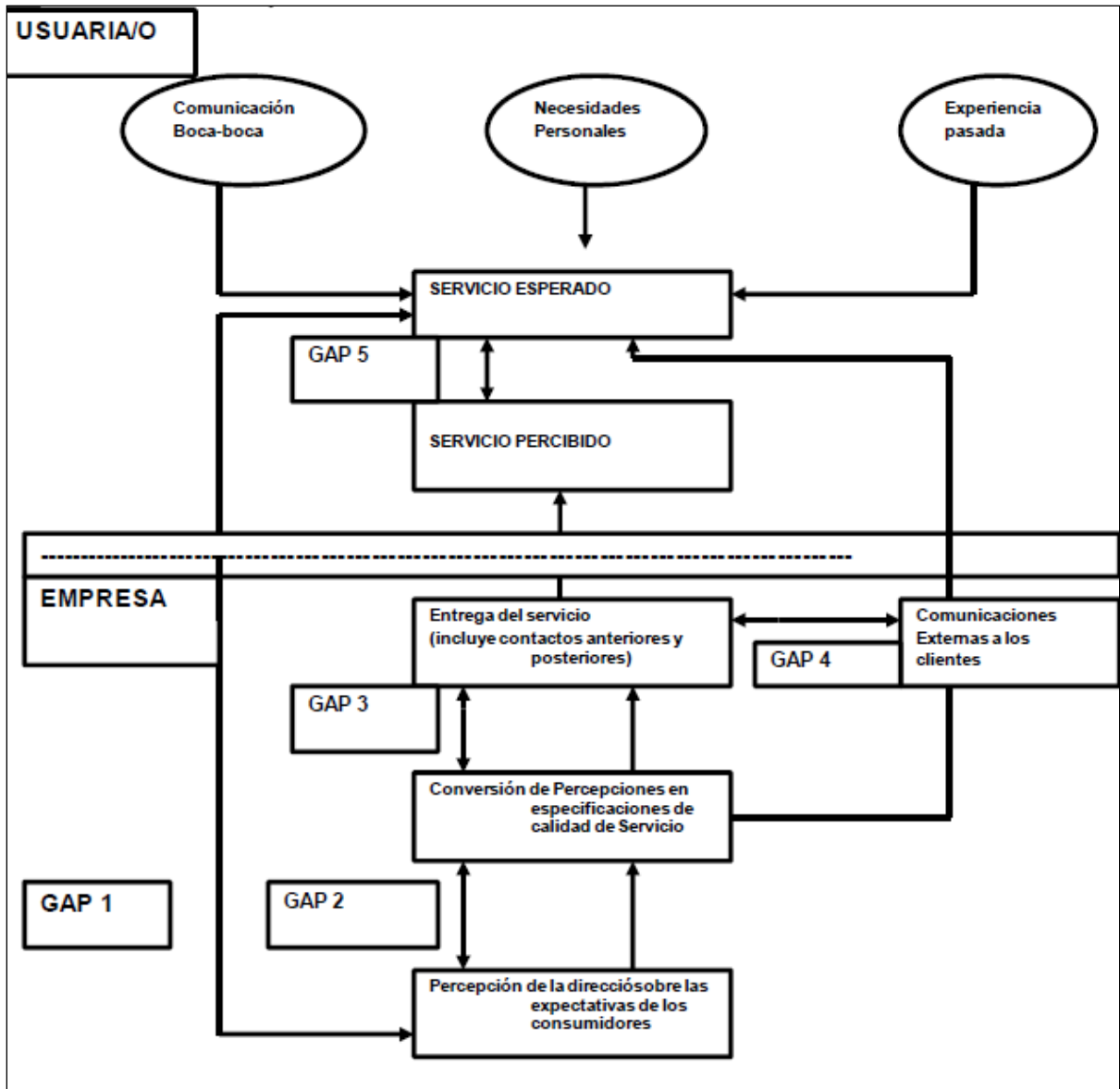


Figura III.8: Modelo de Brechas.

Fuente: Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985).

Del modelo se explica lo siguiente:

**GAP 5** =  $f(\text{GAP 1}, \text{GAP 2}, \text{GAP 3}, \text{GAP 4})$

**GAP 1:** Indica la diferencia entre la percepción del usuario y las expectativas que tienen.

**GAP 2:** Indica la diferencia entre la percepción de la gestión y las especificaciones de la calidad del servicio.

**GAP 3:** Indica la diferencia entre las especificaciones de la calidad del servicio y el servicio actualmente entregado.

**GAP 4:** indica la diferencia entre el servicio entregado y lo que se informa del servicio que se entrega al usuario.

**GAP 5:** Diferencia entre el servicio entregado y el percibido.

### **III.3.2.- Indicadores**

Son parámetros que miden el nivel de cumplimiento de una actividad dentro de una organización, de tal forma que sea estandarizado.

Se construyen de manera cuantitativa, pero también existen cualitativos. Para el presente trabajo se utiliza sólo de manera cuantitativa.

Existen diferentes tipos de indicadores, como Estratégicos, Servicios, Proyecto, Calidad etc.

#### **Indicador de calidad**

Permite un seguimiento de los procesos de mejora continua.

Para determinar un indicador se tiene las principales características:

- Relevancia: Valoran una actividad importante
- Adherencia: Están directamente relacionados con el concepto a evaluar.
- Cuantificable: Los resultados se pueden cuantificar con un dato numérico o un valor de clasificación
- Rentable: El beneficio de su uso supera el coste de obtenerlo.
- Disponibilidad: Los resultados deben estar disponible a tiempo para la oportuna toma de decisiones.
- Comparable: Debe permitir representar la evolución temporal del concepto a evaluar.
- Fiable: Proporcionan confianza sobre la validez de medidas sucesivas (exactitud y precisión)
- Para cada elemento crítico se debe determinar la mejor manera de medir el desempeño.
- Se debe contar con Nombre, forma de medición y unidad de medida.
- Debe establecerse un proceso de revalidación continua.
- Debe establecerse un umbral para cada indicador.

Dentro de estos indicadores, encontramos tres principalmente:

- De calidad del proceso: Mide el desempeño de los procesos y/o acciones de mejora continua implementadas.
- De calidad del servicio: Mide el resultado final del servicio entregado.
- De percepción del usuario: Mide el grado de satisfacción que tiene el usuario del servicio que recibe.

Diseño de Indicadores:

- Se debe seleccionar principalmente en los procesos importantes, derivada de indicadores empresariales de nivel superior.
- La designación debe corresponder al concepto a evaluar.
- Forma de cálculo, es decir cómo se computa la información para obtener el resultado, y con qué periodicidad. Se debe evitar ambigüedades al describir los datos origen para el cálculo.
- Forma de representación, es conveniente estudiar la forma en que se representará el indicador, especialmente en el caso de ser visualizados por el personal involucrado, así como el simbolismo para indicar el estado actual.
- La definición de objetivos para el periodo puede ser constante, escalonado o progresivo.
- Debe permitir la revalidación en base al feedback de su uso, deben ser dinámicos y adaptarse a la situación (madurez del proceso, política de la empresa, etc.).

La mejora continua de los procesos será de acuerdo al seguimiento que se tenga de los indicadores del proceso (ciclo PDCA).

Planificar (*Plan*), determina sobre qué indicador actuar para mejorar o corregir su resultado, su tendencia, o su inestabilidad. Del análisis del proceso se derivan los posibles puntos de actuación en forma de Plan de Acciones.

Hacer (*Do*) Implantar el Plan de Acciones.

Verificar (*Check*) Analizar los resultados logrados con la implantación de cada una de las acciones.

Acción (*Act*) se implementan los cambios pertinentes para no volver a incurrir en los mismos errores.

### **III.4.- Herramientas de la calidad**

#### **III.4.1.- Diagrama de Ishikawa**

El diagrama de Ishikawa es una herramienta de análisis de causa-efecto, que al ser representado gráficamente permite visualizar las causas que explican un determinado problema.

Para realizar este diagrama se debe seguir los siguientes pasos:

1. Se debe concretar cuál va a ser el problema o “efecto” a solucionar, se dibuja una flecha y se pone el tema a tratar al final de la misma.
2. Identificar las causas principales a través de flechas secundarias que terminan en la flecha principal, se pueden establecer categorías dependiendo de cada problema.
3. Se debe identificar las causas secundarias a través de flechas que terminan en las flechas secundarias, esto se puede realizar mediante un análisis de cada parámetro, escribiendo cada causa de forma concisa.
4. Se puede hacer una asignación de la importancia de cada factor.
5. Se usan 5 categorías para definir el esquema de Ishikawa: materiales, equipos, métodos de trabajo, mano de obra, medio ambiente; conocidas como las 5M's.

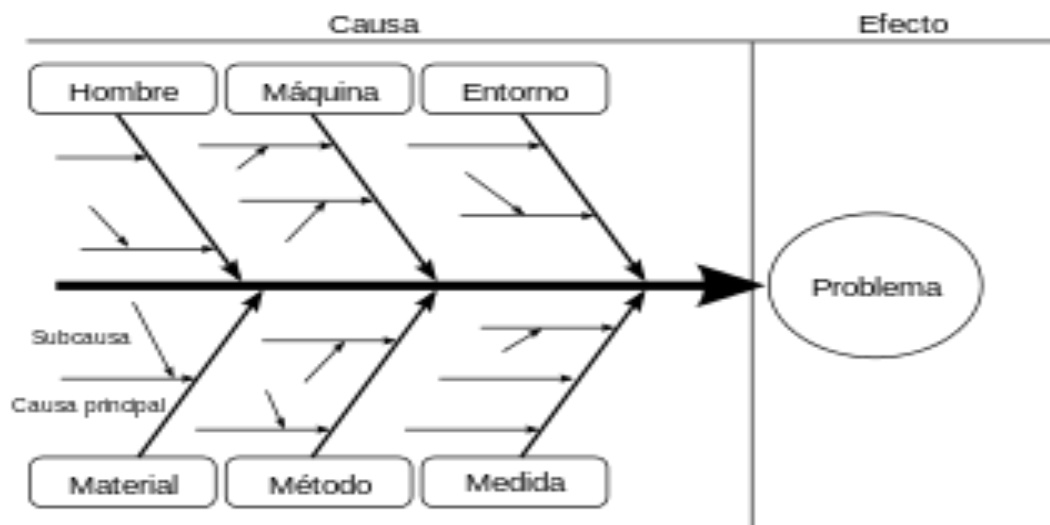


Figura III.9: Diagrama de Causa-Efecto Ishikawa.

*Fuente: Kaoru Ishikawa (1985)*

### III.4.6.- Diagrama de flujo

Un diagrama de flujo es una representación gráfica de la secuencia de operaciones, movimientos, etapas, decisiones, esperas y otros eventos que ocurren en un proceso. Su importancia consiste en la simplificación de un análisis preliminar del proceso y las operaciones que tienen lugar al estudiar características de calidad. Ésta representación se efectúa a través de formas y símbolos gráficos usualmente estandarizados, y de conocimiento general. El diagrama facilita también la selección de indicadores de proceso, permite definir los límites de un proceso, logra la identificación de los clientes, es más sencillo determinar sus necesidades y ajustar el proceso hacia la satisfacción de sus necesidades y expectativas. Establece el valor agregado de cada una de las actividades que componen el proceso, constituye el punto de comienzo indispensable para acciones de mejora.





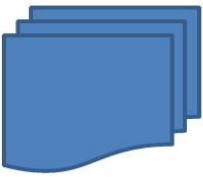
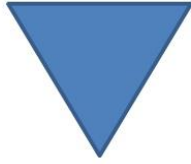


SÍMBOLO	SIGNIFICADO	SÍMBOLO	SIGNIFICADO
	Terminal. Indica el inicio o la terminación del flujo del proceso		Actividad. Representa una actividad llevada a cabo en el proceso.
	Decisión. Indica un punto en el flujo en que se produce una bifurcación del tipo "SÍ" – "NO"		Documento. Se refiere a un documento utilizado en el proceso, se utilice, se genere o salga del proceso.
	Multidocumento. Refiere a un conjunto de documentos. Por ejemplo, un expediente que agrupa distintos documentos.		Inspección/ firma. Empleado para aquellas acciones que requieren supervisión (como una firma o "visto bueno")
	Base de datos/ aplicación. Empleado para representar la grabación de datos.		Línea de flujo. Proporciona una indicación sobre el sentido de flujo del proceso.

Figura III.10: Simbología diagrama de flujos.

Fuente: *Elaboración propia.*

Los pasos para elaborar un diagrama de flujo son los siguientes:

- Determinar el proceso a diagramar.
- Definir el grado de detalle, es decir, el proceso puede mostrar a grandes rasgos la información sobre el flujo general de actividades principales, o ser desarrollado de modo que se incluyan todas las actividades y los puntos de decisión.
- Identificar la secuencia de pasos del proceso, situándolos en el orden que son llevados a cabo.
- Construir el diagrama de flujo, para ello se utilizan determinados símbolos y cada organización puede definir su propio grupo de símbolos. Para la elaboración de un diagrama de flujo, los símbolos estándar han sido normalizados, entre otros, el *American National Standards Institute (ANSI)*.
- Revisar el diagrama de flujo del proceso.

### III.5.- Otras herramientas de calidad

#### III.5.1.- Metodología FOCUS-PDCA

Existe el modelo FOCUS-PDCA el cual se utiliza para la mejora de procesos, identificando en sus siglas en inglés F (*find*), O (*organize*), C (*clarify*), U (*understand*), S (*selection*) los pasos que se deben realizar. Junto a esto, se encuentra la metodología PDCA, que verifica continuamente el proceso para la mejora continua de éste. Las siglas en inglés se identifican como P(*Plan*), D(*do*), C(*Check study*), A (*act*).

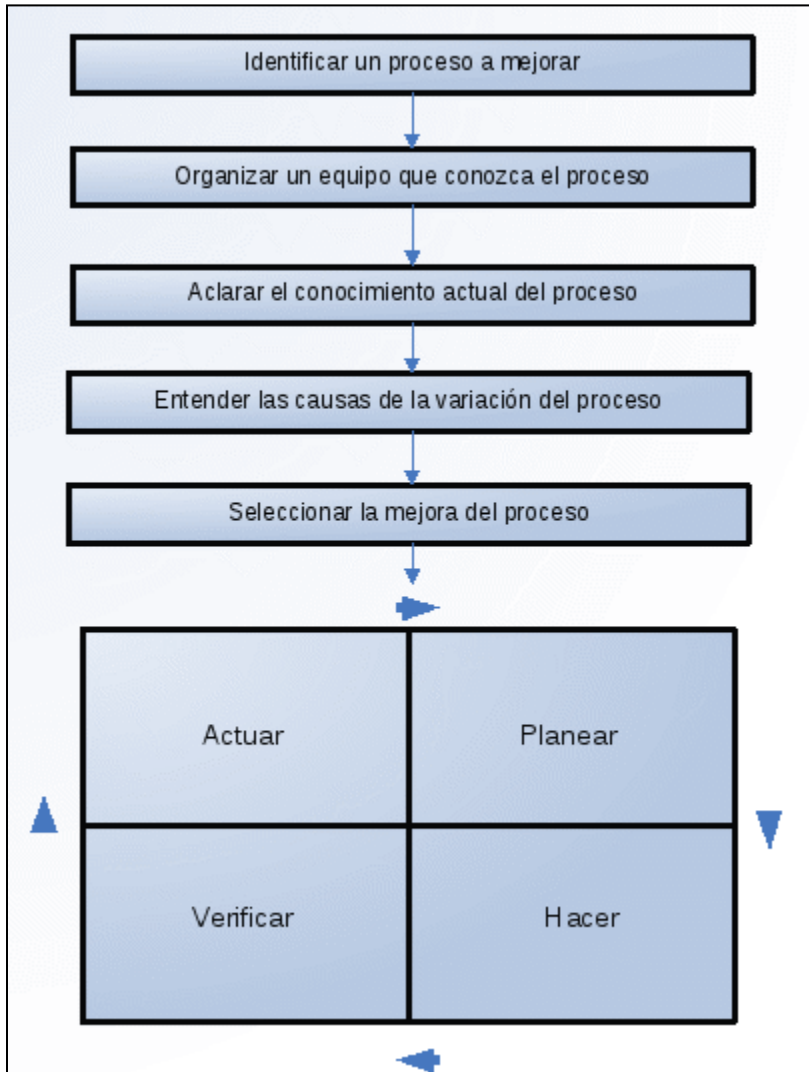


Figura III.11: Metodología FOCUS-PDCA.

Fuente: "Today's Management Methods", Stoltz, 1996.

Como se muestra en la Figura III.11 consiste en 9 pasos para realizar una mejora continua de los procesos, que se detallan a continuación [Stoltz, 1996]:

1. Identificar el proceso a mejorar, estableciendo el alcance de la mejora e identificando los límites del proceso.
2. Organizar un equipo que conozca el proceso, el objetivo es reunir a las personas que tengan mejor conocimiento del proceso y equiparlas con los recursos necesarios para conducir la mejora.
3. Aclarar el actual conocimiento del proceso, es entender como actualmente se está llevando el proceso a cabo.
4. Entender las causas de variación del proceso, identificando las principales causas que originan que el proceso varíe.
5. Seleccionar la mejora de proceso, proponer mejoras y elegir la más conveniente.
6. Planear, es decir, planear el cambio y la medición de sus efectos.
7. Hacer, implementar el plan de acción, observando, registrando sus efectos y analizando los resultados.
8. Verificar, es decir, estudiar los resultados obtenidos y compararlos con los resultados deseados.
9. Actuar, tomar las acciones del caso basado en el conocimiento adquirido en los pasos anteriores.

### **III.5.2.- Norma Internacional ISO 9001:2000**

#### **Generalidades**

La Norma ISO 9001:2001 está enfocada al cumplimiento de dos objetivos referentes a aumentar la satisfacción del cliente, los cuales son:

- Gestionar los procesos de calidad para entregar un servicio coherente con las necesidades reales de los consumidores y junto con el reglamento aplicable.
- Aumentar la satisfacción de los consumidores a través de la aplicación eficaz de un sistema de control de la calidad, en donde se resuelvan las necesidades reales de los clientes, se aplica un modelo de mejora continua y los reglamentos aplicables.

Cabe destacar que esta Norma considera un “producto”, es decir, solo se aplica a un producto destinado al cliente o solicitado por él.

En resumen a continuación se muestran los puntos relevantes de la Norma que se aplicarán en el presente Trabajo de Título, considerando los puntos básicos para generar un plan de mejora que este enfocado en las reales necesidades de los usuarios del servicio, es decir se plantean los requerimientos básicos de calidad.

- **Requisitos generales del sistema de gestión de calidad**

La organización debe establecer, documentar, implementar y mantener un sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia de acuerdo con los requisitos de esta Norma Internacional.<sup>2</sup>

Identificar los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización.

b) Determinar la secuencia e interacción de estos procesos.

c) Determinar los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces.

d) Asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos.

e) Realizar el seguimiento, la medición y el análisis de estos procesos.

F) Implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos.

- **Responsabilidad de la dirección**

En este criterio se identifican los compromisos que asume la Dirección, enfocándose al cliente para lograr una mayor satisfacción por parte de éste, estableciendo conjuntamente políticas institucionales.

- **Gestión de los recursos**

La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para<sup>3</sup>:

a) Implementar y mantener el sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia.

b) Aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.

- **Realización del producto**

Identifica el proceso de planificación de la realización del producto, en relación a los objetivos establecidos para ello, cumpliendo con los requisitos del producto.

- **Medición, análisis y mejora**

La organización desarrolla e implementa la mejora continua del proceso y así lograr tener un feedback mediante auditorías internas y así realizar acciones correctivas. Se debe realizar un seguimiento de estos procesos enfocándose en la satisfacción del cliente.

### **III.5.3.- Sistema de diseño de procedimiento Médico (Vía Clínica)**

La vía clínica es una herramienta hospitalaria que se ha usado en atención cerrada, para pacientes que tienen un diagnóstico específico, y lo que busca es estandarizar procedimientos de acción, para reducir los tiempos muertos y optimizar planes de acción, y de esa forma no se ven retrasados en decisiones claves ante una falta de información, sin

<sup>2</sup> ISO 9001-2000 (traducción certificada), por ISO/TC 176. Requisitos generales, criterio N°4 "Sistema de Gestión de la Calidad).

<sup>3</sup> ISO 9001-2000 (traducción certificada), por ISO/TC 176. Provisión de recursos, criterio N°6 "Gestión de los Recursos"

querer decir esto que se reemplazara el juicio médico del profesional, sino que es una guía de actuar para enfermos con patologías que tienen cuadros clínicos predecibles.

La forma de presentación de las vías clínica más común es con una matriz temporal, que en su abscisa se coloca el tiempo en distintas medidas de acuerdo con la patología presente (días u horas), y en la ordenada van los planes de acción de acuerdo a los lapsos de tiempo (evaluaciones y asistencias, determinaciones o test de laboratorio, tratamientos médicos y cuidados de enfermería, medicación, actividad, fisioterapia, dieta, información y apoyo al enfermo y/o familiar, criterios de ingreso o de alta). Como se dijo anteriormente estas guías de acción se utilizan para patologías específicas, en donde se tiene un comportamiento lineal, es decir, predecible. Por lo tanto se le entrega más autonomía al personal y modos de acción que reducen el tiempo de reacción ante una eventualidad.

En resumen de la aplicación de este método se desprenden las siguientes etapas de desarrollo:

- Elección de los procedimientos o actividades sanitarias en donde se aplicará. En este caso se necesitan criterios que ayuden a dar un diagnóstico preciso, es decir, de acuerdo a la información que presenta el paciente poder determinar su dolencia. Estos criterios mínimos deben ser:
  - Frecuencia de los casos.
  - Relevancia (Riego del Paciente y consecuencias).
  - Si es de curso clínico predecible.
- Revisión bibliográfica de casos similares, y su sintomatología.
- Elaborar un perfil de profesionales de acuerdo al caso de estudio.
- Equipo o grupo formado por médicos y enfermeras familiarizadas con el caso de estudio, y que estén asignados a atención abierta, junto con el encargado de calidad y un representante de la dirección.
- Determinar los objetivos de la vía clínica, junto con un compromiso por parte de los participantes.
- Generar un grupo de estudio, en donde se genere de manera física un plan de acción, para este caso también es recomendable copiar modelos de otras instituciones que lo utilicen y adaptarlo a la realidad del Hospital, con esto se busca llegar a un consenso de la estructura de esta vía clínica.
- Realización de un ensayo piloto o simulación que permita comparar la situación actual con este modelo implementado.
- Ajuste y correcciones del modelo, de acuerdo a los resultados obtenidos en la prueba anterior.
- Determinar encargados y plazos de implementación.

## Capítulo IV : Metodología

La metodología que se presenta, se utilizará con el fin de llevar a cabo el Objetivo principal del Trabajo de Título, que es diseñar un sistema de control de calidad para la mejora continua del proceso de acreditación que se realiza en el Sistema de Salud Abierta del Hospital de Quilpué.

Esta metodología consta de cinco etapas de desarrollo:

### Etapa 1: Planificación

- Como primera etapa del Trabajo, se lleva a cabo reuniones con los principales Jefes del Sistema de Salud Abierta, del cual se obtiene el conocimiento a nivel global del funcionamiento de éste, que abarca el Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) y Sala de Urgencias. Con estas reuniones se identifica a nivel general el problema y luego se planifica el trabajo que se realizará en el Hospital, en el cual se entregan las fechas estipuladas de trabajo y se acuerda el levantamiento de procesos de todas las áreas que involucra el Sistema.
- Para planificar el trabajo, se realiza la Identificación y Diferenciación de procesos, para esto utilizamos la herramienta:
  - BPM y Bizagi para modelamiento.

### Etapa 2: Recopilación de información

- Para obtener el conocimiento del Sistema, se lleva a cabo la recolección de información de todas las áreas que involucra el sistema de salud abierta, para esto se realiza un levantamiento de procesos, con el fin de modelar los procesos. Esto se desarrolla a través de entrevistas a todos los jefes y encargados de cada área.
- La metodología que se utiliza para realizar el levantamiento de procesos luego de identificar y diferenciar los procesos, se define como lo siguiente:
  - Alcance y objetivo del trabajo.
  - Documentación de la información, el cual incluye protocolos, Procedimientos, Manuales, Indicadores de gestión, etc.
  - Comprensión de los procesos involucrados.
  - Identificación de participantes.

### Etapa 3: Análisis

- Analizar las condiciones actuales.
- Una vez realizada la recopilación de información, se analiza la información que se obtiene, para comprender las condiciones actuales del Sistema. Para esto se utiliza la herramienta:

- BPM (Modelamiento de Procesos de Negocio), usando el modelador de procesos Bizagi.
- Identificar los puntos críticos del Sistema.
- Luego de tener las condiciones actuales del Sistema, se identifica el problema raíz y puntos críticos usando las siguientes herramientas:
- Ishikawa, en donde logramos identificar el problema raíz que afecta al Sistema y las causas que lo originan.
- Diagrama de causa efecto, en el cual podemos reflejar para la mayor comprensión del problema, las causas que lo originan y sus efectos.
- Árbol de la Realidad Actual, que nos permitirá identificar las restricciones del Sistema.
- TOC o Teoría de las Restricciones, que permitirá realizar la mejora continua de los procesos, a través de la identificación y aplicación de esta herramienta.

#### **Etapas 4: Identificación del problema**

- Luego de realizar el análisis de la información con respecto a la recopilación de ésta, se puede lograr una identificación del problema, para esto se utilizará las siguientes herramientas:
- Servqual, que permitirá evaluar la calidad de los servicios prestados en el Sistema Abierto del Hospital.
- GAP, modelo que reflejará la calidad del servicio, como lo que espera el paciente recibir y lo que realmente recibe.
- Ishikawa, este modelo permite enfocarnos en el problema raíz.

#### **Etapas 5: Diseño de soluciones**

- En la etapa de identificación del problema se identifica el problema raíz, por lo cual, se propone soluciones y se diseña con las siguientes herramientas.
- BPM (Modelamiento de Procesos de Negocio), usando el modelador de procesos Bizagi.
- TOC (Teoría de las Restricciones).
- Árbol de la Realidad Futura.
- Metodología FOCUS-PDCA.
- ISO 9001-2000.

- Metodología Procedimiento diseño Vía Clínica.
- Indicadores de Calidad.

# Capítulo V : Aplicación de la metodología

## V.1.- Diagrama Ishikawa

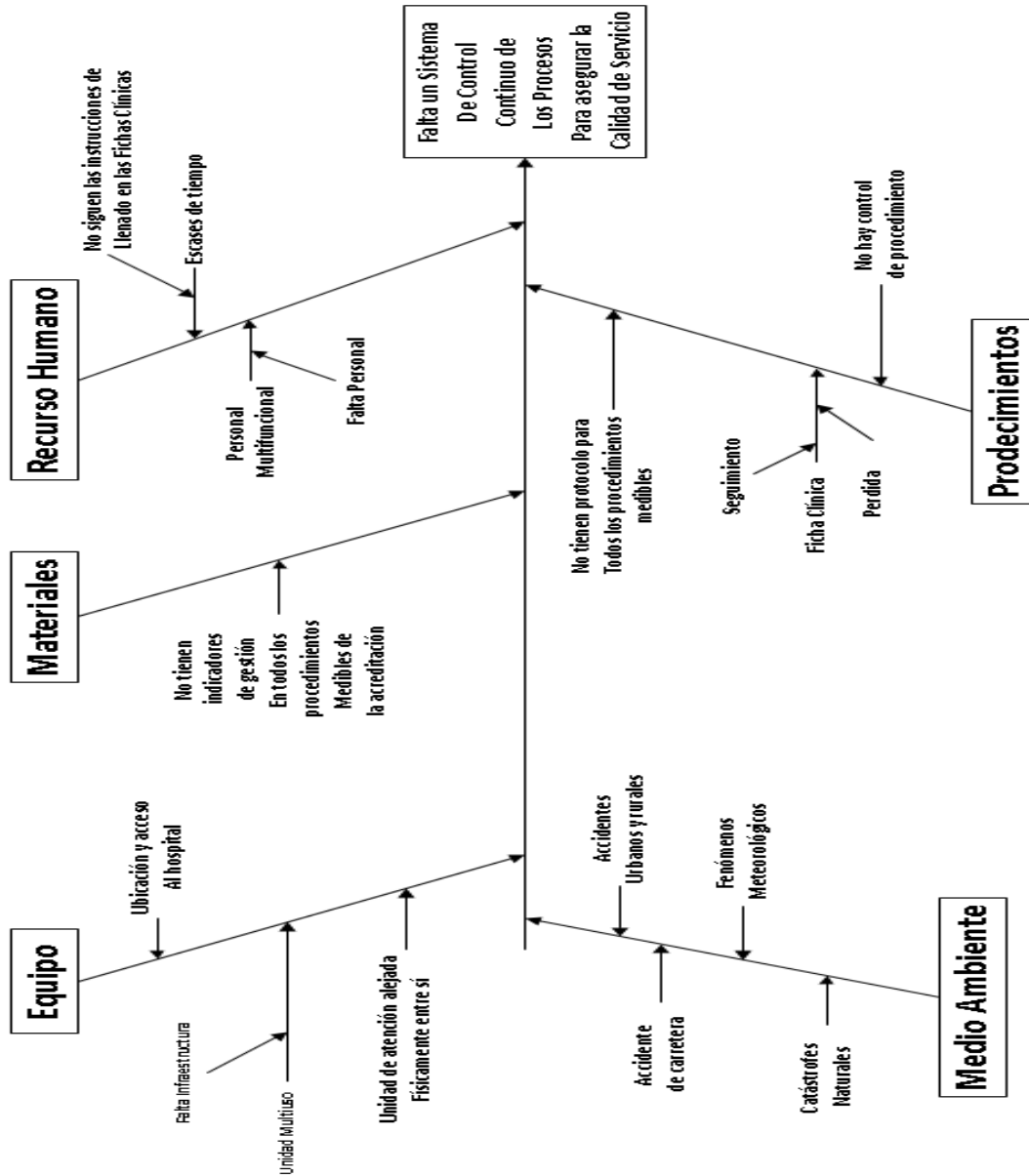


Figura V.1: Modelo de Causa-Efecto.

Fuente: Elaboración propia.

- **Equipo**

El Hospital de Quilpué cuenta con tres secciones interconectadas entre sí que son: Urgencia/Hospitalización, CAE y Hospitalización, que por tema de capacidad, la sección de urgencia atiende tanto a los que llegan por causas menores, hasta los que deben ser hospitalizados, dividiendo la sección en dos partes. Esto dificulta y ralentiza la atención al no contar con camillas para otros enfermos que llegan.

Otro punto importante es la escases de elementos que permitan entregar un servicio de calidad a las personas, como es el caso de kinesiología, que por falta de maquinaria para los respectivos ejercicios que deben realizar los pacientes, generan largas listas de esperas. Aunque este tema se ha ido amortizando con convenios con otras instituciones que prestan el servicio, sigue siendo un tema dentro de la unidad.

Por último la localización en un lugar inclinado, dificulta enormemente la circulación de las personas entre secciones, además de tener que cruzar una calle estrecha y con gran cantidad de circulación vehicular, es otro factor que se ha podido ver en las distintas visitas que se ha realizado al Hospital.

- **Recurso humano**

Un tema muy concurrido en la mayoría de las instituciones de salud es la escasez de personal médico para lograr abastecer a la gran cantidad de pacientes que se llegan a atender por distintos motivos. El Hospital de Quilpué no es ajeno a este tema, ya que en ocasiones se da que los enfermeros deben realizar ciertas labores administrativas que conllevan a una sobre carga de trabajo y horarios de atención extendidos. Esto también ha sido tema para los médicos, que además de tratar a los pacientes deben hacer el papeleo correspondiente, que concierne a la ficha clínica del paciente, es por ello que en ocasiones estas son llenadas de forma incompleta o errónea, afectando uno de los indicadores de calidad que son exigidos para los Hospitales.

Ahora si bien se ha implementado un sistema de llenado digital para gestionar de mejor forma la Ficha Clínica, este sistema aún no ha sido implementado de forma completa y se encuentra en etapa de evaluación por lo que la ficha física sigue siendo el único respaldo considerado para ser evaluado.

- **Medio ambiente**

Dada la climatología que se encuentra en zonas al interior de la Quinta Región, en donde se generan grandes cambios de temperatura que afectan en menor o mayor medida a infantes y personas de la tercera edad, es que la unidad de atención abierta del Hospital de Quilpué ha tomado gran valor en los distintos casos de categorización C3 y C4 que en donde se requieren revisiones para descartar posteriores complicaciones médicas, que pongan en riesgo la vida del paciente. Ahora esto no quiere decir que el Hospital no esté preparado para un acontecer de mayor magnitud, en donde se encuentren con pacientes de riesgo vital, pero por tema de capacidad e instrumentaría especializada, se decide derivar estos pacientes a otras instituciones con mejores medios para tratar estos casos.

- **Materiales**

No hay un claro control de los indicadores que se tienen, es decir, si bien cada jefe de unidad llena las respectivas plantillas, con lo que se le solicita por archivo, para ser evaluado por Calidad, no siempre son completados todos los indicadores, es decir, hay periodos en donde no se llenan estos, y dificultan la labor de estudio. Esto trae como consecuencia que no se pueda realizar una retroalimentación a cada unidad como es debido, ya que no se tiene claro la situación actual en la que se encuentran. Ahora si bien cada unidad ha ido desarrollando indicadores propios, estos no aportan con información relevante para conocer el tipo de servicio que se entrega, por lo tanto tampoco son considerados al momento de realizar una evaluación posterior.

- **Procedimiento**

En el caso de los protocolos a seguir para las distintas unidades, así como los diagramas de flujo para conocer cómo se mueve la información o los procedimientos, en esta sección se encuentran falencias al no tener conocimientos claros, ya que cada unidad se toma como una isla y no se consideran como un cadena servicios, esto lleva a que solo se tenga conocimiento de su área y se desconozcan otras.

Otro punto importante son los protocolos poco claros, y que carecen en ciertos puntos importantes en el tema de acreditación, en donde no se especifica modo de evaluación de los procedimientos pre y post intervención. Lo que conlleva a que tampoco se genere un control del actuar de cada unidad.

**Causa raíz:** Como conclusión de este primer nivel de análisis del Ishikawa podemos desprender que el Hospital presenta problemas dentro de sus procesos, específicamente en el control de estos. Es por ello que se hace necesario un segundo análisis, ahora de la trazabilidad de los procedimientos, considerando la Ficha Clínica ya que es el único sub procesos que participa de todas las áreas lo que lo convierte en el punto en común.

V.1.1.- Ishikawa de la Trazabilidad de la Ficha Clínica

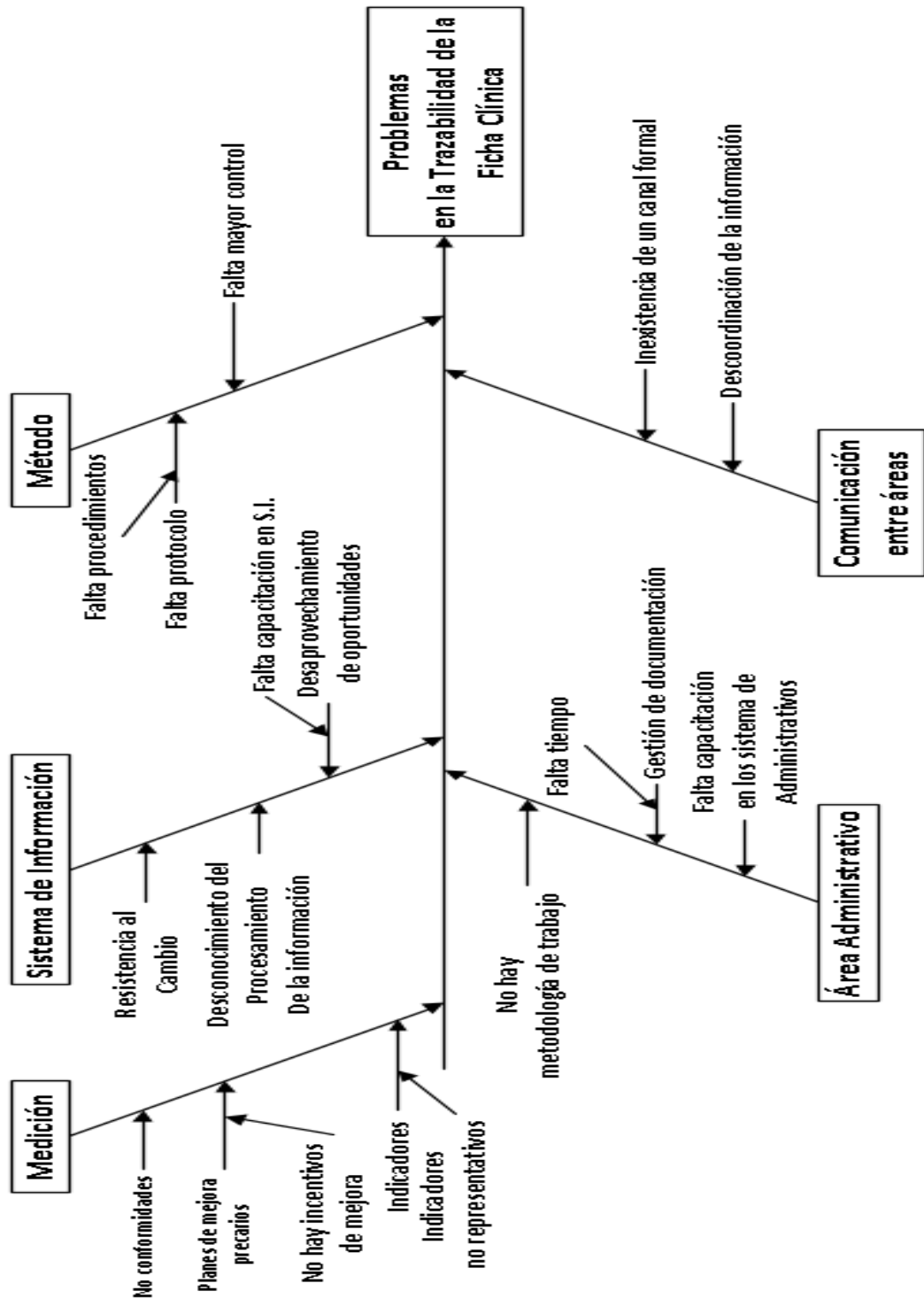


Figura V.2: Ishikawa de la Trazabilidad de la Ficha Clínica.

Fuente: Elaboración propia.

- **Medición**

La medición para generar una mejora en el sistema no refleja realmente las causales raíz, esto conlleva a que los planes de mejoras se planten en base a supuesto que se han podido visualizar sin un análisis más profundo que permita una mejor visión del problema, además de la retroalimentación a dichos planes que no suelen ser criticados para ver sus falencias. Si bien en la mayoría de los casos estos planes son formulados en conjunto con la encargada de calidad, esto no implica que su implementación cumpla con el objetivo planteado.

- **Sistema de Información (S.I.)**

El Sistema de Información de Redes Asistenciales (SIDRA) que se ha ido implementado este último tiempo dentro del Hospital si bien ha sido beneficioso, no ha llevado a avances significativos dentro del sistema de salud, ya que falta capacitación para utilizarlo en su totalidad (Actualmente se usa el 10% de sus herramientas), otro punto relevante es el poco conocimiento de cómo son procesados sus indicadores, si bien es una tarea que les corresponde a los jefes de departamentos estos se limitan a llenar una planilla básicamente y luego unidad de archivos hace los cálculos correspondientes. Esto limita la comprensión de los métodos de evaluación o como se llega al indicador final.

- **Método**

El método de control que se utiliza actualmente es manual, es decir, todos los procesos se evalúan en un documento físico que luego es digitalizado en planillas de Excel, esto conlleva a que haya duplicidad de la misma tarea de llevar un registro de las actividades para tener un control, lo que produce sobre carga laboral en ocasiones, sobre todos en los momentos de evaluación. Junto con esto los protocolos que no son constantemente modificados y “mejorados” pero sin tener puntos de control que permitan evaluar su real impacto.

- **Área de administración**

La principal falencia en el área administrativa es que los que están encargados son personas con conocimiento médicos, por lo tanto se detectan falencias en temas administrativos y de control de procesos, que se pueden resolver con capacitaciones según sean requeridas.

- **Comunicación entre áreas**

Este factor suele generar descoordinación entre las áreas, ya que usualmente las órdenes no siguen un canal formal que permita tener un resguardo de las decisiones que se toman o las órdenes que se siguen. Por lo tanto se hace necesario que se establezca un canal formal, idealmente mail que permite tener un resguardo y enviar la información a más de un área. Además de establecer los procedimientos al tener problemas entre área, de esa forma saber a quién dirigirse en tales casos.

**Causa raíz:** Similar al caso anterior, con este segundo análisis nos da a entender por la coincidencia de sus problemas raíces que la dificultad se encuentra en no poseer un sistema que permita medir de forma correcta como están actuando sus procesos. Por lo tanto se analiza esta arista, es decir, la rama de medición se analiza como problemas en la medición de los indicadores para el control de Ficha Clínica.

### V.1.1.1.- Ishikawa problemas de medición de los indicadores

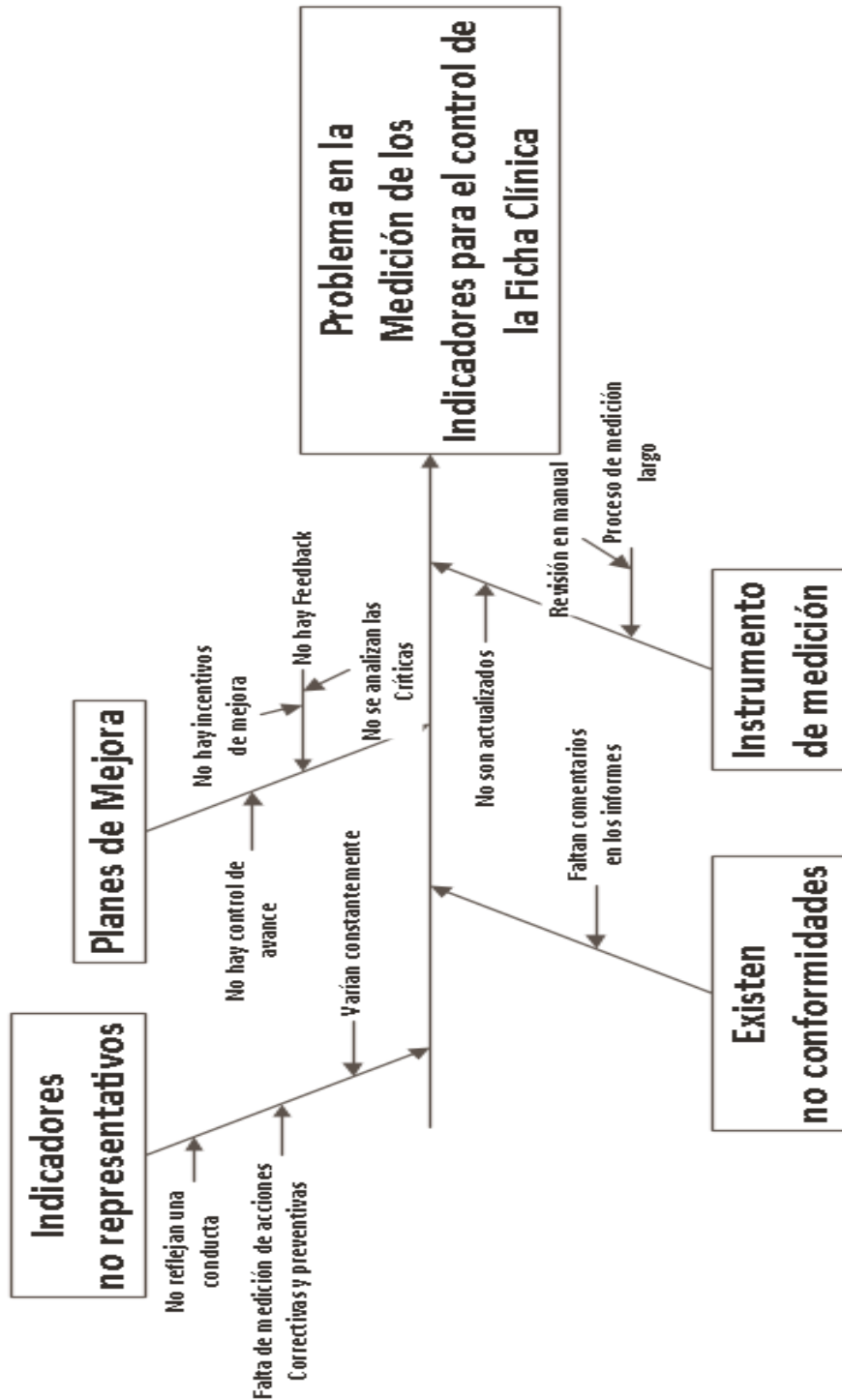


Figura V.3: Ishikawa Problemas de Medición de los Indicadores.

Fuente: Elaboración propia.

- **Instrumentos de medición**

Los instrumentos de medición que se utilizan actualmente son manuales, es decir, la mayoría de la información se resguarda de forma escrita en cuadernos o documentos, pese a que se ha intentado migrar a la plataforma virtual, esta carece de factores de seguridad y no se ha implementado en su totalidad. Esta forma de contener la información genera primero errores de traspaso de información, al momento de pasar a la planilla Excel, además de ameritar muchas horas de trabajo que lleva consigo una sobre carga laboral en los periodos de evaluación del sistema.

- **Planes de mejora**

Si bien cada jefe de unidad debe presentar sus planes de mejora al momento de revisar cómo van los indicadores propios de su área, estos planes carecen de metas claras, cuantificables, es decir, van evocados a mejoras cualitativas. Por lo tanto se hace difícil medir el impacto que sus acciones. Otro factor relevante es que al no cumplir con los objetivos estos no tienen una repercusión, inversamente tampoco se genera una acción al lograrlos, por lo tanto no hay incentivos de mejoras, tampoco son criticados para generar la retroalimentación. Lo destacable si en este punto es que se identifica responsables y plazos, por lo que se puede decir que cumple con la información básica de cada plan.

- **Indicadores no representativos**

En cuanto a los indicadores, si bien estos sirven para medir las acciones que se llevan a cabo dentro de la unidad propiamente tal, estos no reflejan causales de no cumplimiento, por lo tanto, se dificulta identificar las causas raíces y se basan los planes de mejoras en supuestos generalmente.

- **Existencia de no conformidades**

Similar al punto anterior, los no cumplimientos de los requerimientos que se miden con los indicadores no son analizados más allá, en donde se pueda detectar la causa raíz que genera que no cumpla con la totalidad de los procedimientos.

**Causa Raíz:** Se puede apreciar un desaprovechamiento de las nuevas tecnologías con las que cuentan por falta de capacitación o resistencia al cambio, lo que trae como consecuencia una sobre carga laboral en el personal médico.

## **V.2.- Diagnóstico**

Al ir analizando cada causa raíz, llegando a un punto final en donde se aprecia que el problema contempla un mal uso de las herramientas con las que actualmente cuenta el Hospital, es que podemos afirmar que las posibilidades de mejora a las problemáticas encontradas se pueden abordar con acciones de mejora y no realizando un rediseño completo del proceso, lo que se ajusta a los límites temporales definidos para el proyecto ya que, al estar bien definidos los problemas a mitigar, las acciones deben ser puntuales.

Por lo tanto la solución se enfocará en determinar un sistema de control de la calidad, que permita medir realmente los factores que intervienen en esta, a través de la utilización de la Ficha Clínica.

### V.3.- Análisis Servqual

Las instituciones hospitalarias son estructuras prestadoras de servicio, bajo esta primicia es que se hace necesario el tener un control de la ofertas y la demanda que estas presentan, evaluándose como la percepción de los clientes (Pacientes), por lo cual una herramienta para tener una visión del servicio entregado es el Servqual, que mide a través de encuesta a los clientes y la administración la situación actual del servicio, siendo los puntos a evaluar la fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y elemento tangible.

Lo que se busca con este análisis es establecer el marco de acción, en cuanto a lo que los clientes esperan recibir del servicio, para poder establecer de manera clara los alcances de la propuesta, así como determinar el efecto que genera actualmente el sistema de control de la Ficha Clínica dentro del servicio.

#### V.3.1.- Identificar las áreas y servicios que se ofrecen

El área de atención abierta se divide en dos grandes focos que son Urgencia y el Consultorio Adosado de Especialidad (CAE), que es en donde se enfoca la mayor cantidad de personas que es atendida dentro del Hospital de Quilpué. Para el caso de estudio, es decir, el área donde se aplicó la encuesta Servqual fue en el CAE, puesto en esta área es donde se atiende a pacientes de forma constante, más que en el área de Urgencia, por lo tanto poseen una mejor visión del tipo de servicio que entrega el establecimiento de salud. Ahora la encuesta se aplicó en distintos sectores del CAE, que fueron Admisión, Kinesiología y Dental. Se seleccionaron estas tres áreas ya que permiten tener una visión más completa del servicio, en distintos puntos, además por la cantidad de personas que tiene cada área se seleccionaron las muestras y se consideraron distintos días de la semana.

#### V.3.2.- Adaptar el cuestionario al caso de estudio

Como lo que se busca es evaluar la percepción que tienen los usuarios del servicio que se les entrega, y además de aplicar este a las distintas áreas, es que se hizo un cuestionario que fuera genérico (además de ser restringido por norma del Hospital). Se utilizó la escala de Likert que corresponde a la establecida por la metodología Servqual reducida a 5 niveles, ya que restringe las respuestas ambiguas y permite una interpretación clara de los resultados. Otro punto importante mencionar es que a pesar que se le explicó a los pacientes los tipos de respuestas muchos daban otras, que se fueron traduciendo dentro de las opciones ofrecidas, es así como por ejemplo un “siempre” era equivalente a un “total acuerdo”. Es por ello que la siguiente tabla se coloca las opciones de respuesta ofrecidas.

**Tabla V.1: Escala de Linkert.**

Nivel de Likert	Significado	Otras Interpretaciones	Rango de Porcentaje de Satisfacción de los Clientes
1	Total Desacuerdo	Nunca	0-20
2	Desacuerdo	No	21-40
3	Neutro	Más o menos	41-60

Nivel de Likert	Significado	Otras Interpretaciones	Rango de Porcentaje de Satisfacción de los Clientes
4	Acuerdo	Si	61-80
5	Total Acuerdo	Siempre	81-100

Fuente: Elaboración propia.

Como se puede apreciar en la tabla, lo que se hizo fue estandarizar todas las respuestas, esto para poder lograr un mejor análisis de la situación, además de esta manera se facilita la explicación que se realizó al encargado del área en donde aplico la metodología.

### V.3.3.- Determinación del tamaño de la muestra

Como se menciona anteriormente, de acuerdo a la cantidad de personas que es atendida en cada área es que se consideró la muestra para el caso de estudio, además de realizar las encuestas distintos días de la semana para que ésta fuera lo más acertada a la realidad posible. Otro punto relevante es la hora en que se tomó la muestra que fue en el horario de las 9.00 hrs a las 12.00 hrs, que es el horario con mayor congestión del Hospital, por lo tanto refleja el peor escenario en que este se puede encontrar.

Para la determinación del tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula para un muestreo sistemático.

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q}{d^2}$$

En donde:

**Tabla V.2: Nomenclatura.**

Sigla	Z	P	q	d	n	N
Nombre	Nivel de Confianza.	Caso Favorable.	Caso Desfavorable.	Error máximo admisible.	Tamaño de muestra.	Población total.

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla V.3: Calculo de la muestra.**

Admisión	Kinesiología	Dental
Datos: z= 1.96 p=0.1 q= 0.95 d= 0.1	Datos: z= 1.96 p=0.08 q= 0.95 d= 0.1	Datos: z= 1.96 p=0.08 q= 0.95 d= 0.1
$n = \frac{(1.96^2) \times (0.1) \times (0.95)}{(0.1)^2}$ n = 36	$n = \frac{(1.96^2) \times (0.1) \times (0.95)}{(0.1)^2}$ n = 29	$n = \frac{(1.96^2) \times (0.1) \times (0.95)}{0.1}$ n = 29

Fuente: Elaboración propia.

Los valores de “p” fueron entregados por la unidad de estadística de estudios anteriores realizados, de acuerdo a la cantidad de personas que se atienden en las áreas ya mencionadas. Los valores de “n” fueron aproximados, ya que al ser personas las encuestadas no podían ser valores decimales.

### V.3.4.- Determinar la frecuencia de aplicación

Una vez determinado el tamaño de la muestra, se realizó un cálculo estadístico para determinar la frecuencia, es decir, la cantidad de personas que iban a ser encuestadas por día, acorde con el universo de personas que llegan a cada área.

**Tabla V.4: Frecuencia de la muestra.**

Admisión	Kinesiología	Dental
K= Constante del muestreo	K= Constante del muestreo	K= Constante del muestreo
N= 356	N= 448	N= 435
n= 36	n= 29	n= 29
$K = \frac{356}{36} = 10$	$K = \frac{435}{29} = 15$	$K = \frac{435}{36} = 15$

*Fuente: Elaboración propia.*

El “N” se obtuvo por la cantidad de personas que acuden al centro médico por día multiplicado por la cantidad de días a entrevistar. Con esto se dividió de acuerdo al horario en que se realizaron las entrevistas y los días de la semana que se acudieron, para tener una muestra lo más confiable posible. Por lo tanto el resultado obtenido, Constante de muestreo “K”, corresponde al total de personas que se deben entrevistar por día en cada sección. Cabe señalar que esta actividad se realizó en un periodo de dos semanas, en donde se acudió dos veces por semana a realizar las encuestas.

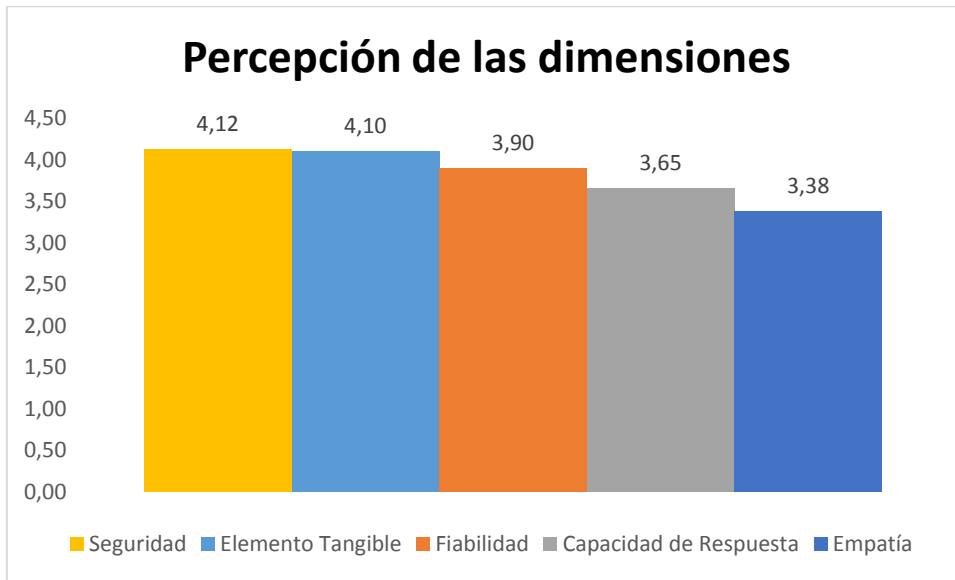
### V.3.5.- Organizar la información

Con la herramienta Excel se organizó la información, en cuanto a la realización de los cálculos pertinentes y la gráfica, para su posterior interpretación y evaluación de la situación actual del Hospital. Este análisis se continuó haciendo por área de atención, para determinar el porcentaje satisfacción que presentaban.

### V.3.6.- Análisis de percepción

#### Admisión

En el caso de Admisión se considera como muestra general, ya que es una de las primeras etapas dentro del proceso en donde se juntan pacientes de todos los servicios de atención abierta, esto trae como ventaja que se presenta una visión global del Hospital. Los resultados obtenidos fueron resumidos en el siguiente gráfico.



**Figura V.4: Promedio de percepciones de las dimensiones evaluadas en Admisión.**

*Fuente: Elaboración propia.*

A continuación se presenta la tabla con los resultados obtenidos en el cuestionario Servqual adaptando al área de Admisión, además del nivel de satisfacción en esa área.

**Tabla V.5: Promedio general del área de Admisión.**

	Elemento Tangible	Fiabilidad	Capacidad de Respuesta	Seguridad	Empatía
<b>Promedio</b>	4,10	3,90	3,65	4,13	3,38
<b>Porcentaje de Satisfacción</b>	82,0	78,0	73,0	82,5	67,6
<b>Nivel de Satisfacción</b>	Total Satisfecho	Satisfecho	Satisfecho	Total Satisfecho	Satisfecho

*Fuente: Elaboración propia.*

Como se puede apreciar en la Tabla V.4., encontramos niveles de satisfacción altos en los puntos elemento tangible y seguridad, esto no quiere decir que estos factores a medir no presenten problemas, si no que el cliente o usuario del servicio siente que cumple con lo que espera.

Ahora si analizamos por tipo de percepción, podemos visualizar que los valores más bajo son la empatía hacia los pacientes teniendo una satisfacción del 67,6% y capacidad de respuesta que tiene un 78%, en ambos casos son porcentajes que reflejan una satisfacción o que están de acuerdo con el tipo de servicio entregado.

Por último se presenta en forma gráfica los valores obtenidos de la percepción correspondiente al servicio de admisión con su respectivo nivel de satisfacción.

Con esta imagen podemos visualizar que los puntos de estudio o en donde centrar los esfuerzos se encuentran en empatía, capacidad de respuesta y en menor medida fiabilidad, los cuales presentan un nivel de satisfacción por parte de la percepción de los usuarios menor que el resto.

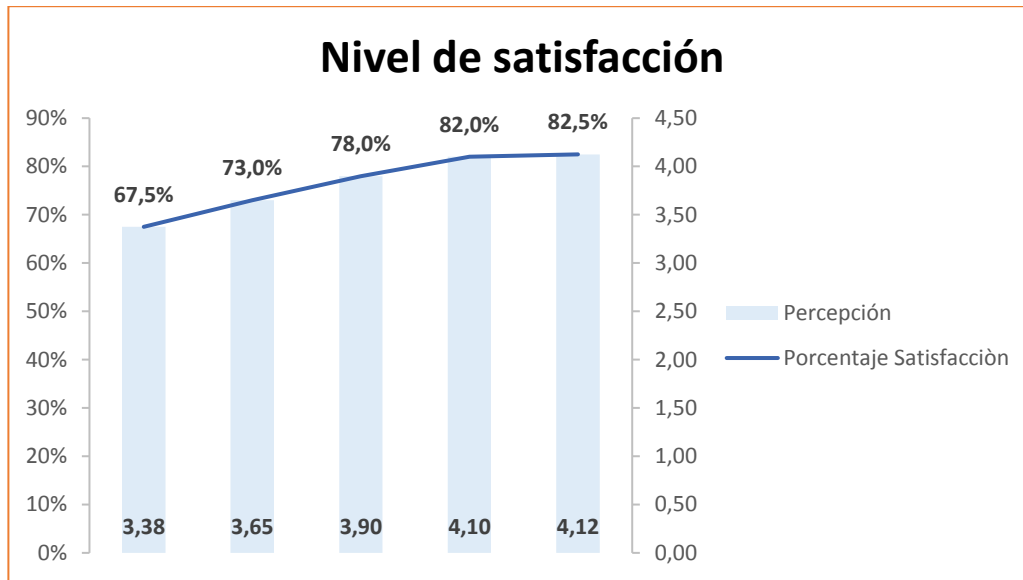


Figura V.5: Nivel de satisfacción para Admisión.

Fuente: Elaboración propia.

Analizando detalladamente las preguntas que tuvieron un menor nivel de aceptación en cuanto al servicio que se les entrega. Siendo este un nivel neutro en cuanto a satisfacción por el servicio percibido, es decir, que el usuario no desaprueba el servicio pero tampoco representa el servicio que esperan recibir por parte de la institución médica.

Tabla V.6: Resumen de Preguntas con menor nivel de satisfacción.

Número de pregunta	Pregunta	Evaluación	Porcentaje de Satisfacción	Percepción	Sección
P.6	Cuando tiene un problema, demuestran interés en solucionarlo.	2,8	56%	Neutro	Fiabilidad.
P.12	El personal de atención siempre está dispuestos a ayudarlo.	2,4	48%	Neutro	Capacidad de Respuesta.

Número de pregunta	Pregunta	Evaluación	Porcentaje de Satisfacción	Percepción	Sección
P.20	El profesional médico le explica de forma clara la información ingresada a su Ficha Clínica y le entrega las indicaciones de forma que usted entienda.	2,9	58%	Neutro	Empatía.
P.22	El personal de atención comprende sus necesidades específicas.	2,9	58%	Neutro	Empatía

*Fuente: Elaboración propia.*

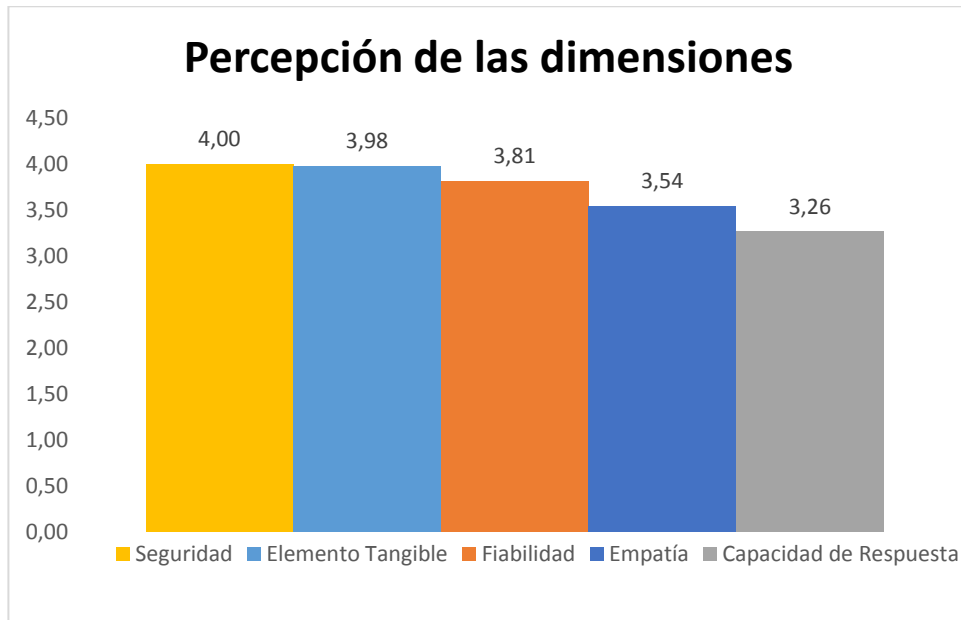
En este caso la información que nos interesa es el hecho de que el personal médico o no médico que constituye la atención no siempre está dispuesto a ayudar a los clientes o pacientes, además no explica de forma clara la información ingresada a la Ficha Clínica sobre el tratamiento que se está siguiendo. Por lo tanto de este primer acercamiento podemos ir haciendo un descarte para poder encasillar de forma clara el problema que se percibe del servicio. La pregunta de fiabilidad si bien también representa un punto a considerar, a modo general su indicador representa un servicio satisfactorio.

En resumen lo que se puede desprender de las preguntas más la evaluación general por sección, es que se debe partir o enfocar el estudio en dos secciones principalmente que son empatía y capacidad de respuesta, y en una menor medida que se puede incluir fiabilidad, específicamente en la solución de los problemas que puedan tener los usuarios del servicio, ya sea del procedimiento a seguir para su atención u otras.

### **Kinesiología y Dental**

En este segundo caso se consideró para efecto de análisis kinesiología y dental junto, ya que ambos representan el comportamiento del servicio en áreas específicas, es decir, una vez que los pacientes ya tienen una hora asignada y son atendidos. A diferencia de admisión que contempla el proceso desde que son derivados de otros centros de salud hasta que son atendidos. Por lo tanto este segundo análisis se podría decir que demuestra la segunda parte del proceso, desde que poseen cita médica, es atendido y dado de alta un paciente.

Al igual que el caso anterior se presentan los promedios obtenidos según la encuesta Servqual, y divididas por tipo de percepción. Todo resumido en el siguiente gráfico.



**Figura V.6: Promedio de percepciones de las dimensiones evaluadas en Kinesiología y Dental.**

*Fuente: Elaboración propia.*

A continuación se presenta la Tabla II.3 en donde se centra la información del nivel de satisfacción en kinesiología y dental, a modo de ver el nivel de satisfacción que se presenta en estas áreas en conjunto. Recordando que esta segunda medición busca dar una visión más específica de la percepción del servicio entregado.

**Tabla V.7: Promedio general del área de Kinesiología y Dental.**

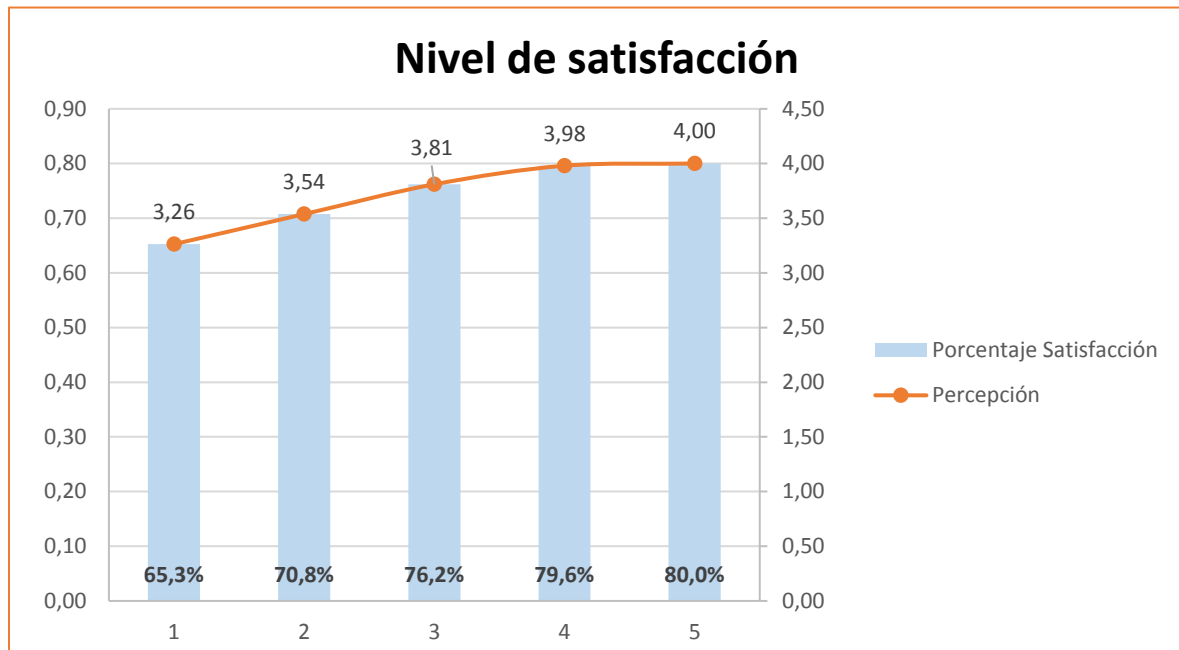
	Elemento Tangible	Fiabilidad	Capacidad de Respuesta	Seguridad	Empatía
<b>Promedio</b>	3,98	3,81	3,26	4,00	3,54
<b>Porcentaje de Satisfacción</b>	79,6	76,2	65,2	80,0	70,8
<b>Nivel de Satisfacción</b>	Satisfecho	Satisfecho	Satisfecho	Satisfecho	Satisfecho

*Fuente: Elaboración propia.*

Como se puede apreciar en la Tabla V.6 anterior, se sigue el mismo comportamiento que en el caso de admisión, mostrando niveles de satisfacción menores en los puntos de elemento tangible y seguridad, llegando a niveles porcentaje de aceptación o satisfacción de los usuarios de 79,6% y 80% respectivamente. Por ende podemos afirmar que los problemas más críticos se presentan en los puntos de empatía y elemento tangible, siendo el que tiene mayor problema la capacidad de respuesta. Es por esto que una primera instancia en donde solo se visualiza la percepción que tienen los usuarios del servicio sobre los distintos

elementos a evaluar, nos estaría guiando hacia un plan de mejora que contemple los puntos con mayores problemas ya mencionados, tomando en cuenta que factores de estos se relacionan con la Ficha Clínica.

A continuación se presenta el gráfico V.4 en donde se muestra la información entregada en la tabla.



**Figura V.7: Nivel de satisfacción para Kinesiología y Dental.**

*Fuente: Elaboración propia.*

Es así como podemos apreciar en ambos casos que el valor más fuerte o más cercano a las expectativas de los usuarios, tanto en la visión general propuesta como en los casos específicos de estudio, son la “seguridad”, seguido del “elemento tangible”. Si bien ambos valores presentan cierta brecha que se puede mejorar, demuestran que para los usuarios son factores que en general cumplen con su cometido.

Al igual que el primer caso, de Admisión se hace un desglose de las pregunta con evaluación menos a “satisfecho”, encontrando únicamente la P.12, en donde se observa una evaluación de 2,55, es decir un percepción “Neutra” del servicio. Es por ello que se tiene que tener presente si el servicio resuelve las dudas que se generan en el proceso por parte de los usuarios.

### **V.3.7.- Conclusión del análisis Servqual Percepción**

Con este análisis que se realizó dentro del Hospital de Quilpué se pudieron detectar primero que todo la percepción que se tiene del servicio que se entrega, punto de gran relevancia para poder establecer una situación inicial o línea de base. Es por ello que, como se mencionó anteriormente, se aplicó la encuesta en tres áreas y luego se analizaron como

dos visiones, siendo Admisión una percepción general del servicio, ya que en esta área se reúnen personas que son derivadas de otros centros de salud, por interconsulta, personas que acuden por primera vez al Hospital y por último los pacientes frecuentes que van a pedir hora para alguna especialidad. Por lo tanto se puede ver el panorama de forma más global de lo que se espera recibir como atención médica y luego está Kinesioterapia y Dental, dos áreas que demuestran gran criticidad por sus servicios básicos y largas listas de esperas, que se alivianan derivando a otros centros médicos. Es por ello que estos representan un punto crítico dentro del servicio que nos muestra el peor panorama en el que se pudiese estar, por ende nos entrega un mayor grado de información y representa mejor forma el estado actual en que se encuentra el Hospital.

Luego se compara ambas visiones de forma gráfica.

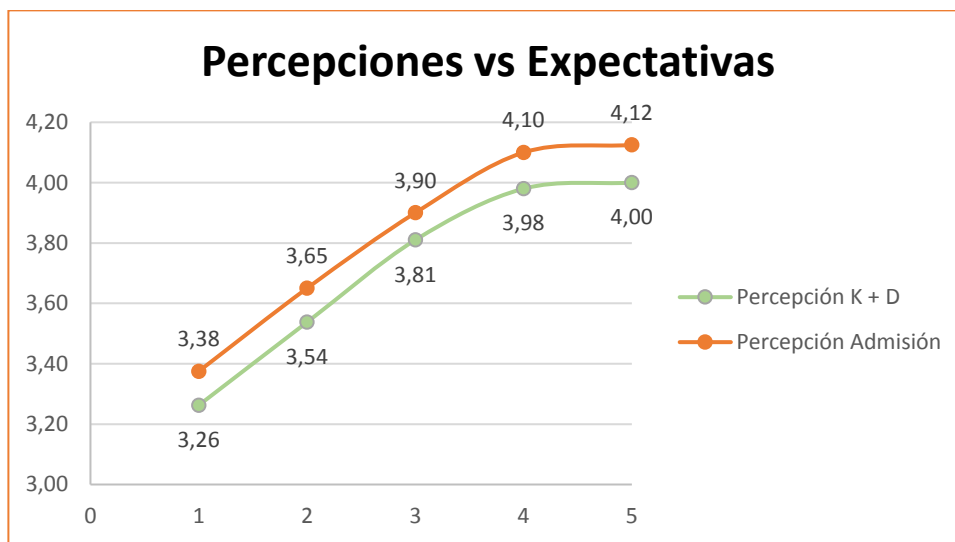


Figura V.8: Percepciones vs Expectativas.

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a las evaluaciones en ambos casos se puede visualizar una brecha, que como suele suceder en el caso específico tiende a ser mayor que la visión general, pero que nos permite tener una idea de cuáles son los puntos que se debiese atacar, siendo en ambos casos Empatía y Capacidad de Respuestas quienes presentan una brecha mayor en comparación con los otros factores que se midieron en ambos casos, ahora para ser más específico aun que es lo que los usuarios consideran que esta bajo sus expectativas es que “el personal proporciona un servicio rápido” en donde en promedio se obtuvo una puntuación promedio de 2,45, es decir, un nivel de satisfacción del 49, 55%. Esto dice que el servicio es Neutro, es decir, no cumple con las expectativas pero no se desaprueba.

Otro factor importante a considerar son los comentarios emitidos al momento de la encuesta, lo que se pudo detectar es que si bien los usuarios consideran que el tiempo de espera es largo, entienden que están dentro de un sistema que prioriza por el nivel de urgencia y edad, por ende saben que de acuerdo a estos factores será el tiempo de espera que se tendrán en el servicio. Sin embargo consideran que la información que se les entrega es “precaria”, es decir, no se les informa cuanto es el tiempo promedio de espera por

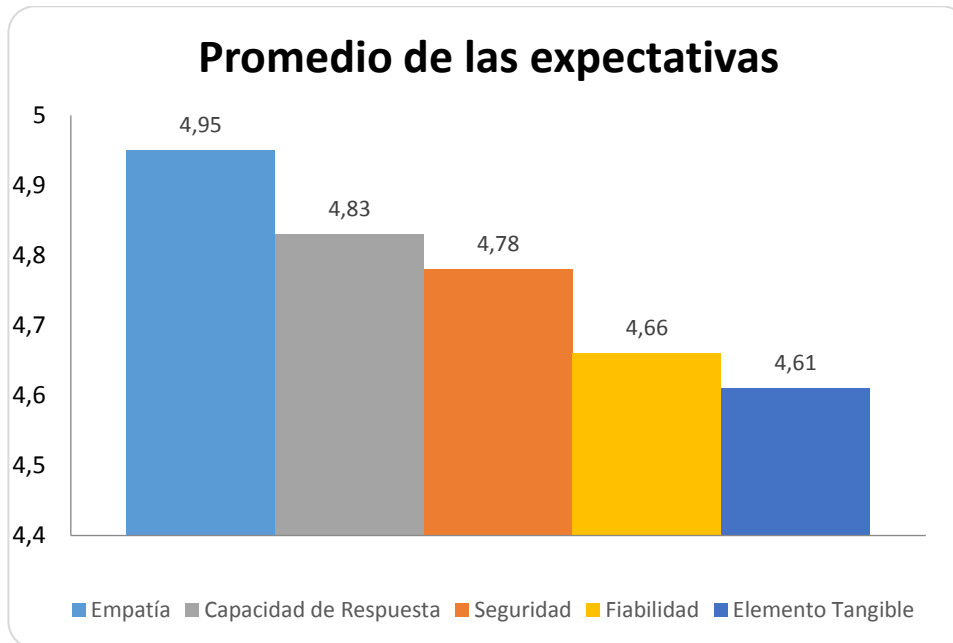
paciente, la atención por parte del personal de informaciones es “mala”, en cuanto a la actitud que se tiene hacia ellos, que en ocasiones es un tanto “agresiva” y “prepotente”. Sin embargo, en cuanto al servicio de salud propiamente tal, es decir, la atención por parte del médico correspondiente, afirman que es acorde con lo que ellos esperan, en otras palabras, se les entrega la información sobre sus tratamientos y el trato es bueno. Estas opiniones si bien son subjetivas nos permiten ir descartando factores dentro del proceso y enfocarnos en donde realmente se encuentra la problemática.

Otro factor importante a mencionar son las preguntas relacionadas al historial clínico de los pacientes, siendo este la Ficha Clínica, en donde ante consultas “si se encuentra el documento al momento de la atención” tuvo un nivel de aceptación de 82%, lo cual indica que este punto se cumple, puesto es el nivel que se le exige a la unidad de archivos, es decir que cumpla con el 80% de las Fichas Clínicas. Ahora el problema se ha detectado es el que sigue una vez utilizado este documento por ende se puede asumir que los puntos de control se deben encontrar después de realizada la atención.

Por último, como comentario general del análisis, este tipo de herramienta no había sido utilizada dentro del servicio de salud de estudio, si bien se tenía conocimiento de ésta, no había sido aplicada aun cuando sus resultados entregan una información valiosa de donde aplicar los esfuerzos o recursos para mejorar la experiencia del usuario. Demostrando que los elementos tangibles, por ejemplo, tienen un buen nivel de satisfacción, lo cual nos dice que la visión propia que tenía el Hospital en cuanto a sus falencias estructurales, que si bien son reales, no es un factor que el usuario priorice por sobre otros factores, como lo es por ejemplo empatía.

### **V.3.8.- Análisis Servqual de Expectativas**

Una vez analizada la percepción del usuario con respecto al servicio se hace necesario tener una visión de lo que la institución, en este caso Hospital, siente o piensa es el servicio que entrega a sus usuarios, desde distintos puntos, es decir, con una metodología similar a la encuesta que se le realizó a los usuarios. Para ello es que se entrevistó a personal de distintos niveles y funciones dentro del centro, con la intención de tener una visión general del escenario y en cierto modo como se autoevalúan en distintos puntos de atención. Siempre explicando que este paso es considerado a modo de estudio. Lo cual se puede apreciar en el figura V.9.

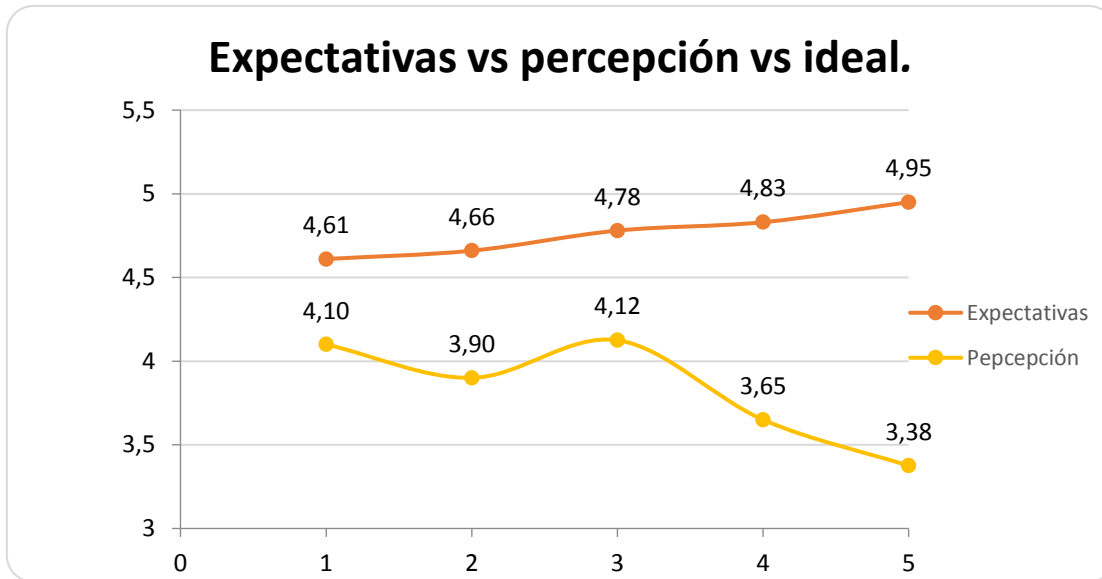


**Figura V.9: Promedio de las expectativas de la institución con respecto al servicio.**

*Fuente: Elaboración propia.*

Como se puede apreciar en la gráfica, en donde la visión de la empresa tiene una conceptualización del servicio muy contraria a la que se presenta en la primera parte del análisis, en puntos como lo son fiabilidad y capacidad de respuesta, que a diferencia de la percepción de los usuarios consideran que tienen un buen desempeño en esos puntos, inclusive considerando el primero como un punto fuerte del servicio. Es así como también se puede destacar que la mayoría de los inconvenientes que presenta la institución las atribuyen a un factor de infraestructura, falta de maquinaria y espacio para poder desempeñarse de mejor forma. Declaraciones que no se alejan de la realidad, pero que se encuentran en un nivel aceptable según los usuarios, por lo que se hace necesario el contrastar ambas visiones y encontrar puntos en común para determinar una línea de acción por donde abordar la problemática que se plantea en cuanto a la elaboración de un sistema de control que asegure la calidad de servicio, en donde el elemento conector, Ficha Clínica, pasa a tener un rol importante, por ende otra directriz a analizar y considerar es como este análisis se relaciona con ella.

Por último con estos valores se puede establecer entonces valores meta para cada dimensión, que se conoce el valor mínimo que serían las expectativas de los clientes y los valores máximos, que corresponden a los valores ideales de cada característica, para saber en situación se encuentra el servicio según la percepción que se tiene de este. Enfocándonos ahora en una expectativa real del servicio vs percepción vs situación ideal.



**Figura V.10: Brechas entre las expectativas vs percepción.**

*Fuente: Elaboración propia.*

Para analizar de mejor forma los distintos valores y determinar las distintas brechas que se presentan en los puntos de evaluación de esta metodología es que se resumen en una tabla y se muestran las brechas para su posterior análisis GAP, y determinar cuáles serán los focos de acción para la elaboración del plan de mejora.

**Tabla V.8: Calculo de brechas considerando las expectativas reales.**

	Elemento tangible	Fiabilidad	Seguridad	Capacidad de Respuesta	Empatía
Expectativas	4,61	4,66	4,78	4,83	4,95
Percepción	4,10	3,90	4,13	3,65	3,38
Brechas	-0,51	-0,76	-0,65	-1,18	-1,57

*Fuente: Elaboración propia.*

Como se puede visualizar en el Gráfico V.7 la percepción del servicio entregado está por debajo de las expectativas que tiene la institución sobre el servicio de salud, por ende se puede afirmar, que aun cuando se disminuye los valores metas del servicio, acomodándolos con las reales exigencias que tienen los usuarios se genera una brecha que actualmente el Hospital está tratando de disminuir, pero que como se puede visualizar por los valores entregados no ha tenido éxito. Es por ello que se analizarán más al detalle dichas brechas

para segmentar donde se deben destinar los distintos recursos con la intención de entregar un mejor servicio.

### V.3.10.- Análisis GAP aplicada en calidad de servicio

El análisis GAP responde a dos grandes cuestionamientos, que permiten entender ¿en qué situación nos encontramos actualmente? Y ¿Hacia dónde nos dirigimos?, mostrando las brechas que se presentan entre ambos periodos de tiempo, ahora esto no significa que con esto se solucionen todos los problemas dentro de la organización si no que nos permite saber hacia dónde enfocar los recursos presentes para alcanzar una meta futura. Cabe destacar que un factor a considerar dentro del análisis es la problemática generada por la Ficha Clínica en donde a través de la encuesta se pudo detectar dos problemas, que son la falta de entrega de información por parte del personal médico, entiéndase cuidados posteriores o recomendaciones, y algunos casos desconfianza de la información ingresada.

### V.3.11.- Estado actual

En una primera instancia es necesario conocer en qué situación nos encontramos y hacia dónde queremos llegar en cuanto a metas de calidad de servicio. Para ello se tomara como referencia el análisis Servqual que se realizó dentro del centro médico, con la intención de definir una línea de base, ya que los estudios realizados por la unidad de calidad dentro del Hospital hacen referencia al cumplimiento de los protocolos y métodos de medición de estos. Por lo tanto si lo que se quiere evaluar la percepción por parte de los usuarios del servicio, es más factible considerar el nivel de satisfacción que poseen los usuarios y determinar donde actuar. Por otro lado para saber cuáles son las causales de dichas insatisfacciones se consideraran los informes sobre los tipos de reclamos que reciben la Oficina de informaciones, reclamos y sugerencias (O.I.R.S.).

**Tabla V.9: Identificación de situación Actual y Futuro.**

Percepción del Tipo de Servicio Entregado		
Dimensiones de Evaluación	Nivel de satisfacción de usuarios	
	Actual	Futuro
Elemento tangible	82,0%	80,0%
Fiabilidad	78,0%	80,0%
Capacidad de respuesta	73,0%	80,0%
Seguridad	82,6%	80,0%
Empatía	67,6%	80,0%

*Fuente: Elaboración propia.*

Se considera un umbral del 80%, ya que la Superintendencia de Salud en su documento de *“Indicadores de Calidad: Manual de muestreo”* define este valor como un servicio “Bueno”. Por lo tanto acorde con las condiciones actuales del servicio y considerando la visión general que se tiene de este, se considera que un nivel por debajo de la excelente es aceptable como meta futura.

Por lo tanto se pueden identificar tres dimensiones que no cumplen con lo deseado para el servicio, estas son: Fiabilidad, Capacidad de Respuesta y Empatía. Que sería en donde se debe poner mayor énfasis para mejorar el servicio entregado. Entonces las

brechas que se estudiaran se encuentran estas área, ahora lo que sigue es analizar las razones que llevan a esta insatisfacción que siente el usuario hacia el servicio por lo que se considerara la tipología que se obtiene de los informes entregados por parte de O.I.R.S.

### V.3.12.- Descripción de la brecha

Una vez identificada las áreas a estudiar para mejorar es que debe analizar las causas de esta brecha. Como se puede apreciar en el caso anterior hay una diferencia porcentual entre los valores que se tienen y los esperados a futuro para otorgar un buen funcionamiento. El punto con mayor criticidad es la empatía con el personal médico donde destacan la mala actitud hacia las personas y la no entrega de información complementarios según comentarios de las personas, y la capacidad de respuesta, si a esto le agregamos el desglose de los tipos de reclamos que se generan dentro de la unidad O.I.R.S. podemos encontrar a que se deben.

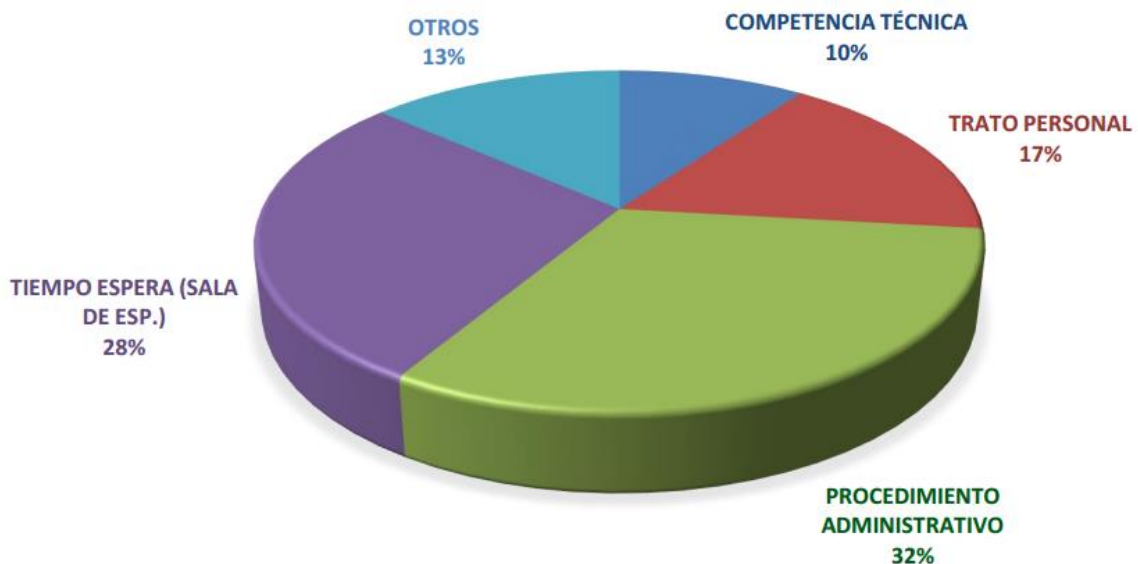


Figura V.11: Porcentaje de reclamos por tipología 2015.

*Fuente: Cuenta Pública Participativa 2015-Hospital de Quilpué.*

Del total de reclamos que recibe anualmente el Hospital de Quilpué, 32% corresponde al área de Atención Abierta de los cuales se puede apreciar que un 77% de los reclamos tienen que ver con las áreas mencionadas, siendo la principal causa los procesos administrativos, que tienden a ser largos y complejos para los usuarios. Además de considerar los tiempos de espera de los paciente.

Por lo tanto la principal brecha a atacar es la que se presenta en “Capacidad de Respuesta”, la cual está por debajo de lo que se espera para que el servicio sea considerado como “bueno” por parte de la escala de la Superintendencia de Salud, por ello que ahora debemos analizar por qué se produce esta brecha dentro de los procesos y cuáles son las mejoras que se pueden ofrecer dentro de las capacidades que posee el Hospital de Quilpué.

Es por ello que se analizarán los distintos GAPs que muestran las diferencias entre las expectativas de los clientes y la percepción que tiene éste.

**GAP 1) Servicio esperado vs percepción de los directivos sobre las expectativas de los clientes.**

Esta brecha se produce por no saber qué es lo que realmente esperan los clientes, en el caso del Hospital de Quilpué se le atribuye a la falta de utilización de herramientas que realmente representen las necesidades de los clientes, ya que normalmente se considera el análisis de los reclamos que se realiza en O.I.R.S., se basan en los reclamos que tienen los clientes para determinar qué es lo que estos necesitan, lo cual si bien da una idea de hacia dónde enfocarse, no permite descartar factores que tienen una mayor brecha, ya que no se compara con las expectativas que estos poseen al momento de utilizar el servicio en cuestión.

**GAP 2) Especificaciones de la calidad de servicio vs percepción de los directivos sobre las expectativas de los clientes.**

Esto ocurre cuando hay errores en los estándares de la calidad de los servicios, en caso de estudio se hace presente al evaluar de manera más estricta la atención cerrada por sobre la abierta, esto hace que si bien se mejore la atención en un punto deja descuidado la otra área, se hace presente este factor en que todos sus estándares de calidad que presentan en cuanto a la satisfacción de los clientes contempla elementos de atención cerrada por sobre la abierta.

**GAP 3) Especificaciones de la calidad de servicio vs entrega del servicio.**

Esta brecha indica las discrepancias entre los manuales, operaciones, capacitaciones y su implementación, es decir, como el Hospital especifica que se debe entregar el servicio y como realmente se entrega.

Por lo que se puede observar por los distintos tipos de capacitaciones que se tienen sobre el trato y gestión en servicios, a modo de satisfacer las necesidades de los pacientes y tratar de disminuir sus tiempos de espera, contratando mayor personal. Podemos afirmar que si bien por opinión de los pacientes que estos avances han mejorado el servicio pero aún está lejos del servicio que ellos esperarían recibir, ya que el trato hacia ellos, en cuanto a la actitud que se tiene al momento de la atención no es acorde con la misión que tienen sobre un institución comprometida con la satisfacción del usuario. Esto a causa del poco control que se tiene sobre el trato y supervisión de la relación Usuario – Personal de Atención.

**GAP 4) Entrega del servicio vs experiencias pasadas.**

Este caso se refiere a la brecha entre lo prometido y lo entregado, como se menciona anteriormente, el Hospital promete en su misión ser un referente nacional de calidad de atención. Pero para ello primero falta una real supervisión de los servicios entregados, más que del control del cumplimiento de los protocolos, es decir verificar si realmente se está cumpliendo una atención acorde con los estándares establecidos, un trato con los usuarios dignos, si los tiempos de espera son están dentro de la media, o quizás sea más factible

realizar una redistribución de las citas médicas a modo de evitar una congestión en los servicios entregados, entre otros factores que se presentan.

#### **GAP 5) Servicio percibido vs servicio esperado.**

Para finalizar en cuanto a la brecha entre las expectativas de los clientes y la percepción del servicio, como se puede resumir de los casos anteriores y el estudio realizado, lo que los usuarios consideran o que tiene una brecha mayor en cuanto a lo que se espera de la atención Hospitalaria es la empatía que se muestra hacia ellos por parte del personal, que no necesariamente debe ser el personal médico, si no desde el guardia que entrega información con respecto a la ubicación de los servicios hasta el médico que atiende al paciente. Es en esta cadena en donde se encuentran falencias, ya que si bien se busca capacitar al personal, esto normalmente está dirigido hacia el trato en atención cerrada y al personal médico, no a los otros participantes del servicio de atención como lo son el personal de informaciones o jefes de sección.

A continuación se presenta una tabla de criterios a evaluar con su respectivo nivel de exigencia, recordando que la meta propuesta en una primera instancia para el análisis es de 80%.

**Tabla V.10: Brechas de criterios de evaluación.**

Tabla de Criterio	Afirmación Asociada	Ideal	Exigencia	Expectativa	Cumplimiento	Nivel de cumplimiento
Necesidades de los usuarios	Se conocen los requerimientos de los usuarios del servicio, o lo que estos esperan recibir.	5	80%	4	3	60%
Contacto con los usuarios.	El contacto con los usuarios es de forma clara y ajustándose a sus necesidades, como nivel cognitivo.	5	80%	4	4	80%

Tabla de Criterio	Afirmación Asociada	Ideal	Exigencia	Expectativa	Cumplimiento	Nivel de cumplimiento
Estándares definidos	Las políticas del Hospital en atención abierta se relacionan con el tipo de servicio entregado.	5	80%	4	3	60%
Comunicación	Se generan canales o instancias para conocer los requerimientos de los usuarios, así como puntos de mejora.	5	80%	4	4	80%
Cumplimiento objetivos	Se plantean objetivos claros, con indicadores de cumplimiento o y beneficios esperados.	5	80%	4	3	60%
Supervisión de los objetivos	Se lleva un control de los progresos de los planes de mejora, y se les entrega la retroalimentación necesaria.	5	80%	4	3	60%
Planes de Mejora	Los planes de mejora son acordes con la problemática que se desea solucionar.	5	80%	4	3	60%

Tabla de Criterio	Afirmación Asociada	Ideal	Exigencia	Expectativa	Cumplimiento	Nivel de cumplimiento
Extravío de Fichas Clínica.	Las Ficha Clínica no es devuelta por los servicios médicos.	5	80%	4	2	40%
La Ficha Clínica no es completada.	No se ingresa toda la información requerida en el llenado de la ficha.	5	80%	4	2	40%
Infraestructura	Las condiciones son adecuadas a los requerimientos de los pacientes.	5	80%	4	4	80%

Fuente: Elaboración propia.

Con la siguiente tabla que encapsula los puntos más relevantes que se desprenden de análisis de brechas podemos formar el siguiente esquema que nos permite visualizar de mejor manera como es el comportamiento de los factores de riesgo.

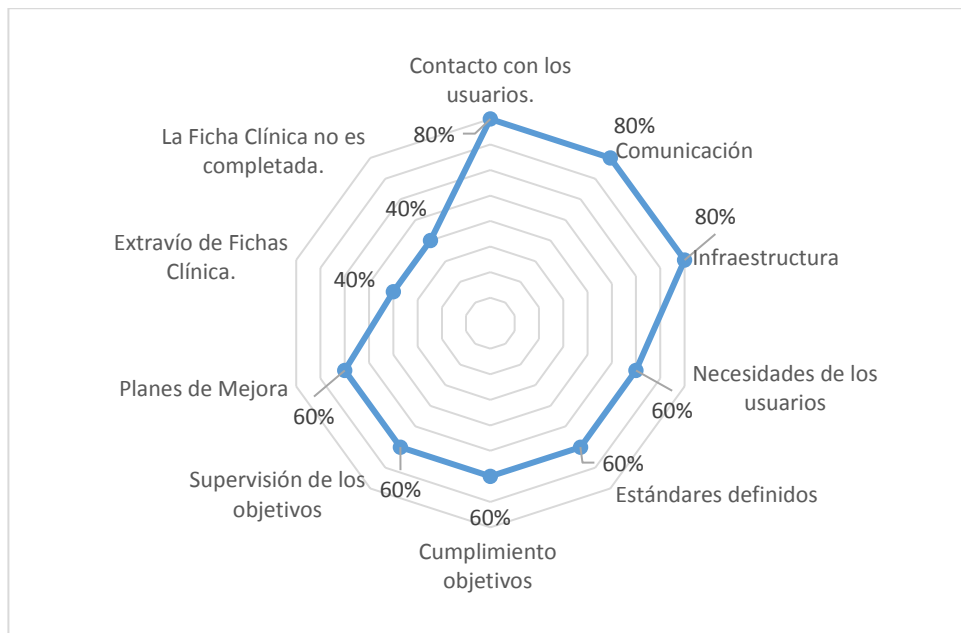
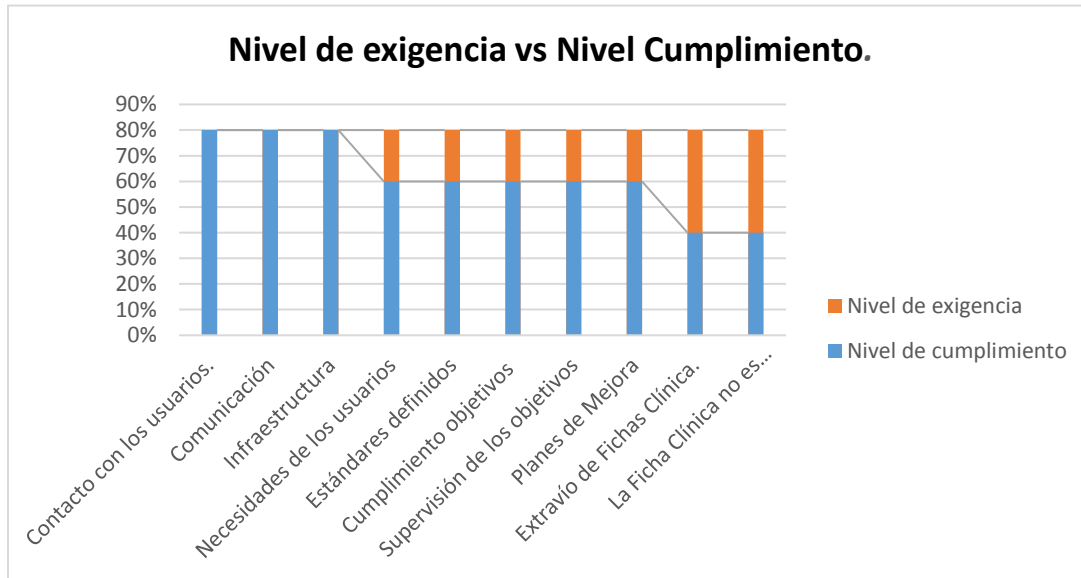


Figura V.12: Gráfico Araña de GAP.

Fuente: Elaboración propia.

Por lo tanto los puntos en donde se producen brechas son aquellos que no alcanzan el 80% de cumplimiento considerando este como valor meta para entregar un nivel de servicio “Bueno”. Por lo tanto con esto sabemos con qué guiarnos para poder lograr un buen nivel de satisfacción de los usuarios del servicio.



**Figura V.13: Nivel de exigencia vs Nivel Cumplimiento.**

*Fuente: Elaboración propia.*

Es así como se puede ver que las principales brechas son las que tienen relación con la Ficha Clínica, si a esto le añadimos los reclamos por procesos administrativos que son confusos, podemos interpretar que existen problemas en la forma de manejar la documentación de los pacientes dentro de los procesos. Esto a raíz de que a pesar de que se tiene personal encargado tanto de traslado como seguimiento de esta, ya que se firma un libro cuando una Ficha Clínica llega a una sección. Al momento de retornar el documento este no se encuentra en donde se tiene registro, perdiéndose tiempo y recursos en la búsqueda y relocalización del mismo. Así que en primera instancia se puede pensar que se necesita un mayor control del documento o cambiar la forma en que se está llevando actualmente el control de la misma.

### **V.3.13.- Conclusión del análisis GAP**

En resumen se puede decir que las principales falencias que se encontraron en este modelo de análisis de calidad, que permite reconocer los puntos en los que se encuentra una brecha o diferencia entre lo que la organización o para el caso de estudio el Hospital de Quilpué cree que entrega como servicio y que es lo que realmente los usuarios perciben de tal. Es que el punto más notorio es el no contar con un sistema de control de la calidad, es decir, si bien estos utilizan distintas herramientas que permiten tener una idea como se percibe el servicio a través de los reclamos que se realizan, y una descomposición de estas no conformidades, lo cual es un buen indicador, pero no conlleva a un análisis definitivo,

puesto este no busca las causas raíces que generan el descontento de los usuarios del servicio.

Por lo tanto lo que se necesita o lo que vislumbra en una primera instancia de análisis es la necesidad de encontrar un sistema de control que logre medir en los distintos puntos de la cadena de atención, a modo de encontrar los focos críticos dentro de esta y de esa manera determinar las acciones de mejora. De esta forma los planes de mejora que se llevan a cabo por las distintas unidades tendrían un mejor efecto en cuanto a la atención que ofrecen, ya que si bien estos en su mayoría cumplen con los protocolos que se utilizan actualmente, el protocolo solo contempla la atención médica, que es una parte del proceso que debe pasar el paciente, por lo tanto no se puede considerar como un todo. Es por ello que se deben redefinir o establecer guías de atención que más que contemplar la consulta médica, consideren el proceso completo que debe realizar un paciente al momento de ser atendido y que genere un grado de satisfacción óptimo, además de considerar mediciones acorde con el servicio que entrega la atención abierta. Puesto los puntos que normalmente son evaluados para determinar el grado de satisfacción en los usuarios corresponden a atención cerrada, enfocándose en hospitalización, un servicio muy diferente al que ofrece atención abierta en donde los periodos de atención son más cortos, puesto dura solo la consulta y no incluyen tantos cuidados.

Otro punto a tocar son problemas que presenta la Ficha Clínica en cuanto a su extravío entre departamentos y el no llenado de la misma, que son factores que afectan directamente a la evaluación por tema de la acreditación, y que actualmente tienen un nivel de cumplimiento del 54% por informes de la unidad de archivos, esto ya que como ha expresado la jefa de archivos por reuniones con los afectados, no tienen el suficiente tiempo para llevar a cabo la labor, la consideraran repetitiva y simplemente por descuido. Por ende se debe buscar una forma de facilitar esta labor de manera que se logre mejorar el indicador actual, puede ser migrando a una plataforma virtual o generando medidas que motiven al doctor a completar la información requerida como es algún incentivo de felicitaciones o hacer recordatorio del traspaso de información médica como medida de respaldo.

Cabe mencionar que esto es un análisis inicial para determinar posibles medidas de acción.

## **V.4.- Teoría de las restricciones o TOC**

Con este segundo análisis de la situación en la que se encuentra la institución hospitalaria, se analizan las problemáticas para lograr una “inyección” o propuesta de solución, considerando las restricciones que se puedan presentar y analizando las medidas que se deben tomar para superar estos obstáculos, teniendo siempre presente que estas pueden estar enfocadas en el largo o corto plazo, es decir, lo que se continua es el análisis de una posible solución para la problemática, o que entregue un línea a seguir para lograr una propuesta final.

### **V.4.1.- Árbol de realidad actual (ARA)**

El primer paso para lograr definir una propuesta que satisfaga las necesidades encontradas en el sistema de calidad que presenta el Hospital de Quilpué es identificar las

restricciones que este presenta en su sistema actual, para lo que se utilizará la herramienta de “Árbol de Realidad Actual” el cual nos permite tener una imagen del sistema de los factores que participan en este, además de presentar las relaciones de causa efecto que se generan.

Como se menciona del análisis anterior realizado con la herramienta de Servqual, GAP e Ishikawa, el diagnóstico que se realizó es el de tener problema con su sistema de medición actual de los indicadores de la calidad, lo cual perjudica tener una visión real del sistema, por lo tanto esto desborda en un deficiente control del servicio fuera de la atención médica. Para esto se tomó como base o raíz de este ARA la misión del Hospital siendo esta “Ser una Institución, Resolutiva, Sustentable y Referente nacional en Calidad de la Atención”, además se teniendo en mente su política de calidad “El Hospital de Quilpué otorgará prestaciones de salud, cumpliendo con los requisitos de calidad que establezca para su otorgamiento, de acuerdo a los recursos de que disponga, procurando la satisfacción de sus usuarios y a través de una revisión permanente y sistemática de sus actividades, mejorar su desempeño cada día”. Con estas dos primicias se comenzó a graficar el ARA con sus causas y efectos, buscando entre los factores que generan mayor insatisfacción en los usuarios, pensando que los dos factores que reflejan porque no se logra tener un sistema de calidad, por ende encontrar su causa raíz se hace esencial para relacionar todos los análisis y comenzar con la resolución del caso de estudio. Es por ello que se realiza el siguiente desglose de los causales que atentan contra la misión del Hospital.

Como información adicional se indica que el árbol de realidad actual se lee de abajo hacia arriba y siendo la causa

Con esta herramienta se quiere ver cómo se van entrelazando las distintas causas que generan un problema raíz que se encuentra en la cima, y de esta forma buscando las soluciones que ataquen a la problemática que realmente se debe resolver para poder dar una respuesta que contemple todos los efectos.

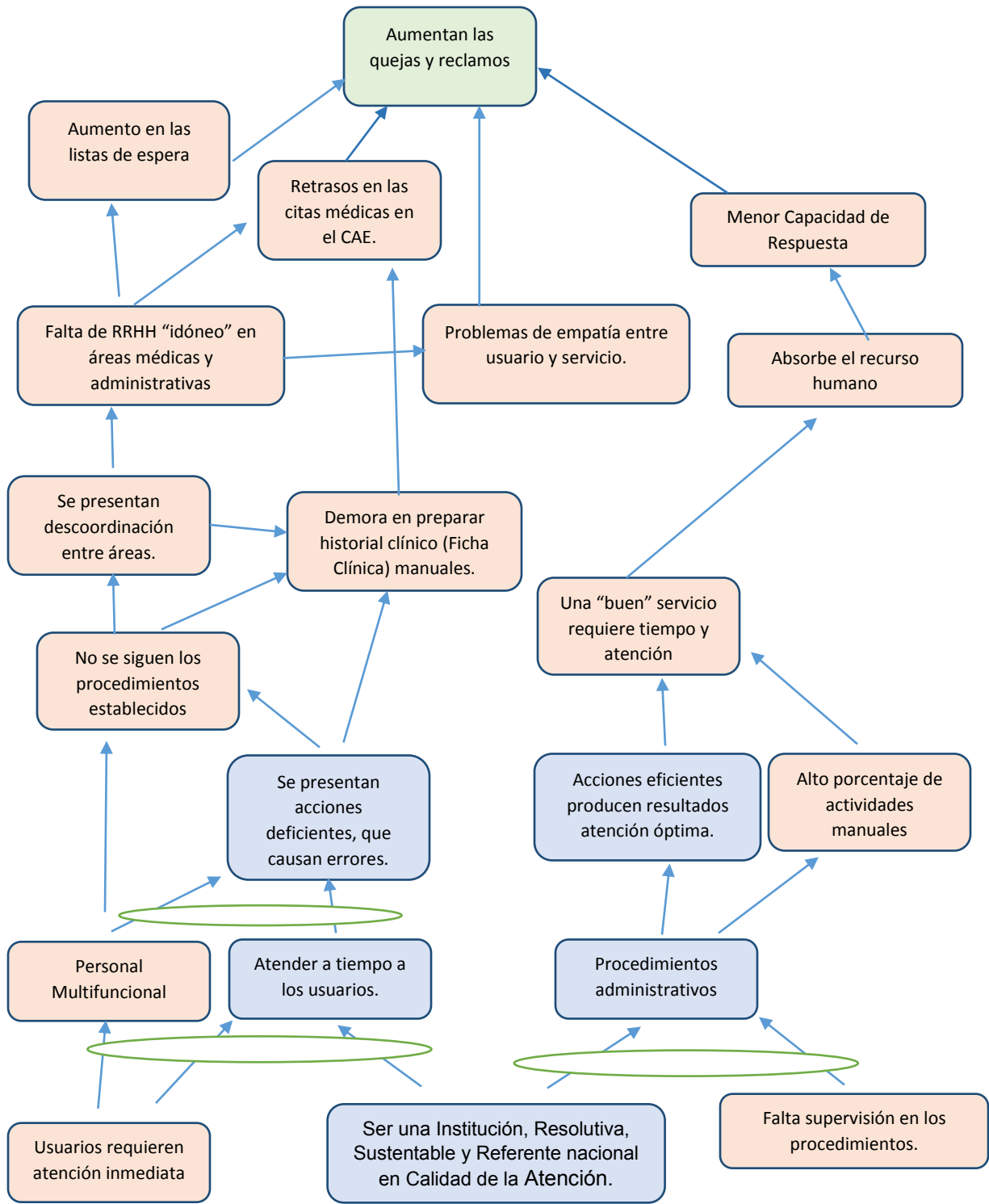


Figura V.14: Árbol de Realidad Actual.

Fuente: Elaboración propia.

Como se puede ver el árbol de realidad actual es algo engorroso de entender a primera vista, es por ello que se explica a grande rasgos desde la raíz a la copa los puntos más relevantes de esquema, siendo estos “Atender a tiempo a los usuarios” y “Procedimientos administrativos”, ambos puntos fueron los que obtuvieron mayor porcentaje de reclamos según informe de la O.I.R.S. por lo tanto son dos causas que perjudican el alcanzar la misión. Para ambos casos presentan dos puntos comunes y que son tratables, estos corresponden a falta de personal que produce una multifuncionalidad de los mismos o un agotamiento, por lo que el proceso pasa a ser más lento produciendo atraso en las respectivas atenciones. Otro factor a mencionar es que la mayor parte de los procedimientos administrativos se llevan a cabo de forma manual, aun cuando cuentan con una plataforma virtual, lo cual da indicios de falta de capacitación o una resistencia al cambio por parte del personal.

Por lo tanto si relacionamos ahora todos los análisis realizados podemos tener una idea de cómo debe ser la solución, ya que como se puede visualizar entre las restricciones que se encuentran en primera instancia. Ahora lo que se debe hacer es clasificar estas limitantes que presenta el sistema entre físicas y políticas, siendo la primera una “escasez” de recursos, esto significa que no se cuenta con la materia prima o los trabajadores no poseen una habilidad determinada que impide que el proceso se lleve a cabo de forma idónea y produce estos cortes o deficiencias en la cadena de un proceso. La segunda restricción, política, corresponde a reglas formales o informales que adopta la empresa de forma errónea, ya que no se alinea con sus procedimientos o los entorpecen produciendo cortes o un desempeño deficiente. Por ende entre las restricciones que detectan son las siguientes:

**Tabla V.11: Restricciones presentes en el Sistema.**

Tipo de Restricción	Restricción
<b>Física</b>	<b>Falta capacitación en la utilización de la plataforma virtual SIDRA.</b>
	<b>Resistencia al cambio.</b>
	<b>Falta Recurso Humano.</b>
	<b>Falta capacitación en materia de gestión de procesos.</b>
	<b>Capacidad de empatizar con las personas.</b>
<b>Políticas</b>	<b>Procesos repetitivos.</b>
	<b>Procesos estandarizados, sin considerar variaciones entre departamentos.</b>
	<b>Faltan medidas de control de los procedimientos no médicos.</b>

*Fuente: Elaboración propia.*

### V.4.2.- Explorar las restricciones

En este segundo paso lo que se busca es analizar las restricciones identificadas, agruparlas y de este modo determinar cómo se puede obtener el mayor provecho de estas, en el caso de estudio la mayoría de las limitaciones son físicas, y son de capacitación en distintos ámbitos, ahora el Hospital tiene una variada cantidad de capacitaciones, pero en su mayoría están dirigidas al cuidado de paciente en distintos grados de condiciones físicas y son abiertas a todo el personal, pero lo que se plantea es hacer capacitaciones según las necesidades reales que requieren los funcionarios, por ejemplo en el caso del personal de informaciones pueden ser capacitaciones en el ámbito de protocolos de conducta o de atención al cliente, ya que en su caso estos son los conocimientos que quieren para desenvolver realmente en su área o capacitación en temas de gestión de la información.

Por lo tanto si agrupamos y damos solución queda el siguiente cuadro resumen.

**Tabla V.12: Análisis de restricciones.**

Tipo de Restricción	Restricción	Solución
Física	Capacitación	Enfocar la capacitación según los requerimientos que se necesitan en cada área, es decir, de acuerdo ámbito en el que se desenvuelven lograr obtener las habilidades que realmente requiere su puesto.
	Recurso Humano	En el caso del Hospital al ser un entidad pública no podrían tener como solución el reducir la cantidad de paciente acorde con sus condiciones, por lo que para esta restricción lo que se puede hacer es definir las labores y la cantidad de horas hombres que son necesarias para cada una, además de determinar las habilidades específicas que deben ser cumplidas, así se tiene un perfil con los requerimientos del puesto, y de esa forma organizar de mejor manera los el recurso que ya se tiene y además que este tenga claro las tareas que debe hacer, lo cual disminuye la probabilidad de confusión y reduce los tiempos muertos que se pudiesen generar.

Tipo de Restricción	Restricción	Solución
Físicas	Resistencia al Cambio.	Para este punto es beneficioso el preguntar la opinión al personal que se reusa a la migración de una plataforma virtual, permitirles aportar con sus opiniones al proceso y explicar porque es necesario realizarlo, de esa forma se reduce la incertidumbre y el personal no se siente ajeno o desintegrado.
Políticas	Protocolos	Se deben estandarizar los procedimientos e implementar medidas de control que reflejen los puntos que no son considerados en la atención médica, es decir, tomar toda la cadena para lograr una atención satisfactoria para los pacientes.

*Fuente: Elaboración propia.*

### **V.4.3.- Subordinar de acuerdo a las decisiones anteriores**

En este caso corresponde a indicar como deben actuar los recursos restantes para que las decisiones de acción que se consideraron en el paso anterior sean implementadas y se logre con su cometido, pero no basta con decir que el recurso sobrepase su capacidad para lograr sacar el mayor provecho de la restricción anterior sino que éste actúe de manera que facilite que este objetivo se cumpla.

Para que se pueda sacar el mayor provecho a las restricciones lo primero es definir un perfil con las características de cada puesto, además de determinar con los tipos de usuarios con los que interactúa de forma de tener claro qué tipo de capacitación requiere cada nivel y cada sección, ya que no todas las áreas reciben igual tipo de pacientes, por lo tanto es importante saber cuáles son las necesidades de cada uno de ellos. Con esto se consideran las dos primeras restricciones físicas, ya que al tener claro en la labor, el tipo de persona con la interactúa, ya sea entre departamento o con pacientes se puede determinar una lista de tareas que cumplir y responsable de cada área. Esto facilita la fluidez del proceso y permite tener un control de los flujos de información tanto entre departamentos como un mejor manejo de los pacientes en espera. Esto considerando que a fin de cuentas el médico no es responsable del nivel de calidad en atención a los usuarios.

El otro punto relevante es la resistencia al cambio por parte del personal médico, que por tema de costumbre prefiere utilizar registros manuales, aun cuando se cuenta con una plataforma virtual que permite llevar los mismos registros en forma más rápida e

interconectada entre departamentos. Este punto también implica una gran inversión de tiempo y capacitación, pero una vez que sea realizada las mejoras en la fluidez del proceso serán notorias, facilitando el control de los indicadores que se llevan actualmente como la velocidad en la búsqueda del historial clínico del sistema. En este sentido también se hace necesario contar con un sistema que entregue mayor seguridad a la información confidencial de los pacientes, ya que actualmente solo se cuenta con un sistema de red entre los equipos del establecimiento médico, el cual es muy vulnerable. Ahora para poder llevar a cabo todas estas mejoras se deben tener reuniones con los principales usuarios del sistema, explicarles en qué consiste y hacerlos partícipes del proceso de mejora, de esta forma no se sentirán opuestos al cambio, y se podrán adaptar de mejor forma a este nuevo sistema de información.

Como se puede ver por lo mencionado anteriormente las restricciones físicas suelen ser las más comunes y menos complejas de manejar al momento de implementar mejoras en un sistema, muy distintos a las políticas que son escasas por lo general y precisas pero que una vez que son identificadas y analizadas permiten generar un gran cambio al sistema, aumentando por lo general la eficiencia de éste, puesto como se menciona antes, éstas corresponde a reglas o procedimientos que no se acomodan con las condiciones del proceso y dificultan su proceder, disminuyendo su eficiencia. Es por ello que la restricción considerada en cuanto a una falta o replanteamiento de protocolos que no solo consideren la consulta médica si no también todo el proceso en sí, es decir, un protocolo de calidad de proceso y no de consulta médica, esto enfocado a mejorar la experiencia que tiene el usuario dentro de la institución de salud, además de permitir tener un mayor control de proceso al completar los distintos flujogramas de las unidades, ya que al conocer sus procedimientos a cabalidad, se podrá saber en qué puntos son requeridos puntos de control y cómo implementar estos a modo de reemplazar los que se utilizan en cada unidad y que son pocos representativos del tipo de calidad de servicio que son entregados, lo cual trae como consecuencia precarios planes de mejora.

En resumen para llevar a cabo las decisiones anteriores primero se debe comenzar por las restricciones políticas que permitirán conocer de mejor forma el proceso y por ende se facilitará la definición de los perfiles requeridos, además de establecer que sistema de control es el más adecuado a las condiciones actuales del Hospital, y que pueda adaptarse los funcionarios, de esta forma se unen todas las mejoras propuestas en una primera instancia que permitirían una mejora en la calidad de servicio de atención abierta. Además de generar un mejor control de la misma, recordando que generalmente en donde se pone mayor énfasis en la cerrada, por lo que esta sección del servicio se ha visto opacada por planes que van dirigidos mayormente a mejorar la atención Hospitalaria.

Una vez determinado tanto las restricciones, la problemática y sus respectivas propuestas de solución podemos graficarlos para mejorar su entendimiento en una nube de conflicto que permite visualizar de forma resumida lo expuesto anteriormente. Por lo tanto a continuación se muestra evaporación de la nube que contempla la problemática tratada con sus causas implícitas y la propuesta final que despeja esta nube de conflicto que vendría siendo un replanteamiento de los procedimientos con sus protocolos y perfiles de puesto, además de determinar sus puntos de control que nos permitirán tener un mejor manejo de la cadena completa del procedimiento.

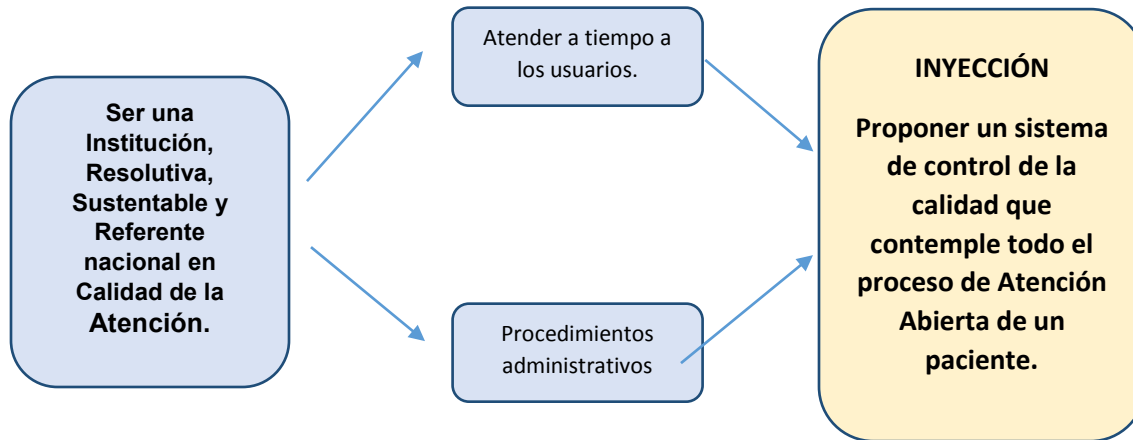


Figura V.15: Evaporización del conflicto.

*Fuente: Elaboración propia.*

En el esquema de la Figura V.7, se presenta una propuesta de solución en el cuadro “Inyección” en donde se muestra la necesidad de proponer un sistema de control de todos el proceso, es decir, ampliar el área de estudio a no solo la atención médica en sí, si no que evaluar todo el proceso para mejorar de manera sustancial el servicio entregado a los usuarios.

Una vez que se ha evaporizado el conflicto se puede plantear un árbol de realidad futura que permite evaluar la solución que se propone con la intención de neutralizar las ramas negativas que surjan. En pocas palabras que toman estos efectos indeseables detectados en el ARA y se plantean sus causas raíces con la intención de corregirlos con la propuesta, de esta forma se plantea un esquema que deriva en que las causales y se atacan sus raíces para lograr neutralizarlas y llegar un punto en que el proceso se encuentre controlado.

Otro punto relevante de este análisis es que nos pone en distintos escenarios, ya que se basa en supuestas situaciones en las cuales pudiese no ir acorde a como se plantea en un comienzo, es decir, el árbol de realidad futura también funciona con supuesto de que los funcionarios cumplirán con los compromisos planteados, es decir, acudirán a las capacitaciones correspondientes, realizarán las acciones correctivas que se planten para sus procedimientos, entre otros. Es decir funciona sobre una situación ideal, esto se hace notar, porque de lo contrario se presentarían infinidad de escenarios que no se acabarían de analizar.

Planteadas toda esta explicación se pasa a mostrar cómo sería este diagrama de árbol de realidad futura, en donde se muestran que las mejoras que iría teniendo el sistema hasta lograr el objetivo de la institución.

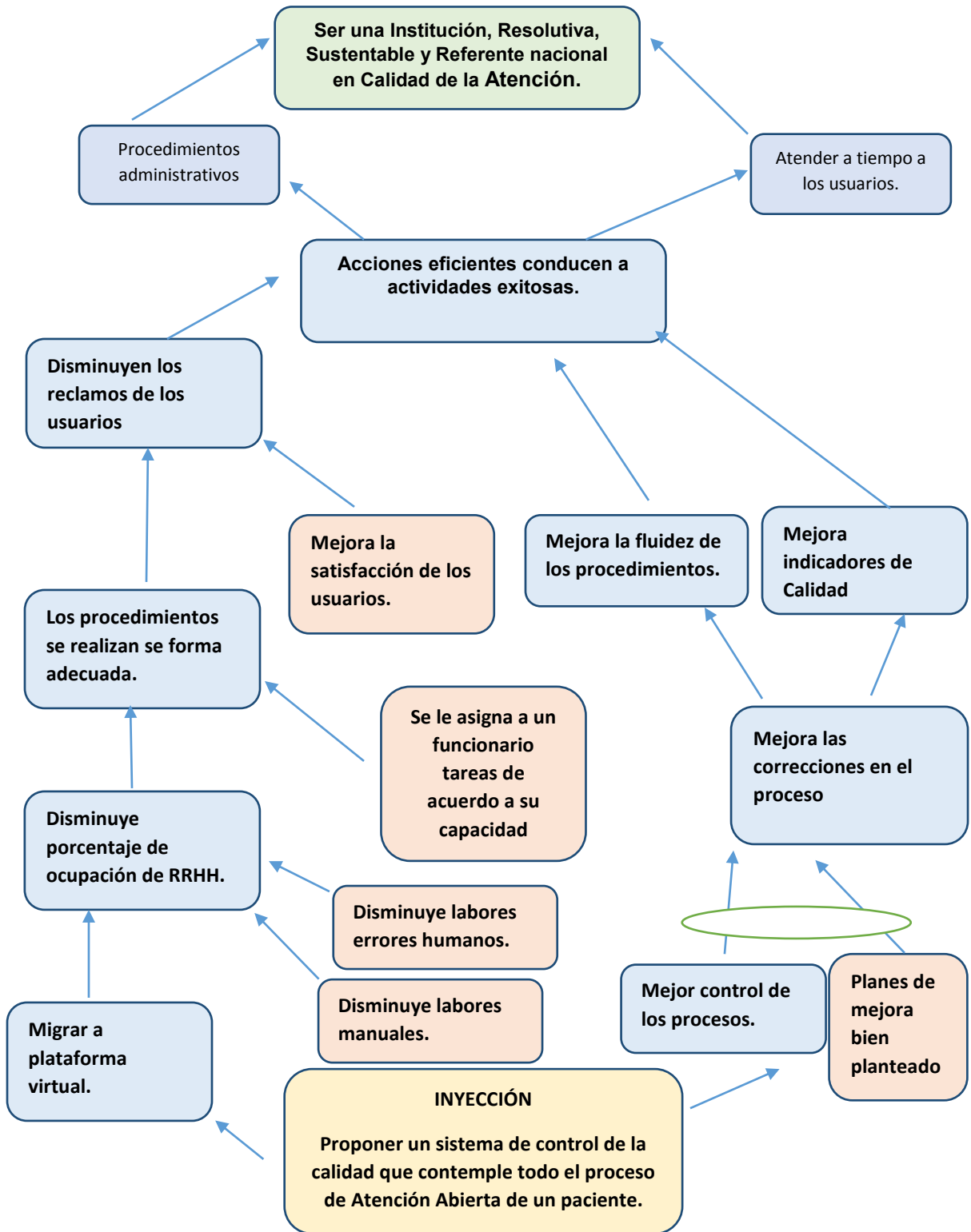


Figura V.16: Árbol de Realidad Futura.

Fuente: Elaboración propia.

Al igual que en el caso del árbol de realidad actual, este esquema se debe leer de abajo hacia arriba. Y como se puede ir visualizando a medida que se sube en el esquema se presentan objetivos intermedios que se deben cumplir para alcanzar el objetivo final, es decir, estos objetivos intermedios son metas que si se cumplen junto con la acción de mejora se puede alcanzar el siguiente nivel superior, si no, se dificulta el cumplimiento de este.

Por ende una vez identificadas las respectivas inyecciones y la problemática que se debe resolver, el siguiente paso comprende el del realizar un re análisis de las limitante que surgen del nuevo sistema, es decir, especificar cual concretamente que herramientas se deben obtener o que nuevas estrategias a seguir con la intención de que las mejoras se puedan llevar a cabo y se facilite la finalización de estas por parte de la compañía. Por ende el siguiente paso comprende elevar las restricciones.

#### **V.4.4.- Elevar las restricciones**

Para determinar el flujo de información entre los departamentos que son aislados entre sí actualmente, es necesario considerar la Ficha Clínica que corresponde al único instrumento que pasa por todos los departamentos, es decir, es un conector que permitirá visualizar los procedimientos propios de cada sección, ya que solo se tiene un diagrama general de cómo funcionan los departamentos. Por ende lo primero que se necesita es graficar los flujos de información por donde pasa la Ficha Clínica para esquematizar como son los procesos y determinar en qué fases se posicionaran puntos de control.

Otro factor a considerar es la capacitación tanto en temas de administración y en la utilización de la actual plataforma, la que es aprovechada solo en 10% de su capacidad, además de que se realizan la mayoría de los controles en forma manual lo cual resulta engorroso y aumenta el porcentaje de ocupación de los recursos humanos. Por ende se hace necesario el migrar a la plataforma virtual, para esto se precisa poseer un sistema de base de datos que sea seguro y no represente otro obstáculo en cuanto a su dificultad de uso. Actualmente solo se tienen una red interconectada entre los equipos que posee el Hospital, la cual es insegura y poco útil.

En resumen con la realización de estas dos especies de pre requisitos, lo se puede llevar a cabo la inyección propuesta con la intención de realizar una mejora en tanto en sus sistemas de información como la gestión de la gerencia en la utilización de sus respectivo recurso humano, tratando de mejorar la organización actual que se posee, y designar tareas y capacitaciones más allá de lo que corresponde al trato medico propiamente tal, y empezar a considerar toda la cadena de atención que debe pasar un usuario al llegar a la Atención Abierta.

Como último paso se resume la propuesta en los siguientes puntos especificando a qué necesidad responden y se analiza si es que existen una nueva restricción que no se ha considerado y que se debe ser analizada nuevamente, recordando que esta metodología es cíclica y ante cada restricción que nace y que no fueran consideras en el sistema inicial se debe volver a aplicar todos los pasos anteriores.

**Tabla V.13: Propuestas de solución.**

Solución Propuesta	Necesidad
Migrar a una plataforma virtual.	Alto índice de ocupación de los recursos humanos por realizar tareas manuales, lo cual afecta tanto al personal médico (enfermeros, paramédicos, etc) como al administrativo.
Propuesta de un sistema de control.	Falta de un sistema de medición de las distintas tareas que se realizan para poder proponer planes de mejora que se adapten a las reales necesidades del sistema.

*Fuente: Elaboración propia.*

## **V.5.- Conclusión**

Es claro que la institución de salud en estudio debe realizar una planeación sinérgica en la que participen áreas claves tanto de recurso humano, calidad de servicio y gestión de los procedimientos, de forma que en conjunto se analice un rediseño de los procedimientos, en donde se especifiquen perfiles e indicadores que permitan tener un real control de este, puesto los actuales indicadores no reflejan el tipo de servicio que se entrega, ya que son poco representativos. Con esto lo que se quiere decir que se deben hacer cambios en la forma de medición de los procesos, considerar todos pasos que debe seguir el usuario de modo de lograr una satisfacción por parte de este y no sienta que el servicio que se le entrega es precario o que no cumple con sus expectativas.

También se hace necesario recalcar que las mejoras deben ser acorde con la realidad del Hospital de Quilpué tratando de aprovechar sus recursos de la mejor forma, sin sobre exigirlos, ya que actualmente se tiene deficiencias de recurso humano.

## **V.6.-Sistema de diseño de un procedimiento médico (Vía clínica)**

Esta metodología consiste en una modificación a los procedimientos médicos actuales que se realizan a los pacientes, con la intención de disminuir los tiempos de espera. Este procedimiento consiste en un diagnóstico realizado por personal médico de menor rango, entiéndase enfermero o paramédico, ante cuadros médicos muy repetitivos con la intención de disminuir el uso de especialistas, cabe destacar que esta práctica es utilizada únicamente en atención cerrada y se quiere modificar para atención abierta, específicamente en urgencia.

La vía clínica es una herramienta hospitalaria que se ha usado en atención cerrada, para pacientes que tienen un diagnóstico específico, y lo que busca es estandarizar procedimientos de acción, para reducir los tiempos muertos y optimizar planes de acción, y de esa forma no se ven retrasados en decisiones claves ante una falta de información, sin querer decir esto que se reemplazará el juicio médico del profesional, sino que es una guía de actuar para enfermos con patologías que tienen cuadros clínicos predecibles.

La forma de presentación de las vías clínica más común es con una matriz temporal, que en su abscisa se coloca el tiempo en distintas medidas de acuerdo con la patología

presente (Días u horas), y en la ordenada van los planes de acción de acuerdo a los lapsos de tiempo (evaluaciones y asistencias, determinaciones o test de laboratorio, tratamientos médicos y cuidados de enfermería, medicación, actividad, fisioterapia, dieta, información y apoyo al enfermo y/o familiar, criterios de ingreso o de alta). Como se dijo anteriormente estas guías de acción se utilizan para patologías específicas, en donde se tiene un comportamiento lineal, es decir, predecible. Por lo tanto se le entrega más autonomía al personal y modos de acción que reducen el tiempo de reacción ante una eventualidad.

Basado en esta descripción se pensó utilizar esta herramienta a modo de solucionar las problemáticas en capacidad de respuesta, de modo que personal con menos especialización pueda intervenir en pacientes que en el caso de atención abierta poseen enfermedades aún más estandarizadas y que con una guía de acción pudiesen realizar procedimientos menores, en otras palabras lo que se quiere lograr con esta especie de guía medica es adaptarla para el servicio de urgencia, en donde se le realizase un “Pre-Diagnostico” a los pacientes por parte de un enfermero o paramédico, para que al momento de llegar su atención el medico ya tenga un conocimiento de la situación del paciente y este pueda tomar las acciones pertinentes. Es decir finalmente a lo que se quiere llegar es a disminuir los tiempos de atención o acelerar este procedimiento con la clara de intención de mejorar el servicio.

Esta metodología se subdivide en varias etapas que fueron adaptadas para poder ser aplicadas en atención abierta, y además se utilizaron conceptos de otras metodologías que es la FOCUS-PDCA, en donde si bien esta se llega hasta la implementación se limitara hasta a solo los puntos que contemplen la propuesta de solución.

Ahora a modo de resumen se colocan las etapas que contempla el FOCUS PDCA, para luego ser adaptado al caso de estudio.

Para mostrar la propuesta de mejora de forma más completa se realizó una calendarización con las distintas etapas, separadas en reuniones de planificación en donde se contemplan todas las tareas que se deben desarrollar para concretar la vía clínica considerando que es una propuesta que no debería pasar de 6 meses de su implementación entre las reuniones y sus aplicación. Por ende se muestra el siguiente cuadro resumen con las tareas y en qué etapa se deben desarrollar:

**Tabla V.14: Propuesta de cronograma de actividades.**

Actividades	Número de actividades	Tareas.	Tiempo recomendado para su realización (días)
Reunión de personal médico y enfermero	1	Compromiso de desarrollar vía clínica por el servicio.	1
	2	Determinación de los objetivos de la vía clínica.	2
	3	Elaborar perfil de profesionales.	5
	4	Elección del proceso clínico a desarrollar vía clínica.	5
	5	Elección de Profesionales encargados del diseño del borrador de la vía clínica.	5

Actividades	Número de actividades	Tareas.	Tiempo recomendado para su realización (días)
Reunión de Grupo de Trabajo para la elaboración de la matriz.	1	Investigación de vías clínicas de otras instituciones.	10
	2	Análisis de la bibliografía referente a la vía clínica a desarrollar.	5
	3	Propuesta de diseño de la vía clínica.	15
Reunión de análisis de la posible vía clínica.	1	Exponer los borradores de las propuestas de vía clínica, junto con su objetivo.	1
	2	Revisión y observaciones de los borradores.	10
	3	Corrección de las observaciones.	5
Confección de la vía clínica.	1	Elaboración de los documentos, matriz definitiva, dibujos, hoja de verificación, hoja de variaciones, encuesta de satisfacción, esquema de evaluación con indicadores y estándares y hoja de tratamiento estándar.	15
Establecer la logística de implementación.	1	Presentación de la vía clínica definitiva.	1
	2	Presentar la documentación al personal médico y enfermero para determinar modificaciones, variables y las variaciones en los procedimientos.	5
	3	Determinar al coordinador de la vía clínica, encargado de reunir documentación y verificar el entendimiento por parte del profesional.	5
	4	Determinar tiempos y responsables en la implementación.	5

Actividades	Número de actividades	Tareas.	Tiempo recomendado para su realización (días)
Durante la Implementación	1	Hasta la implementación final, chequeo de los procesos.	5
	2	Determinar una muestra para llevar a cabo una evaluación de las variaciones.	5
Exposición del Impacto de la implantación de la vía clínica.	1	Primera evaluación y adaptar la vía clínica según resultados.	20

*Fuente: Elaboración propia.*

El total de días es 120, es decir 6 meses considerando una jornada de lunes a viernes para realizar las labores que requiere esta metodología, con esto se espera obtener los siguientes beneficios, con una buena implementación a futuro, recordando que esta última etapa de implementación y posterior evaluación no se llevara a cabo en este trabajo. Cabe mencionar que lo anterior contempla la etapa de elaboración de esta guía médica para personal menos capacitado.

Por último se presenta el modelo de acción que se debiese seguir para la utilización de este nuevo procedimiento médico, en donde se destacan que los puntos importantes son primero el informar al paciente que esta metodología que utiliza no reemplaza a cabalidad el diagnóstico médico, sino que es un pre diagnóstico que tiene como finalidad agilizar su atención, y que si está de acuerdo en que se les realice, ya que este procedimiento requiere el consentimiento del paciente o la persona responsable en caso de menores de 18 años. Además cabe destacar que esta guía de acción se llevaría a cabo cuando se encuentre en una situación en donde el servicio de urgencia no de abasto para la cantidad de pacientes que llegan en busca de tratamiento.

A grandes rasgos el procedimiento consistiría primero en un análisis básico que haría el personal médico de menor rango, enfermeros o paramédicos, apoyados por la guía clínica que es confeccionada con anterioridad, en donde verían los tiempos que ha transcurrido con la síntomas y los signos vitales, para generar un pre diagnóstico que se debe ingresar posteriormente en la Ficha Clínica del paciente respectivo, a modo de ser necesario un posterior tratamiento por parte de personal médico capacitado ya se tenga una idea del tipo de procedimiento a seguir. Cabe mencionar que en casos en donde baste solo intervención de este personal capacitado para realizar el pre diagnóstico, no pasarían a una segunda consulta con el médico encargado, lo que disminuiría los tiempos de espera que se presentan en la sala de urgencia. Otro punto importante es que en este último caso se debe registrar que el usuario quedo conforme con la atención recibida, para evitar futuros problemas.

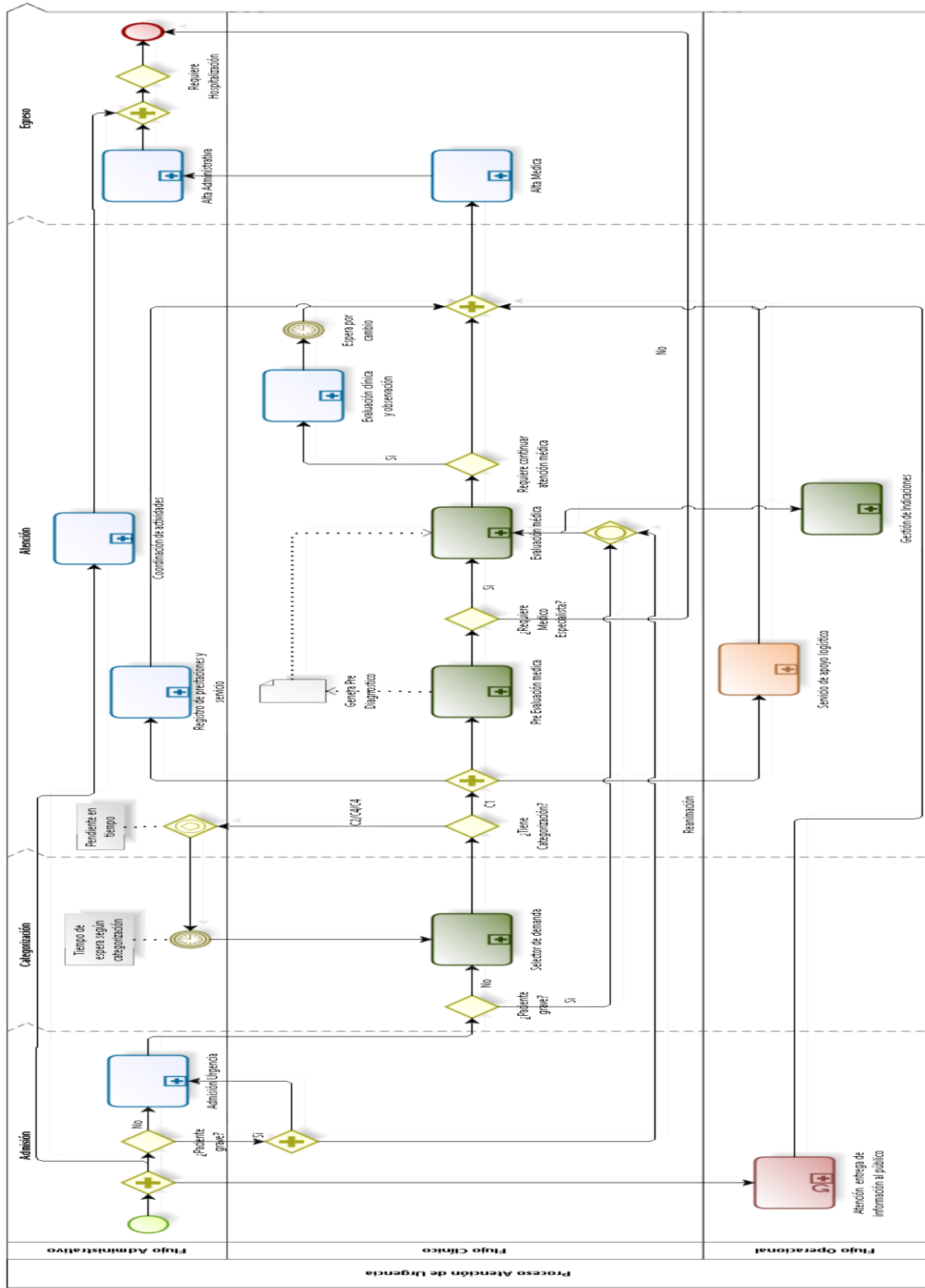


Figura V.17: Esquema de Procedimiento médico (Vía clínica).

Fuente: Elaboración propia.

Cabe destacar que el proceso graficado no contempla todas las etapas del servicio de urgencia sino más bien las que tenían relación con la propuesta.

### Beneficios esperados

- Reducción de los tiempos de atención en sala de urgencia, ante casos repetitivos en la unidad.
- Mejor aprovechamiento de los recursos humanos.
- Identifica de forma clara la participación de cada personal médico, de manera que no se generen roces por responsabilidades, mejorando el ambiente laboral.
- Los documentos son una fuente de información del historial clínico de los pacientes, que permite obtener indicadores de los casos tratados y su variación con esta nueva metodología.
- Se implica a la organización en procesos de mejora continua de la calidad de servicio, y mejora el control de la calidad.

### Inconvenientes que se podrían presentar

- Una cultura de trabajo en equipo y responsabilidad.
- Dificultades en el desarrollo de la vía clínica por falta de experiencia, por la innovación que conlleva.
- Resistencia al cambio.
- Variaciones entre lo realizado y lo esperado o proyectado.

Como se puede apreciar si bien esta metodología va enfocada a reducir los tiempos de pacientes en hospitalización también habla de dar cierto conocimiento a personal médico de menor rango como enfermeros o paramédicos para que puedan resolver problemas menores o diagnosticar de forma más rápida casos repetitivos para ayudar a reducir tiempos de espera y mejora el servicio entregado. Ahora al ser solo una propuesta de solución habrá que verificar su correspondiente factibilidad.

Por último se plantea el modelo de mejora continua de la vía clínica.



Figura V.18: Evaluación y mejora continua de la vía clínica.

Fuente: Elaboración propia

**Observación de la propuesta:** Si bien esta propuesta contempla la implementación de un sistema de control y aporta en cierto modo a disminuir los tiempos de respuesta, dos factores que se relacionan con la satisfacción de los consumidores, no se enfoca en los puntos reales en los que se presenta el problema, que son planificación y admisión, que es en donde se solicita la cita médica y se ingresa la información del paciente. Por lo tanto esta opción no respondería al verdadero problema raíz. Aun así se considerara la metodología FOCUS PDCA en la solución del problema puesto parece una metodología acorde con el caso de estudio.

## **V.7.- Metodología ISO 9001:2000**

Otra propuesta de mejora o solución a la problemática de carecer de un sistema de control de los procedimientos, para asegurar la calidad de servicio es la de implementar la Norma ISO 9001:2001 la cual está enfocada al cumplimiento de dos objetivos referentes a aumentar la satisfacción del cliente, los cuales son:

- Gestionar los procesos de calidad para entregar un servicio coherente con las necesidades reales de los consumidores y junto con el reglamento aplicable.
- Aumentar la satisfacción de los consumidores a través de la aplicación eficaz de un sistema de control de la calidad, en donde se resuelvan las necesidades reales de los clientes, se aplica un modelo de mejora continua y los reglamentos aplicables.

Cabe destacar que esta metodología considera un “producto” solo se aplica a un producto destinado al cliente o solicitado por él.

La norma de estudio establece una serie de requisitos generales que se deben aplicar. Para esto se consideraron las etapas generales de los departamentos, a grueso modo, en donde se separan en planificación, admisión, atención y egreso. Estas son las etapas de evaluación, en donde se detecta que planificación y admisión concentran los problemas de capacidad de respuesta y empatía hacia los consumidores, esto basado en el estudio realizado con anterioridad. Es por ello que esta metodología que va enfocada a aumentar la satisfacción de los clientes se puede adaptar a las condiciones del servicio entregado en atención abierta desde un punto de vista de calidad.

Para ello se deben reorganizar los procesos de acuerdo a esta metodología de trabajo, como se visualiza a continuación:

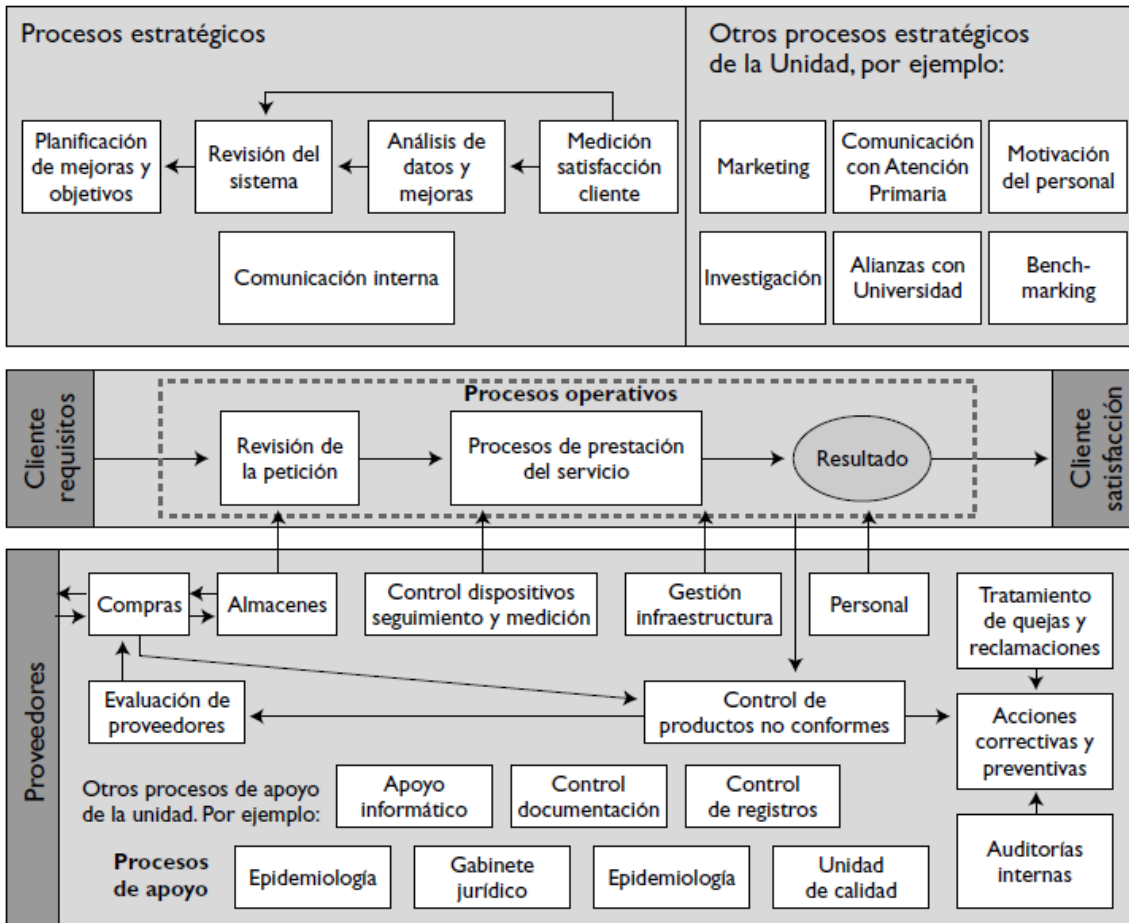


Figura V.19: Ejemplo de aplicación de ISO 9001:2000 en los procesos.

Fuente: Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Con esto, lo que se quiere conseguir es reducir las deficiencias encontradas en cuanto a la satisfacción de los clientes, por ende se hace un cuadro resumen en donde se mencionan las principales deficiencias encontradas al adaptar el modelo a la situación actual del Hospital, según los análisis realizados con anterioridad, con la intención de incluir las recomendaciones y los efectos esperados. Esto con el propósito de generar una documentación inicial con la cual se pueda basar y establecer las directrices que se deben seguir para generar un manual de calidad, que es lo que busca concebir esta norma, en donde se defina el alcance y forma de control de los procedimientos que presentan mayor problema.

En resumen lo que se debe obtener como resultado final es un manual en donde se especifiquen las políticas, alcance y método de control de la calidad del servicio en los puntos en donde se presenta un mayor grado de insatisfacción, de este modo lograr un servicio de calidad de acuerdo a la percepción de los clientes. Recordando que esta metodología se basa en las necesidades reales de estos.

**Tabla V.15: Resumen de las deficiencias encontradas en el sistema de gestión de calidad.**

Deficiencia	Recomendación	Efecto
Falta un análisis de las reales necesidades de los usuarios.	Aplicar encuesta de percepción del servicio, que recojan datos de las preferencias e insatisfacciones presentes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducción de subjetivismo.</li> <li>• Análisis sistemático</li> </ul>
Falta un proceso formal y estandarizado de análisis de otras instituciones de salud, privada o estatal.	Proceso de análisis constante, sistemático y detallado de otros centros médicos, a través de foros, benchmarking, etc.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar análisis ocasionales por falta de ideas.</li> <li>• Entrega información a la dirección estratégica.</li> <li>• Plantea nuevos modelos de mejora.</li> </ul>
Necesidad de una mayor formalización de la comunicación entre departamentos y área de calidad.	Reuniones periódicas y establecidas entre los departamentos y el área de calidad para analizar los procedimientos y control de estos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntos de vistas más amplios al momento de tomar decisiones.</li> <li>• Mayor consenso entre departamentos.</li> </ul>
Falta de concienciación del personal médico sobre su implicancia en los procesos en los procesos desde un punto de vista de calidad de servicio y no solo médico.	Introducir conceptos de calidad de servicio dentro de la cadena de servicio, detallando la importancia de la satisfacción del cliente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conciencia de la calidad objetiva en su trabajo.</li> <li>• Reducir las disconformidades del servicio.</li> </ul>
Conocimiento de las necesidades del personal que dificultan sus tareas diarias.	Reuniones entre jefe de departamento y el personal de servicio, para analizar condiciones de trabajo y realizar propuesta de mejora.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejora el ambiente laboral.</li> <li>• Aumenta la motivación del personal.</li> </ul>
Carencia de objetivos referidos a la satisfacción de los usuarios del sistema.	Análisis interno y externo de la empresa con la intención de fijar objetivos claros y medibles referidos a la satisfacción de los usuarios del servicio. Controlar de cumplimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planes de mejora acorde con la realidad del servicio.</li> <li>• Relacionar eficientemente los recursos y tareas con logros obtenidos.</li> <li>• Mejora la detección de mejora dentro del servicio.</li> <li>• Determinar metas y logros que se desea obtener.</li> </ul>

*Fuente: Elaboración propia.*

Ahora si bien esta norma no se puede aplicar en su totalidad por el tipo de organización, en donde se entrega solo un servicio sin tener procesos productivos, que son

puntos que toca esta norma de calidad, se pueden considerar otros factores relevante e igualmente aplicable, en donde se determina participación del personal, en donde su compromiso es una factor importante para lograr mejorar el servicio entregado, recordando que son los que interactúan de forma directa con los usuarios. Recordando que no solo el personal médico es quien tiene conexión con los pacientes, si no que el personal administrativo en donde se gestiona las citas y se recolectan los datos de las personas también son instancias importante en donde el sistema interactúa directamente con el cliente final. Es por ello que en esta instancia el “Producto” pasaría a ser un “Servicio” quedando de esta manera esquematizado.

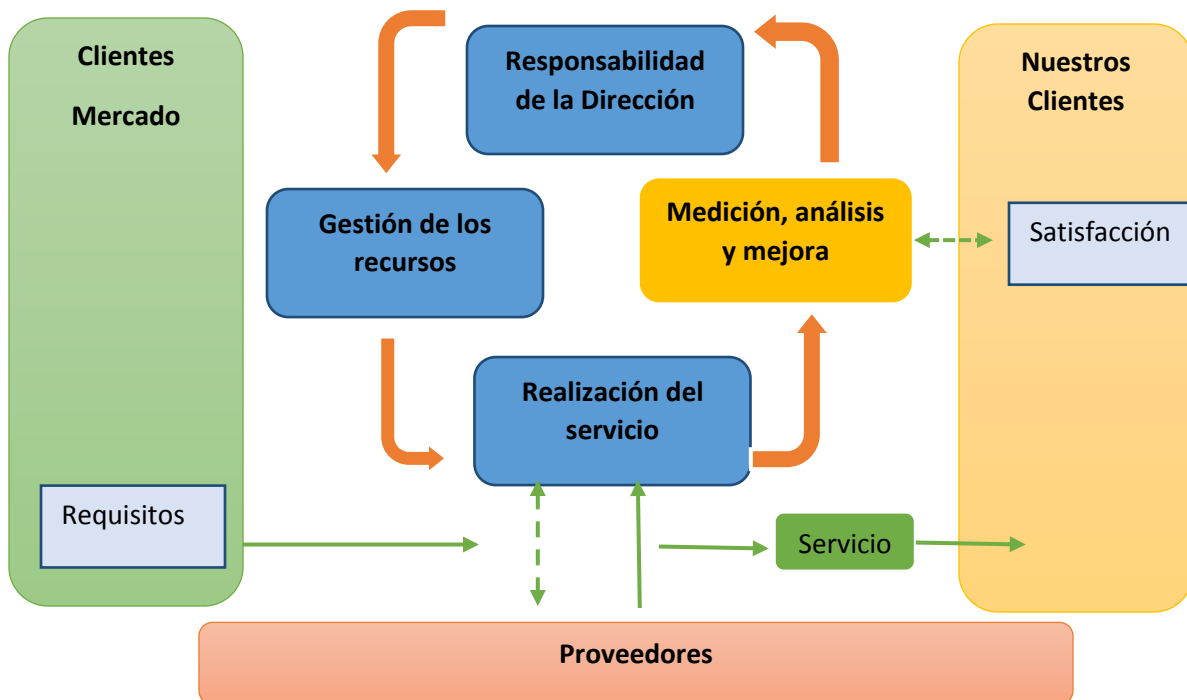


Figura V.20: Modelo de mejora continua.

*Fuente: Elaboración propia.*

Si bien el servicio Hospitalario va enfocado a entregar una atención médica acorde a su realidad y su capacidad, podemos afirmar por la encuesta de Servqual, la cual mide la percepción del servicio por parte de los usuarios, que en este punto el Hospital no presenta mayores problemas, considerando las expectativas de las personas con la realidad que se presenta, por lo tanto si bien es mejorable existen otros factores relacionados con la satisfacción del usuario y que son las razones de los reclamos que presentan actualmente, en un 70% aproximadamente y tienen que ver con otros factores que de la calidad como lo es la empatía, capacidad de respuesta y en un menor grado la fiabilidad del servicio. Es por ello que se hace necesario el contar con medidas de control y conocer el estado actual del servicio, enfocándolo hacia el cliente, en donde la dirección considere relevante el concientizar a los distintos grados de la organización o niveles del Hospital sobre la relevancia de la satisfacción al cliente, es decir, se debe perder un poco la visión que solo engloba el entregar servicios médicos, y comenzar a verse como una organización que

entrega un servicio, recordando que en su visión “Ser una Institución, Resolutiva, Sustentable y Referente nacional en Calidad de la Atención” consideran entregar un servicio de calidad a los usuarios.

#### **Beneficios esperados**

- Aumento en la satisfacción de los clientes o usuarios.
- Aumentar la participación de la administración en temas de gestión de la calidad.
- Mejorar el control de la calidad y los procedimientos enfocándolos en las necesidades de los clientes.
- Disminución de los reclamos.

#### **Inconvenientes que se puedan presentar**

- Falta de capacitación en temas de calidad de servicio.
- Falta de compromiso por parte del personal ante las nuevas políticas.
- Resistencia al cambio.
- Falta de un control constante del sistema por falta de personal capacitado.

**Observación de la propuesta:** Para este segundo caso si bien se encuentra que su forma de resolución tiene mayor relación con la problemática original esta no contempla la totalidad del problema, puesto como se ha mencionado lo que busca es generar un “Manual de Calidad”, instrumento con el que actualmente no cuenta la institución. Lo cual sería un gran aporte para mejorar y sistematizar los procesos. No contempla el hecho de no contar con un sistema de información que se adecue a las necesidades de los trabajadores, ya que el hecho de contar con un sistema manual de control dificulta y entorpece el proceder de las actividades, además aumentar el uso de recurso humano, reduciendo su tiempo para la realización de otras tareas. Aun así se considera una buena opción para aplicar como sistema de control de la calidad, especificando responsables, coordinadores de actividades y control de las actividades.

### **V.8.- Migrar a la plataforma virtual de sistema de información de redes asistencial (SIDRA)**

La siguiente propuesta contempla exclusivamente el manejo de la Ficha Clínica explicando el proceso necesario que se debe llevar a cabo para lograr una correcta implementación de la herramienta SIDRA, la cual tiene como objetivo principal el unificar e informatizar la información clínica y administrativa, es decir, migrar la documentación que actualmente se presenta en formato papel a una plataforma virtual que permite mejor accesibilidad y manejo de la información, además de disminuir el uso de recurso humano para labores relacionadas con el manejo y traslado de la misma.

Por otro lado se utilizan varias casillas de guardia para almacenar la información médica antigua que debe ser revisada, esto conlleva a un desorden y extravío de antigua información de pacientes que alguna vez se atendieron en el establecimiento y que ya han fallecido o nunca más volvieron a la institución, pero que por temas legales no pueden ser eliminadas. Por ende quedan guardadas sin un control.



**Figura V.21: Garita con documentos.**



**Figura V.22: Garita con documentos.**

*Fuente: Elaboración propia.*

Como se puede apreciar no hay una organización de la información, ni cuidado de la misma. Por otro lado también se presenta otra bodega más organizada con la información, pero que de igual manera genera conflicto, ya que actualmente se encuentra a punto de colapsar, es decir, se repite el mismo problema que por espacio se comienza a utilizar estas garitas de guardia para almacenar documentación médica.



**Figura V.23: Sistema actual de almacenaje de Fichas Clínicas.**



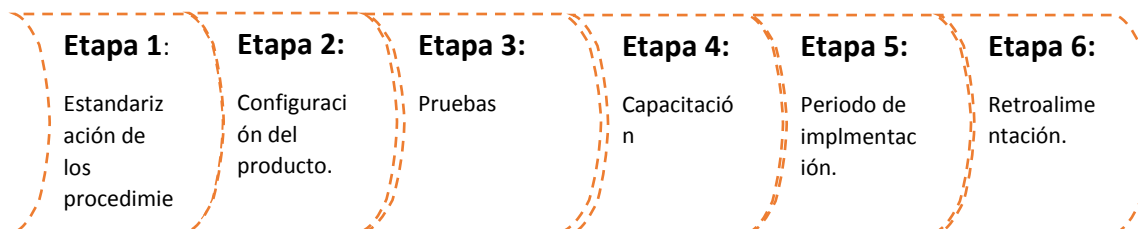
**Figura V.24 Sistema actual de almacenaje de Fichas Clínicas.**

*Fuente: Elaboración propia.*

Es por ello que se hace necesaria esta medida de solución por lo cual se propone el siguiente plan de implementación, para lo cual se hizo necesario investigar hospitales nacionales que estén utilizando este sistema y a nivel internacional como es tratado esta nueva metodología de acción. Por tal se presenta el siguiente esquema resumen que contempla las etapas necesarias, describiendo también las actividades para lograr que se

ejecute de manera correcta. Ahora antes que todo se debe contemplar el hecho de no tener un catastro de la cantidad de Fichas Clínicas que se encuentran almacenadas en distintas bodega dentro de la institución, las cuales primero se deben revisar si están obsoletas<sup>4</sup> o se deben ingresar, para luego generar un plan de acción.

Cabe destacar que a nivel nacional las actuales instituciones que están aplicando este sistema corresponden a Talcahuano y San Fernando, y a nivel regional el Hospital Carlos van Buren.



**Figura V.25: Etapas de Implementación de SIDRA.**

*Fuente: Elaboración propia.*

Como se puede apreciar el proceso consta de 6 etapas siendo la primordial la primera, ya que es en donde se definen no solo los procedimientos, sino también el lenguaje que se utilizará, entre otros, esto para no generar confusiones entre los usuarios de la intranet, para finalizar con el soporte a la salida, esta última etapa consta del mantenimiento, nuevas capacitaciones y mejoras al sistema con la intención de cada vez más lograr dominar esta herramienta desarrollada por el Ministerio de Salud.

A continuación se pasan a describir las etapas producidas:

### **Etapa 1: Estandarización de los procedimientos**

Esta contempla tanto la estandarización de los procedimientos quirúrgicos y médicos con la intención de determinar un lenguaje en común entre los distintos actores del proceso, entendiéndose que no solo contempla al equipo médico, sino que a la dirección y administración propiamente tal, por ende se debe tener en consideración todos estos factores para estandarizar procedimientos, siglas, lenguaje a utilizar entre otros elementos relacionados con la implementación, como es la descripción de las secciones, e indicadores a utilizar, determinando cual será el alcance de este.

En otras palabras en esta primera etapa es una definición de un lenguaje formal y común entre áreas, recordando que el expediente electrónico debe recorrer distintas secciones tanto de atención abierta como cerrada por lo cual debe tener un formato común que permita la comunicación entre estas, sin mencionar que debe ser entendida entre las distintas instituciones que componen la red asistencial. Por lo tanto esta etapa es una de las más complejas e importante en el sentido de ser los cimientos del futuro sistema. Es por ello que se deben considerar tanto los objetivos que se desean para el sistema como las consideraciones médicas que hacen los distintos equipos enfocándose en cuáles son las principales deficiencias del modelo actual y que se espera para el nuevo, haciendo hincapié

---

Las Ficha Clínica solo puede ser eliminada como mínimo quince años desde el fallecimiento del paciente.

en la importancia del trabajo en entre las distintas secciones que componen el proceso médico.

## **Etapa 2: Configuración del producto**

Una vez definidos los requerimientos en la etapa anterior es que se hace necesario analizar y definir los objetivos deseados, es decir, se debe hacer un análisis de factibilidad para su posterior implementación, en donde se obliga a la alta gerencia a realizar un estudio de los distintas problemáticas que se pueden presentar y como dar solución. En consecuencia se presentan las siguientes barreras que pueden establecer éxito o fracaso de la implementación de este nuevo sistema, así como la complejidad de los procedimientos de la institución destacando que la falta de gestión y liderazgo de los procesos son los factores que toman mayor relevancia al momento de generar el cambio, así como la complejidad de los procedimientos de la institución.

- **Financieras:** Este cambio en la forma de manejar la Ficha Clínica del paciente requiere de una gran inversión inicial, ya sea tanto en el software como el hardware necesario, por lo tanto es un punto considerable al momento de querer migrar a una plataforma virtual, además de la incertidumbre que produce el retorno de la inversión. Eso sin mencionar los costos de mantenimiento.
- **Técnicas:** este punto va enfocado en la falta de capacidad para manejar el nuevo sistema que presentan los usuarios, así como de los equipos necesarios para su correcta implementación.
- **Temporales:** La implementación de un sistema virtual para el manejo de la Ficha Electrónica supone el traspaso de la información de la misma desde el papel a la plataforma, por lo cual los plazos de ejecución son largo, superior a un año.
- **Gestión del cambio:** El cómo se maneje esta implementación en el sentido de generar una política de trabajo en equipo entre los distintos departamentos afines a la atención hospitalaria en un comienzo y luego a nivel de red asistencial es una de las condiciones que mayor conflicto genera.
- **Organizativa:** Hace referencia a la complejidad de los procesos que posee la institución y que se deben adaptar a esta nueva metodología de trabajo.

Eso en cuanto a las barreras que se presentan para su implementación, ahora una vez superar estos puntos se puede pasar a considerar de forma más específica las funciones que debe cumplir este sistema para logre satisfacer las necesidades tanto de la institución como de los usuarios del sistema.

- **Gestión de la información de salud:** Debe poder contener la información clínica de los pacientes; así como sus medicamentos y los distintos contactos que ha tenido el paciente con la institución médica.
- **Gestión de resultados:** Debe permitir el acceso rápido a la información clínica de los pacientes, permitiendo el ahorro de tiempo y evitando la duplicidad de información, es decir, que no sea necesario acudir a Ficha Clínica impresa.

- **Gestión de órdenes médicas:** Entre sus funciones debe permitir solicitudes de medicamentos, exámenes, entre otros, así como sería ideal el contar con una base de datos de las horas y medicamentos disponibles en el establecimiento.
- **Sistema de soporte para la toma de decisiones:** Ideal que permita tener acceso a cuadros médicos similares de otros pacientes para generar una comparación y facilitar la toma de decisiones.
- **Sistema de comunicación electrónica y conectividad:** Esencial poder contar con un sistema que permita comunicarse entre profesionales de distintas áreas a través de mensajería instantánea y con respaldo para agilizar la gestión de tratamientos, así como respaldar la información que es entregada o solicitada entre departamentos.
- **Seguridad de la información:** La información contenida en la Ficha Electrónica debe contar con tres aspectos claves: confidencialidad, la integridad y la disponibilidad.

En resumen, el sistema debe tener dos puntos fuertes en su configuración, que son la capacidad de permitir el fácil y rápido acceso a la información, así como la seguridad de la información clínica presente en su base de datos. Es por esto que la correcta configuración del sistema supone en gran parte un buen trabajo en equipo de las distintas disciplinas tanto del área técnica como médica para en conjunto configurar una plataforma que sea amigable con los usuarios que vendrían siendo el personal médico y administrativo de la institución.

### **Etapas 3: Pruebas**

Antes de llegar al paso de la implementación es necesario probar las distintas características del sistema, además de establecer muestreos entre los pacientes para determinar falencias que se puedan presentar y volver al paso anterior. Esto quiere decir que la retroalimentación que se obtiene de este punto es uno de los más importantes puesto que nos entrega la información necesaria para complementar el paso anterior.

Entre las distintas pruebas a las que se debe someter el sistema se destacan las siguientes:

- **Prueba de instalación y configuración:** Se debe revisar que la documentación ingresada se haya hecho de forma correcta y que corresponda la que se tiene en formato papel. Este es uno de los puntos más relevantes.
- **Pruebas Funcionales:** Está enfocado en un nivel más técnico en cuanto a revisión de los servidores, la aplicación, velocidad de respuesta, entre otros factores que relacionan más directamente con el correcto funcionamiento del sistema.
- **Pruebas de disponibilidad:** Es probar que los sistemas continúen funcionando frente a fallos que se puedan presentar.
- **Prueba de gestión:** Corresponde a la revisión del sistema en cuanto a cómo funciona ante el ingreso de nuevos pacientes, donde se almacena la información y cómo se tiene acceso a esta, es decir, cómo se maneja la información del sistema.

- **Prueba de rendimiento:** Trata de poner al límite al sistema ante distintas situaciones para conocer su capacidad.
- **Prueba de seguridad:** Implica asegurar que los distintos usuarios puedan ingresar al sistema según su nivel de acceso, es decir, incluye tanto revisar que los usuarios y contraseñas funcionen así como los niveles de acceso a la información de los pacientes se mantenga resguardada según sea necesario.
- **Prueba de copia de seguridad y contingencia:** Hace referencia a contar con procedimiento y capacidad de recuperar la información clínica entre otras ante eventualidad que afecten el sistema. Es decir, el contar con un resguardo de la información.
- **Pruebas de estabilidad:** Considera el probar cómo se comporta el sistema ante largos tiempos de utilización.

Cabe destacar la importancia de contar con roles bien definidos y responsabilidades de las distintas tareas dentro del proceso, para poder saber a quién acudir ante eventualidades que se puedan presentar durante el periodo de prueba del sistema. Además destacar que la prueba de seguridad es una del más relevante puesto contempla tanto el resguardo de la información como la confidencialidad de esta, referido a los derechos de los pacientes.

Por ultimo solo mencionar que el Hospital de Quilpué se encuentra actualmente en esta etapa de implementación, es decir, aun se hacen pruebas de las distintas funciones presentes en el sistema, y se lleva un doble registro de la información en ciertas áreas dentro del centro adosado a especialidades (CAE), como lo es kinesiología y dental.

#### **Etapas 4: Capacitación**

Para esta etapa es imprescindible el conocer el sistema que se desea implementar, es decir, se debe contar con una descripción específica de las funciones y capacidades del modelo, lo que implica el correcto cumplimiento de las etapas anteriores en donde se interioriza con el sistema. También es imprescindible el conocer el nivel de conocimiento en el uso de la tecnología de los participantes o usuarios del sistema, y de este modo generar un plan de capacitación que considere estos factores, además del lenguaje del sistema para no crear doble interpretaciones.

En resumen se requieren los siguientes elementos para la elaboración de un plan de capacitación:

- Definición del diagnóstico de necesidades de formación y entrenamiento.
- Elaboración de un cronograma de eventos de capacitación.
- Entrenamiento que permita actualizar los conocimientos.

Por ende es fundamental el apoyo y compromiso no solo del personal médico y administrativo, si no que de igual forma la alta gerencia debe motivar y participar de este paso.

Por último se presenta a modo general las etapas para la ejecución de plan de capacitación.

#### **4.1 Logística requerida**

Al momento de diseñar el plan de capacitación se deben considerar una gran cantidad de factores referentes a:

- Sitios donde se realizaran los distintos eventos de capacitación.
- Materiales pedagógicos requeridos.
- Elementos y apoyos audiovisuales.
- Refrigerios y alimentación.
- Alojamiento.
- Transporte de capacitadores y asistentes.
- Elaboración de manuales y material didáctico.
- Todos estos componentes deben ser incluidos en las matrices de costos que se elaboran en el presupuesto del plan.

#### **4.2 Selección del proveedor de capacitación**

Para la correcta selección del proveedor es necesario tener algunos puntos a evaluar considerando la experticia que se tenga sobre el tema y la capacidad de traspasar sus conocimientos al personal requerido, además de otros puntos a mencionar.

- Experiencia y reconocimiento de la entidad.
- Experiencia y reconocimiento de los docentes asignados.
- Conocimiento del tema.
- Establecer los tiempos previos para entrevistarse con los docentes y facilitadores.
- Entregar información al facilitador sobre énfasis y alcance esperado en las acciones de capacitación.

Por lo tanto no basta solo con tener el conocimiento, es esencial que se pueda adaptar al plan que se establezca para la capacitación y pueda cumplir con este, en cuanto a los tiempos designados para que los participantes adquieran el conocimiento requerido y de forma correcta, es decir, que logren tener un buen manejo de esta nueva herramienta.

#### **4.3 Costos del plan de capacitación**

Los costos de capacitación es ideal que se presente de manera desglosada, es decir según las actividades que se van a desarrollar para su implementación es que se deben considerar estos costos. Recordando que se deben considerar las horas hombres no solo del personal que entrega su conocimiento sino que además los costos adheridos como lo son el arriendo o el costo de la sala donde se desarrollará, los distintos implementos que se necesitarán, entre otros por ende se debe ser muy meticuloso para el presupuesto que contemple esta etapa no sobrepase el establecido para el plan completo de implementación.

#### **4.4 Seguimiento y acompañamiento**

A modo de control de los distintos avances que se van teniendo a lo largo de este proceso de capacitación es que deben tener objetivos claros y medibles en el plan, además de establecer periodos de evaluación, los niveles de avance que se requieren para cada

periodo, así como el aumento en la productividad que tiene como consecuencia esta capacitación.

Por ende los encargados de la planeación y control de avance deberán encargarse a su vez de implementar las distintas evaluaciones requeridas, como los informes sobre el impacto que esta tiene en el personal.

#### **4.5 Evaluación de la capacitación**

Los informes que se deben generar para lograr tener una visión del impacto que ha generado el entregar las herramientas para poder manejar de forma correcta el software. Para ello se establecen 4 niveles de recopilación de la información.

- **Nivel I:** Este primer nivel contempla la apreciación que han tenido los participantes de las distintas actividades que realiza la persona encargada de la capacitación, además de hacer saber su reacción y satisfacción de esta, esto con la pregunta “¿Le gusto la actividad a los participantes?”.
- **Nivel II:** Como se menciona anteriormente es importante el establecer objetivos claros, por lo cual es necesario interrogarse si los participantes están cumplimiento con los objetivos que se establecen para cada actividad que se realiza, a modo de tener conocimiento si es que están aprendiendo realmente.
- **Nivel III:** Aplicación de los conocimientos adquiridos durante la capacitación, en este nivel lo que se quiere saber es que si realmente están utilizando las herramientas o conocimientos que la capacitación entrega en sus labores diarias, y si les ha aportado para sus actividades, por lo tanto se debe hacer un seguimiento de los avances a nivel de manejo de la plataforma para poder ver los frutos de la capacitación.
- **Nivel IV:** Por último a un nivel más tangible, se debe visualizar los resultados de la capacitación en cuanto al retorno que éste haya entregado o entregará una vez se adapte, es decir, verificar el beneficio económico que se obtendrá con esta inversión.

En resumen lo primordial en este paso tener un plan que contemple las distintas actividades necesarias para lograr un correcto uso de la plataforma virtual, además de lograr el retorno de la inversión.

#### **Etapa 5: Paso a producción**

Esta etapa hace referencia a comenzar a utilizar a cabalidad la herramienta SIDRA, es decir migrar de forma completa a la plataforma virtual. Sin necesidad de realizar dos veces la misma actividad que es como se ha ido haciendo actualmente donde la información médica del paciente se ingresa tanto al sistema virtual como a la hoja de papel lo cual produce un aumento en el uso de recurso humano. Es por ello que hay que tener un periodo de marcha blanca en donde el personal más reacio a la nueva tecnología logre adaptarse a cabalidad y pueda realizar sus distintas tareas de forma correcta y cómoda, además de informar a la comunidad sobre este periodo de prueba y cambio de plataforma.

Una vez que se termine el periodo de marcha blanca o de prueba es necesario al igual que la etapa anterior establecer parámetros que permitan medir la efectividad y avance que se ha logrado con la actualización en el manejo de Ficha Clínica, es decir, se hace necesario

llevar un registro de las reducciones de tiempo, el uso de recurso humano, espacio liberado en las distintas bodegas que utilizaban estos documentos, entre otros.

### Etapa 6: Retroalimentación

Para finalizar es necesario evaluar los distintos conflictos que se puedan ir presentando en el uso diario de la plataforma, ya sea por el servidor o por el mal uso de la plataforma, además de evaluar su nivel de seguridad de la información y velocidad de respuesta entre otros factores, es decir en esta última etapa se debe considerar todos los elementos que interactúan con la plataforma virtual, el usuario, el hardware y los pacientes para generar informes semestrales del nivel de avance y mejorar que se han ido produciendo al contar con SIDRA.

A modo de hacer más comprensible a lo que se quiere llegar con este sistema se presentan imágenes de Fichas Clínicas Electrónicas en otras plataformas, en donde se destaca la centralización de la información en un solo lugar, tanto exámenes como información médica del paciente, así como otros con casos similares, lo cual hace que el tratamiento sea más estandarizado, ya que se pueden revisar cuadros médicos similares y cuál fue el procedimiento que se le realizó.

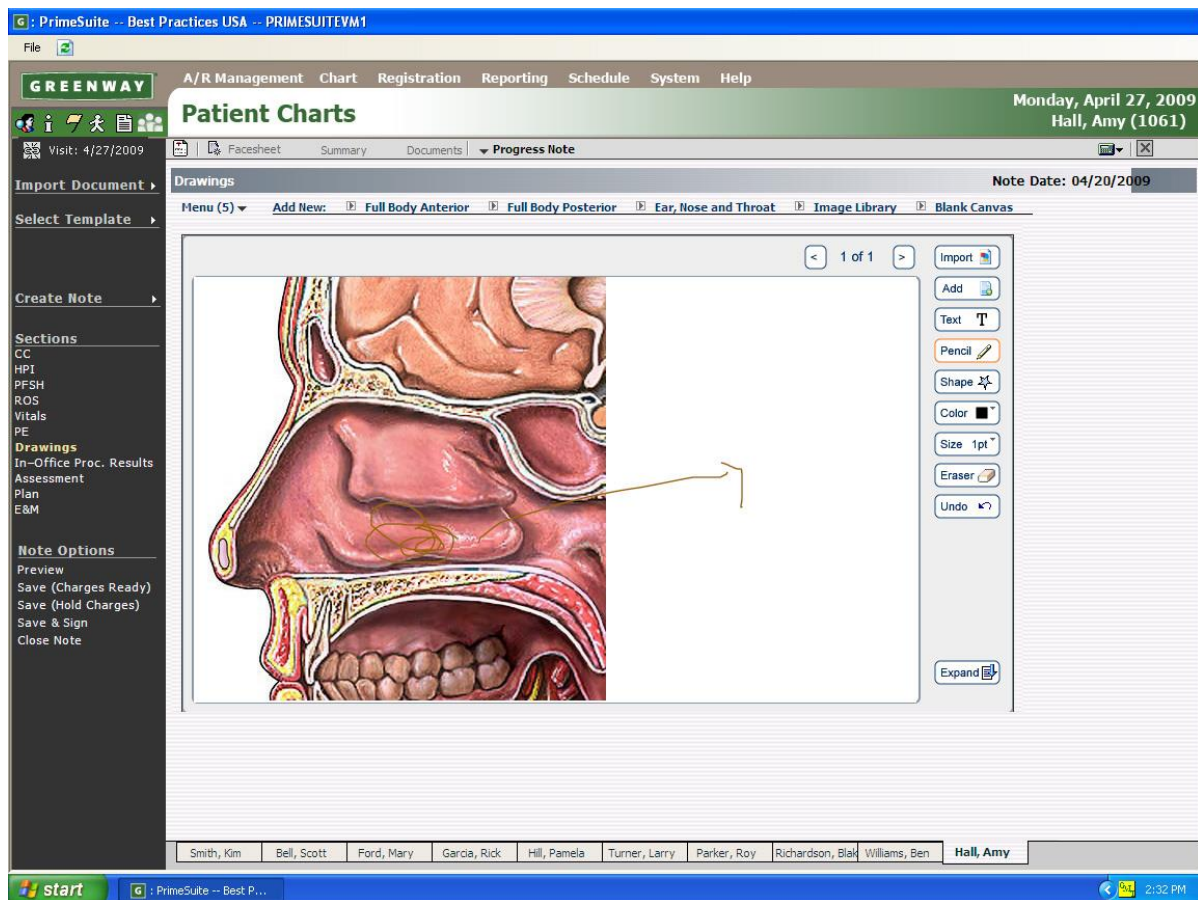


Figura V.26: Greenway EMR Software.

Fuente: Greenway Health Dirección: <http://www.greenwayhealth.com/>

Figura V.27: SpringChartsEMR.

Fuente: Pinterest. Dirección: <https://es.pinterest.com/pin/352688214543697954/>

Figura V.28: Hospital Management System.

Fuente: Icon Web Site Service. Dirección: <https://www.youtube.com/watch?v=5KHY8B259ik>

**Observación de la propuesta:** Si bien los primeros dos pasos se pueden obviar ya que actualmente el Minsal ha liberado SIDRA para las instituciones de salud, aun es un modelo nuevo que se comenzó a utilizar recién el 2013, es decir, cinco años después de su

lanzamiento el 2008. Además de que se hace necesario el traspaso de la información lo cual es el paso que actualmente no se ha podido dar a cabalidad por falta de personal que se dedique específicamente a esta tarea. Por ende el principal obstáculo que se puede presentar es el no contar con la cantidad de personal necesario para poder traspasar la información y además de la resistencia al cambio por parte del personal actual de la institución en donde se ha hecho mención a que sienten recelo de este sistema.

### Beneficios esperados

- Minimización de errores por traspaso de información.
- Evitar duplicidad de tareas.
- Mejora el orden y localización de la información médica del paciente (Ficha Clínica).
- Permite la comparación de diagnósticos similares, para establecer protocolos claros para cada caso.
- Uniformidad de la información.
- Reducción en el uso de espacios dentro de la institución médica, que actualmente son utilizados como bodega.
- No hay necesidad de traslado de la información de manera presencial, por lo que se reduce el uso de recurso humano.






### Inconvenientes que se puedan presentar




- Resistencia al cambio.
- Gran inversión inicial y los costos de mantenimiento.
- Necesidad de un servidor que soporte la cantidad de información que se maneja dentro de la institución.
- Gran cantidad de información para ser traspasada a la plataforma virtual.

## V.9.- Situación actual representado en BPMN

Para el siguiente análisis a través de la herramienta de modelado BPMN, se utilizó los siguientes elementos:

**Tabla V.16: Lista de Figuras BPMN.**

	Evento de Inicio	Indica el comienzo del proceso o sub-proceso
	Sub-Proceso	Corresponde a un proceso llamado dentro otro proceso, es decir, un conjunto de tareas que se ejecutan dentro del contexto del proceso principal
	Compuerta exclusiva	Corresponde a las decisiones que determinan la corriente del flujo.
	Compuerta paralela	Indica que la corriente del flujo continuará por cada una de las salidas de la compuerta
	Compuerta inclusiva	Indica que la corriente del flujo continuará por al menos una de las salidas de la compuerta

	Compuerta basada en eventos	Indica que la corriente del flujo continuará por una de las salidas de la compuerta, según la primera actividad que se ejecute en este punto del proceso
	Evento de Temporización	Indica tiempo de demora en el proceso
	Evento de Término	Indica el fin del proceso o sub-proceso

*Fuente: Elaboración propia.*

### **V.9.1.- Proceso de Atención de Urgencias y solicitud de la Ficha Clínica**

El proceso de atención de urgencia es el conjunto de actividades médicas, clínicas y administrativas que se llevan a cabo en el Servicio de Urgencia. Tiene como objetivo brindar cuidados de salud a un paciente que necesita atención médica inmediata. El proceso se inicia ya sea por demanda espontánea, derivación desde la atención primaria o desde el SAMU (Sistema de Atención Móvil de Urgencias). En el caso de ser un paciente no grave, comienza el proceso de Admisión del Paciente, en donde el paciente/familiar/equipo de salud acompañará a la persona que realizará éste trámite. En caso contrario (paciente grave) es enviado directamente a Evaluación Médica en donde se lleva a cabo la reanimación, que consiste en realizar todos los procesos de la fase de atención pero de forma más rápida debido a la condición grave que ingresa el paciente. A su vez, paralelamente se inicia el proceso de Atención y Entrega de Información al público, tiene como objetivo principal mantener informados periódicamente, y en forma proactiva, a los familiares y/o acompañantes, respecto del estado, evolución procedimientos realizados a las personas que se encuentran en atención.

Luego de la Admisión, el paciente ingresa al Selector de demanda, cuyo objetivo es categorizar el nivel de urgencia del paciente con la finalidad de determinar qué tan rápido debe ser atendido. En el caso de que el paciente no haya sido atendido dentro los tiempos estipulados debe ser nuevamente categorizado, ya que luego de haber transcurrido una cierta cantidad de tiempo lo más probable es que su estado sufrió modificaciones.

Posterior a la categorización, continúa la Evaluación Médica, en donde se establece una hipótesis diagnóstica, deja indicaciones, en donde se lleva a cabo el proceso de Gestión de Indicaciones Médicas, siendo las posibles opciones: imágenes, medicamento, procedimientos, laboratorio, interconsulta u otras indicaciones. En algunos casos, el paciente necesita ser derivado a Indicación de Observaciones, en donde el equipo de salud después de un tiempo evaluará su evolución y pasos a seguir.

Luego se da Alta Clínica, en el cual si el paciente requiere hospitalización, se realiza la prestación de cama provisoria en Urgencia y paralelamente junto a esta acción se solicita la Ficha Clínica, para luego derivar a Atención Cerrada el paciente para su hospitalización junto con su Ficha Clínica.

Si el paciente no requiere hospitalización se otorga el Alta Administrativa, que consiste en la entrega de los certificados e indicaciones al alta y el pago de la atención en caso que corresponda.

**Tabla V.17: Descripción de actividades.**

Sub Proceso y/o Tarea	Descripción
Admisión de Urgencias	Proceso administrativo, por medio del cual se ingresa al paciente a la atención de urgencia a fin de otorgarle una prestación clínica. A través de este proceso se confirma la identidad del paciente, sus antecedentes previsionales, el plan de salud o convenio para el evento de atención, el área de referencia y el motivo de consulta principalmente.
Selector de Demanda	El Subproceso de Categorización de Pacientes (Selector de Demanda), es el primer subproceso clínico por medio del cual se asegura la oportunidad de atención de los pacientes. Es un sistema de Ordenamiento de la atención de los consultantes de las UEH, en base a signos y síntomas manifestados por el usuario y no en base a diagnósticos médicos o sospecha médica diagnóstica.
Evaluación Médica	Proceso que consiste en el conjunto de actividades clínicas que se realizan al paciente a cargo de los profesionales de salud (interconsultas, procedimientos, etc.).
Indicación de Observaciones	Subproceso encargado de la planificación y ejecución de actividades mientras el paciente se encuentra en observación
Alta Médica	Proceso clínico para autorizar el egreso del paciente desde el proceso de atención de salud en urgencia
Alta Administrativa	Proceso administrativo para realizar el egreso del paciente desde el proceso de atención de salud en urgencia.
Recepción de Solicitud	Subproceso administrativo de Unidad de Archivos de Consultorio Adosado de Especialidades encargado de la recepción de la solicitud de Ficha(s) Clínica(s)
Sub Proceso y/o Tarea	Descripción
Procesamiento de Solicitudes	Subproceso administrativo de Unidad de Archivos de Consultorio Adosado de Especialidades encargado de la búsqueda y disponibilización de las Fichas Clínicas
Utilización de Ficha Clínica	Subproceso encargado de registrar en la Ficha Clínica los acontecimientos médicos del paciente ocurridos en sala de observación de urgencia.
Atención Hospitalaria Provisional	Subproceso de atención médica en el que se otorga la prestación de camas provisorias para la posterior hospitalización del paciente en Atención Cerrada.
Hospitalización	Subproceso de atención cerrada, que recibe al paciente para su atención médica y hospitalización junto con la Ficha Clínica desde urgencia.

*Fuente: Elaboración propia.*



### Proceso de Gestión de Información Clínica en Consultorio Adosado de Especialidades

Es el conjunto de actividades administrativas que se realizan en la Unidad de Archivo. Tiene como objetivo entregar oportunamente el historial clínico del paciente a los solicitantes y custodiar la información clínica del paciente. Los solicitantes pueden ser: Kinesiología, Salud Mental, Salud Dental, Área Medicina. El Área de Medicina comprende las especialidades de Neonatología, Medicina, Cirugía, Pediatría y Ginecología. El proceso descrito incluye para todas las especialidades excepto medicina que se encuentra dentro del Área de Medicina.

El proceso se inicia con la petición a través de una solicitud programada o no programada, en donde en la fase de recepción se realiza la recepción de dicha solicitud, la generación del tarjetón de respaldo y la programación de la disponibilización de información clínica.

Luego, se lleva a cabo el procesamiento de la solicitud, en donde principalmente se realiza la búsqueda de la Ficha Clínica, el rescate de la ficha, en el caso que corresponda y finalmente la disponibilización de ellas.

En la fase de despacho, lo único que se realiza es el envío de las fichas solicitadas, para su utilización, luego el solicitante envía a GES (Garantía Explícita en la Salud) la Ficha Clínica para su clasificación de patología según corresponda. Una vez que GES lo utiliza lo devuelve al área de especialidad inicial.

Finalmente, una vez utilizadas las Fichas Clínicas, en la fase de recepción, se lleva a cabo el proceso de recepción de Fichas Clínicas, el cual está enfocado a recuperar, en un tiempo determinado, las fichas facilitadas a los diferentes solicitantes.

**Tabla V.18: Descripción de actividades.**

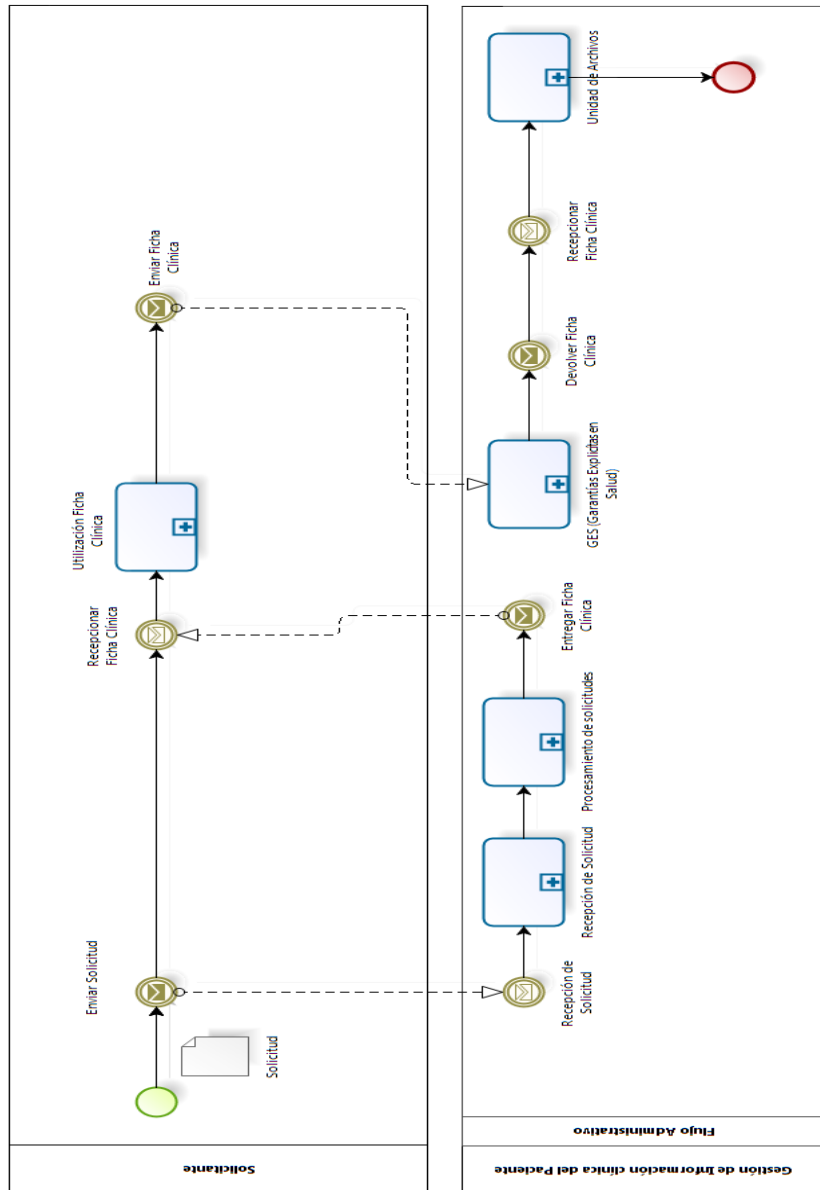
Sub Proceso y/o Tarea	Descripción
Recepción de Solicitud	Subproceso administrativo encargado de la recepción de la solicitud de Ficha(s) Clínica(s)
Procesamiento de Solicitudes	Subproceso administrativo encargado de la búsqueda y disponibilización de las Fichas Clínicas.
Utilización Ficha Clínica	Subproceso en el cual el área solicitante de especialidad revisa la Ficha Clínica y adjunta exámenes en el caso de que éstos sean solicitados al paciente, para luego entregarlo al médico en el box de atención.
GES (Garantías Explícitas en Salud)	Subproceso que se encarga de clasificar las patologías que estén cubiertas por GES
Unidad de Especialidad	Es el área solicitante de la Ficha Clínica, en donde recepciona, utiliza y reenvía la ficha.
Unidad de Archivos	Subproceso que se encarga de gestionar el envío, manejo y recepción de las Fichas Clínicas a cada área solicitante.

*Fuente: Elaboración propia.*



**Proceso de Gestión de Información Clínica en Consultorio Adosado de Especialidades en la especialidad de Medicina del Área de Medicina**

El proceso de gestión de esta sub área funciona de la misma forma que el resto de las especialidades hasta la fase de envío de la Ficha Clínica a GES (Garantía Explícita en la Salud) que es el que clasifica la patología según corresponda, por parte del solicitante, en este caso Medicina. Una vez que GES lo utiliza lo devuelve directamente a la Unidad de Archivos.



**Figura V.31: Diagrama de proceso de Gestión de Información Clínica en Consultorio Adosado de Especialidades en la especialidad de Medicina del Área de Medicina.**

*Fuente: Elaboración propia*

## **V.10.- Propuesta de solución**

Para esta última etapa del presente trabajo se muestra la propuesta que se plantea como solución a la problemática descrita a lo largo de la memoria, en donde se dividirá en dos parte, presentando soluciones al actual problema que se presenta por el extravío de la Ficha Clínica, y la propuesta al largo plazo en donde se contempla la migración a una plataforma virtual, conocida como SIDRA.

### **V.10.1.- Indicadores de gestión**

El proceso de Acreditación del Hospital, cuenta con nueve ámbitos en los cuales se evalúa el cumplimiento de cada uno de éste en sus distintas características. En el presente trabajo de Título se analiza el área de Atención Abierta, el cual incluye el Consultorio Adosado de Especialidad y Servicio de Urgencia. Para esto cada área cuenta con Indicadores de gestión, los cuales se utilizan como una herramienta de medición del cumplimiento de los procesos que se llevan a cabo y de las exigencias en cada uno, esto del tal forma entregar la atención y dar seguridad al paciente.

Se utiliza la Ficha Clínica como un elemento de conexión entre cada área, debido a que es el único documento que pasa por todos los servicios, donde la Trazabilidad del proceso está generando problemas, tales como atrasos de devolución de la Ficha por cada área, lo que genera una vulneración de los Derechos del Paciente al no contar con su Ficha en el momento de ser atendido por el médico y/o especialista, también genera la pérdida de la Ficha Clínica, etc. Problemas que actualmente existen y que no son abarcados en su totalidad dentro de los planes de mejora que cuenta el Hospital. Junto a esto se mide la Calidad de atención de los pacientes, para incluirlos dentro la propuesta de mejora continua.

El Hospital cuenta con Indicadores de Gestión que abarcan distintos puntos dentro de los ámbitos que son medibles en la Acreditación, algunos de éstos, y los cuales son de relevancia dentro del tema tratado que tiene directa relación con la Ficha Clínica son:

- **Ámbito REG 1.1:** El prestador institucional cuenta con Ficha Clínica única.
- **Ámbito REG 1.2:** El prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de registros clínicos.
- **Ámbito REG 1.3:** El prestador institucional entrega al paciente por escrito información relevante sobre las prestaciones realizadas e indicaciones de seguimiento.
- **Ámbito REG 1.4:** Se aplican procedimientos establecidos para evitar pérdidas, mantener la integridad de los registros y su confidencialidad, por el tiempo establecido en la regulación vigente.
- **Ámbito CAL 1.1:** Existe una política explícita de mejora continua de la calidad y un programa de trabajo estructurado que incluye evaluación anual de los aspectos más relevantes relacionados con la seguridad de los pacientes.

**Tabla V.19: Elementos medibles de acreditación según su característica en el Ámbito Registro.**

Característica	REG 1.1	REG 1.2	REG 1.3	REG 1.4
Primer elemento	Se describe en un documento institucional la existencia de Ficha Clínica única individual y su manejo	Se describen en documentos de carácter Institucional las características de los registros clínicos que contempla: Responsables del llenado y contenidos mínimos a llenar por cada registro.	Se describen en un documento de carácter Institucional los informes (Diagnostico, procedimientos realizados, Indicaciones) que deben ser entregados al paciente respecto a las prestaciones realizadas en: Alta de Hospitalización, Atención de Urgencia, procedimiento ambulatorio, cirugía mayor ambulatoria.	Se describen en documentos los procedimientos de entrega, recepción y conservación de Fichas Clínicas y se han designado los responsables de su aplicación.
Segundo elemento	Se constata la existencia de Ficha Clínica única individual en Hospitalización.	Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.	Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.	Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.
Tercer elemento	No aplica	Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.	Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.	Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.
Cuarto elemento	No aplica	Se constata legibilidad y contenidos mínimos de protocolos operatorios y Epicrisis.	No aplica	No aplica

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla V.20: Elementos medibles de acreditación su característica en el ámbito calidad.**

Característica	CAL 1.1
Primer elemento	Existe un documento de carácter institucional que describe la política de calidad de la Institución.
Segundo elemento	Existe un profesional a cargo del Programa de Calidad a nivel institucional, el cual tenga horas y funciones descritas.
Tercer elemento	Cuenta con un Programa de Calidad que incorpora un sistema de evaluación anual de los aspectos más relevantes relacionados con la seguridad de los pacientes.
Cuarto elemento	Existe un informe que da cuenta de la evaluación anual, que incluye un análisis de los resultados obtenidos.

*Fuente: Elaboración propia.*

Estos Indicadores de gestión, hacen efectivo el cumplimiento de los parámetros establecidos, mediante Umbrales, que permite analizar el comportamiento a través de los resultados obtenidos, es por ello que un punto importante es el establecimiento de indicadores de gestión que permitan visualizar o establecer el comportamiento que está teniendo la institución médica con respecto al ámbito a evaluar. A continuación para dar mejor entendimiento a lo que plantea se muestra algunos ejemplos de los Indicadores que trabajan los ámbitos anteriormente señalados.

<b>FICHA INDICADORES HOSPITAL DE QUILPUÉ</b>	
<b>PERIODO.....</b>	
	SERVICIO: CONSULTORIO DE ESPECIALIDADES (CONSULTAS AMBULATORIAS)
	AMBITO: REGISTRO
	CARACTERÍSTICA: 1.2
	NOMBRE DEL INDICADOR: PORCENTAJE DE REGISTRO MINIMOS EN FICHA CLINICA DE ACUERDO A PROTOCOLO (CONSULTA AMBULATORIA; INTERCONSULTA)
	FÓRMULA DE CÁLCULO (NUMERADOR/DENOMINADOR AMPLIFICADOR): $\frac{\text{Nº de Fichas de clínicas con Registros Mínimos de la consulta ambulatoria de acuerdo a Protocolo}}{\text{Nº Total de Fichas clínicas revisadas en el periodo}}$
	UMBRAL: 80%
	PERIODICIDAD DE RECOLECCIÓN DE DATOS: SEMESTRAL
PERIODICIDAD DEL INFORME: SEMESTRAL	
FUENTE DE DATOS NUMERADOR: FICHA CLINICA	
FUENTE DE DATOS DEL DENOMINADOR: FICHAS CLINICAS	
TIPO DE SUPERVISION: DIRECTA..... INDIRECTA : SI	
CÁLCULO DE TAMAÑO MUESTRAL: SOBRE UN TOTAL DE CONSULTAS AMBULATORIAS CONOCIDAS PARA EL AÑO EN CUESTIÓN, SE OBTIENE LA MUESTRA DE PACIENTES PARA ANALIZAR EL AÑO... X CASOS EN EL PRIMER SEMESTRE Y X EN EL SEGUNDO SEMESTRE SEGÚN CALCULADORA DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD, CON UN NIVEL ESPERADO DE CUMPLIMIENTO DEL 80% Y UN NIVEL DE CONFIANZA DEL 95%.	
SISTEMA DE ALEATORIZACIÓN: SE UTILIZO LA CALCULADORA DE TAMAÑO MUESTRAL DE LA SUPERINTENDENCIA Y EL RANDOMIZER PARA LA ELECCION DE LOS CASOS.	

**Figura V.32: Ficha indicador porcentaje de registros mínimos en Ficha Clínica de acuerdo a protocolo.**

<b>FICHA INDICADORES HOSPITAL DE QUILPUÉ</b>	
<b>PERIODO.....</b>	
SERVICIO: CONSULTORIO DE ESPECIALIDADES (CONSULTAS AMBULATORIAS)	
AMBITO: REGISTRO	
CARACTERISTICA: 1.4	
NOMBRE DEL INDICADOR: FICHAS CLINICAS PRESENTES EN CONSULTAS AMBULATORIAS PROGRAMADAS SEGÚN SOLICITUDES AGENDADAS POR ADMISIÓN CON 48 HORAS PREVIAS	
FORMULA DE CALCULO (NUMERADOR/DENOMINADOR AMPLIFICADOR): $\frac{\text{N}^\circ \text{ de fichas entregadas para consulta ambulatoria programadas} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de fichas clínicas solicitadas para consulta programadas}}$	
UMBRAL: 80%	
PERIODICIDAD DE RECOLECCIÓN DE DATOS: SEMESTRAL	
PERIODICIDAD DEL INFORME: SEMESTRAL	
FUENTE DE DATOS NUMERADOR: FICHA CLINICA	
FUENTE DE DATOS DEL DENOMINADOR: FICHAS CLINICAS	
TIPO DE SUPERVISION: DIRECTA..... INDIRECTA: SI	
CALCULO DE TAMAÑO MUESTRAL: SOBRE UN TOTAL DE CONSULTAS AMBULATORIAS CONOCIDAS PARA EL AÑO EN CUESTIÓN, SE OBTIENE LA MUESTRA DE PACIENTES PARA ANALIZAR EL AÑO, X CASOS EN EL PRIMER SEMESTRE Y X EN EL SEGUNDO SEMESTRE SEGÚN CALCULADORA DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD, CON UN NIVEL ESPERADO DE CUMPLIMIENTO DEL 80% Y UN NIVEL DE CONFIANZA DEL 95%.	
SISTEMA DE ALEATORIZACIÓN: SE UTILIZO LA CALCULADORA DE TAMAÑO MUESTRAL DE LA SUPERINTENDENCIA Y EL RANDOMIZER PARA LA ELECCION DE LOS CASOS.	

**Figura V.33: Ficha indicador de Ficha Clínica presentes en consultas ambulatorias agendadas por admisión con 48 horas previas.**

*Fuente: Elaboración propia.*

Si bien es cierto, el Hospital cuenta con el Indicador REG 1.4 que controla la presencia de la Ficha Clínica en las consultas ambulatorias agendadas por Admisión con 48 hrs previas, existe el problema de pérdidas de las Fichas Clínicas, debido a que no se les han sido devuelta estas Fichas en un tiempo igual o menor. Esto ha provocado que en el momento que Admisión agenda nuevamente una hora para el paciente y solicita la Ficha Clínica a Unidad de Archivos, ésta no la tenga.

Debido a esto se propone un Indicador que mida la gestión de devolución de la Ficha Clínica por parte de cada área a Unidad de Archivos.

A continuación se muestra la Ficha de Indicador propuesta.

<b>FICHA INDICADORES HOSPITAL DE QUILPUÉ</b>
<b>PERIODO.....</b>
SERVICIO: CONSULTORIO DE ESPECIALIDADES (CONSULTAS AMBULATORIAS)
UNIDAD DE ATENCION:
AMBITO: REGISTRO
CARACTERISTICA: 1.4
NOMBRE DEL INDICADOR: FICHAS CLINICAS RECEPCIONADAS CON 48 HORAS PREVIAS DE LA HORA DE ATENCIÓN DEL PACIENTE, POR DEVOLUCIÓN DE CONSULTAS AMBULATORIAS PROGRAMADAS.
FORMULA DE CALCULO (NUMERADOR/DENOMINADOR AMPLIFICADOR): $\frac{\text{Nº de fichas recepcionadas por consulta ambulatoria programadas} \times 100}{\text{Nº total de fichas clínicas entregadas para consultas programadas}}$
UMBRAL: 80%

**Figura V.34: Ficha indicador Fichas Clínicas recepcionadas por Unidad de Archivos con 48 hrs. previas a la consulta del paciente.**

*Fuente: Elaboración propia.*

PERIODICIDAD DE RECOLECCIÓN DE DATOS: SEMESTRAL
PERIODICIDAD DEL INFORME: SEMESTRAL
FUENTE DE DATOS NUMERADOR: FICHA CLINICA
FUENTE DE DATOS DEL DENOMINADOR: FICHAS CLINICAS
TIPO DE SUPERVISION: DIRECTA..... INDIRECTA: SI
CALCULO DE TAMAÑO MUESTRAL: SOBRE UN TOTAL DE CONSULTAS AMBULATORIAS POR UNIDAD DE ATENCIÓN CONOCIDAS PARA EL AÑO EN CUESTIÓN, SE OBTIENE LA MUESTRA DE PACIENTES PARA ANALIZAR EL AÑO, X CASOS EN EL PRIMER SEMESTRE Y X EN EL SEGUNDO SEMESTRE SEGÚN CALCULADORA DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD, CON UN NIVEL ESPERADO DE CUMPLIMIENTO DEL 80% Y UN NIVEL DE CONFIANZA DEL 95%.
SISTEMA DE ALEATORIZACIÓN: SE UTILIZO LA CALCULADORA DE TAMAÑO MUESTRAL DE LA SUPERINTENDENCIA Y EL RANDOMIZER PARA LA ELECCION DE LOS CASOS.

**Figura V.35: Ficha indicador Ficha Clínica recepcionada con 48 horas previa a la consulta del paciente.**

*Fuente: Elaboración propia.*

Para el caso de Unidad de Urgencias, ocurre que para el caso de los pacientes que son derivados a sala de observación se solicita la Ficha Clínica a Unidad de Archivos, y una vez que el paciente es dado de alta, la Unidad debe realizar la devolución de la Ficha Clínica, en el caso que el paciente es trasladado a Hospitalización, es decir atención cerrada, la Ficha Clínica permanece con el paciente. En este último caso no se mide en el presente trabajo, ya que solo abarcamos Sistema de Salud Abierta.

FICHA INDICADORES HOSPITAL DE QUILPUÉ	
PERIODO.....	
SERVICIO: URGENCIAS	
AMBITO: REGISTRO	
CARACTERISTICA: 1.4	
NOMBRE DEL INDICADOR: FICHAS CLINICAS RECEPCIONADAS CON 48 HORAS PREVIAS DEL ALTA DEL PACIENTE EN URGENCIAS, POR DEVOLUCIÓN DE ATENCIÓN DE URGENCIAS.	
FORMULA DE CALCULO (NUMERADOR/DENOMINADOR AMPLIFICADOR): $\frac{\text{Nº de fichas recepcionadas por atención de Urgencia} \times 100}{\text{Nº total de Fichas Clínicas entregadas para urgencia}}$	
UMBRAL: 80%	
PERIODICIDAD DE RECOLECCIÓN DE DATOS: SEMESTRAL	

PERIODICIDAD DEL INFORME: SEMESTRAL
FUENTE DE DATOS NUMERADOR: FICHA CLINICA
FUENTE DE DATOS DEL DENOMINADOR: FICHAS CLINICAS
TIPO DE SUPERVISION: DIRECTA..... INDIRECTA: SI
CALCULO DE TAMAÑO MUESTRAL: SOBRE UN TOTAL DE FICHAS SOLICITADAS PARA PACIENTES EN OBSERVACIÓN EN UNIDAD DE URGENCIA CONOCIDAS PARA EL AÑO EN CUESTIÓN, SE OBTIENE LA MUESTRA DE PACIENTES PARA ANALIZAR EL AÑO, X CASOS EN EL PRIMER SEMESTRE Y X EN EL SEGUNDO SEMESTRE SEGÚN CALCULADORA DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD, CON UN NIVEL ESPERADO DE CUMPLIMIENTO DEL 80% Y UN NIVEL DE CONFIANZA DEL 95%.
SISTEMA DE ALEATORIZACIÓN: SE UTILIZO LA CALCULADORA DE TAMAÑO MUESTRAL DE LA SUPERINTENDENCIA Y EL RANDOMIZER PARA LA ELECCION DE LOS CASOS.

**Figura V.36: Ficha Indicador Ficha Clínica recepcionada por Unidad de Archivos con 48 horas previas al alta del paciente en Unidad de Emergencia.**

*Fuente: Elaboración propia.*

Con respecto al Ámbito CAL 1.1 se propone un Indicador de Satisfacción del paciente para complementar al plan de mejora continua, en el que inicia con una encuesta para poder determinar los resultados.

En la encuesta que se muestra a continuación, se pretende determinar la percepción que tiene el paciente frente a la calidad de atención que recibió en el Hospital, específicamente en el Consultorio Adosado de Especialidades y Servicio de Urgencias. El resultado de la encuesta arrojará el porcentaje de satisfacción, que se medirá con la nota o puntaje 1 al 7, el cual se clasificó en tres grupos en que la puntuación de 1, 2, 3 y 4 es para usuarios que se encuentran insatisfechos con la atención recibida, por el contrario, los que colocan notas seis y siete se encuentran satisfechos con la prestación recibida. Mientras que aquellos usuarios que califican con nota cinco, han tenido experiencias negativas y positivas, por lo tanto se clasifica como medianamente satisfechos.

<u>Encuesta de Percepción de la Calidad de Atención del Paciente</u>	
Mujer <input type="checkbox"/>	Hombre <input type="checkbox"/>
<u>Edad:</u>	
Entre 20-45 <input type="checkbox"/>	Entre 46-64 <input type="checkbox"/>
Entre 65-85 <input type="checkbox"/>	Entre 86 y más <input type="checkbox"/>
Ítem	Puntaje o Nota (1 al 7)
Está satisfecho con la atención que se le otorgó en el Box	
Recibió indicaciones médicas escritas	
El médico contaba con su Ficha clínica en el momento de ser atendido	
El personal de atención tuvo un buen trato hacia Usted	
El personal de atención tuvo los conocimientos necesarios para contestar a sus preguntas	
El Servicio cumplió con la hora de atención médica que se le otorgó	

**Figura V.37: Encuesta de percepción de la calidad en atención del paciente.**

*Fuente: Elaboración propia.*

Con esta encuesta se logra obtener la información para el Indicador de Satisfacción del paciente, del cual se toma como medida de referencia, nota o puntaje 1 al 4 como insatisfecho y nota o puntaje 5 al 7 como satisfecho para efectos de cálculo.

Este Indicador se mide en Alta Administrativa de Servicio de Urgencia y en cada Unidad de Especialidad del Consultorio Adosado de Especialidades.

<b>FICHA INDICADORES HOSPITAL DE QUILPUÉ</b>	
<b>PERIODO.....</b>	
SERVICIO:	CONSULTORIO DE ESPECIALIDADES (CONSULTAS AMBULATORIAS)
UNIDAD DE ATENCIÓN:	
AMBITO:	CALIDAD
CARACTERISTICA:	1.1
NOMBRE DEL INDICADOR:	PORCENTAJE DE SATISFACCION DE LA CALIDAD DE ATENCION PERCIBIDA POR EL PACIENTE
FORMULA DE CALCULO (NUMERADOR/DENOMINADOR AMPLIFICADOR):	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuarios encuestados satisfechos} \times 100}{\text{Total de usuarios encuestados}}$
UMBRAL:	80%
PERIODICIDAD DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	SEMESTRAL
PERIODICIDAD DEL INFORME:	SEMESTRAL
FUENTE DE DATOS NUMERADOR:	Número de usuarios encuestados que perciben buen trato
FUENTE DE DATOS DEL DENOMINADOR:	Número total de usuarios encuestados
TIPO DE SUPERVISION:	DIRECTA..... INDIRECTA: SI
CALCULO DE TAMAÑO MUESTRAL:	Aleatoria, tomando en cuenta la relación de pacientes atendidos como universo con un nivel de confianza de 95% y un error estándar del 10%
SISTEMA DE ALEATORIZACIÓN:	SE UTILIZO LA CALCULADORA DE TAMAÑO MUESTRAL DE LA SUPERINTENDENCIA Y EL RANDOMIZER PARA LA ELECCION DE LOS CASOS.

**Figura V.38: Ficha Indicador percepción de la calidad de atención del paciente en Consultorio Adosado de Especialidades.**

*Fuente: Elaboración propia.*

<b>FICHA INDICADORES HOSPITAL DE QUILPUÉ</b>	
<b>PERIODO.....</b>	
SERVICIO: URGENCIAS	
AMBITO: CALIDAD	
CARACTERÍSTICA: 1.1	
NOMBRE DEL INDICADOR: PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN PERCIBIDA POR EL PACIENTE	
FÓRMULA DE CÁLCULO (NUMERADOR/DENOMINADOR AMPLIFICADOR): $\frac{\text{Nº de usuarios encuestados satisfechos} \times 100}{\text{Total de usuarios encuestados}}$	
UMBRAL: 80%	
PERIODICIDAD DE RECOLECCIÓN DE DATOS: SEMESTRAL	
PERIODICIDAD DEL INFORME: SEMESTRAL	
FUENTE DE DATOS NUMERADOR: Número de usuarios encuestados que perciben buen trato	
FUENTE DE DATOS DEL DENOMINADOR: Número total de usuarios encuestados	
TIPO DE SUPERVISION: DIRECTA..... INDIRECTA : SI	
CÁLCULO DE TAMAÑO MUESTRAL: Aleatoria, tomando en cuenta la relación de pacientes atendidos como universo con un nivel de confianza de 95% y un error estándar del 10%	
SISTEMA DE ALEATORIZACIÓN: SE UTILIZO LA CALCULADORA DE TAMAÑO MUESTRAL DE LA SUPERINTENDENCIA Y EL RANDOMIZER PARA LA ELECCION DE LOS CASOS.	

**Figura V.39: Ficha indicador percepción de la calidad de atención del paciente en Servicio de Urgencia.**

*Fuente: Elaboración propia.*

Luego se propone un Indicador de Pacientes hospitalizados v/s pacientes hospitalizados en el año anterior, con el fin de medir el porcentaje de evolución o desarrollo del Plan de Mejora vía clínica que se entrega. Este indicador se medirá en Unidad de Urgencias, una vez que el paciente es derivado a Hospitalización.

<b>FICHA INDICADORES HOSPITAL DE QUILPUÉ</b>	
<b>PERIODO.....</b>	
SERVICIO: URGENCIAS	
AMBITO: CALIDAD	
CARACTERÍSTICA: 1.1	
NOMBRE DEL INDICADOR: PORCENTAJE DERIVADOS A HOSPITALIZACIÓN	
FÓRMULA DE CÁLCULO (NUMERADOR/DENOMINADOR AMPLIFICADOR):	
$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de usuarios derivados a Hospitalización} \times 100}{\text{Total de usuarios ingresados a Servicio de Urgencia}}$	
UMBRAL: 90%	
PERIODICIDAD DE RECOLECCIÓN DE DATOS: SEMESTRAL	
PERIODICIDAD DEL INFORME: SEMESTRAL	
FUENTE DE DATOS NUMERADOR: Número de usuarios derivados a Hospitalización	
FUENTE DE DATOS DEL DENOMINADOR: Número total de usuarios ingresados a Servicio de Urgencias	
TIPO DE SUPERVISION: DIRECTA..... INDIRECTA : SI	
CÁLCULO DE TAMAÑO MUESTRAL: SOBRE UN TOTAL DE INGRESOS EN URGENCIAS CONOCIDAS PARA EL AÑO EN CUESTIÓN, SE OBTIENE LA MUESTRA DE PACIENTES PARA ANALIZAR EL AÑO... X CASOS EN EL PRIMER SEMESTRE Y X EN EL SEGUNDO SEMESTRE SEGÚN CALCULADORA DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD, CON UN NIVEL DE CONFIANZA DEL 95%.	
SISTEMA DE ALEATORIZACIÓN: SE UTILIZO LA CALCULADORA DE TAMAÑO MUESTRAL DE LA SUPERINTENDENCIA Y EL RANDOMIZER PARA LA ELECCION DE LOS CASOS.	

**Figura V.40: Ficha indicador porcentaje derivado a Hospitalización desde Servicio de Urgencia.**

*Fuente: Elaboración Propia.*



Luego tenemos el Diagrama de proceso de gestión de Indicadores e Información Clínica en Servicio de Urgencias.

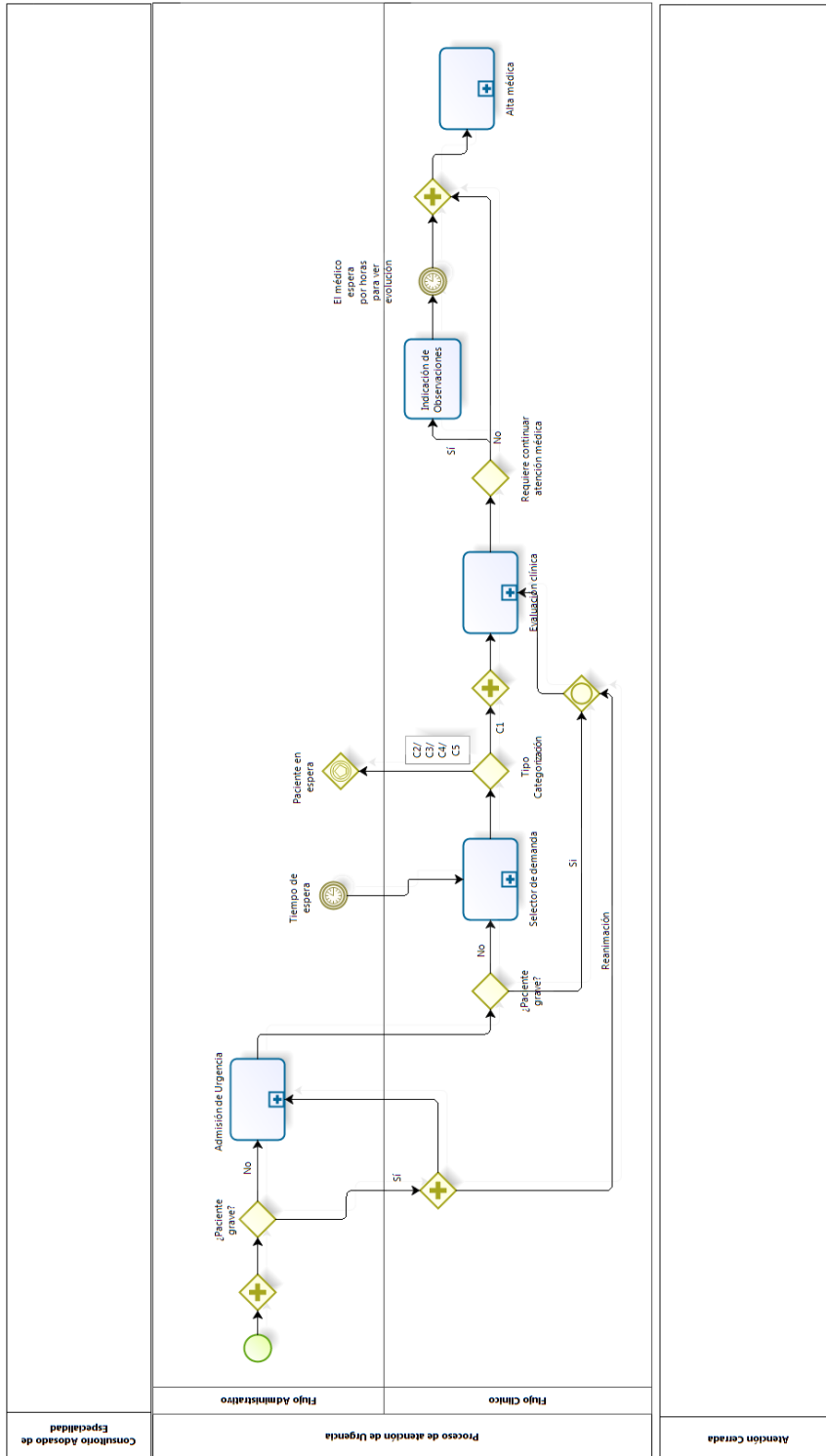


Figura V.42: Diagrama de proceso de Gestión de Indicadores e Información Clínica en Servicio de Urgencia parte 1.

Fuente: Elaboración propia.

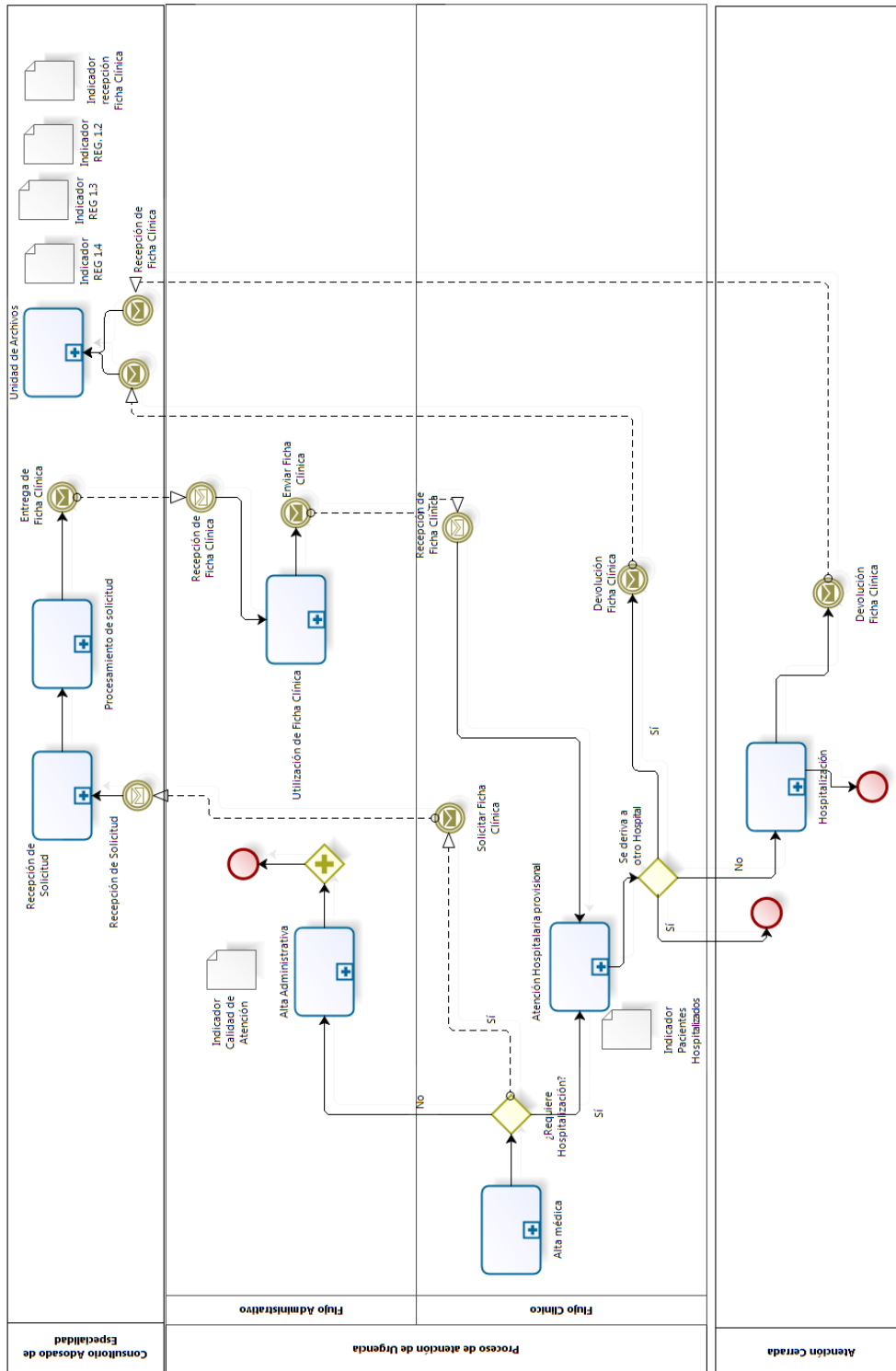


Figura V.43: Diagrama de proceso de Gestión de Indicadores e Información Clínica en Servicio de Urgencia parte 2.

Fuente: Elaboración propia.

## V.10.2.- Plan de mejora a largo plazo

Considerando los estudios realizados, así como las propuestas vistas para lograr dar solución a la problemática es que se desarrollara la metodología FOCUS PDCA, además de aplicar factores relacionados de la ISO 9001:2000, es decir, se plantearan pasos de ambos métodos de estudio para lograr aumentar la satisfacción de los usuarios del servicio de atención abierta, utilizando como herramienta de trabajo la Ficha Clínica, la cual es el conector que presentan las áreas y que nos permite recorrer los procedimientos, tanto de la documentación que siguen los pacientes como el servicio. Y de este modo dar propuestas de mejora que agilicen o controlen el servicio otorgado.

Para comenzar con los procedimientos de atención, enfocándose en la calidad de servicio que se entregan a los usuarios, es que se hace importante el contemplar hacia donde se quiere llegar y la forma de lograrlo. Por ende primero antes de aplicar la metodología de lleno se deben plantear los objetivos que se desean conseguir. Estos objetivos deben ser medibles y reales, con lo que se hace referencia a que debe contemplar la situación actual de la empresa, en este caso el Hospital de Quilpué y estar relacionados con el nivel de exigencia que se les aplican a estas instituciones.

### Planteamiento de objetivos para mejorar el servicio en Consultorio Adosado de Especialidades

El objetivo principal orientado en la calidad de servicio, considera la visión que posee el hospital, de ser un referente nacional de calidad de la atención, es que se propone un objetivo enfocado en mejorar la experiencia de los usuarios del servicio, por lo que se plantea aumentar la satisfacción de los usuarios 15% más, es decir, del 77% aproximadamente que posee actualmente, llegar superar la meta del 90% en temas de atención a los usuarios con medidas que vayan dirigidas a aumentar la capacidad de respuesta y la empatía, puntos en los que se encuentran los mayores niveles de insatisfacción actualmente.

Cabe mencionar que la siguiente tabla está enfocada en la atención en el Consultorio Adosado de Especialidades.

**Tabla V.21: Tabla Objetivo.**

Objetivo principal	Objetivo secundario	Objetivo terciario
Aumentar en un 15% la satisfacción de los usuarios.	Disminuir los tiempos de espera en un 30%.	Migrar totalmente a una plataforma virtual.
		Capacitar totalmente al personal médico en la utilización de la plataforma virtual.
		Proponer planes de espera para los usuarios.
	Implementar un programa de capacitación en atención al cliente.	Aumentar la participación del personal en programas de atención a clientes.

Objetivo principal	Objetivo secundario	Objetivo terciario
Aumentar en un 15% la satisfacción de los usuarios.	Implementar un programa de capacitación en atención al cliente.	Generar planes de mejora enfocados en temas de empatía a los usuarios.
		Reformular las políticas de calidad de servicio.
	Reformular la forma en que son tratados los reclamos de los usuarios.	

*Fuente: Elaboración propia.*

### **Objetivo Principal: Aumentar en un 15% la satisfacción de los usuarios**

Como se puede visualizar en la tabla resumen anterior, se desea aumentar la satisfacción de los usuarios, esto enfocado en la atención abierta, específicamente en el Consultorio Adosado de Especialidades, y con respecto a cómo el usuario percibe en servicio que se le está entregando, tomando en cuenta los factores que él considera relevante como lo es la capacidad de respuesta, la empatía y en menor medida la fiabilidad, puntos que se vieron con baja puntuación en el análisis Servqual presentado con anterioridad. Ahora para lograr este objetivo es que se deben cumplir con una serie de sub condiciones o metas que se plantean en un segundo nivel como objetivos secundarios, los cuales a su vez requieren del cumplimiento de otras. Es decir, para lograr el objetivo principal se hace necesario el cumplimiento de una serie de requerimientos previos.

Ahora el porcentaje de cumplimiento superior a un 90% de satisfacción se calculó primero considerando que los niveles exigidos por el ministerio de salud para entregar un nivel óptimo y aceptable, es decir, entre estos dos niveles se sacó un promedio de exigencia, además de considerar que las metas planteadas y sus respectivas soluciones en cuanto a la atención dirigida a los usuarios no tenían un gran nivel de dificultades, por ende se podían cumplir prácticamente en su totalidad.

### **Disminuir los tiempos de espera en un 30%**

Este objetivo tiene relación con el tiempo ideal que un usuario que considera que su solicitud es urgente, la cual tiene como promedio una espera de 1 a 3 horas. Actualmente el Hospital tiene un tiempo de espera de 4 a 5 horas por paciente en el Consultorio Adosado de Especialidades, y es una de los factores que mayor conflicto les genera actualmente por ende se toma como meta un tiempo máximo de 3 horas, considerando el flujo de personas y la capacidad de respuesta que presenta actualmente el Hospital.

Entre los factores que dificultan el cumplimiento de este objetivo se destaca el hecho de no utilizar la plataforma virtual SIDRA, un software que permite tener un mayor control tanto de las Fichas Clínicas como del llenado y control de estas.

Otro factor relevante enfocado en las Fichas Clínicas es que utilizan recursos humanos en el traslado, llenado y actualización de su información, lo cual priva a estos recursos de ser usados en otras labores, el punto más crítico es el uso de médicos para rellenar la

información sobre los pacientes, que podría fácilmente convertirse en una check list si se utilizara el software correspondiente. Por ende se hace necesario el migrar a la plataforma virtual y entregar capacitación en su utilización, ya que la metodología utilizada actualmente genera los conflictos antes descritos, es decir, utiliza demasiado recurso humano y enlentece el servicio entregado.

Otro factor importante es el cómo el usuario percibe los tiempos de espera, es decir, los tiempos fuera de control de los clientes son aquellos en donde este siente que no puede intervenir, por ende es más crítico al momento de evaluar. Para esto existen diversas estrategias que apuntan a dar la sensación que este no está “perdiendo su tiempo”, como por ejemplo el rellenar formularios para procesos posteriores. En el caso de estudio se recomienda el entregar información sobre los tiempos de espera promedio para ser atendidos, ya que esto disminuye la incertidumbre del cliente y además genera la sensación de control, y por otro lado también da la impresión de un servicio personalizado. Otro punto es el distraer su atención con documentos interés general, revistas, periódicos, entre otras estrategias. Lo importante es hacer sentir al usuario que los lapsos de espera no son tan largos como el piensa. En resumen las recomendaciones para el cumplimiento de este primer objetivo se resumen en la siguiente tabla.

**Tabla V.22: Objetivo del plan.**

Objetivo	Metas	Actividades
Disminuir los tiempos de espera en un 30%.	Migrar totalmente a una plataforma virtual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la cantidad de personal que necesita capacitación.</li> <li>• Definir grupos de capacitación según sus capacidades, es decir, según nivel de conocimiento en tecnologías.</li> </ul>
	Capacitar totalmente al personal médico en la utilización de la plataforma virtual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar objetivos de la capacitación.</li> <li>• Elaborar un programa de capacitación.</li> <li>• Determinar encargado de la capacitación.</li> <li>• Determinar método de evaluación.</li> </ul>
	Proponer planes de espera para los usuarios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entregar información a los usuarios sobre los tiempos de espera promedio del servicio.</li> <li>• En caso de ser necesario entregar formularios que tengan que rellenar para procesos posteriores.</li> <li>• Entregar medios de distracción como revistas o periódicos.</li> <li>• Generar encuestas sobre los tiempos de esperas que los usuarios consideran convenientes para futuros planes de acción.</li> <li>• Segmentar a los clientes según sus necesidades.</li> <li>• Generar un ambiente agradable para los usuario, puede ser con música de fondo a un bajo nivel.</li> </ul>

*Fuente: Elaboración propia.*

En resumen, en esta primera instancia solo se mencionan los objetivos y los pasos que se deben seguir para alcanzarlos con la intención de generar un plan final en donde se engloben dichas metas y se determine un plan de acción con responsables de la ejecución y sus respectivos tiempos, además se incita a que constantemente estos objetivos sean revisados y evaluados según la percepción que tiene el usuario de los mismos. Recordar que lo que se quiere conseguir con esto es aumentar la satisfacción de los usuarios con respecto al servicio, por lo tanto todas las actividades van enfocadas en este punto.

### **Implementar un programa de capacitación en atención al cliente**

Este segundo objetivo parcial por nombrarlo de algún modo, va dirigido a que en general el Hospital enfoca sus recursos a mejorar la atención clínica propiamente tal, pero según la encuesta Servqual es que se visualiza que los usuarios no perciben una falta de conocimiento o capacidad por parte del personal médico para tratar sus casos, sino más bien en la actitud que estos tienen hacia ellos, en este punto se destaca la capacidad de empatizar con el cliente y la comunicación con el mismo, ya que estos factores son los que toman relevancia al momento de evaluar la experiencia en el establecimiento. Por ende se le recomienda al departamento de calidad generar un plan que se enfoque en la experiencia del usuario dentro de la institución, primero buscando instancias que incentiven a los usuarios en entregar su opinión sobre lo que ellos consideran relevante al momento de recibir la atención médica, y no solo considerar el punto de vista de la institución.

Para lograr este objetivo primero se debe considerar el estado anímico del cliente al momento en que va en búsqueda del servicio, y de ese modo el personal logre adecuarse a este estado, es decir, lo reconozca y sepa actuar frente a cada uno de los casos que se les presente, para en una segunda etapa utilizar herramientas para lograr empatizar con el cliente. Estas herramientas incluyen el contacto visual, el lenguaje no verbal, entre otras que si bien no parecieran tener mayor impacto en la atención que se entrega a los usuarios, son cambios que pueden determinar si un servicio es bueno o malo, tanto en la forma en que se saluda hasta el cómo se expresa una persona, haciendo que la experiencia en el servicio pueda ser bien o mal evaluada. Y considerando que el aumentar la satisfacción del cliente en un mejora significativa en la calidad de servicio.

Por último es recomendable establecer estándares de calidad que no tengan relación con la atención médica propiamente tal, es decir, agrandar el plano de visión y detectar falencias en otros puntos de la cadena del servicio. Es por ello que se hace necesario realizar un análisis de las características del servicio y de los tipos de clientes que atienden, con la intención de generar perfiles de usuarios. Y poder segmentarlos de acuerdo a sus necesidades por separado y lograr tener un plan de atención que dé la impresión de entregar una atención personalizada.

Es decir lo que se necesita es lograr un compromiso por parte del personal, y a su vez motivarlos a mejorar en el trato constante que se tiene con los usuarios haciendo hincapié en la importancia de estas práctica en los respectivos tratamiento por ejemplo o en lo relevancia que tiene al momento de la evaluación hospitalaria.

En resumen lo que busca este objetivo es hacer que el Hospital replantee sus políticas de calidad, o mejor dicho, las amplíe para poder incluir estos puntos de estudio, con la

intención de mejorar el servicio que se les entrega a los usuarios y poder saber canalizar sus recursos a mejorar su experiencia. Ahora esto no quiere decir que se menosprecie o se obvие el punto que las personas que visitan el Hospital van por temas médicos que los afectan, pero hay que recordar que este sigue siendo un institución que entrega un servicio a los clientes y este servicio incluye tanto el tema medico como la atención que no tiene relación directa con esta, como lo es la recepción de información, citas, entre otros servicio.

Finalmente al igual que en el caso anterior se presenta una tabla resumen para mostrar de forma clara las actividades necesarias para lograr alcanzar este objetivo, con la intención de tener una pauta de las acciones futuras y recomendaciones que se sugieren.

**Tabla V.23: Objetivo del plan.**

Objetivo	Metas	Actividades
Implementar un programa de capacitación en atención al cliente.	Aumentar la participación del personal en programas de atención a clientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mostrar la importancia de la comunicación interpersonal con los clientes al momento de entregar un servicio.</li> <li>• Mostrar técnicas de comunicación no verbal para generar mejor empatía con los usuarios.</li> <li>• Generar instancias de reunión con los usuarios para consultar sobre sus expectativas del servicio.</li> <li>• Realizar benchmarking de otras instituciones médicas, con referencia a la sus políticas de calidad de servicio.</li> <li>• Realizar reuniones con el personal para conocer las deficiencias que les permiten entregar un buen servicio.</li> <li>• Generar planes de mejora enfocados en la calidad de servicio con los respectivos jefes de departamento, en donde se planten compromisos referidos a aumentar la satisfacción de los usuarios.</li> </ul>
	Generar planes de mejora enfocados en temas de empatía a los usuarios.	
	Reformular las políticas de calidad de servicio.	

*Fuente: Elaboración propia.*

Como se menciona anteriormente son actividades básicas, fáciles de lograr como objetivos pero que aportan y mejoran significativamente la satisfacción de los usuarios del servicio.

### **Reformular la forma en que son tratados los reclamos de los usuarios**

El último punto tiene referencia con los costos de la no calidad, referido a los costos de tener que tratar los reclamos que se presentan en la institución, que su mayoría por tiempo de espera para recibir la consulta y el trato por parte del personal. Ambos puntos tratados con anterioridad, pero también es relevante el saber cómo se deben trabajar estas apreciaciones que entregan los usuarios, ya que si bien puede dar la impresión de que muestran la realidad de la institución desde el punto de vista de los paciente, esta premisa

está alejada de la realidad, puesto se sabe solo un cuarto de los usuarios de un servicio se toma el tiempo de realizar un reclamo o sugerencia, por ende es un número demasiado acotado y que no refleja realmente una visión global del servicio. Es por ello que un análisis enfocado en solo esta apreciación no entrega información por sí sola. En consecuencia es que se hace necesario el buscar nuevas formas de complementar esta información, como lo puede ser nuevas formas de encuestar a la comunidad utilizando las nuevas tecnologías disponibles, y que facilitan este tipo de labor.

Una forma sencilla y recomendada para lograr llegar a una mayor cantidad de usuarios, considerando que la mayoría de los pacientes tiene entre 20 y 45 años, y considerando que en Chile que más del 60% de los hogares tiene acceso a internet, es que se plantea el utilizar encuestas electrónicas, ya que estas pueden ser llenadas en horarios que satisfagan a los usuarios y complementan la información entregada por los reclamos.

En resumen este punto objetivo a lo que quiere llegar es complementar información que es obtenida de los reclamos y que es actualmente la que mayoritariamente se utiliza para tener un control sobre los servicios entregados, desde el punto de vista de calidad en los servicios médicos. Al igual que en los casos anteriores se presenta un cuadro resumen con puntos que se deben considerar en el plan de mejora de la calidad de servicio en el Consultorio Adosado de Especialidades.

**Tabla V.24: Objetivo plan de mejora.**

Objetivo	Actividades
Reformular la forma en que son tratados los reclamos de los usuarios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plantear el uso de encuestas electrónicas, para complementar la información de la percepción del servicio.</li> <li>• Concientizar a los usuarios sobre la importancia de su opinión para la institución hospitalaria con el fin de mejorar el servicio.</li> <li>• Clasificar las encuestas por tipo de servicio entregado, para tener una clara visión de los servicios mejorable, con el fin de determinar medidas de mejora.</li> </ul>

*Fuente: Elaboración propia.*

En resumen los puntos tratados anteriormente sirven de guía para el diseño del plan de control de la calidad, ya que permite tener una base en la cual trabajar y conocer los objetivos a alcanzar en el área de Consultorio Adosado de Especialidades, específicamente, en temas de la calidad de servicio entregado, además de las deficientes o puntos de enfoque en el plan de control.

### **Planteamiento de objetivos para mejorar el servicio de urgencia**

Entre los principales problemas que se han descrito en la sala de urgencia se destaca el hecho de no contar con suficientes camas para lograr atender a la gran cantidad de pacientes que llegan a las instalaciones con alguna dolencia lo cual dificulta su tratamiento, estos casos representan el 51,3% del total de la demanda en urgencia. Esta situación se genera ya que las instalaciones no dan abasto, puesto como se describe con anterioridad en el informe, la sala de urgencia también comparte camas con personas que pasan a

hospitalización, lo cual reduce aún más su capacidad trayendo como consecuencias largas horas de espera que fácilmente superan las 8 horas y en ocasiones las 12 horas, y que genera también un disgusto en los usuarios del servicio. Esto sin mencionar la gran carga laboral del personal médico encargado de esta área por lo tanto uno de los principales objetivos sería descongestionar la gran cantidad de pacientes que acuden al centro medido en búsqueda de atención, esto sin incurrir en mayores gastos, para lo cual se plantea la utilización de la “vía clínica”, procedimiento implantado para ser utilizada en atención cerrada, es decir, en pacientes hospitalizados y que tienen cuadros médicos predecibles. En otras palabras, la solución que se plantea es el utilizar esta metodología en la unidad de urgencia para cuadros médicos predecibles o comunes dentro de la unidad, y que no necesiten de un mayor conocimiento médico para ser tratados, puesto lo que plantea este método es el utilizar personal médico de menor rango, enfermeros y paramédicos, con consentimiento del paciente para poder entregar tratamiento el tratamiento de esa forma lograr descongestionar en cierto grado la gran demanda que se presenta. Ahora este procedimiento se recomendaría en épocas en que el flujo aumenta considerablemente, como lo son los meses de invierno.

En resumen lo que se plantea como objetivo el descongestionar un 10% de la unidad de emergencia, como objetivo inicial, ya que es una metodología que está adaptada para ser utilizada en otra área, además de requerir consentimiento del paciente o familiar a cargo, además de seguir requiriendo personal médico, solo que de menor rango. Es por ello que se plantea un objetivo acorde con la realidad de la institución.

Para llevar este objetivo a cabo se requieren las siguientes actividades resumidas en la siguiente tabla.

**Tabla V.25: Objetivo del plan.**

Objetivo	Actividades
Descongestionar un 10% de la demanda en la unidad de emergencia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptar la metodología de vía clínica para ser utilizada dentro de la unidad de emergencia.</li> <li>• Plantearla al personal médico especializado para crear un plan en conjunto.</li> <li>• Potenciar aún más las consultas a domicilio, ya disminuyen la necesidad de camas dentro de la unidad.</li> </ul>

*Fuente: Elaboración propia.*

Por último se plantea el potenciar las consultas a domicilio, que si bien es una metodología que se está utilizando en la actualidad, no se ha podido potenciar lo suficiente como para generar un cambio en la gran cantidad de paciente que llega en busca de atención médica.

#### **Planteamiento de objetivos para mejorar el manejo de la información de los pacientes.**

Como ya se ha mencionado con anterioridad, la información médica de los pacientes actualmente es manejada en Fichas Clínicas en papel, la cual presenta problemas en su llenado y localización dentro de los procesos hospitalarios, debido a una falta de puntos de

control dentro del proceso. Estos casos actualmente representan el 40% del total de fichas entregadas, en otras palabras, no se ingresa la totalidad de información requerida por el documento, normalmente esta información corresponde a la identificación del profesional, entendiéndose firma y timbre del mismo. Fuera de esta problemática también se debe tener en consideración las desventajas que presenta el sistema actual de almacenamiento de la información clínica del paciente, en cuanto, a la gran cantidad de personal que se requiere para su manejo, tanto de traslado entre unidades, organización de la misma, revisión, entre otras labores que consumen una gran cantidad de tiempo y esfuerzos. Actividades que se verían simplificadas si se utilizara un sistema electrónico para almacenar la información, en vez del papel. Ahora si bien actualmente se utiliza la metodología SIDRA en ciertos departamentos del Consultorio Adosado de Especialidades y la Unidad de Urgencia, en esta solo se ingresa información básica del paciente, que también es ingresada en el documento de papel, por ende se presenta una duplicidad de tareas.

En consecuencia es que se plantea como objetivo del manejo de la información clínica tener un mayor control de la información ingresada a la Ficha Clínica como solución a corto plazo y al largo plazo se le plantea al Hospital migrar a una plataforma virtual que facilite el manejo de información y se acomode a las nuevas tecnologías. Así como facilitar procesos engorrosos como lo son los procesos de citas de pacientes, que actualmente se hace vía telefónica.

En resumen lo que se propone a continuación son las líneas de acción con sus respectivas actividades, método de evaluación para interpretar resultados y propuestas de mejora. Como se menciona anteriormente la líneas de acción irán enfocados en mejorar el servicio se le entrega a los usuarios, tanto el médico como lo procesos adheridos a estos, como lo son el sistema de citas, procedimientos médicos, tiempos de espera entre otros. Además de plantear los beneficios esperados como las dificultades que se pueden presentar para lograr los objetivos, sin mencionar que se propondrán los plazos de realización.

También se hace necesario establecer una nueva unidad o departamento que sea una sub unidad del departamento de calidad y seguridad del paciente, que se encargue de los temas referidos a la calidad del servicio y no solo de los cuidados médicos que se les entrega a los pacientes.

Para mostrar de mejor manera la propuesta es que se hace un cuadro resumen con las aproximaciones de las actividades y tareas básicas para el cumplimiento de los objetivos establecidos, esto de forma más desarrollada que la anterior. Con dos intenciones que corresponden a formalizar y entregar un nuevo formato de presentación de propuestas de mejora que difiere en muchos sentidos al utilizado actualmente por el Hospital, en donde solo se establece una actividad, su responsable y objetivos semestrales, esta nueva forma de presentación busca hacer más explícita las distintas tareas que se deben realizar para lograr cumplir con un objetivo, en donde se proponen desafíos y evaluaciones de estos, si bien pareciera un proceso más largo, sirve para tener un mejor manejo de las actividades, sub dividiéndolas en distintos planes de acción, además de agregar un costo asociado que justifica de mejor forma los distintos presupuestos que se deben solicitar para la realización de alguna actividad.

Como observación general de los planes que se plantean más adelante se debe destacar que si bien estos incluyen un periodo de evaluación, solo se hace mención de estos para lograr mostrar el plan completo, es decir, la propuesta no contempla la implementación y posterior evaluación de la metodología, y a su vez por tema de tiempo solo considera su efectividad por programas estudiados y aplicados en otras instituciones médicas.

Por ende en los siguientes cuadros resumen se desarrollan los objetivos:

**Tabla V.26: Disminuir los tiempos de espera en un 30%.**

Actividades	Número de Actividades	Tareas	Tiempo Recomendado para su realización (Horas)	Recursos	Responsable	Medio de Verificación	Nivel Exigido
Capacitar totalmente al personal médico en la utilización de la plataforma virtual.	1	Determinar la cantidad de personal que necesita capacitación.	3	Recurso Humano	Unidad Informática	No Aplica	No Aplica
	2	Definir grupos de capacitación según sus conocimientos en T.I.	6	Recurso Humano	Unidad Informática	No Aplica	No Aplica
	3	Determinar objetivos de la capacitación.	3	Recurso Humano	Dirección Informática y Unidad de Archivos	No Aplica	No Aplica
	4	Elaborar un programa de capacitación.	3	Recurso Humano	Dirección Informática y Unidad de Archivos	No Aplica	No Aplica
	5	Determinar encargado de la capacitación.	1	Recurso Humano	Dirección Informática y Unidad de Archivos	No Aplica	No Aplica

Actividades	Número de Actividades	Tareas	Tiempo Recomendado para su realización (Horas)	Recursos	Responsable	Medio de Verificación	Nivel Exigido
Capacitar totalmente al personal médico en la utilización de la plataforma virtual.	6	Determinar método de evaluación.	1	Recurso Humano	Dirección Informática y Unidad de Archivos	No Aplica	No Aplica
		Realizar programa de capacitación.	6	Recurso Humano	Unidad informática	No Aplica	No Aplica
				Computadores		No Aplica	No Aplica
	8	Evaluar la capacitación		Computadores	Unidad Informática	Prueba Electrónica	≥80%
Migrar totalmente a una plataforma virtual.	1	Hacer un catastro de la cantidad de Fichas Clínicas actuales.	2	Recurso Humano	Unidad de Archivos	No Aplica	No Aplica
	2	Buscar un servidor para almacenar la información.	1	Recurso Humano	Unidad Informática	No Aplica	No Aplica
	3	Traspasar la información a la plataforma virtual.	1260	Recurso Humano	Unidad de Informática	No Aplica	No Aplica
				Computadores		No Aplica	No Aplica
	4	Periodo de prueba.	180	Computadores	Unidad de Informática	Muestreos Aleatorios	≥80%
	5	Establecer medidas de mejora.	45	Recurso Humano	Dirección Informática y Unidad de Archivos	Planes de Mejora	No Aplica

Actividades	Número de Actividades	Tareas	Tiempo Recomendado para su realización (Horas)	Recursos	Responsable	Medio de Verificación	Nivel Exigido
Proponer planes de espera para los usuarios.	1	Establecer tipo de muestreo.	8	Recurso Humano	Unidad de calidad de servicio	No Aplica	No Aplica
	2	Identificar tiempo promedio de espera.	2	Recurso Humano	Unidad de calidad de servicio	No Aplica	No Aplica
	3	Identificar tiempo promedio una consulta médica.	2	Recurso Humano	Unidad de calidad de servicio	No Aplica	No Aplica
	4	Clasificar los tiempos de espera.	2	Recurso Humano	Unidad de calidad de servicio	No Aplica	No Aplica
	5	Realizar propuestas.	45	Recurso Humano	Unidad de calidad de servicio	No Aplica	No Aplica
	6	Periodo de prueba.	180	Recurso Humano	Unidad de calidad de servicio	Encuesta de satisfacción	≥90%
	7	Establecer medidas de mejora.	45	Recurso Humano	Unidad de calidad de servicio	Planes de Mejora	

Fuente: *Elaboración propia.*

**Observación:** Para el plan de mejora inicial se plantea un gran cambio al migrar a una plataforma virtual, los periodos de tiempos son estimados con la jefe de archivo, según se le ha consultado por la cantidad aproximada de Fichas Clínicas que presentan uso actualmente y las que se tienen almacenadas en bodegas, pero al no tener un valor definitivo hace que el plan este sujeto a cambios.

Cabe mencionar que los responsables son establecidos de acuerdo a consulta de las actividades de los distintos departamentos dentro de la unidad administrativas. Esto hace que también se puedan producir cambios en estos al momento de aceptar el plan e implementarlo, lo cual ya sale de lo que contempla este trabajo de título.

Los recursos se dividen en tecnológicos, siendo estos elementos computacionales o herramientas de Tecnologías de Información, en recursos físicos, como salas para las reuniones o instalaciones de nuevas oficinas, etc. Y recurso humano referido a la cantidad

de personas que son necesarias para terminar una acción. Así como sus respectivos costos oportunidad en pesos chilenos.

### **Beneficios esperados**

- Facilitar el manejo de la información.
- Disminuir la tasa de uso de recurso humano.
- Aumentar la satisfacción de los usuarios.
- Mejorar el sistema de citación de pacientes.

### **Dificultades que se pueden presentar**

- Resistencia al cambio.
- Falta de compromiso por parte del personal.
- Dificultades en adaptarse al nuevo sistema.

Como se puede visualizar el primer objetivo apunta al largo plazo puesto se requiere un catastro de las Fichas Clínicas que actualmente se poseen, lo cual es una tarea que actualmente sigue generando conflicto por una falta de personal y sobre carga laboral, lo cual dificulta enormemente el proceder con esta actividad, es por ello que es recomendable el desglosar aún más este punto dentro de la planificación planteada, ya que es un factor relevante y se debe trabajar en forma autónoma.

Para el segundo objetivo se realizó una labor similar a la primera, se vieron las actividades más relevantes y se hizo un desglose por tarea para mejorar la elaboración y entendimiento del plan y lograr su objetivo.

**Tabla V.27: Implementar un programa de capacitación en atención al cliente.**

Actividades	Número de Actividades	Tareas	Tiempo Recomendado para su realización (Días)	Recursos	Responsable	Medio de Verificación	Nivel Exigido
Generar planes de mejora enfocados en temas de empatía a los usuarios. Generar planes de mejora enfocados en temas de empatía a los usuarios.	1	Definir en que consiste la empatía con los usuarios.	5	Recurso Humano	Unidad programas humanizados de la atención	No Aplica	No Aplica
	2	Realizar benchmarking sobre políticas de calidad a otras instituciones médicas.	10	Recurso Humano	Unidad programas humanizados de la atención	No Aplica	No Aplica
	3	Generar políticas de atención al cliente.	5	Recurso Humano	Unidad programas humanizados de la atención	No Aplica	No Aplica
	4	Establecer forma de implementación de las políticas		Recurso Humano	Unidad programas humanizados de la atención y Subdirección gestión del usuario	No Aplica	No Aplica
	5	Establecer encargados de evaluación.		Recurso Humano	Subdirección gestión del usuario	No Aplica	No Aplica

Actividades	Número de Actividades	Tareas	Tiempo Recomendado para su realización (Días)	Recursos	Responsable	Medio de Verificación	Nivel Exigido
Generar planes de mejora enfocados en temas de empatía a los usuarios.	6	Informar sobre las nuevas medidas a seguir.	10	Recurso Humano	Subdirección gestión del usuario	No Aplica	No Aplica
	7	Periodo de prueba de las nuevas políticas.	15	Recurso Humano	Oficina de información , reclamos y sugerencias	Encuestas	≥90%
					Oficina de información , reclamos y sugerencias	Cantidad de Reclamos	Disminución en un 10%
8	Establecer mejoras al programa.	5	Recurso Humano	Unidad programas humanizados de atención	No Aplica	No Aplica	
Mejorar el Ambiente Laboral.	1	Utilizar técnicas de <i>empey branding</i> .	5	Recurso Humano	Departamento de desarrollo organizacional	No Aplica	No Aplica
	2	Conocer las deficiencias que dificultar entregar un buen servicio.		Recurso Humano	Departamento de desarrollo organizacional	No Aplica	No Aplica

Actividades	Número de Actividades	Tareas	Tiempo Recomendado para su realización (Días)	Recursos	Responsable	Medio de Verificación	Nivel Exigido
Reformular la forma en que son tratados los reclamos de los usuarios.	1	Utilizar encuestas electrónicas.	15	Computadores	Oficina de información, reclamos y sugerencias	Nivel de satisfacción	≥80%
	2	Realizar campaña sobre la importancia de entregar su opinión a los usuarios.	15	Computadores	Oficina de información, reclamos y sugerencias	No Aplica	No Aplica
				Recurso Humano	Departamento de comunicaciones		
	3	Generar incentivos que motiven a participar a los usuarios.	5	Recurso Humano	Oficina de información, reclamos y sugerencias	No Aplica	No Aplica
					Departamento de comunicaciones		
4	Entregar encuestas a usuarios al finalizar algún servicio.	15	Recurso Humano	Oficina de información, reclamos y sugerencias	Indicador: Cantidad de encuestas entregadas por unidad/Cantidad de personas por unidad.	100%	
5	Evaluar efectividad de la campaña.	15	Recurso Humano	Oficina de información, reclamos y sugerencias	Evaluar la cantidad de encuestas recibidas.	≥40%	

Actividades	Número de Actividades	Tareas	Tiempo Recomendado para su realización (Días)	Recursos	Responsable	Medio de Verificación	Nivel Exigido
Reformular la forma en que son tratados los reclamos de los usuarios.	6	Establecer mejoras al programa.	5	Recurso Humano	Oficina de información, reclamos y sugerencias	No Aplica	No Aplica

Fuente: Elaboración propia.

**Observación:** Para esta segunda guía enfocada mayormente en aumentar la satisfacción de los usuarios del sistema y a su vez mejorar las condiciones de trabajo, se benefician mutuamente, ya que ante mejores condiciones laborales se facilita el desarrollo profesional tendiendo una mejor actitud al momento de entregar un servicio, es por ello que se hace necesario plantear este punto y generar la conexión con mejorar la experiencia del usuarios o los pacientes con el servicio.

A modo de mención, *employer branding* o fidelización del capital humano, es una estrategia de gestión que como bien dice su nombre, busca que el capital humano se sienta cómodo en su lugar de trabajo y no se desligue de la institución, haciendo más agradable el ambiente laboral, reconociendo sus logros y entregándole posibilidades de avanzar en la cadena jerárquica, de manera que evitar alta rotación de personal o conflicto entre niveles, que generen dificultades en el proceso o en este caso entrega del servicio propiamente tal.

Los recursos se dividen en tecnológicos, siendo estos elementos computacionales o herramientas de Tecnologías de Información, en recursos físicos, como salas para las reuniones o instalaciones de nuevas oficinas, etc. Y recurso humano referido a la cantidad de personas que son necesarias para terminar una acción. Así como sus respectivos costos oportunidad en pesos chilenos.

### Beneficios esperados

- Mejorar el ambiente laboral.
- Mejorar la empatía hacia los usuarios.
- Conocer las expectativas del cliente.

- Mejorar la satisfacción del usuario.
- Disminuir el número de reclamos de los usuarios.

#### **Dificultades que se puedan presentar**

- Falta de cooperación de los usuarios.
- Conflicto irreconciliable con el personal.

Para el tercer y último objetivo se plantea con la intención de mejorar un área en específica, que es la unidad de emergencia, un área con un gran nivel de conflicto a nivel nacional, y que se ha visto por lo mismo mal evaluada en general. Es por ello que este tercer objetivo tampoco es una solución en el corto plazo, sino más bien en el mediano/largo plazo, en donde se busca reducir los tiempos de espera para la atención de los pacientes que llegan a atenderse, haciendo nuevas propuestas y sugiriendo el potenciar herramientas que ya han demostrado ciertos niveles de efectividad, pero que no se han podido desarrollar.

Es por ello que se resume la última propuesta en el siguiente cuadro.

**Tabla V.28: Descongestionar en un 10% la unidad de urgencia.**

Actividades	Número de Actividades	Tareas	Tiempo Recomendado para su realización (Días)	Recursos	Responsable	Medio de Verificación	Nivel Exigido
Implementar la utilización de la vía clínica.	1	Reunir personal médico y enfermero.	5	Recurso Humano	Sub dirección medica	No Aplica	No Aplica
	2	Reunir grupo de trabajo para la elaboración de la matriz	5	Recurso Humano	Sub dirección medica	No Aplica	No Aplica
	3	Reunión de análisis de la posible vía clínica.	10	Recurso Humano	Sub dirección medica	No Aplica	No Aplica
	4	Confección de la vía clínica	10	Recurso Humano	Sub dirección medica	No Aplica	No Aplica

Actividades	Número de Actividades	Tareas	Tiempo Recomendado para su realización (Días)	Recursos	Responsable	Medio de Verificación	Nivel Exigido
Implementar la utilización de la vía clínica.	5	Establecer logística de implementación.	5	Recurso Humano	Sub dirección medica	No Aplica	No Aplica
	6	Determinar un muestreo de aplicación	5	Recurso Humano	Sub dirección medica	No Aplica	No Aplica
	7	Análisis de los resultados y propuestas de mejora.	15	Recurso Humano	Sub dirección medica	Indicador de descongestión.	≤90%
					Sub dirección medica	Encuesta de satisfacción.	≥90%
Potenciar las hospitalizaciones a domicilio.	1	Establecer población rural que es atendida en la institución.	15	Recurso Humano	Sub dirección medica	No Aplica	No Aplica
	2	Establecer niveles de gravedad.		Recurso Humano	Sub dirección medica	No Aplica	No Aplica
	3	Establecer una cartera de casos que pueden ser hospitalizados a domicilio.		Recurso Humano	Sub dirección medica	No Aplica	No Aplica

Actividades	Número de Actividades	Tareas	Tiempo Recomendado para su realización (Días)	Recursos	Responsable	Medio de Verificación	Nivel Exigido
Potenciar las hospitalizaciones a domicilio.	4	Crear protocolos de derivación domiciliaria.	10	Recurso Humano	Sub dirección medica	No Aplica	No Aplica
	5	Evaluación del programa de hospitalización a domicilio	15	Recurso Humano	Sub dirección medica	Indicador de descongestión.	≤90%
						Evaluación del servicio domiciliario.	Comentarios y sugerencias

Fuente: Elaboración propia.

**Observación:** En esta última etapa de la propuesta de mejora para el Hospital, que intenta dar solución a gran congestión que se genera en la Unidad de Urgencia por parte de la excesiva demanda que se presenta y la escasa capacidad de camas que se tiene en el Hospital, por lo cual se presentan dos medidas, las cuales traen como ventaja el hecho de que apuntan a escasa cantidad de personal médico y la falta de camas dentro de la unidad de emergencia, ahora la segunda medida lo que realiza en la actualidad en Hospital de Quilpué consiste en consultas a domicilio para personas de zonas rurales, es decir, se atienden en urgencia y luego son hospitalizados en sus hogares, siendo visitado por el personal médico según la periodicidad que requiera estos casos en particulares. Por ende se hace necesario el estandarizar estas medidas de derivación. También se pueden complementar con cursos de cuidados básicos para personas en los hogares y de este modo disminuir la frecuencia de visitas médicas por parte del personal de la institución para cuidados básicos.

Los recursos se dividen en tecnológicos, siendo estos elementos computaciones o herramientas de Tecnologías de Información, en recursos físicos, como salas para las reuniones o instalaciones de nuevas oficinas, etc. Y recurso humano referido a la cantidad de personas que son necesarias para terminar una acción. Así como sus respectivos costos oportunidad en pesos chilenos.

#### **Beneficios esperados.**

- Descongestionar la unidad de emergencia.
- Aumentar la rotación de camas físicas.

- Disminuir la tasa de utilización de personal médico.
- Aumenta la cobertura geográfica.

#### **Dificultades que se pueden presentar.**

- Falta de cooperación por los usuarios.
- Desconfianza al tratamiento por personal menos capacitado.
- Falta una mentalidad de trabajo en equipo.
- Falta de comunicación entre departamentos.

En resumen la propuesta establecida si bien constituye hasta el punto de evaluación, esto no está incluido en la solución propuesta, en el sentido que el trabajo de título no incluye en su desarrollo el implementar las propuestas de mejoras y evaluar su efectividad, si no que les hace las recomendaciones y se les plantea modelos de evaluación. Además de los tiempos estimados para cada tarea, los cuales se fueron establecidos la encargada del departamento de calidad y la jefe de archivos, quienes principalmente prestaron apoyo en el establecimiento de los responsables y tiempos promedios de acción.

La idea principal es la de establecer una gestión por resultados, instando a las unidades que constituyen la atención abierta a trabajar en temas administrativos y de calidad de servicio, no solo en el sentido clínico que tienen actualmente si no en la totalidad en que este se compone, para lograr un tablero de control de cumplimiento, además de reformular la estructura de los actuales planes de mejora, que son vagos y poco específico, y seguir la estructura propuesta, en donde se establecen plazos, actividades y responsables, conjuntamente con los recursos necesarios para llevarse a cabo cada tarea. Esto con la intención de poder verificar comportamientos producidos y los desvíos acontecidos. De esta forma se facilita la evaluación y formulación de futuros planes de acción, estableciendo prioridades dentro de los planes y actividades, así como entregando autonomía de los presupuestos propuesto para la realización de las actividades.

Ahora como medida en el corto plazo se establecen soluciones para el sistema actual y problemáticas que afligen o hacen peligrar el estado de acreditación del Hospital, haciendo referencia a su problema de extravío de Fichas Clínicas, conjuntamente con la falta de información entregada a los pacientes por parte del personal médico de la institución, especialmente en el área de urgencia. Es por ello que las ideas de mejora, referente a establecer nuevos indicadores de control en ciertos puntos del proceso, esto con la intención de verificar tanto como el usuario está percibiendo el servicio para mejorar la evaluación por parte de estos, el cual actualmente presenta un nivel de satisfacción del 77% aproximadamente y lograr identificar en que factores son los que dificultan la entrega de información. En otras palabras la propuesta desde una vista más general se divide en soluciones futuras con un plan de mejora y una reestructuración de estos para implementar y maximizar la utilización de las actuales herramientas tanto de información como planes de atención, para lograr mejorar el servicio entregado, además de entregar soluciones a las actuales problemáticas en el corto plazo con ideas que apuntan evitar el extravío de la Ficha Clínica dentro del proceso de atención, estableciendo los plazos de entrega de cada unidad y sus respectivos responsables, esto hasta que se migra a la plataforma virtual.

También en otro punto se hace necesario el establecer un medio de comunicación formal para la entrega de información, que si bien se utiliza por lo general el correo electrónico entregado por la misma institución, en su mayoría no se respeta, por lo que se debe exigir este medio para lograr una formalidad del canal de información, puesto al tener un sistema manual de almacenamiento y llenado de la información médica, hace que en ocasiones la información relacionada con la entrega o recepción del documento se haga en forma verbal, lo cual dificulta el proceso de localización de la misma, teniendo que ir departamento por departamento solicitando la Ficha Clínica. Es por ello que se recomienda al momento de enviar y recepcionar el documento de información clínica, enviar un correo de confirmación con copia a la Unidad de Archivos, para de esta forma se tenga un control del documento.

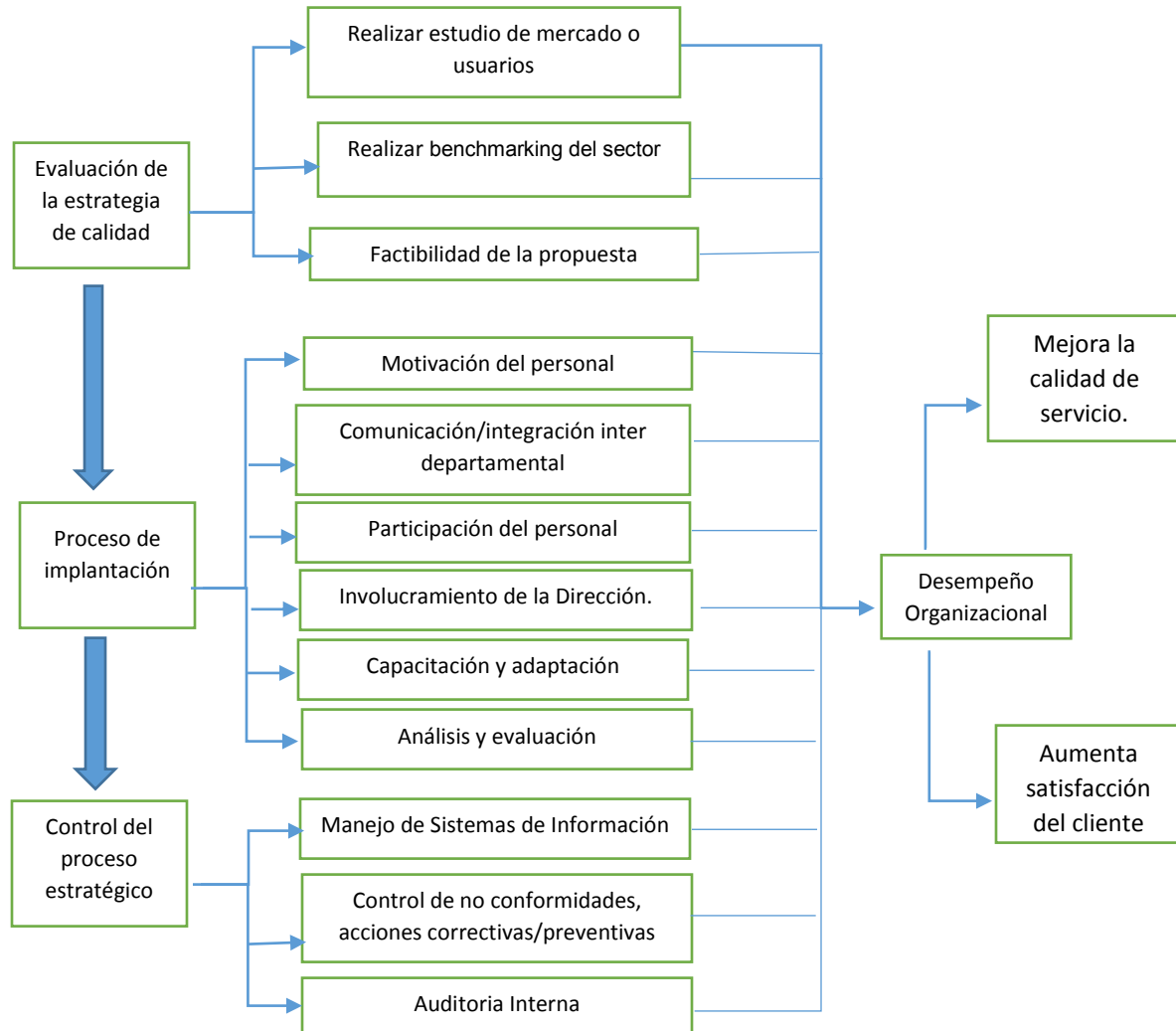
Otra recomendación en el corto plazo, y que también está dentro del plan de mejora propuesto, es el realizar un sistema de premiación hacia el personal, recalcando los logros que se consiguen dentro de la institución, tanto en el nivel de satisfacción del cliente como avances en objetivos propuestos como equipo y de forma personal, esto en forma anual. Esperando incentivarlos para que estos mismos se planten el realizar propuestas de mejora, ya que son quienes tienen mayor contacto con los usuarios, a diferencia de los niveles administrativos, por ende entienden de mejor forma sus necesidades y pueden generar grupos de acción social apoyados por el Hospital, para beneficiar a los pacientes de menores recursos, esto en el mejor de los casos. Esto bajo el supuesto que con mejores incentivos y condiciones de trabajo el equipo médico y administrativo, logren desarrollar sus capacidades mejor manera y ser aporte para el Hospital fuera de sus funciones diarias.

Por último se propone en mostrar un manual que contemple los pasos a seguir para un usuario de acuerdo al servicio que requiera, esto con la clara intención de que este sepa los procedimientos que debe realizar en forma autónoma y hacia dónde dirigirse, lo cual disminuye el estado de confusión así como la incertidumbre. Esta propuesta se contempla como un paleógrafo que especifique por área los procedimientos que se realizan en ella.

Como se puede visualizar con las propuestas expuestas anteriormente, la mayoría responde a un cambio en la forma de administrar y controlar las labores del equipo médico presente, sin mencionar una re estructuración y replanteo de las políticas internas del servicio, es decir, tareas en el largo plazo a medida que se vean los resultados de las nuevas propuestas y se acomoden o se asimilen al sistema actual, por lo tanto si bien pueden parecer soluciones menores en su conjunto apuntan a mejorar la forma de gestionar las diferentes actividades que se llevan a cabo en la institución con visión siempre hacia mejorar la satisfacción y experiencia de los usuarios del servicio, ya que el siguiente año se debe re acreditar la institución, esto trae consigo la necesidad de replantear los planes de mejora que actualmente están funcionando, lo que hace inevitable la búsqueda de nuevas herramientas para llevar un control de los procesos. Haciendo recuerdo que se debe generar un equipo de apoyo conocimiento en calidad de servicio, desde un punto más organizacional que médico, para el departamento de la misma área mencionada, calidad, ya que si bien el actual cumple con su cometido, tiene falencia en una falta de capacitación en temas administrativos y gestión de procesos.

En cuanto a metodología a seguir para el Hospital a modo general se presenta el siguiente esquema con la intención de establecer un procedimiento de trabajo, el cual

estandariza la realización de las actividades, y especifica la relación entre los departamentos participantes de la propuesta. Esto basándose en la metodología ISO 9001:2000 que trata sobre calidad de servicio como se ha mencionado anteriormente además de agregar factores que tienen relación con el caso, como lo son el integrar una plataforma virtual y reducir los tiempos de espera, por otro lado también se considera como estructura para confección de un manual de calidad y control de la misma. Ya que actualmente el Hospital no cuenta con esta herramienta, aun cuando si tiene protocolizados los procedimientos clínicos a modo general.



**Figura V.44: Mejora de la calidad enfocado en los usuarios.**

*Fuente: Elaboración propia.*

Como se puede visualizar en el esquema propuesto, sobre la metodología a seguir, lo ideal es evaluar la situación actual del proceso, verificando los ámbitos que interfieren con la realización de la estrategia, recordando que la propuesta apunta a mejorar los procesos y el servicio en general a través de la evaluación que realizan los usuarios. Es por ello la

importancia del primer recuadro que considera tanto la opinión de los usuarios como los factores relevantes del sistema, en los que se deben tener en cuenta los distintos factores que puedan intervenir. Para ello es que se presentan distintas herramientas como lo son encuestas, *benchmarking*, *focus group*, entre otras que son pueden generar una idea de los reales requerimientos del sistema. Esto se puede resumir en la siguiente tabla.

**Tabla V.29: Elaboración de planes de mejora.**

Necesidades del cliente	Política	Objetivo		
		Objetivo medible	Responsable	Plazo

*Fuente: Elaboración propia.*

Otro punto importante y que en general se pasa a llevar o se obvia en las estrategias para mejorar la calidad de servicio es el factor motivacional hacia el personal, el cual debe darse cuenta que es un eslabón importante en el proceso, ya que es quien tiene mayor nivel de interacción con el usuario, por lo tanto cada interacción por menor que sea genera una impresión positiva o negativa del servicio.

Para el caso de los registros con la intención de llevar un mejor control de la localización de la Ficha Clínica, se propone implementar mejores puntos de control y establecer responsables, además de fijar plazos de entrega entre unidades, específicamente de la unidad de emergencia que generan el mayor conflicto, puesto es uno de los principales puntos en donde se produce extravió de Fichas Clínicas, aun cuando se lleva un registro manual de recepción y envió. Es por ello que se propone como medida a corto plazo el fijar de forma escrita los periodos de recepción y devolución del Historial Clínico de los respectivos pacientes.

Entre las recomendaciones entregadas se deben mencionar también la re estructuración o implementación de un formato de planes de mejora que sean más específicos y completos que los actuales presentados, en donde no se muestran los objetivos secundarios que se deben lograr para alcanzar las actividades, por ello también se presenta la metodología de acción, mostrando los pasos a seguir para generar planes de acción, con el formato de entrega.

Como se menciona anteriormente estos esquemas que se proponen es con intención de un futuro generar un manual de la calidad que apoye o complemente los actuales documentos que protocolizan los procesos y diagraman estos, recordando que la propuesta final de este proceso siempre va dirigido a la digitalización de los documentos, ya que facilita el manejo y control de los distintos procesos que actualmente se están llevando a cabo en forma manual.

En resumen y como conclusión final el Hospital de Quilpué si bien es un centro médico que actualmente cumple con los requerimientos exigidos para ser acreditado, entre los

factores relevantes que se detectaron a lo largo del proyecto de tesis y que hacen peligrar su actual estado, haciendo referencia a la Ficha Clínica, documento que lleva el registro de la atención entregada al paciente, y que se extraviaba dentro del proceso, es que le recomiendo en el corto plazo cambiar las actuales políticas que rigen a este proceso se implementen un nuevo procedimientos de acción, ya que se dificulta el tener un control preciso de su localización, por la metodología manual actualmente utilizada.

La propuesta apunta a formalizar las tareas que se relacionan con el traspaso de la documentación, en otras palabras, asignar personal que se encargue en forma específica de la entrega y recepción de la documentación, además de que al momento de recibir o enviar la Ficha Clínica se envíe un correo electrónico informando sobre la entrega o recepción a los jefes de departamento, ya sea GES u otra unidad, con copia a Archivo, puesto actualmente se utiliza un cuaderno de firmas, que no siempre es firmado por los participantes del proceso, además de variar el encargado del transporte de la documentación, es por ello que se precisa establecer en forma clara los responsables.

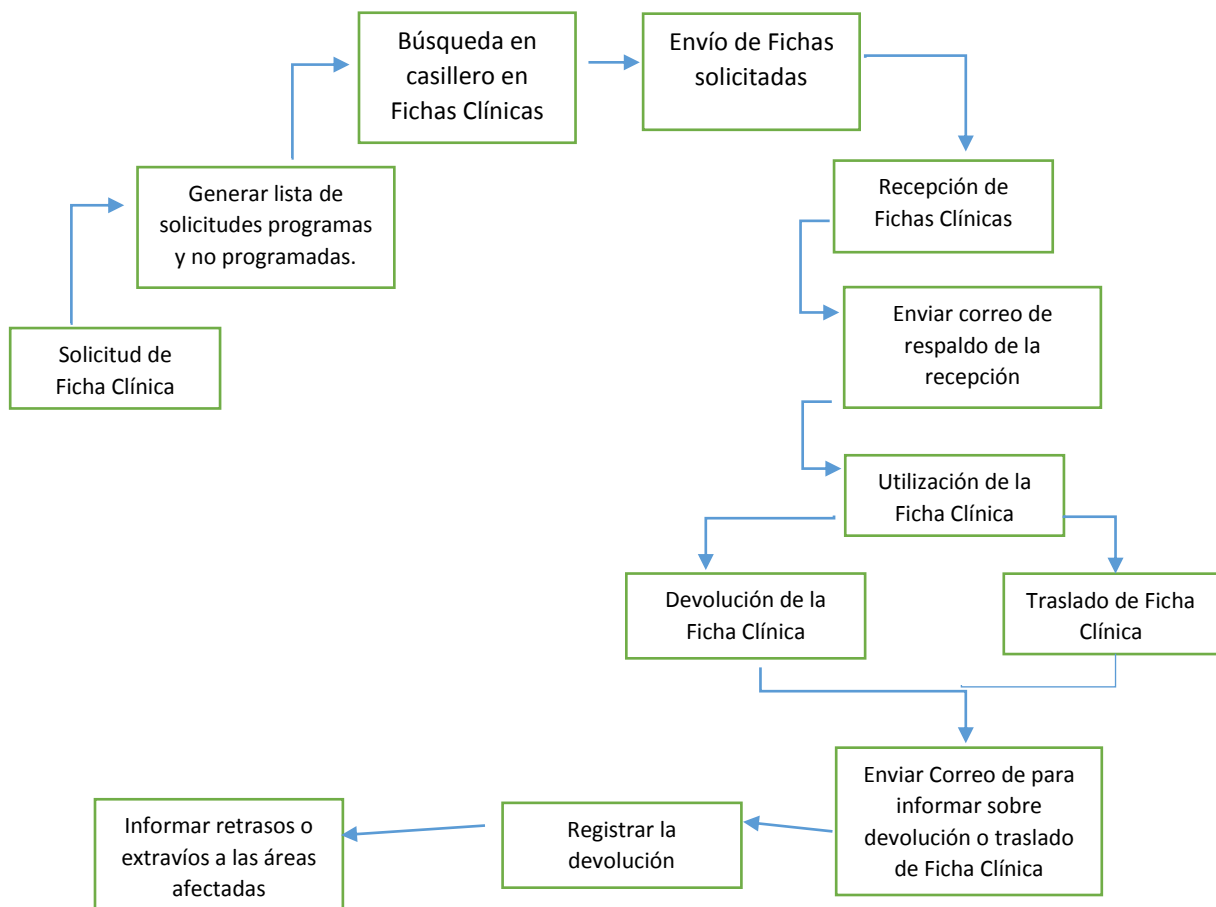


Figura V.45: Diagrama de control de la Ficha Clínica.

Fuente: Elaboración propia.

Cómo se puede apreciar en el esquema anterior lo que se propone es el tener dos puntos de información sobre la localización de la Ficha Clínica a través del canal oficial de

comunicación para poder tener un respaldo y control sobre la trazabilidad de la Ficha Clínica y evitar la tarea de ir consultado con unidad donde se encuentra el documento.

Además se hacen sugerencias para mejorar el nivel de calidad de servicio que es entregado a los usuarios, haciendo hincapié en generar políticas y planes de acción referente a los puntos mencionados, es decir, empatía hacia los usuarios y niveles de respuesta, factores que si bien se han trabajado.

### V.10.3.- Análisis Financiero de la Propuesta

A continuación se realiza un análisis financiero para la propuesta, que es realizado en horas, para determinar los costos de las distintas actividades, por ende se mantiene el formato de la propuesta anterior y se presenta el desglose junto con su costo, tomando como referencia los precios de los profesionales a cargo de su realización. Se hace necesario también mencionar que los precios son aproximados y en promedio, por ende puede estar sujeto a cambio.

Para el primer caso en donde se quería dar una solución a los largos tiempos de espera en las distintas unidades médicas, se presenta su costo asociado.

**Tabla V.30: Disminuir los Tiempos de Espera en un 30%.**

Actividades	Tareas	Tiempo Recomendado para su realización (Horas)	Costo Asociado (CLP)x Hora	Cantidad de Recurso Humano Involucrado	Costo Total
Capacitar totalmente al personal médico en la utilización de la plataforma virtual.	Determinar la cantidad de personal que necesita capacitación.	3	\$1.111	1	\$3.333
	Definir grupos de capacitación según sus conocimientos en T.I.	6	\$1.111	1	\$6.666
	Determinar objetivos de la capacitación.	3	\$1.111	2	\$6.666
	Elaborar un programa de capacitación.	3	\$1.111	2	\$6.666
	Determinar encargado de la capacitación.	1	\$1.111	2	\$2.222

Actividades	Tareas	Tiempo Recomendado para su realización (Horas)	Costo Asociado (CLP)x Hora	Cantidad de Recurso Humano Involucrado	Costo Total
Capacitar totalmente al personal médico en la utilización de la plataforma virtual.	Determinar método de evaluación.	1	\$1.111	2	\$2.222
	Realizar programa de capacitación.	6	\$31.250	1	\$187.500
	Evaluar la capacitación				
Migrar totalmente a una plataforma virtual.	Hacer un catastro de la cantidad de Fichas Clínicas actuales.	2	\$486	1	\$972
	Buscar un servidor para almacenar la información.	1	\$1.111	1	\$1.111
	Traspasar la información a la plataforma virtual.	1260	\$486	1	\$61.2360
	Periodo de prueba.	180	\$1.111	1	\$199.980
	Establecer medidas de mejora.	45	\$1.111	2	\$99.990
Proponer planes de espera para los usuarios.	Establecer tipo de muestreo.	8	\$1.111	1	\$8.888
	Identificar tiempo promedio de espera.	2	\$1.111	1	\$2.222
	Identificar tiempo promedio una consulta médica.	2	\$1.111	1	\$2.222
	Clasificar los tiempos de espera.	2	\$1.111	1	\$2.222
	Realizar propuestas.	45	\$1.111	1	\$49.995
	Periodo de prueba.	180	\$1.111	1	\$199.980
	Establecer medidas de mejora.	45	\$1.111	1	\$49.995

Fuente: Elaboración propia.

El primer objetivo tiene como costo total la suma de \$ 1.445.212 (CLP), el cual contempla un tiempo de aplicación de 1.795 horas, repartidas en las actividades. Este costo asociado no contempla puntos menores como lo son los distintos equipamientos que ya posee el Hospital, como lo es el uso de papel, el arriendo de una sala, entre otras. Además que las actividades solo requieren un encargado de supervisar las distintas actividades propuesta, por lo que su costo no es elevado.

**Tabla V.31: Implementar un programa de capacitación en atención al cliente.**

Actividades	Tareas	Tiempo Recomendado para su realización (Horas)	Costo Asociado (CLP)xHora	Cantidad de Recurso Humano Involucrado	Costo Total
Generar planes de mejora enfocados en temas de empatía a los usuarios.	Definir en que consiste la empatía con los usuarios.	4	\$1.111	1	\$4.444
	Realizar benchmarking sobre políticas de calidad a otras instituciones médicas.	8	\$1.111	1	\$8.888
	Generar políticas de atención al cliente.	3	\$1.111	1	\$3.333
	Establecer forma de implementación de las políticas	3	\$1.111	1	\$3.333
	Establecer encargados de evaluación.	2	\$1.389	1	\$ 2.778
	Informar sobre las nuevas medidas a seguir.	2	\$1.389	1	\$ 2.778
	Periodo de prueba de las nuevas políticas.	120	\$486	1	\$58.320
	Establecer mejoras al programa.	3	\$1.111	1	\$3.333

Actividades	Tareas	Tiempo Recomendado para su realización (Horas)	Costo Asociado (CLP)x Hora	Cantidad de Recurso Humano Involucrado	Costo Total
Mejorar el Ambiente Laboral.	Utilizar técnicas de <i>employer branding</i> .	4	\$1.111	1	\$4.444
	Conocer las deficiencias que dificultar entregar un buen servicio.	2	\$1.111	1	\$2.222
	Generar planes de carrera para los trabajadores.	4	\$1.111	1	\$4.444
	Generar propuesta de mejora laboral	3	\$1.111	5	\$16.665
	Evaluación personal del clima laboral.	120	\$1.111	1	\$133.320
Aumentar la participación del personal en programas de atención a clientes.	Informar sobre la importancia de la comunicación con el cliente al momento de entregar un servicio	2	\$1.389	1	\$ 2.778
	Generar una capacitación sobre comunicación tanto verbal como no verbal.	2	\$1.111	1	\$2.222
	Evaluar la efectividad de capacitación	48	\$1.111	1	\$53.328

Actividades	Tareas	Tiempo Recomendado para su realización (Horas)	Costo Asociado (CLP)x Hora	Cantidad de Recurso Humano Involucrado	Costo Total
Reformular las políticas de calidad de servicio	Generar reuniones con usuarios del servicio para conocer sus expectativas.	6	\$1.111	1	\$6.666
	Utilizar nuevas herramientas de evaluación de la satisfacción.	48	\$486	1	\$23.328
	Establecer estándares de calidad según opinión de los usuarios.	8	\$1.111	2	\$17.776
Reformular la forma en que son tratados los reclamos de los usuarios.	Utilizar encuestas electrónicas.	8	\$486	1	\$3.888
	Realizar campaña sobre la importancia de entregar su opinión a los usuarios.	2	\$486	1	\$972

Actividades	Tareas	Tiempo Recomendado para su realización (Horas)	Costo Asociado (CLP)x Hora	Cantidad de Recurso Humano Involucrado	Costo Total
Reformular la forma en que son tratados los reclamos de los usuarios	Generar incentivos que motiven a participar a los usuarios.	2	\$486	1	\$972
	Entregar encuestas a usuarios al finalizar algún servicio.	5	\$486	1	\$2.430
	Evaluar efectividad de la campaña.	48	\$1.111	1	\$53.328
	Establecer mejoras al programa.	3	\$1.111	1	\$3.333

*Fuente: Elaboración propia.*

El costo total de este segundo objetivo tiene asciende a la suma de \$419.323 (CLP), ya que es más un programa enfocado a mejorar el trato con los pacientes, por ende incluye actividades de capacitación y trabajo en equipo. El tiempo estimado en horas es de 460, entre actividades y evaluación de la misma. Cabe recalcar que al igual que en el caso anterior no se incluyeron costo que el Hospital ya tiene incluido en su presupuesto anual.

**Tabla V.32: Descongestionar en un 10% la unidad de urgencia.**

Actividades	Tareas	Tiempo Recomendado para su realización (Horas)	Costo Asociado (CLP) x Hora	Cantidad de Recurso Humano Involucrado	Costo Total
Implementar la utilización de la vía clínica.	Reunir personal médico y enfermero.	5	\$2.083	1	\$10.415
	Reunir grupo de trabajo para la elaboración de la matriz	8	\$2.083	3	\$49.992
	Reunión de análisis de la posible vía clínica.	8	\$2.083	3	\$49.992
	Confección de la vía clínica	16	\$2.083	1	\$33.328
	Establecer logística de implementación.	8	\$1.111	1	\$8.888
	Determinar un muestreo de aplicación	3	\$1.111	1	\$3.333
	Análisis de los resultados y propuestas de mejora.	120	\$1.111	1	\$133.320
Potenciar las hospitalizaciones a domicilio.	Establecer población rural que es atendida en la institución.	1	\$486	1	\$486
	Establecer niveles de gravedad.	1	\$486	1	\$486
	Establecer una cartera de casos que pueden ser hospitalizados a domicilio.	16	\$1.111	1	\$17.776
	Crear protocolos de derivación domiciliaria.	3	\$1.111	1	\$3.333
	Evaluación del programa de hospitalización a domicilio	120	\$1.111	1	\$133.320

Fuente: Elaboración propia.

Por último se presenta el presupuesto del tercer objetivo el cual contempla actividades para descongestionar la unidad de emergencia, en donde ocurren se generan los mayores tiempos de espera. En este caso el plan tiene un costo total de \$444.669 (CLP) un costo muy similar al segundo caso con una cantidad de horas de 309, es así como en los tres casos se presentaron los costos asociados a las actividades planteadas.

Cabe mencionar que el análisis se llevó a cabo considerando la realidad del Hospital provincial, que tiene un presupuesto ajustado y no cuenta con grandes recursos, por ende la solución se enfocó en que fuera a requerir incurrir costos elevados y que además considerara muchos recursos propios de la misma institución, es por ello que si tomamos la totalidad de los costos el plan tendría un valor de \$2.309.204 (CLP) y un total de horas de 2.564.

Cabe mencionar que esta mejora no solo va dirigida a abaratar costos en recurso que actualmente se utilizan en exceso, si no que a mejorar la experiencia de las distintas personas que hacen uso del servicio de salud pública, específicamente los servicios entregados por el Hospital de Quilpué. Es por ello que se debe destacar que igualmente se genera un beneficio social a la comunidad de Quilpué al mejorar la atención y agilizar los engorrosos procesos que se tienen actualmente y que como se pudo apreciar en las secciones anteriores de análisis de la situación que producen las disconformidades presenten en el proceso.

Ahora se hace un desglose de los beneficios económicos esperados para la propuesta considerando el ahorro primero de recurso humano, al no tener que contar con una persona que se dedique al transporte y control de la Ficha Clínica una vez que ase migre en su totalidad a la plataforma virtual. Para ello se tomó en consideración en sueldo base para este tipo de labor y la cantidad de personas que actualmente se dedican a la recolección por áreas dentro del Hospital, además del respetivo control manual y chequeo de la información ingresada, también que hace en forma manual. Esto se resume en el siguiente cuadro.

**Tabla V.33: Cotización costo administrativo.**

Ahorro Administrativo Anual	Sueldo Bruto mensual	Cantidad	Periodo 12 meses
Costo Anual Personal Administrativo	\$ 300.000	2	\$ 7.200.000

*Fuente: Elaboración propia.*

También existe otro ahorro y este es el que se considera al pasar el proceso de acreditación en la primera oportunidad, sin necesidad de requerir hacer mejorar en los procesos o planes, es decir, "hacerlo bien a la primera", ya que el costo que por fallar en un ámbito es de \$460.000 (CLP), es decir para ser nuevamente evaluado por la respectiva institución acreditadora se debe cancelar por ámbito con disconformidades. Para el caso de estudio se consideraron los dos ámbitos en los que se propusieron planes de mejora que son en calidad de servicio y registros. Por ello se resume en el siguiente cuadro.

**Tabla V.34: Cotización Costo estándar o ámbito.**

Ahorro Costos Acreditación con Observación	Valor Unitario	Cantidad	Total costos
Costo Estándar o Ámbito	\$ 460.000	2	\$ 920.000

*Fuente: Elaboración propia.*

Para finalizar con el desglose de la información económica considerada se muestra el resultado final de los costos vs beneficios económicos esperados, para de este modo entregar la propuesta completa, cabe mencionar que todos los valores ingresados son considerados en peso chileno (CLP), ya que al ser una institución que entrega servicio de salud y que cotiza mayoritariamente en esta moneda no se vio la necesidad de realizar algún cambio en este sentido.

**Tabla V.35: Resumen de Costo vs Beneficio.**

Costos objetivo 1	\$ 1.445.212
Costos objetivo 2	\$ 419.323
Costos objetivo 3	\$ 444.669
<b>Total costo propuesta</b>	<b>\$ 2.309.204</b>
Ahorro administrativo anual	\$ 7.200.000
Ahorro costos acreditación con observación	\$ 920.000
<b>Total ahorro</b>	<b>\$ 8.120.000</b>
<b>Beneficio esperado</b>	<b>\$ 5.810.796</b>

*Fuente: Elaboración propia.*

Por ende como se puede apreciar al año el beneficio que se espera obtener ante los ahorros que se generen por la implementación del plan ascienden a \$5.810.796 (CLP), cabe mencionar que los valores son estimativos y es solo para dar una idea de los beneficios que se pueden dar al mejorar ciertos puntos en la calidad de servicio.

## Conclusión

Sin duda el proceso de Acreditación es de suma importancia para el funcionamiento de los Hospitales, ya que refleja la Calidad de Servicio que entregan a sus pacientes, junto a esto debemos recordar que la Salud es un derecho que todos las personas poseemos, es por esto, que para el Hospital de Quilpué es de suma relevancia cumplir con los estándares mínimos de Calidad que son exigidos por el Ministerio de Salud a través de este proceso de evaluación. El Hospital de Quilpué se encuentra acreditada hasta el año 2017 y luego deberá re acreditarse para seguir con su normal funcionamiento, aquí es donde se identifican los problemas que se presentan en el Sistema de Salud Abierta, específicamente en el ámbito Registros que es el área donde se evalúa el manejo y procedimientos de la Ficha Clínica y junto a esto el área de Calidad.

Para esto, utilizamos la Ficha Clínica para evaluar los procesos y procedimientos que se realizaban en cada área y así poder establecer un marco de acción, enfocando las soluciones a los problemas relacionados con los ámbitos mencionados anteriormente y que los usuarios detectan al momento de recibir el servicio. Ya que, esta Ficha se utilizaba en cada una de las Unidades; para ello se trabaja con un conjunto de herramientas de calidad para lograr identificar el problema y sus soluciones. Una de estas herramientas es Servqual, en el cual logramos identificar los puntos más críticos que presentaban falencias en el Sistema, conectado a la Ficha Clínica, ya que al ocurrir pérdidas de éste o la ausencia en el momento de recibir la atención médica por parte del paciente se vulneraban los Derechos del paciente y además no cumplían con los requerimientos de la Acreditación, también el no completado de la Ficha por parte de los médicos lo que significa incumplimiento en los estándares exigidos por el Ministerio de Salud. Todo esto arroja como consecuencia el deterioro en Calidad de Atención, por lo que se propone contar con Indicadores que se midan en los puntos más críticos detectados. Uno de éstos es el Indicador que mide la gestión de devolución de la Ficha Clínica por parte de cada área a Unidad de Archivos, otro Indicador es de Satisfacción del paciente para complementar al plan de mejora continua, en el que inicia con una encuesta para poder determinar los resultados, éste se realiza en ambas Unidades, es decir en el Consultorio y en Urgencias.

Luego se propone un Indicador de Pacientes hospitalizados v/s pacientes hospitalizados en el año anterior, con el fin de medir el porcentaje de evolución o desarrollo del Plan de Mejora vía clínica (Sistema de Procedimientos médicos) que se entrega. Este indicador se medirá en Unidad de Urgencias, una vez que el paciente es derivado a Hospitalización.

Luego se propone un Sistema de Procedimientos médicos conocido como Vía Clínica, con el fin de estandarizar y descongestionar la Unidad de Urgencia.

Con todas estas herramientas que aplicamos, logramos cumplir con nuestro objetivo principal que es diseñar un Sistema de Control de Calidad para la mejora continua del proceso de Acreditación mediante el seguimiento de las Fichas Clínicas, junto al cumplimiento de cada uno de los objetivos específicos propuestos en un inicio, ya que pudimos identificar los problemas gracias al levantamiento de procesos que realizamos en cada una de las áreas comprometidas, luego diseñamos el Plan de mejora continua a través de la propuesta de indicadores y la estandarización de procedimientos incluidos en el

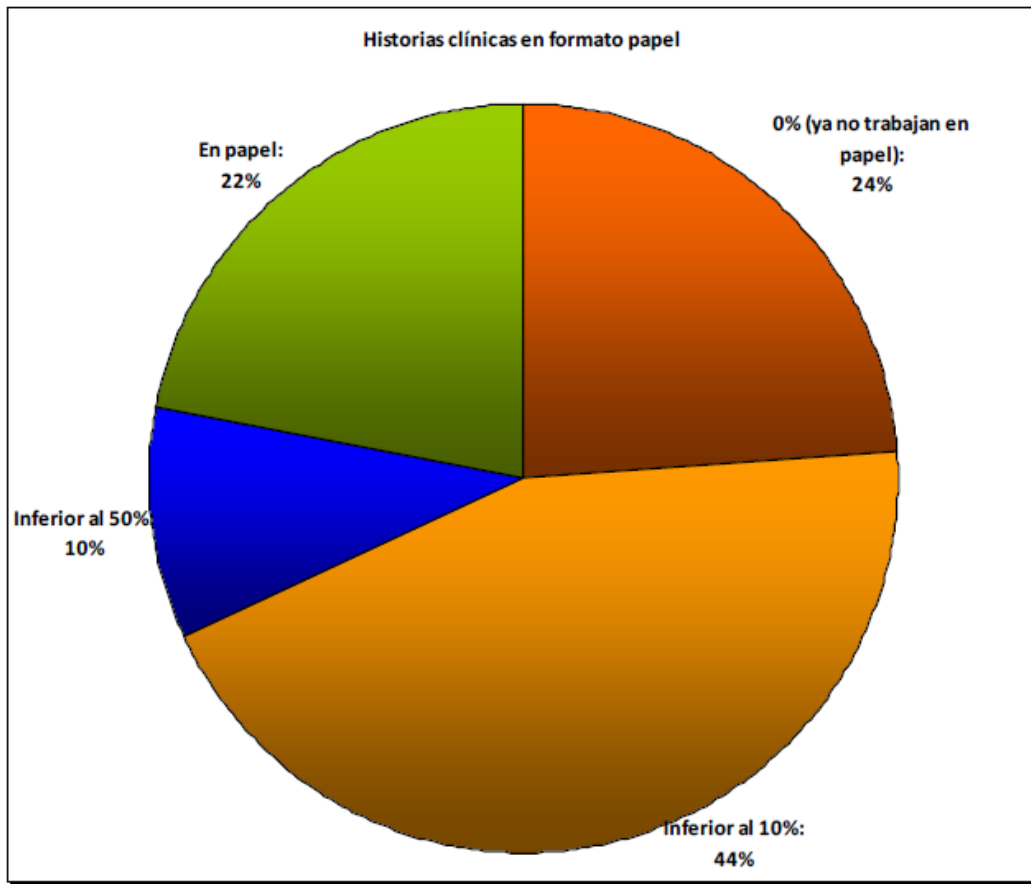
Sistema de Procedimientos médicos o Vía Clínica junto a la propuesta de emigrar a la plataforma virtual que el Hospital ya posee en algunos de sus áreas llamada SIDRA.

En resumen lo que se plantea como solución es la reformulación de procesos referidos al control de la Ficha Clínica y evaluación de la percepción del servicio entregado, buscando lograr aumentar la satisfacción de los usuarios, realizando mejoras que contemplen entregar un servicio rápido, dentro de las posibilidades y la realidad en la que se encuentra sumergida la institución, considerando los recursos humano que tiene actualmente y además optimizando el uso de estos.

Por ende el hecho de utilizar la Ficha Clínica en papel es un factor que se tocó ampliamente en el desarrollo del trabajo de título, ya que es uno de los factores más críticos dentro del Hospital, siendo un su almacenamiento, distribución y control del mismo una problemática que puede perjudicar su acreditación, al ser el contenedor de la información clínica de los pacientes, teniendo un papel importante en su atención, es por ello que el mayor beneficio que se puede generar al migrar a una plataforma virtual es el hecho de centralizar la información, ya que esto estandarizaría los procedimientos médicos que se realizan a los distintos pacientes con similares cuadros médicos, se ahorrarían en promedio 4.000 kilos de papel, así como la reducción de personal enfocado en el manejo, traslado y control de la Ficha Clínica. Todo esto enfocado a mejorar tanto los diagnósticos médicos entregados como la fluidez del servicio, evitando retrasos por pérdidas del documento.

Al realizar la evaluación económica del Plan propuesto nos damos cuenta que la inversión que se debe realizar para asumir los costos de implementación (\$ 2.309.204) son mínimos si se comparan con el beneficio que se obtiene (\$ 5.810.796), esto lo podemos explicar gracias al ahorro en Recurso Humano por la utilización de la Ficha Clínica electrónica y el ahorro que se tendrá en que se re acredite de forma efectiva ya que, al tener un mayor control de los procesos y procedimientos que se realizan se cumplirá con las exigencias al cual son sometidos en este proceso de evaluación y no se verá expuesto a la Acreditación con Observaciones que tiene un costo significativo (\$ 920.000) o a la No Acreditación , lo que significaría volver a postular al proceso desde un inicio y volver a pagar el costo que asciende a \$3.000.000.

Cabe mencionar que la evaluación económica se realizó pensado en el impacto inicial que tendrían las distintas mejoras presentadas, enfocándose en la migración a un sistema virtual de control de la información médica, más cabe destacar que se presentan ahorros en temas de bodegaje, que es en donde se almacenan las distintas Fichas Clínicas, ahorro en tema de papel, además de recurso humano utilizado. Para mostrar de forma más completa esta información se presenta los beneficios que se han ido obteniendo en instituciones médicas que han migrado a la plataforma virtual SIDRA, específicamente en España.



**Figura V.46: Tendencia en la utilización de papel en documentos médicos.**

*Fuente: Mapa de Tendencia 2012. Fundació TicSalut. Departament de Salut.*

Otro claro ejemplo es la disminución de los recursos humanos que obtiene como beneficio, además de la reducción en tiempo que se utiliza en el manejo, traslado y almacenamiento de la distinta documentación, así como la organización de la información tanto de las citas. Todo esto se puede apreciar en la siguiente esquematización también comparado con instituciones médicas presentes en España en donde ya se ha ido implementando este sistema, cabe mencionar que en periodos de tiempo muy similares al cual se comenzó a implementar en Chile.

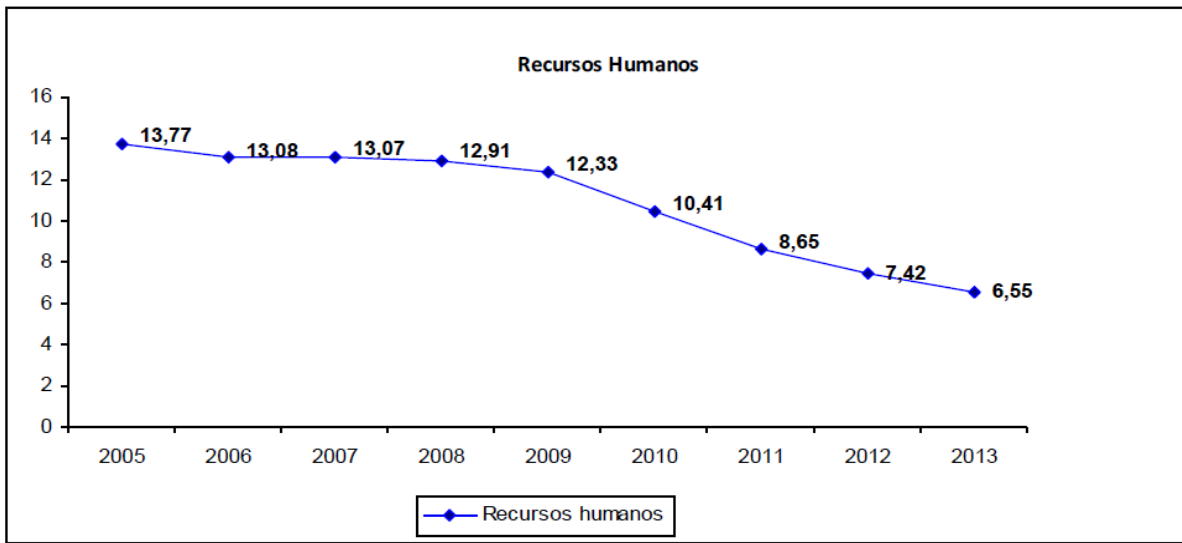


Figura V.47: Reducción de recurso humano en Unidad de Archivo.

Fuente: Fundació TicSalut. Departament de Salut.

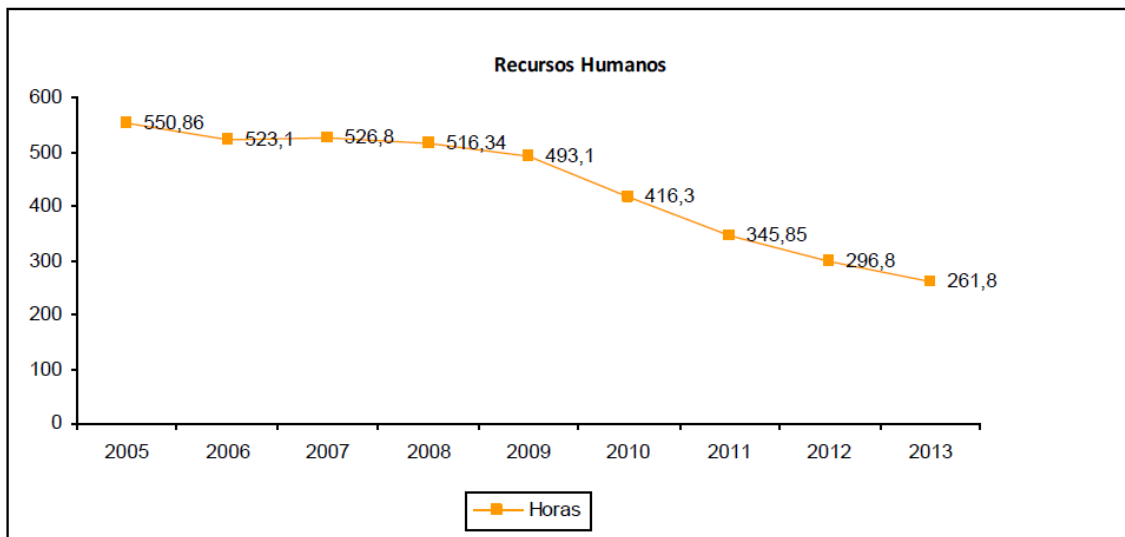


Figura V.48: Reducción de horas utilizadas en manejo de archivos.

Fuente: Fundació TicSalut. Departament de Salut.

Para finalizar y como conclusión final se puede decir que el presente trabajo de título se enfocó en buscar soluciones a temas específicos que hacían peligrar la actual acreditación que posee el Hospital de Quilpué. Por lo que se recomienda seguir las sugerencias entregadas y adaptar los formatos de planes de mejora presentados.

## Bibliografía

- Besterfield, D. (2009). *Control de calidad*. México: Pearson Educación.
- Castro, M., García, M., Oyola, L., Raez, L., Vivar, L. (2003). *Sistemas de Indicadores de Calidad I*. [en línea]. Perú. Recuperado de:  
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/indata/Vol6\\_n2/pdf/sistema.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/indata/Vol6_n2/pdf/sistema.pdf)
- Decreto Supremo N° 15 (2007). Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales. Ministerio de salud. Diario Oficial de la República de Chile.
- Escribano, J., Martínez, J., Ruiz, P. (2006). *Gestión de procesos en el Hospital Universitario 12 de Octubre*. [En línea]. Madrid. Recuperado de:  
<http://www.doctorsandmanagers.net/adjuntos/19.1-261v4n2a13091835pdf001.pdf>
- Evans, J., Lindsay, W., Sánchez Fragoso, F. and Haaz Díaz, G. (2008). *Administración y control de la calidad*. México, D.F.: CENGAGE learning.
- Gobierno de Chile (2010). *Indicadores de calidad: Criterios para la definición de umbrales*. [en línea]. Recuperado de:  
[http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articles-6697\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articles-6697_recurso_1.pdf)
- Galloway, D. (1998). *Mejora continua de procesos*. Barcelona: Gestión 2000
- Heredia, J. (2001). *Sistema de indicadores para la mejora y el control integrado de la calidad de los procesos*. [Castellón de la Plana]: Universitat Jaume I.
- Hospital de Quilpué (2015). *Cuenta Pública participativa*. Recuperado de:  
<http://www.hospitalquilpue.cl/wp-content/uploads/2016/04/Revista-Cuenta-P%C3%BAblica.pdf>
- Hospital de Quilpué (2011). *Plan Estratégico Periodo 2011-2016*. [en línea]. Recuperado de:  
[http://hospitalquilpue.cl/documentos/PlanificacionE/PlanEstrategico\\_2011\\_2016.pdf](http://hospitalquilpue.cl/documentos/PlanificacionE/PlanEstrategico_2011_2016.pdf)
- Ilustre Municipalidad de Quilpué (2015). *Plan Comunal de Salud*. Recuperado de:  
<http://www.cmq.cl/site/doc/plancomunalsalud2015.pdf>
- Makey, J., Noreen, E., Smith, D. (1995). *Apéndice: Introducción a los Procesos de Razonamiento*. [en línea]. Recuperado de:  
<http://estrategiafocalizada.com/enfoque/Introduccion%20a%20los%20procesos%20de%20pensamiento.pdf>
- Miers, D., Ph, D., White, S. (2009). *Guía de Referencia y Modelado BPMN*. [en línea]. Recuperado de:  
<http://users.dcc.uchile.cl/~nbaloian/DSS-DCC/Software/ModeladoBPMN.pdf>
- Mondagrón, A., (2002). *Que son los Indicadores*. [en línea]. Recuperado de:

[http://www.orion2020.org/archivo/sistema\\_mec/10\\_indicadores2.pdf](http://www.orion2020.org/archivo/sistema_mec/10_indicadores2.pdf)

Norma Internacional ISO 9001:2000(2000).[En línea]. Recuperado de:

<http://www.chospab.es/calidad/archivos/Documentos/NormalInternacionalISO9001.pdf>

Parasuraman,A.,Valarie, A.,Zeithaml and Leonard L. Berry (1985).A conceptual Model of Service Quality and Its Implications for future Reserch.Journal Of Marketing. Vol.49,pp. 41-50.

Summers, D. (2006). *Administración de la calidad*. México: Pearson Educación.

Superintendencia de Salud (2009).Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta. [en línea]. Recuperado de:

[http://www.supersalud.gob.cl/568/articles-4530\\_Manual\\_AA\\_pdf.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/568/articles-4530_Manual_AA_pdf.pdf)

# Anexos

## **Anexos 1: Norma Internacional ISO 9001:2000**

### **Campo de Aplicación**

Todos los requisitos de esta Norma Internacional son genéricos y se pretende que sean aplicables a todas las organizaciones, sin importar su tipo, tamaño y producto suministrado.

Cuando uno o varios requisitos de esta Norma Internacional no se puedan aplicar debido a la naturaleza de la organización y de su producto, pueden considerarse para su exclusión.

Cuando se realicen exclusiones, no se podrá alegar conformidad con esta Norma Internacional a menos que dichas exclusiones queden restringidas a los requisitos expresados en el capítulo 7 y que tales exclusiones no afecten a la capacidad o responsabilidad de la organización para proporcionar productos que cumplir con los requisitos del cliente y los reglamentarios aplicables.

### **Responsabilidad de la Dirección**

Compromiso de la Dirección:

- a) Comunicando a la organización la importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente como los legales y reglamentarios.
- b) Estableciendo la política de la calidad.
- c) Asegurando que se establecen los objetivos de la calidad.
- d) Llevando a cabo las revisiones por la dirección.
- e) Asegurando la disponibilidad de recursos.

### **Política de la calidad**

La alta dirección debe asegurarse de que la política de la calidad:

- a) Es adecuada al propósito de la organización.
- b) Incluye un compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad.
- c) Proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad.
- d) Es comunicada y entendida dentro de la organización.
- e) Es revisada para su continua adecuación.

## **Planificación**

### **Generalidades:**

La alta dirección debe, a intervalos planificados, revisar el sistema de gestión de la calidad de la organización, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continuas. La revisión debe incluir la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el sistema de gestión de la calidad, incluyendo la política de la calidad y los objetivos de la calidad.

Información para la revisión:

La información de entrada para la revisión por la dirección debe incluir

- a) Resultados de auditorías.
- b) Retroalimentación del cliente.
- c) Desempeño de los procesos y conformidad del producto.
- d) Estado de las acciones correctivas y preventivas.
- e) Acciones de seguimiento de revisiones por la dirección previas.
- f) Cambios que podrían afectar al sistema de gestión de la calidad.
- g) Recomendaciones para la mejora.

### **Recursos Humanos**

Competencia, toma de conciencia y formación

La organización debe:

- a) Determinar la competencia necesaria para el personal que realiza trabajos que afectan a la calidad del producto.
- b) Proporcionar formación o tomar otras acciones para satisfacer dichas necesidades.
- c) Evaluar la eficacia de las acciones tomadas.
- d) Asegurarse de que su personal es consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de la calidad.
- e) Mantener los registros apropiados de la educación, formación, habilidades y experiencia.

### **Medición, Análisis y Mejora**

#### **Satisfacción del Cliente:**

Como una de las medidas del desempeño del sistema de gestión de la calidad, la organización debe realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la organización. Deben determinarse los métodos para obtener y utilizar dicha información.

**Seguimiento y Medición de los Procesos:**

La organización debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento, y cuando sea aplicable, la medición de los procesos del sistema de gestión de la calidad. Estos métodos deben demostrar la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados. Cuando no se alcancen los resultados planificados, deben llevarse a cabo correcciones y acciones correctivas, según sea conveniente, para asegurarse de la conformidad del producto.

**Mejora continua:**

La organización debe mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección.

**Acción correctiva:**

La organización debe tomar acciones para eliminar la causa de no conformidades con objeto de prevenir que vuelva a ocurrir. Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.

**Acción preventiva:**

La organización debe determinar acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia. Las acciones preventivas deben ser apropiadas a los efectos de los problemas potenciales.

## **Anexo 2: Extracto de Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud Decreto Supremo n° 15, de 2007, del Ministerio de Salud**

### **Título I**

#### **NORMAS GENERALES**

**Artículo 1°.-** La acreditación de los prestadores institucionales de salud autorizados, públicos y privados, se efectuará en conformidad con el presente reglamento. Dicho proceso estará destinado a evaluar el cumplimiento, por parte de aquellos prestadores institucionales que se sometan a él, de los estándares fijados con el objeto de velar porque las prestaciones que otorgan revistan la calidad necesaria para resguardar la seguridad de sus usuarios.

**Artículo 2°.-** Para los efectos de este reglamento, se entenderá por:

**Acreditación:** El proceso periódico de evaluación respecto del cumplimiento de los estándares mínimos fijados por el Ministerio de Salud, en ejercicio de la atribución que le confiere el artículo 4° N° 11, del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, por parte de los prestadores institucionales autorizados por la autoridad sanitaria para funcionar, tales como hospitales, clínicas, consultorios, centros médicos y laboratorios.

## Anexo 3: Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta

### Concepto de Ámbito, Componentes, Características y Verificadores

El ámbito contiene en su definición los alcances de política pública sanitaria para el otorgamiento de una atención de salud que cumpla condiciones mínimas de seguridad.

Los componentes constituyen el primer nivel de desagregación del ámbito y proveen definiciones de aspectos más operacionales que contribuyen a cumplir con la intención del ámbito.

Las características desagregan el componente en espacios menores de análisis en la evaluación. Son los requerimientos específicos de gestión sanitaria que se evalúan en cada componente, especificando lo que se busca evaluar.

Los verificadores son los requisitos específicos que se deben medir para calificar el cumplimiento de cada característica. La evaluación de detalle del prestador se expresará en una tabla de trabajo de campo en la que se valorarán los elementos medibles requeridos en determinados puntos de constatación.

### Características Obligatorias

1. Para obtener su acreditación por el presente Estándar, el prestador evaluado deberá haber dado, en todo caso, debido y obligatorio cumplimiento a las siguientes características, siempre que le fueren aplicables, según las siguientes reglas:

Ámbito	Característica	Denominación
Respeto a la Dignidad del Paciente	DP 1.1	Instrumento de difusión de derechos de los pacientes.
	DP 4.1	Regulación de actividades docentes de pre grado.
Gestión de la Calidad	CAL 1.1	Programa de mejoría continua de la calidad a nivel institucional.
Gestión Clínica	GCL 1.2	Sistema de selección de pacientes para cirugía mayor ambulatoria.
	GCL 1.4	Uso de anticoagulantes orales.
	GCL 1.8	Procedimientos de registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias.
Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención	AOC 1.1	Procedimiento de alerta y organización de la atención de emergencia.
	AOC 2.1	Sistema de derivación de pacientes.
Competencias del Recurso Humano	RH 1.1	Certificados de título de médicos y cirujanos dentistas con funciones permanentes o transitorias.
	RH 1.2	Certificados de título de técnicos y profesionales de la salud con funciones permanentes o transitorias.
Registros	REG 1.1	Sistema de ficha clínica.
Seguridad del Equipamiento	EQ 2.1	Se ejecuta un programa de mantenimiento preventivo que incluye los equipos críticos para la seguridad de los pacientes.

Fuente: Manual Estándar de Acreditación Sistema Salud Abierta.

*Fuente: Manual Estándar de Acreditación Sistema Salud Abierta.*

2. Una vez constatado el debido cumplimiento de las características obligatorias antes señaladas, la Entidad Acreditadora observará las siguientes reglas:

a. Declarará cuál fue el total de características aplicables a la evaluación efectuada.

b. Declarará si se han cumplido todas las características de obligatorio cumplimiento que hayan sido aplicables al prestador evaluado.

c. Acto seguido, cuantificará cuál fue el total de características cumplidas y qué porcentaje del total antes señalado éstas representan.

3. Si cualesquiera de las características obligatorias señaladas en el Item 1 precedente no fuere cumplida debidamente, la Entidad Acreditadora denegará la acreditación, sin perjuicio de concluir completa y debidamente el Informe del respectivo proceso de acreditación.

4. Si se han cumplido todas las características de obligatorio cumplimiento, la Entidad Acreditadora otorgará o denegará la Acreditación, o la concederá con observaciones, siempre que, en este último caso, se hubieren cumplido con las formalidades y normas previstas en el reglamento, según las siguientes reglas:

a. Si el prestador institucional aspirare a su primera acreditación, se le exigirá:

i. Para acreditar: el cumplimiento del 50% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación.

ii. Para acreditar con observaciones: haber cumplido todas las características obligatorias según las reglas precedentes.

b. Si el prestador hubiere sido previamente acreditado por el umbral señalado en la letra a.i y aspirare a una segunda acreditación, se le exigirá:

i. Para acreditar: el cumplimiento del 70% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación.

ii. Para acreditar con observaciones: el cumplimiento del 50% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación.

c. Si el prestador hubiere sido precedentemente acreditado por haber cumplido el umbral señalado en la letra b.i precedente y aspirare a una tercera acreditación, se le exigirá:

i. Para acreditar: el cumplimiento del 95% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación.

ii. Para acreditar con observaciones: el cumplimiento del 70% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación.

## **2º Ámbito: Gestión de la Calidad (CAL)**

El prestador institucional cuenta con política y programa orientados a garantizar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a los pacientes.

**Componente CAL-1**

El prestador institucional cuenta con políticas de calidad de nivel estratégico y una estructura organizacional que es responsable de liderar las acciones de mejora continua de la calidad.

**Característica**

CAL-1.1 Existe una política explícita de mejoría continua de la calidad y un programa de trabajo estructurado que incluye evaluación anual de los aspectos más relevantes relacionados con la seguridad de los pacientes.

**6° Ámbito: Registros (REG)**

El prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de registro de datos clínicos y administrativos de los pacientes.

**Componente REG-1**

El prestador institucional utiliza un sistema formal de Ficha Clínica.

**Características**

REG-1.1 El prestador institucional cuenta con Ficha Clínica única. Umbral de Cumplimiento exigido 100%.

REG-1.2 El prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de registros clínicos. Umbral de Cumplimiento exigido 75%.

REG-1.3 El prestador institucional entrega al paciente por escrito información relevante sobre las prestaciones realizadas e indicaciones de seguimiento. Umbral de Cumplimiento exigido 75%.

REG-1.4 Se aplican procedimientos establecidos para evitar pérdidas, mantener la integridad de los registros y su confidencialidad, por el tiempo establecido en la regulación vigente. Umbral de Cumplimiento exigido 66%.

<b>Elementos medibles REG 1.1 ATENCIÓN ABIERTA y CERRADA</b>	Dirección o gerencia del prestador	General
<b>Se describe en un documento de carácter institucional la existencia de ficha clínica única e individual y su manejo.*</b>		
<b>Se constata la existencia de ficha clínica única e individual en hospitalización.</b>		
<b>*Se aceptará excepcionalmente la existencia de ficha clínica psiquiátrica separada.</b>		

Fuente: Manual Estándar de Acreditación Sistema Salud Abierta.

<b>Elementos medibles REG 1.2 ATENCIÓN ABIERTA</b>	Dirección o gerencia del prestador	Pabellones de CMA	Consultas ambulatorias	U R G	Dental	Posta Rural
Se describe en documento de carácter institucional las características de los registros clínicos que contempla: -Responsables del llenado y contenidos mínimos a llenar por cada registro -Legibilidad Debe incluir al menos los registros de : oProtocolo operatorio. oProtocolo de anestesia. oRegistro de consultas profesionales oAtención dental oInterconsultas oAtención de Urgencia						
Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.						
Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.						
Se constata legibilidad y contenidos mínimos de: protocolo operatorio.						

Fuente: Manual Estándar de Acreditación Sistema Salud Abierta.

<b>Elementos medibles REG 1.3 ATENCIÓN ABIERTA</b>	<b>PAB de CMA</b>	<b>PRO endoscó picos</b>	<b>A P R</b>	<b>A P Q</b>	<b>API*</b>	<b>U R G</b>
<p>Se describe en un documento de carácter institucional los informes que deben ser entregados al paciente respecto a las prestaciones realizadas en al menos las siguientes ocasiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Cirugía mayor ambulatoria</li> <li>-Alta de tratamiento de radioterapia y/o quimioterapia</li> <li>-Atención de urgencia</li> <li>-Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios</li> </ul> <p>Se describe además los contenidos mínimos de los informes a entregar, los que deben incluir: diagnóstico, procedimiento(s) realizados e indicaciones. Y se han designado responsables de su aplicación.</p> <p>Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.</p>						
Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.						

Fuente: Manual Estándar de Acreditación Sistema Salud Abierta.

<b>Elementos medibles REG 1.4 ATENCIÓN ABIERTA y CERRADA</b>	<b>Archivo*</b>
Se describe en documento (s) los procedimientos de entrega, recepción y conservación de fichas clínicas y se ha designado los responsables de su aplicación.	
Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento	
Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.	

\* U otra Unidad donde se realizan los procedimientos de custodia, entrega y recepción de fichas clínicas.

Fuente: Manual Estándar de Acreditación Sistema Salud Abierta.

### Anexo 4: Encuesta Servqual de Percepción

	Total desacuerdo	Desacuerdo	Neutral	Acuerdo	Total acuerdo
1. cuenta con un equipamiento de aspecto moderno.					
2. Las instalaciones físicas son de fácil acceso y cómodas					
3. El personal de atención tiene un buen trato hacia Usted					
4. En el Box de atención usted ve que el médico cuenta con su Ficha Clínica y su historial médico.					
5. Cuando le dan hora de atención médica el Servicio cumple con la atención.					
6. Cuando tiene un problema, demuestran interés en solucionarlo.					
7. Confía en la historia médica que dispone el médico al realizar su atención.					
8. Le entregan toda la información ya sea, diagnostico, y procedimientos a realizar.					
9. De acuerdo a su conocimiento médico personal, cree que su historial médico está erróneo.					
10. El personal de atención le comunican con exactitud cuándo se llevarán a cabo los servicios.					
11. El personal de atención le proporcionan un servicio rápido.					
12. El personal de atención siempre están dispuestos a ayudarlo.					
13. El personal de atención responde a sus preguntas.					
14. El personal de atención le inspira confianza.					
15. Se siente seguro con la privacidad de su historial médico (Ficha Clínica)					
16. Se siente seguro con el diagnostico que entrega el médico o profesional a cargo.					
17. El personal de atención tienen los conocimientos necesarios para contestar a sus preguntas.					
18. El personal de atención le proporciona atención individualizada.					
19. Los horarios de apertura o atención adecuados para los pacientes.					
20 El profesional médico le explica de forma clara la información ingresada a su Ficha Clínica y le entrega las indicaciones de forma que usted entienda.					
21. El personal de atención se interesa por					

actuar del modo más conveniente para usted. 22. El personal de atención comprenden sus necesidades específicas.					
--	--	--	--	--	--

*Fuente: Elaboración propia.*

## Resultados Encuesta de Percepción Consultorio Adosado de Especialidades

Nº. Pregunta*	T.D**	D**	N**	A**	T.A**	Total**	Promedio**	% de Satisfacción**	Nivel Satisfacción**
1*	8**	0**	4**	12**	16**	40**	3,7**	74**	Satisfecho**
2*	8**	0**	8**	16**	8**	40**	3,4**	68**	Satisfecho**
3*	4**	0**	0**	0**	36**	40**	4,6**	92**	Totalmente Satisfecho**
4*	0**	8**	0**	0**	32**	40**	4,4**	88**	Totalmente Satisfecho**
5*	0**	4**	4**	4**	28**	40**	4,4**	88**	Totalmente Satisfecho**
6*	8**	12**	8**	4**	8**	40**	2,8**	56**	Neutro**
7*	8**	4**	4**	0**	24**	40**	3,7**	74**	Satisfecho**
8*	4**	0**	0**	0**	36**	40**	4,6**	92**	Totalmente Satisfecho**
9*	12**	0**	0**	0**	28**	40**	3,8**	76**	Satisfecho**
10*	4**	0**	0**	0**	36**	40**	4,6**	92**	Totalmente Satisfecho**
11*	0**	0**	0**	0**	40**	40**	5,0**	100**	Totalmente Satisfecho**
12*	20**	4**	4**	4**	8**	40**	2,4**	48**	Neutro**
13*	8**	0**	8**	0**	24**	40**	3,8**	76**	Satisfecho**
14*	8**	0**	16**	0**	16**	40**	3,4**	68**	Satisfecho**
15*	0**	4**	8**	8**	20**	40**	4,1**	82**	Totalmente Satisfecho**
16*	0**	0**	8**	0**	32**	40**	4,6**	92**	Totalmente Satisfecho**
17*	8**	4**	4**	0**	24**	40**	3,7**	74**	Satisfecho**
18*	4**	0**	8**	4**	24**	40**	4,1**	82**	Totalmente Satisfecho**
19*	4**	4**	0**	16**	16**	40**	3,9**	78**	Satisfecho**
20*	16**	4**	0**	8**	12**	40**	2,9**	56**	Neutro**
21*	4**	0**	12**	8**	16**	40**	3,8**	76**	Satisfecho**
22*	12**	4**	12**	0**	12**	40**	2,9**	56**	Neutro**

Fuente: Elaboración propia.

## Resultados Encuesta de Percepción Dental y Kinesiología

Nº. Pregunta*	T.D*	D*	N*	A*	T.A*	Total*	Promedio*	% de Satisfacción*	Nivel Satisfacción*
1*	6*	9*	6*	24*	15*	60*	3,55*	71*	Satisfecho*
2*	6*	6*	9*	18*	21*	60*	3,7*	74*	Satisfecho*
3*	3*	6*	3*	6*	42*	60*	4,3*	86*	Totalmente Satisfecho*
4*	6*	3*	3*	9*	39*	60*	4,2*	84*	Totalmente Satisfecho*
5*	3*	6*	3*	15*	33*	60*	4,15*	83*	Totalmente Satisfecho*
6*	12*	12*	0*	6*	30*	60*	3,5*	70*	Satisfecho*
7*	6*	15*	6*	3*	30*	60*	3,6*	72*	Satisfecho*
8*	3*	6*	0*	15*	36*	60*	4,25*	85*	Totalmente Satisfecho*
9*	6*	15*	12*	15*	12*	60*	3,2*	64*	Satisfecho*
10*	3*	0*	9*	0*	48*	60*	4,5*	90*	Totalmente Satisfecho*
11*	6*	12*	9*	6*	27*	60*	3,6*	72*	Satisfecho*
12*	21*	12*	12*	3*	12*	60*	2,55*	51*	Neutro*
13*	9*	12*	6*	15*	18*	60*	3,35*	67*	Satisfecho*
14*	6*	9*	18*	0*	27*	60*	3,55*	71*	Satisfecho*
15*	0*	9*	21*	6*	24*	60*	3,75*	75*	Satisfecho*
16*	0*	0*	12*	12*	36*	60*	4,4*	88*	Totalmente Satisfecho*
17*	6*	9*	3*	24*	18*	60*	3,65*	73*	Satisfecho*
18*	3*	0*	9*	18*	30*	60*	4,2*	84*	Totalmente Satisfecho*
19*	12*	3*	12*	15*	18*	60*	3,4*	68*	Satisfecho*
20*	9*	6*	0*	21*	24*	60*	3,75*	75*	Satisfecho*
21*	3*	9*	9*	21*	18*	60*	3,7*	74*	Satisfecho*
22*	12*	12*	9*	0*	27*	60*	3,3*	66*	Satisfecho*

Fuente: Elaboración propia.

## Anexo 5: Encuesta Servqual Expectativas

	Total desacuerdo	Desacuerdo	Neutral	Acuerdo	Total acuerdo
1. La apariencia de los equipos de una organización excelente es moderna.					
2. Las instalaciones físicas de una organización excelente son visualmente atractivas					
3. La presentación de los empleados de una organización excelente es buena					
4. Los materiales (folletos o catálogos) asociados con el servicio de una organización excelente son visualmente atractivos.					
5. Una organización excelente tiene los horarios apertura o atención adecuados para los pacientes.					
6. Cuando una organización excelente promete hacer algo en un tiempo determinado, lo cumple					
7. Cuando un cliente tiene un problema, una organización excelente demuestra real interés e resolverlo					
8. Una organización excelente desempeña el servicio de manera correcta a la primera vez.					
9. Una organización excelente proporciona sus servicios en la oportunidad en que promete hacerlo					
10. Una organización excelente mantiene informados a los clientes sobre el momento en que se van a desempeñar los servicios.					
11. Los empleados de una organización excelente brindan el servicio con prontitud a los clientes.					
12. los empleados de una organización excelente siempre están dispuestos a ayudar a los clientes					
13. los empleados de una organización excelente nunca están ocupados para atender a los clientes.					
14. los empleados de una organización excelente responden a las preguntas de los clientes					
15. El comportamiento del personal de una organización excelente le inspira confianza.					
16. El cliente se debe sentir seguro con las acciones de privacidad					
17. Los empleados de una organización excelente tratan a los clientes con cortesía					
18. Los empleados de una organización excelente tienen los conocimientos necesarios para contestar a sus preguntas.					

19. Los empleados de una organización excelente le proporciona atención individualizada.					
20 Los empleados de una organización excelente le explica todo de forma que entienda el cliente					
21. Los empleados de una organización excelente se interesa por actuar del modo más conveniente para el cliente					
22. Los empleados de una organización excelente comprenden las necesidades específicas de los clientes					

*Fuente: Elaboración propia.*

## Resultados Encuesta Expectativas

Nº Preguntas	T.D	D	N	A	T.A	Total	Promedio	% de Satisfacción	Nivel Satisfacción
1	x	x	6	12	12	30	4,2	84,00	Totalmente Satisfecho
2	x	x	3	15	12	30	4,3	86,00	Totalmente Satisfecho
3	x	x	x	10	20	30	4,67	93,40	Totalmente Satisfecho
4	x	x	x	3	27	30	4,9	98,00	Totalmente Satisfecho
5	x	x	x	x	30	30	5	100,00	Totalmente Satisfecho
6	x	1	x	5	24	30	4,73	94,60	Totalmente Satisfecho
7	x	x	x	3	27	30	4,9	98,00	Totalmente Satisfecho
8	x	x	5	5	20	30	4,5	90,00	Totalmente Satisfecho
9	x	x	x	5	25	30	4,83	96,60	Totalmente Satisfecho
10	x	x	5	10	15	30	4,33	86,60	Totalmente Satisfecho
11	x	x	x	12	18	30	4,6	92,00	Totalmente Satisfecho
12	x	x	x	5	25	30	4,83	96,60	Totalmente Satisfecho
13	x	x	1	2	27	30	4,87	97,40	Totalmente Satisfecho
14	x	x	x	x	30	30	5	100,00	Totalmente Satisfecho
15	x	x	1	2	27	30	4,87	97,40	Totalmente Satisfecho
16	x	x	4	2	24	30	4,67	93,40	Totalmente Satisfecho
17	x	x	x	10	20	30	4,67	93,40	Totalmente Satisfecho
18	x	x	1	1	28	30	4,9	98,00	Totalmente Satisfecho
19	x	x	x	3	27	30	4,9	98,00	Totalmente Satisfecho
20	x	x	x	2	28	30	4,93	98,60	Totalmente Satisfecho
21	x	x	x	1	29	30	4,97	99,40	Totalmente Satisfecho
22	x	x	x	x	30	30	5	100,00	Totalmente Satisfecho

Fuente: Elaboración propia.