



**UNIVERSIDAD DE VALPARAISO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS**  
**CARRERA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

“La Planificación Estratégica y su relación con los resultados de la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso. Periodo 2007-2011”

**TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE**  
**ADMINISTRADOR PUBLICO Y AL GRADO DE LICENCIADO EN**  
**ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

Alumno

**Claudio Sebastián Silva Miranda**

Profesor Guía

**María Angélica Piñones Santana**

Valparaíso, Enero 2012

## **AGRADECIMIENTOS**

*En primer lugar agradezco a Dios por la oportunidad de terminar este importante ciclo. En segundo lugar agradezco a mis padres, Claudio y María por el apoyo incondicional, cariño y preocupación constante. Y por último agradezco a mi profesora guía, académicos y todas aquellas personas que ayudaron a la realización de esta investigación.*

## INDICE

RESUMEN.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPITULO I: MARCO REFERENCIAL .....	9
Primera Parte.....	9
1.1 Planificación Estratégica.....	9
1.2 Planificación Estratégica en el Ámbito Público .....	10
1.3 Componentes de la Planificación Estratégica.....	11
1.3.1 Fases del proceso de Planificación Estratégica .....	12
1.3.1.1 Misión.....	12
1.3.1.2 Visión.....	13
1.3.1.3 Objetivos.....	14
1.3.1.3.1 Diagnóstico .....	15
1.3.1.3.2 Redacción de los Objetivos Estratégicos (OE) .....	16
1.3.1.4 Estrategias y Planes de Acción .....	17
1.3.1.4.1 Planes de Acción .....	17
1.3.1.5 Indicadores de Desempeño.....	18
1.3.1.5.1 Indicadores para el Sector Público .....	19
1.4 Control de Gestión.....	20
1.4.1 Cuadro de Mando Integral .....	22
1.4.1.1 Perspectivas del Cuadro de Mando Integral.....	23
1.4.1.2 Feedback estratégico .....	25
Segunda parte: Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias .....	26
1.5 Contexto Histórico OIRS.....	26
1.6 Aspectos Legales.....	27
1.7 Misión OIRS.....	29
1.8 Funciones OIRS.....	30
1.9 Espacios de Atención de Usuarios .....	31
1.9.1 Funciones de los Espacios de Atención de Usuarios.....	31
CAPITULO II: MARCO INSTITUCIONAL.....	34

2.1 Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso .....	34
2.2 Reseña Histórica.....	35
2.3 Organigrama.....	36
2.4 Misión.....	36
2.5 Visión .....	36
2.6 Valores.....	37
2.7 Objetivos Estratégicos .....	37
2.8 Marco Normativo.....	37
2.9 Unidad de Atención a las Personas (UAP).....	38
2.9.1 Dependencia .....	38
2.9.2 Misión .....	38
2.9.3 Visión.....	38
2.9.4 Objetivos .....	39
2.9.5 Organigrama.....	40
2.9.6 Personal .....	40
2.9.7 Principales Procesos y Procedimientos .....	40
2.9.7.1 Sección de Atención Directa al Usuario .....	41
2.9.7.2 Estudios de Satisfacción Ciudadana.....	43
2.9.7.3 Sección de Gestión de Opiniones Ciudadanas.....	43
2.9.7.3.1 Gestión de Reclamos .....	44
2.9.7.3.1.1 Categorización de Reclamos.....	45
2.9.7.3.1.2 Gestión del Reclamo Auge .....	47
2.9.7.3.2 Gestión de Felicitaciones.....	49
2.9.7.3.3 Gestión de Solicitudes y Sugerencias .....	49
CAPITULO III: METODOLOGIA .....	51
3.1 Planteamiento del problema: .....	51
3.2 Objetivo General .....	51
3.3 Objetivos Específicos .....	51
3.4 Metodología de Investigación .....	51
3.5 Descripción conceptual de las variables y establecimiento de indicadores a través de los cuales se medirán.....	52
3.6 Información Seleccionada para la Investigación.....	52

3.7 Instrumentos Utilizados.....	52
3.8 Análisis e Interpretación de la Información.....	53
CAPITULO IV: ANALIS E INTERPRETACION DE DATOS.....	54
4.1 Analizar los reclamos de la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso. ....	54
4.2 Análisis de la planificación estratégica del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso .....	74
4.3 Comparar si los objetivos estratégicos del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso se orientan hacia los reclamos de la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias. ....	77
4.4 Determinar si existe una coordinación entre la Unidad de Atención a las Personas y la Unidad de Planificación y Control.....	80
4.5 Sugerencia Plan de Mejoramiento .....	83
4.5.1 Objetivos Reformulados .....	84
4.5.2 Definición de Estrategias.....	84
4.5.3 Indicadores .....	85
4.5.4 Metas Estratégicas Generales (MEG): .....	87
4.5.5 Estándar .....	87
4.5.6 Mapa Estratégico.....	91
CAPITULO V: CONCLUSION .....	92
BIBLIOGRAFIA.....	95
ANEXOS .....	97

## RESUMEN

**"Recuerda que lo más importante respecto a cualquier empresa, es que los resultados no están en el interior de sus paredes. El resultado de un buen negocio es un cliente satisfecho". Peter Drucker**

Lo más importante de una organización es el resultado final que entrega a su población objetivo. De esta forma, el siguiente trabajo de investigación tiene por finalidad analizar la planificación estratégica del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso y determinar su relación con los reclamos de la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS), que corresponden a espacios de comunicación ciudadana que facilitan el contacto con los diferentes servicios del Estado, que deben brindar atención a toda persona que realice gestiones en las entidades públicas, ya sea en el ejercicio de sus derechos o en el cumplimiento de sus deberes, garantizando la oportunidad de acceso sin discriminación. Entre sus funciones está la de "recibir los reclamos que los administrados presenten en relación al órgano, servicio o empresa al que pertenece dicha oficina o respecto de alguno de sus funcionarios, que tengan por objeto representar deficiencias, abusos, faltas, omisiones o cualquier otra irregularidad que afecten al interés personal legítimo del reclamante"<sup>1</sup>.

Para ello es fundamental orientar el estudio hacia una concepción de que las opiniones usuarias son herramientas de gestión y una oportunidad, innegable, para perfeccionar los productos estratégicos, entendidos como prestaciones médicas. De esta forma el estudio se sitúa en la posibilidad de mejorar, a través de la planificación estratégica, la satisfacción usuaria. De tal manera que, para cumplir con ello, es de vital importancia examinar y analizar los reclamos comprendidos entre el año 2007 y el tercer trimestre del año 2011, periodo en el cual se estudia la variabilidad de éstos en conjunto con establecer las más altas categorías que comprenden el descontento de los usuarios y compararla con los lineamientos estratégicos del hospital. Además, se describen recomendaciones de mejoramiento en base a la planificación estratégica.

---

<sup>1</sup> Decreto Supremo N°680 del Ministerio del Interior, de 21 de Septiembre de 1990. Art. 2º, letra d).

## INTRODUCCIÓN

***“Los objetivos no son un destino, son una dirección. No son órdenes, son compromisos. No determinan el futuro; son medios para movilizar los recursos y la energía capaces de crear el futuro” Peter Drucker***

La importancia de contar con una planificación estratégica es proporcionar un esquema sobre las actividades, procesos o acciones a desarrollar para cumplir con los objetivos propuestos por la organización y realizar un monitoreo continuo que sirva como una retroalimentación constante. Bajo esta premisa nace esta investigación de conocer cuál es la relación que existe entre la planificación estratégica del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso con los reclamos de la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS).

Bajo este marco de referencia para la actividad organizacional, que sirve para una mejor conducción del funcionamiento de la organización, se plantea el siguiente problema: “¿Cómo se relaciona la Planificación Estratégica con los reclamos de la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso en el periodo 2007-2011?”, por lo cual el objetivo general de este estudio será el siguiente: Analizar los reclamos de las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso y su relación con la planificación estratégica en el periodo 2007-2011. El cual se deriva en los siguientes objetivos específicos:

1. Analizar los reclamos de la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso.
2. Analizar la planificación estratégica del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso.
3. Comparar si los objetivos estratégicos del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso se orientan hacia los reclamos de la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias.
4. Determinar si existe una coordinación entre la Unidad de Atención a las Personas y la Unidad de planificación.

El capítulo I de la investigación centra su atención en la teoría sobre la planificación estratégica (P.E) y sus componentes, tales como la misión, visión, objetivos estratégicos, estrategias y plan de acción e indicadores de desempeño, definiendo un herramienta muy utilizada dentro de la P.E. como lo es el control de gestión. Y al mismo tiempo sobre los aspectos legales y el funcionamiento de las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias, tanto el decreto que crea su funcionamiento como la ley 19.880 que establece bases de los procedimientos administrativos. Además se especifica las funciones de los espacios de atención de usuarios.

En el capítulo II se desarrolla el marco institucional del Hospital Carlos Van Buren junto con la especificación de la unidad en la cual está basada el estudio, la cual corresponde a la Unidad de Atención a las Personas, unidad encargada de canalizar los reclamos dirigidos al hospital. En este capítulo se describen todos los procedimientos relacionados con las solicitudes ciudadanas, entendidas como felicitaciones, reclamos o sugerencias.

El capítulo III se orienta al desarrollo de esta investigación mixta ya que posee elementos cuantitativos en su mayoría, pero al mismo tiempo se integran elementos cualitativos, aplicando una metodología descriptiva-explicativa, en la cual se especifica el planteamiento del problema junto, junto con el objetivo general y el desarrollo de cada objetivo específico.

El capítulo IV toma atención al desarrollo de cada objetivo específico, como el análisis de los reclamos del Hospital Carlos Van Buren en el periodo 2007-2011, de la planificación estratégica, la relación entre los lineamientos estratégicos y los reclamos y por último, la relación de coordinación entre la Unidad de Atención a las Personas con la Unidad de Planificación y Control. Al mismo tiempo se describe un plan de mejoramiento en base a la planificación estratégica.

Mientras que en el capítulo V, y último, se abordan las conclusiones respecto de esta investigación y la relación del estudio con la Administración Pública.

## CAPITULO I: MARCO REFERENCIAL

### Primera Parte.

#### 1.1 Planificación Estratégica.

Según la guía metodológica: Planificación Estratégica en los Servicios Públicos indica que “planificar es prever y decidir hoy las acciones que nos pueden llevar desde el presente hasta un futuro deseable. No se trata de hacer predicciones acerca del futuro sino de tomar las decisiones pertinentes para que ese futuro ocurra”. (*Guía Metodológica: Planificación Estratégica en los Servicios Públicos, Dirección de Presupuestos del Gobierno de Chile, p.5*)

Y del mismo modo establece que “históricamente el concepto de estrategia ha estado ligado a la dirección de operaciones militares destinadas a lograr objetivos preestablecidos. Obviamente en este caso se la relaciona, más bien, con un conjunto de decisiones y criterios por los cuales una organización se orienta hacia la obtención de determinados objetivos”. (*Ibíd., p.5*)

De esta forma la “Planificación Estratégica es una poderosa herramienta de diagnóstico, análisis, reflexión y toma de decisiones colectivas, en torno al quehacer actual y al camino que deben recorrer en el futuro las organizaciones e instituciones, para adecuarse a los cambios y a las demandas que les impone el entorno y lograr el máximo de eficiencia y calidad de sus prestaciones”. (*Ibíd., p.5*)

Como lo indica Marianela Armijo<sup>2</sup> la Planificación Estratégica, (PE), es una herramienta de gestión que permite apoyar la toma de decisiones de las organizaciones en torno al quehacer actual y al camino que deben recorrer en el futuro para adecuarse a los cambios y a las demandas que les impone el entorno y lograr la mayor eficiencia, eficacia y calidad en los bienes y servicios que se proveen.

Desde un punto metodológico, la planificación estratégica consiste en un ejercicio de formulación y establecimiento de objetivos de carácter prioritario, cuya característica principal es el establecimiento de los cursos de acción (estrategias) para alcanzar dichos objetivos. Desde esta perspectiva la PE es una herramienta clave para la toma de decisiones de las instituciones públicas. (*Marianela Armijo, Planificación Estratégica e*

---

<sup>2</sup>Pertenece al Área de Políticas Presupuestarias y de Gestión Pública del Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES) de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

*Indicadores de Desempeño en el Sector Público, Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social – ILPES, CEPAL, Santiago de Chile, junio de 2011, p.15)*

Según Fernando Sánchez<sup>3</sup> la PE es el instrumento de gobierno, que disponen las sociedades civilizadas, para definir la “carta de navegación” de la nación. Ésta precisa, jerarquiza y establece prioridades respecto de las razones de interés público, que los ciudadanos han invocado, para entregar atribuciones a los poderes públicos; y por tanto, define, la estrategia, las políticas, las metas y los objetivos.

El “sueño del buen gobierno” sólo es posible si existe un amplio respaldo al “proyecto nacional”; si existe planificación; una eficaz estrategia o “carta de navegación” con políticas explícitas; una gestión evaluada por objetivos y resultados y sobre todo “rendición de cuentas”. *(Fernando Sánchez Albavera, Planificación Estratégica y Gestión Pública por Objetivos, Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social – ILPES, CEPAL, Santiago de Chile de 2003, p. 16)*

Además agrega que, La planificación es un instrumento para dar coherencia a los diversos actos de gobierno que se explican por la manera en que han sido configuradas las razones de interés público, que los ciudadanos han incluido en la carta constitucional que los une y los afirma como nación. La única y exclusiva razón de la planificación es la de pensar antes de actuar, o lo que es lo mismo, tomar las providencias del caso para que dichas razones sean alcanzadas. *(Ibíd., p. 16)*

## **1.2 Planificación Estratégica en el Ámbito Público**

La planificación estratégica apoya la toma decisiones en diferentes niveles gubernamentales y los enfoques metodológicos son variados. Según Marianela Armijo, las mejores prácticas en el uso de la PE en el ámbito público enfatizan la necesidad de que la técnica utilizada se apegue a ciertos requisitos.

Entre los cuales destaca una:

- Participación de los responsables de los programas, áreas o divisiones que tienen a cargo la producción de los bienes y servicios.

---

<sup>3</sup> Asesor Especial del Secretario Ejecutivo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), bajo la coordinación de la Dirección del Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES)

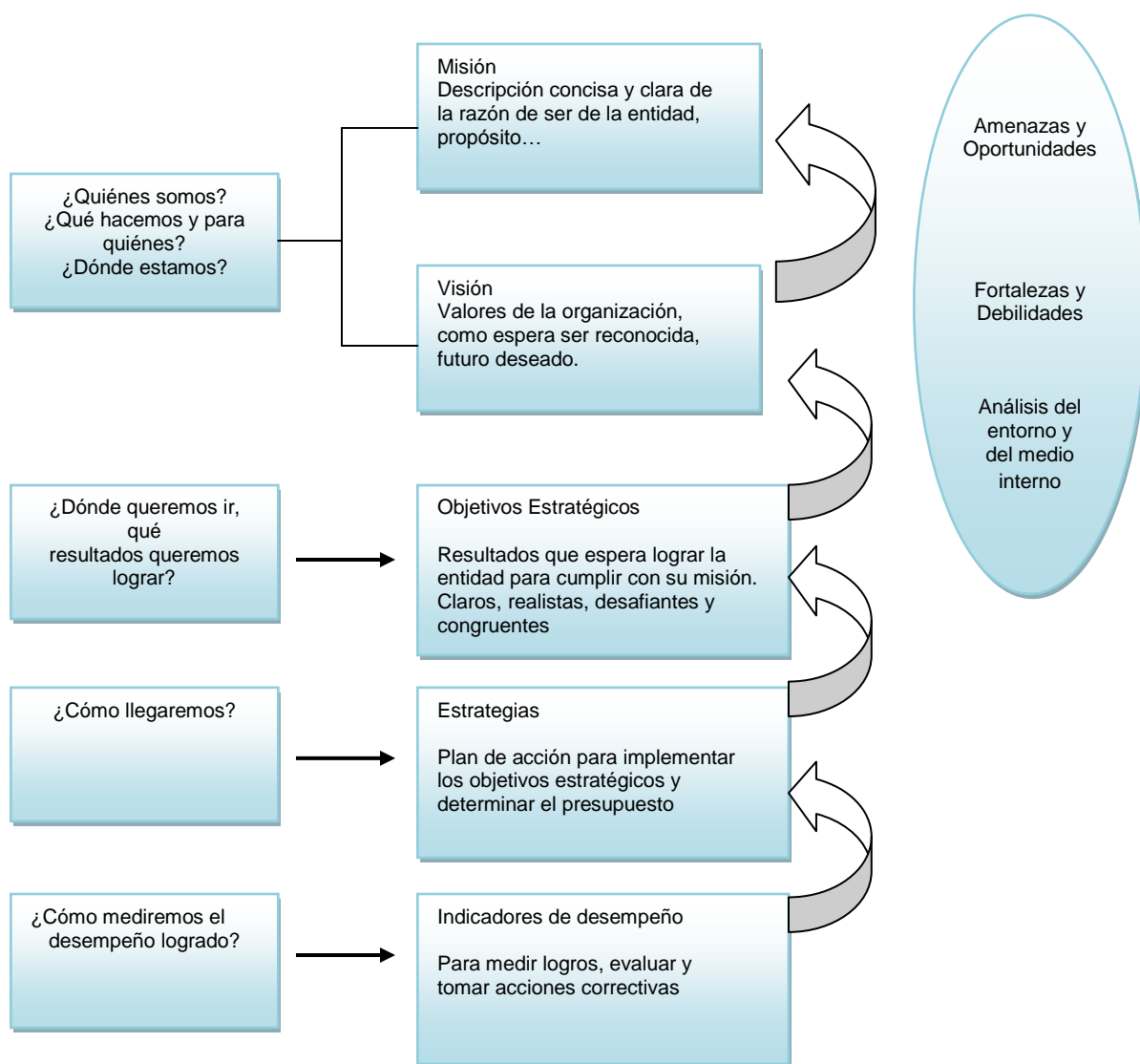
Asumir un proceso de PE en el ámbito de la organización pública, implica tomar decisiones respecto de cursos alternativos de acción con los recursos presupuestarios. Si bien en la mayor parte de los países los grados de discreción para el uso de recursos están predefinidos o condicionados por los límites de gasto anuales, la perspectiva estratégica permitirá identificar las mejores alternativas respecto de cómo se asignarán los recursos y las consecuencias respecto de la entrega de los bienes y servicios y los resultados.

Por esto mismo es fundamental el involucramiento de los directivos de los programas y su coordinación con las áreas de planificación y presupuesto de las entidades. Los directivos a cargo de los programas deben tener la facultad de incidir sobre los aspectos que determinan la efectividad de la gestión. *(Marianela Armijo, Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público, Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social – ILPES, CEPAL, Santiago de Chile, junio de 2011, p.21)*

### **1.3 Componentes de la Planificación Estratégica**

Los componentes de la PE corresponden a la identificación de la misión, visión, objetivos estratégicos, estrategia e indicadores institucionales. “La planificación estratégica en el ámbito público es un instrumento que ayuda al establecimiento de prioridades, objetivos y estrategias como apoyo a la definición de los recursos que se requieren para lograr los resultados esperados”. *(Marianela Armijo, Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público, Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social – ILPES, CEPAL, Santiago de Chile, junio de 2011, p.18)*

### 1.3.1 Fases del proceso de Planificación Estratégica



(Mariana Armijo, *Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público, Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social – ILPES, CEPAL, Santiago de Chile, junio de 2011, p. 19*)

#### 1.3.1.1 Misión

El ejercicio de definir la misión está circunscrito al ámbito de decisiones directivas, en los más altos niveles de responsabilidad organizacional. Este proceso implica la definición de

los productos finales o estratégicos y los resultados por los cuales la organización debe responder a sus usuarios y a la ciudadanía.<sup>4</sup>

- Formular la Misión tiene que ver con las siguientes preguntas: ¿Quiénes somos, qué hacemos, para quiénes y qué efectos o resultados finales esperamos?

La misión es una descripción de la razón de ser de la organización, establece su “quehacer” institucional, los bienes y servicios que entrega, las funciones principales que la distinguen y la hacen diferente de otras instituciones y justifican su existencia. (*Ibíd.*, p.29)

Una correcta definición de la misión debe contener:

- ¿Cuál es el propósito de la organización?
- ¿Qué hace?: descripción de los productos finales (bienes y servicios que entrega).
- Para quiénes: identificación de los usuarios o beneficiarios a quiénes van dirigidos los productos finales (bienes y servicios).
- Cuál es el efecto que se espera lograr: (resultado final) en la población objetivo o potencial a la que se dirige su accionar, a través de los productos provistos. El quehacer de la institución que genera el valor público de la entidad y el plazo en que se espera proveer. (*Ibíd.*, p.31)

### **1.3.1.2 Visión**

La visión corresponde al futuro deseado de la organización. Se refiere a cómo quiere ser reconocida la entidad y, representa los valores con los cuales se fundamentará su accionar público.

- Responde a la pregunta: ¿Cómo queremos ser reconocidos? (*Ibíd.*, p.39)

La Visión en el proceso de planificación estratégica:

- Compromete públicamente las aspiraciones institucionales, dando un efecto de cohesión a la organización.

---

<sup>4</sup> El lector puede abundar en *Marianela Armijo, Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público, Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social – ILPES, CEPAL, Santiago de Chile, junio de 2011, pp. 35-39.*

- Permite distinguir y visualizar el carácter público y cómo la intervención gubernamental se justifica desde el punto de vista de lo que entrega a la sociedad.
- Complementa el efecto comunicacional de la misión y enmarca el quehacer institucional en los valores que la sociedad espera de la entidad pública, por lo que la recomendación es que la definición de la visión se realice en un proceso conjunto con la formulación de la misión.

En el proceso de planificación estratégica la definición de la visión no es solo para efectos comunicacionales y/o de cohesión institucional. Es fundamental volver a revisar la “visión”, cuando se formulen los objetivos estratégicos, en la medida que el compromiso que se establece en éstos debe ser coherente con las aspiraciones, valores y posicionamiento que espera lograr la entidad. *(Ibíd., p.40)*

#### **1.3.1.3 Objetivos**

Los objetivos estratégicos son los logros que la entidad pública, ministerio u órgano, espera concretar en un plazo determinado (mayor de un año), para el cumplimiento de su misión de forma eficiente y eficaz.

- La pregunta a responder es la siguiente: ¿Dónde queremos ir? ¿Qué resultados esperamos lograr? *(Ibíd., p.41)*

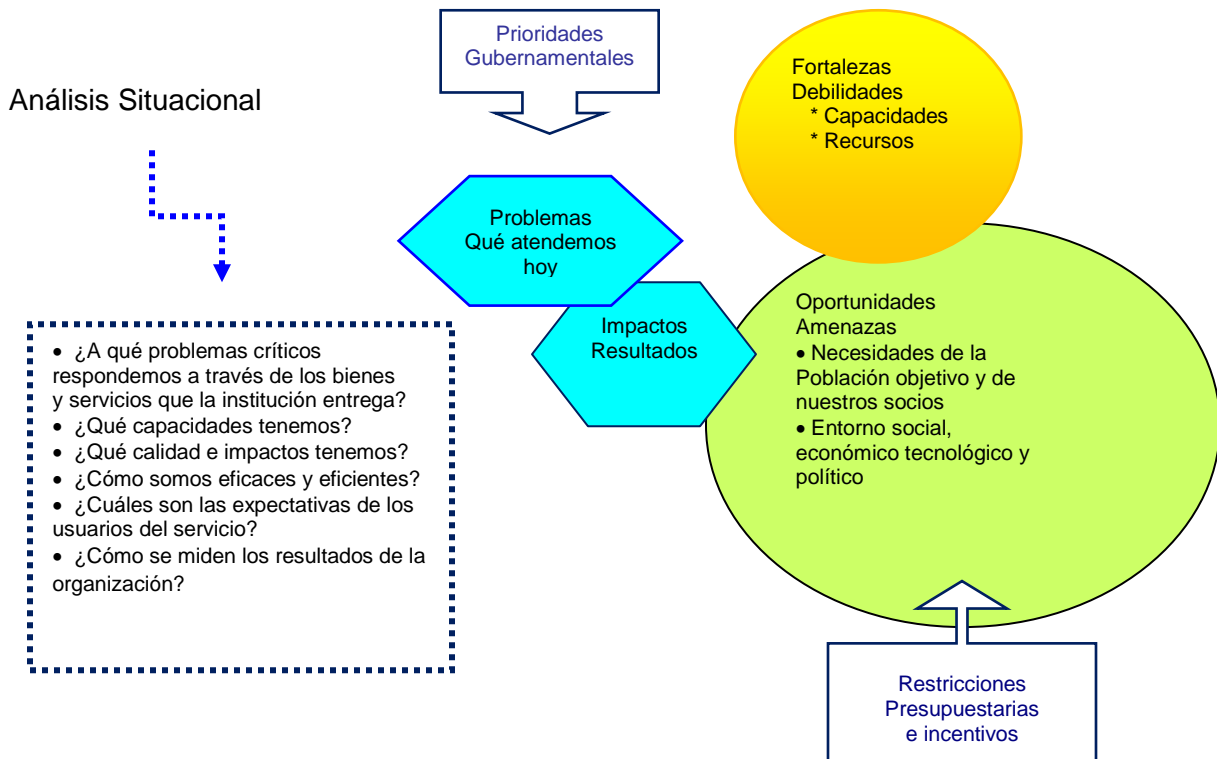
Las características más importantes de los objetivos estratégicos son las siguientes:

- Se vinculan directamente con la misión.
- Están orientados a definir los resultados esperados para concretar la misión en un período determinado de tiempo.
- Expresan las variables relevantes o críticas del desempeño esperado y éstas son la base para la definición de indicadores de resultado final o impacto.
- Constituyen el instrumento principal para establecer los cursos de acción preferentes en un plazo determinado (en general a mediano plazo), sobre los cuales se establecen los grandes ítems de los recursos necesarios. *(Ibíd., p.42)*

La identificación de los objetivos estratégicos por parte de la organización requiere partir de un análisis situacional, en términos de establecer claramente cuáles son los bienes y servicios que provee, a quiénes, qué problemas se enfrentan en términos de capacidades,

de las coberturas, cuál ha sido el desempeño pasado, las expectativas de los usuarios, etc. Este análisis es parte del proceso de diagnóstico que toma como referencia los aspectos internos y externos a la entidad. (Ibíd., p.43)

### 1.3.1.3.1 Diagnóstico



(Rosario Bello. *Planificación Estratégica en Organizaciones Públicas. Curso de Planificación Estratégica y Construcción de Indicadores en el Sector Público. PES. 2008. ILPES/CEPAL.*)

Un paso fundamental que la metodología de PE provee para la definición de los objetivos estratégicos tiene que ver con el antiguo y clásico análisis del ambiente externo y del ámbito interno a la organización a través de la revisión de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (análisis FODA). Este proceso consiste básicamente en un análisis de las brechas institucionales que deben ser intervenidas por la entidad para el logro de los objetivos. Las brechas pueden surgir ya sea por debilidades organizacionales, o bien de eventuales desafíos. Este análisis FODA permite realizar un diagnóstico dinámico de la institución

La identificación de las brechas o distancias entre la situación actual (diagnóstico) y la situación futura (resultados esperados), deberán ser enfrentadas a través de diferentes cursos de acción o “estrategias”<sup>5</sup>. Por lo tanto si existe una débil identificación de los resultados esperados (a partir del análisis de problemas), los cursos de acción que se tomen posteriormente no serán factibles. *(Marianela Armijo, Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público, Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social – ILPES, CEPAL, Santiago de Chile, junio de 2011, p.44)*

#### **1.3.1.3.2 Redacción de los Objetivos Estratégicos (OE)**

Los OE constituyen la base para el establecimiento de los indicadores que permitirán medir el avance de las acciones gubernamentales hacia los resultados. Desde esta perspectiva es fundamental que éstos expresen las transformaciones esperadas en términos de la calidad, eficiencia, economía de los productos y qué resultados se lograrán. Por lo tanto la definición de los objetivos estratégicos debe tener como referente principal los pasos previos de la planificación estratégica (misión y visión), así como los indicadores que la entidad y/o programa tenga para monitorear y evaluar su desempeño. *(Marianela Armijo, Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público, Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social – ILPES, CEPAL, Santiago de Chile, junio de 2011, p.45)*

La redacción de éstos deben considerar los siguientes aspectos:

- Deben señalar la expresión de logro, evidenciar el cambio o transformación que se espera con las políticas y/o bienes y servicios que la institución tiene a su cargo
- Evitar su redacción en términos de “Apoyar”, “Procurar”.
- Expresarlos en términos concretos de resultados esperados y no ser establecidos como funciones permanentes de la entidad o programa.
- Responder a la ciudadanía hacia dónde se dirigen los recursos asignados de la Institución en su globalidad.
- Responder a un problema o aspecto específico relacionado con el cumplimiento de la misión.

---

<sup>5</sup> Este concepto se profundizará en el punto 1.3.1.4 de la investigación.

- Responder sobre el beneficio esperado para los usuarios a los cuales van dirigidas las políticas y/o programas de la institución y qué pueden esperar con los recursos presupuestarios asignados. *(Ibíd., p.45)*

#### **1.3.1.4 Estrategias y Planes de Acción**

Las estrategias son las directrices que ayudan a elegir las acciones adecuadas para alcanzar las metas de la organización. Permiten la definición de los planes de acción y constituyen la base para el establecimiento de las prioridades en la asignación de recursos. Las estrategias proporcionan una plataforma para la toma de decisiones respecto de los cursos de acción propuestos.

Responden a la siguiente Pregunta: ¿Cómo llegaremos a alcanzar los objetivos o resultados esperados? *(Ibíd., p.48)*

De esta manera los aspectos más relevantes a la hora de crear Estrategias son los siguientes:

- Posición de la institución respecto de la competencia o de entidades similares (respecto de los costos, coberturas, satisfacción de los clientes, etc.)
- Análisis de los productos (bienes y servicios): costo, cobertura geográfica, tecnología utilizada, etc.
- Análisis de los usuarios: nivel de satisfacción, capacidad de cubrir la demanda potencial, etc. *(Ibíd., p.49)*

##### **1.3.1.4.1 Planes de Acción**

Los planes de acción se realizan una vez que ya se han definido las estrategias que permitirán “cerrar las brechas” entre lo que se espera alcanzar y las dificultades que enfrenta la organización con relación a su entorno.

Los planes son carácter operativo y se desarrollan a nivel de cada una de las unidades o áreas de negocios, centros de responsabilidad que tienen a cargo la generación de un producto final, y establecen los respectivos requerimientos de recursos humanos y financieros que permiten posteriormente la formulación del presupuesto.

El desarrollo de los planes operativos en el ámbito de las instituciones públicas está determinado por metodologías y procesos que obedecen a reglamentaciones propias de

las oficinas de planeación y/o presupuesto, por lo tanto no existe un esquema único. (Ibíd., p.52)

### 1.3.1.5 Indicadores de Desempeño

Según la Real Academia Española de la Lengua la palabra “Indicador” significa, “Que indica o sirve para indicar”. Proviene del latín “Indicare”, significa: “Mostrar o significar algo, con indicios y señales”

En el espacio de la medición del sector público un Indicador de Desempeño puede ser definido como: “Una herramienta que entrega información cuantitativa respecto al logro o resultado en la provisión de los productos (bienes y/o servicios) de la institución, pudiendo cubrir aspectos cuantitativos o cualitativos de este logro. Es una expresión que establece una relación entre dos o más variables, la que comparada con períodos anteriores, productos similares o una meta o compromiso, permite evaluar desempeño”<sup>6</sup>

Desde la perspectiva de las funciones que puede tener el indicador se pueden señalar dos: una primera *función descriptiva* que consiste en aportar información sobre el estado real de una actuación pública o programa, por ejemplo el número de estudiantes que reciben beca, y por otro lado una *función valorativa* que consiste en añadir a la información anterior un “juicio de valor” basado en antecedentes objetivos sobre si el desempeño en dicho programa o actuación pública es o no el adecuado, en este caso “número de becas entregadas con relación a los estudiantes carenciados” (Mariana Armijo, *Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público*, Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social – ILPES, CEPAL, Santiago de Chile, junio de 2011, p.56)

El indicador deberá estar focalizado y orientado a “medir aquellos aspectos claves” o factores críticos que interesa monitorear. Esto implica establecer muy bien los objetivos estratégicos de la institución, identificando las variables relevantes que se relacionan con los productos estratégicos y los efectos esperados.

Los indicadores identifican lo que será medido, no cuánto ni en qué dirección. Las metas asociadas a esos indicadores nos representan lo que esperamos obtener como

---

<sup>6</sup> Dirección de Presupuestos de Chile. Indicadores de Desempeño – Formulación Presupuestaria 201. Extraído el 01 de Diciembre de 2011, 19:59 hrs. desde [http://www.dipres.cl/572/articulos-36282\\_doc\\_pdf3.pdf](http://www.dipres.cl/572/articulos-36282_doc_pdf3.pdf)

desempeño. Por esto mismo siempre un indicador siempre nos avisa, o nos entrega información respecto de como se está avanzando respecto de un objetivo. (*Ibíd.*, p.57)

#### **1.3.1.5.1 Indicadores para el Sector Público<sup>7</sup>**

En el ámbito público el tema de la evaluación cobra una importancia mayor en la medida que a diferencia del sector privado los parámetros para identificar el cumplimiento de resultados requiere construir medidas explícitas de lo que se considera un buen desempeño. Las instituciones públicas, no cuentan con la “última línea del balance” o “bottom line” que tienen las instituciones privadas a través de indicadores tales como la utilidad y otros. En efecto, la justificación de la existencia pública de esa entidad gubernamental, está dada por un mandato legal, que la faculta a realizar dicha producción de bienes y servicios, sin establecer muy claramente cuál es el resultado esperado. A diferencia del sector privado, las instituciones públicas enfrentan un conjunto de dificultades para precisar e identificar qué es lo que debe producirse, los usuarios y los parámetros con los cuales se juzgará el buen o mal desempeño.

A pesar de ello, los beneficios de la evaluación a través de indicadores de desempeño son múltiples:

- Apoya el proceso de planificación (definición de objetivos y metas) y de formulación de políticas de mediano y largo plazo.
- Posibilita la detección de procesos o áreas de la institución en las cuales existen problemas de gestión tales como: uso ineficiente de los recursos, demoras excesivas en la entrega de los productos, asignación del personal a las diferentes tareas, etc.
- Posibilita a partir del análisis de la información entre el desempeño efectuado y el programado, realizar ajustes en los procesos internos y readecuar cursos de acción eliminando inconsistencias entre el quehacer de la institución y sus objetivos prioritarios: eliminar tareas innecesarias o repetitivas, tramites excesivos o se definan los antecedentes para reformulaciones organizacionales.

---

<sup>7</sup> El lector puede profundizar en Tipos de Indicadores de Desempeño en *Marianela Armijo, Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público, Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social – ILPES, CEPAL, Santiago de Chile, junio de 2011, pp. 59-73.*

- Aun cuando no es posible establecer una relación automática entre resultados obtenidos y la asignación de presupuesto, contar con indicadores de desempeño sienta las bases para una asignación más fundamentada de los recursos públicos.
- Establece mayores niveles de transparencia respecto del uso de los recursos públicos y sienta las bases para un mayor compromiso con los resultados por parte de los directivos y los niveles medios de la dirección.
- Apoya la introducción de sistemas de reconocimientos al buen desempeño, tanto institucionales como grupales e individuales. (*Ibíd.*, p.58)

De esta manera los principales pasos<sup>8</sup> a la hora de elaborar indicadores de desempeño son los siguientes:

1. Establecer las definiciones estratégicas como referente para la medición
2. Establecer las áreas de desempeño relevantes a medir
3. Formular el indicador y describir la fórmula de cálculo.
4. Validar los indicadores aplicando criterios técnicos
5. Recopilar los datos
6. Establecer las metas o el valor deseado del indicador y la periodicidad de la medición
7. Señalar la fuente de los datos
8. Establecer supuestos
9. Evaluar: establecer referentes comparativos y establecer juicios
10. Comunicar e Informar el desempeño logrado (*Ibíd.*, p.74)

#### **1.4 Control de Gestión**

En el lenguaje normal, se entiende por controlar la acción de verificar, medir, evaluar, comparar.

La acción de medir, la de comparar con un óptimo o estándar deseado y la de corregir para dejar el nivel de actividad en dicho estándar u óptimo son condiciones necesarias y solamente las tres suficientes para que efectivamente exista el control. (*Patricio Jiménez*

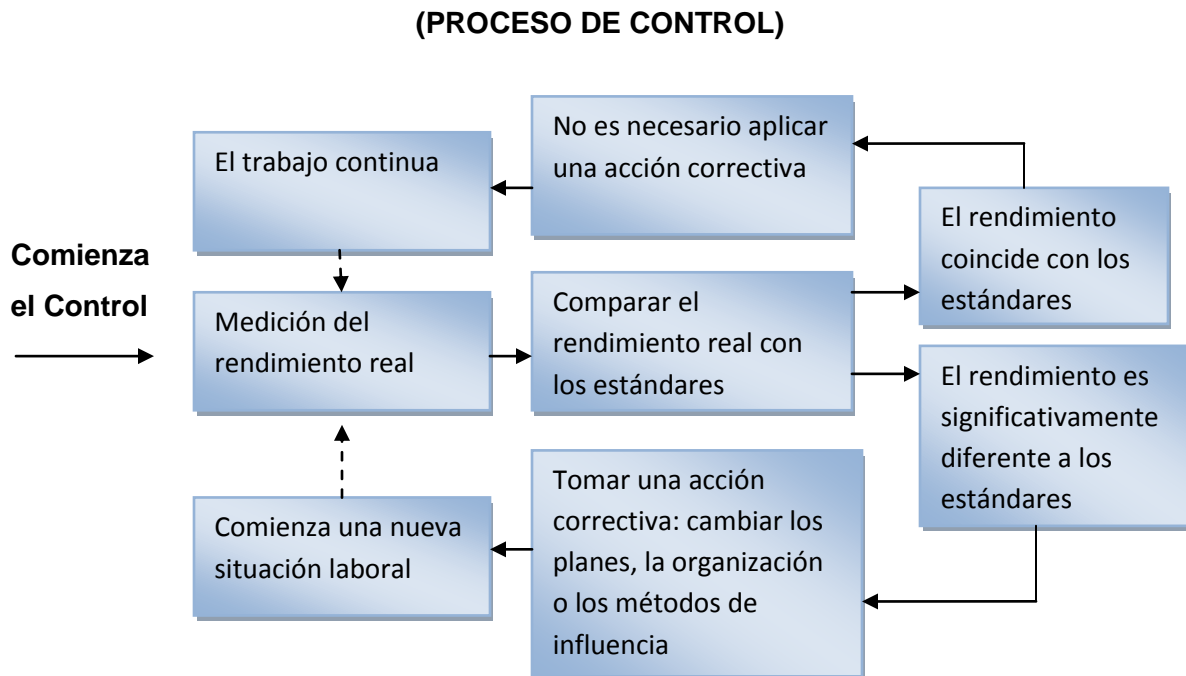
---

<sup>8</sup> El lector puede profundizar en Tipos de Indicadores de Desempeño en *Marianela Armijo, Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público, Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social – ILPES, CEPAL, Santiago de Chile, junio de 2011, pp. 75-93.*

Bermejo, *Control de Gestión, 2da Edición, Editorial Jurídica ConoSur Ltda., Santiago de Chile, 2001. p.35)*

Sin embargo, aun es posible entender el concepto de control desde otra perspectiva, la de dominio. Cuando una persona ejerce autoridad sobre otras o sobre un determinado nivel de actividad, se dice que esa persona controla la situación.

Cuando el control se ejercer desde la autoridad, se hacer necesario un proceso de comunicación para que sea efectivo y la comunicación establece la necesidad de un flujo de información entre los elementos o las personas que intervienen el proceso de control. *(Ibíd., p.36)*



*(Samuel C. Certo, Administración Moderna, 8va Edición, Pearson Educación de Colombia Ltda., 2011. p. 424.)*

Entender, en consecuencia, el control como la simple medición de la desviación de los objetivos, es una visión parcial, el control se ejerce midiendo y corrigiendo, en consecuencia la acción correctiva es parte integral del control.

Cuando el control se refiere a las herramientas de dirección destinadas a facilitar el logro de los objetivos estratégicos, entonces se habla de control de gestión.

Si bien en un comienzo se entendía el control de gestión como una revisión y corrección de una situación dada, definiéndolo como “el control de gestión consiste en revisar la gestión realizada aplicando un conjunto de técnicas y procedimientos, evaluando el grado de logro de los objetivos y determinando las causas de las desviaciones con el fin de mejorar la eficiencia de la gestión futura”, muy pronto se advirtió que esta visión del control de gestión no era eficiente, pues cuando detectaba desviaciones ya se había perdido la oportunidad de la corrección. *(Patricio Jiménez Bermejo, Control de Gestión, 2da Edición, Editorial Jurídica ConoSur Ltda., Santiago de Chile, 2001. p.81)*

De esta manera nace una definición de control de gestión mucho más amplia, que integra desde un control preventivo, como la planificación, hasta uno evaluativo como lo es la auditoría de gestión. Quedando plasmada de la siguiente forma:

“El control de gestión consiste en un conjunto de procedimientos y técnicas, especialmente cuantitativas, que ayudan a una gestión planificada y ordenada, mejorando así su eficiencia en el logro de los objetivos estratégicos” *(Ibíd., p.82)*

#### **1.4.1 Cuadro de Mando Integral**

Una de las herramientas más ocupadas para el control de la gestión es el cuadro de mando integral y he aquí su importancia dentro de los procesos de planificación estratégica.

El choque entre la fuerza irresistible de edificar capacidades competitivas de largo alcance y el objeto inamovible del modelo de contabilidad financiera del coste histórico, ha creado una nueva síntesis: el Cuadro de Mando Integral. *(Robert S. Kaplan, David P. Norton, Cuadro de Mando Integral (The Balance Scorecard), 2da Ed., Harvard Business School Press, Gestion 2000, p.20)*

Este proporciona a los ejecutivos un amplio marco que traduce la visión y estrategia de una empresa, en un conjunto coherente de indicadores de actuación. Muchas empresas han adoptado declaraciones de misión, para comunicar valores y creencias fundamentales a todos los empleados. La declaración de misión trata creencias fundamentales e identifica mercados objetivos y productos fundamentales *(Ibíd., p.37)*

De esta forma el Cuadro de Mando Integral transforma la visión y la estrategia en objetivos e indicadores organizados en cuatro perspectivas: finanzas, cliente, procesos internos y formación y crecimiento.

Cabe destacar que en el ámbito público la perspectiva de mayor importancia recae en la de cliente y posteriormente en la de finanzas. Manteniendo la base de formación y crecimiento y procesos internos.

#### **1.4.1.1 Perspectivas del Cuadro de Mando Integral**

1. Financiera: Las medidas de actuación financiera indican si la estrategia de una empresa, su puesta en práctica y ejecución, están contribuyendo a la mejora del mínimo aceptable. Los objetivos financieros acostumbra a relacionarse con la rentabilidad, medida, por ejemplo, por los ingresos de explotación, los rendimientos del capital empleado, o más recientemente por el valor añadido económico. *(Ibíd., p.39)*

2. Cliente<sup>9</sup>: Los directivos identifican los segmentos de clientes y de mercado, en los que competirá la unidad de negocio, y las medidas de la actuación de la unidad de negocio en esos segmentos seleccionados. Esta perspectiva acostumbra a incluir varias medidas fundamentales o genéricas de los resultados satisfactorios, que resultan de una estrategia bien formulada y bien implantada. Los indicadores fundamentales incluyen la satisfacción del cliente, la retención de clientes, la adquisición de nuevos clientes, la rentabilidad del cliente y la cuota de mercado en los segmentos seleccionados. *(Ibíd., p.39)*

3. Procesos Internos: Los ejecutivos identifican los procesos críticos internos en los que la organización debe ser excelente. Estos procesos permiten a la unidad de negocio:

- Entregar las propuestas de valor que atraerán y retendrán a los clientes de los segmentos de mercado seleccionados, y
- Satisfacer las expectativas de excelentes rendimientos financieros de los accionistas.

Las medidas de los procesos internos se centran en los procesos internos que tendrán el mayor impacto en la satisfacción del cliente y en la consecución de los objetivos financieros de una organización. *(Ibíd., p.40)*

---

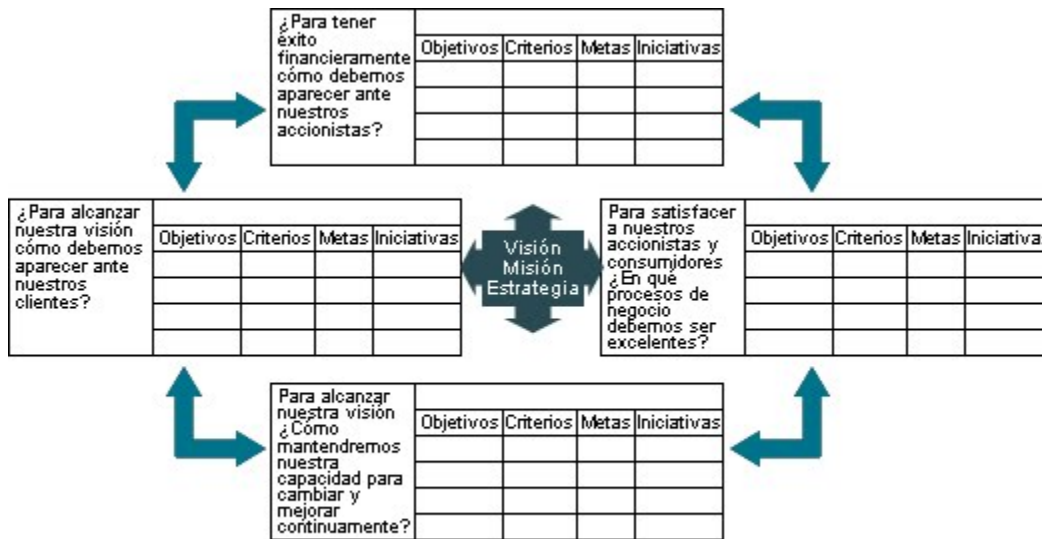
<sup>9</sup> Para efectos de esta investigación se entenderá por perspectiva cliente como perspectiva de usuarios.

4. Formación y crecimiento: Esta perspectiva, identifica la infraestructura que la empresa debe construir para crear una mejora y crecimiento a largo plazo.

La formación y el crecimiento de una organización proceden de tres fuentes principales: las personas, los sistemas y los procedimientos de la organización. *(Ibíd., p.42)*

Esta perspectiva desarrolla objetivos e indicadores para impulsar el aprendizaje y el crecimiento de la organización *(Ibíd., p.139)*

De esta forma el conjunto de las perspectivas anteriores se resumen en el siguiente diagrama.



Fuente: Adaptado de Kaplan y Norton

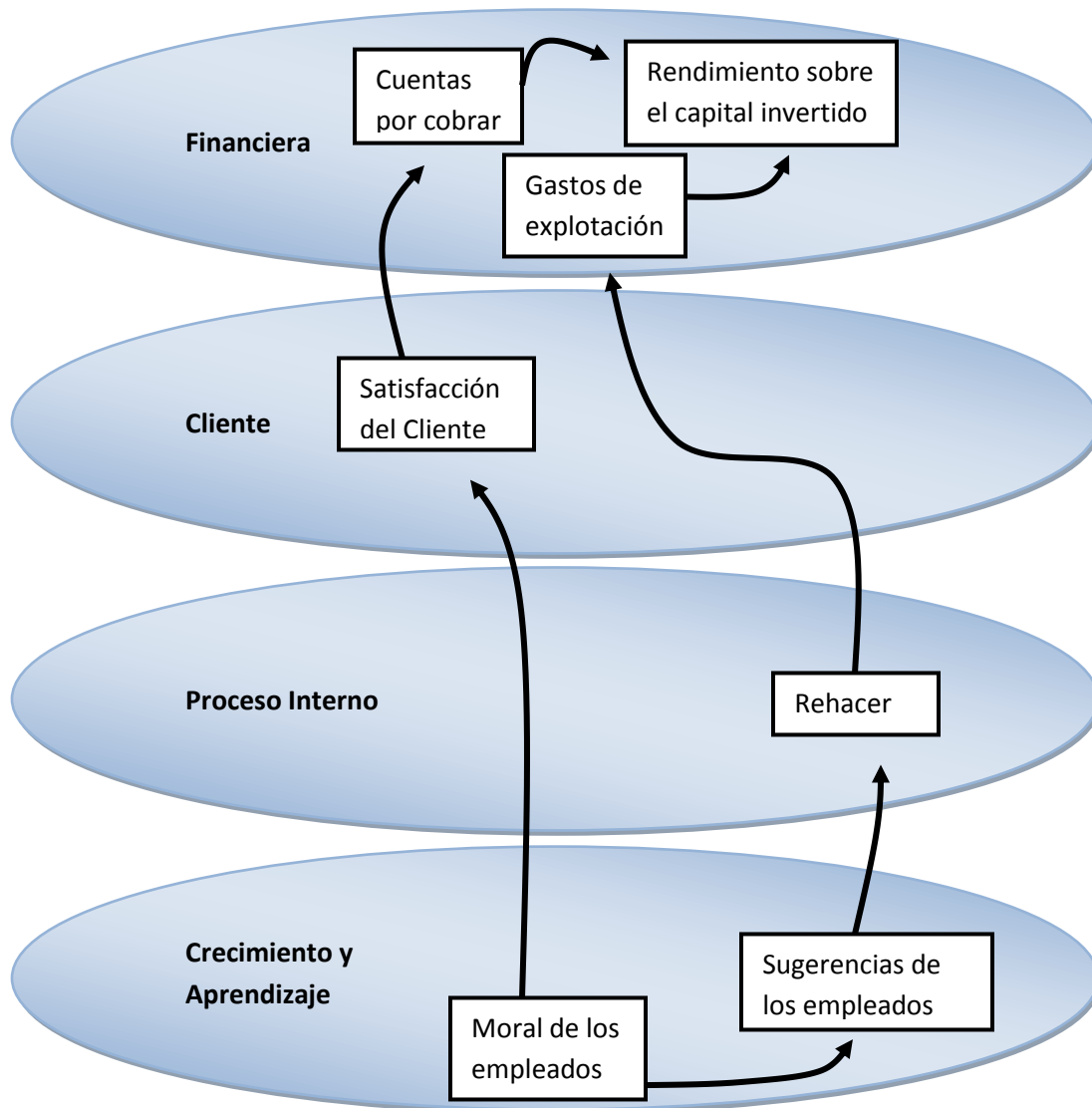
El cuadro de mando integral es más que un sistema de medición táctico y operativo. Las empresas innovadoras están utilizando el cuadro de mando como un sistema de gestión estratégica, para gestionar su estrategia a largo plazo. Están utilizando enfoque de medición del cuadro de mando para llevar a cabo procesos de gestión decisivos:

1. Aclarar y traducir o transformar la visión y la estrategia
2. Comunicar y vincular los objetivos e indicadores estratégicos
3. Planificar, establecer objetivos y alinear las iniciativas estratégicas
4. Aumentar el feedback y formación estratégica. *(Ibíd., p.23)*

### 1.4.1.2 Feedback estratégico

Un sistema de feedback estratégico debe ser diseñado con el objetivo de comprobar, convalidar y modificar las hipótesis de una estrategia de una unidad de negocio. Las relaciones de causa-efecto encarnadas en un Cuadro de Mando Integral permiten a los ejecutivos establecer unas metas a corto plazo que reflejan sus mejores previsiones sobre los retrasos y los impactos entre cambios en los inductores de la actuación y los cambios asociados en uno o más indicadores de los resultados. (*Ibíd.*, p.266)

En lugar de limitarse a presentar información sobre cada indicador del cuadro de mando, sobre una base independiente y autónoma, los directivos pueden validar relaciones hipotéticas de causa-efecto midiendo la correlación entre dos o más indicadores.



(Robert S. Kaplan, David P. Norton, Cuadro de Mando Integral (The Balance Scorecard), 2da Ed., Harvard Business School Press, Gestión 2000, p.267)

## **Segunda parte: Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias**

### **1.5 Contexto Histórico OIRS**

En el marco del proyecto de Reforma y Modernización del Estado, durante los gobiernos de Patricio Aylwin Azócar y Eduardo Frei Ruiz-Tagle y, posteriormente en el de Ricardo Lagos Escobar, se dio un notorio énfasis al mejoramiento de la calidad del servicio público, privilegiando la orientación hacia el usuario como objetivo central de la modernización de la gestión estatal.

El Gobierno a través del Decreto Supremo N° 680, del 21 de septiembre de 1990 del Ministerio del Interior, publicado en el Diario Oficial del 16 octubre del mismo año, estableció la necesidad de crear las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) al interior de los órganos de la administración del Estado, a fin de que toda persona pudiese encontrar información orientadora, atención oportuna y rápida, además de la posibilidad de colaborar con la gestión de un mejor servicio mediante reclamos y sugerencias. (*Junta Nacional de Jardines Infantiles, Manual de Procedimiento Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (O I R S), Gobierno de Chile, p.20*)

Las oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias son espacios de comunicación ciudadana que permiten a los ciudadanos entrar en contacto con los diferentes servicios. Además, estas oficinas permiten:

- La difusión de programas sociales y trámites propios de las reparticiones públicas.
- La comunicación de las prioridades gubernamentales.
- Que la ciudadanía se exprese a través de sus reclamos, sugerencias, expectativas e intereses.
- Estas Oficinas deben facilitar la atención de toda persona que realice gestiones en las entidades públicas, ya sea en el ejercicio de sus derechos o en el cumplimiento de sus deberes, garantizando la oportunidad de acceso y sin discriminación. (*Intendencia Regional de Atacama (2010), Manual de Procedimientos Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana SIAC, Ministerio del Interior, Gobierno de Chile, p.4*)

## **1.6 Aspectos Legales**

Las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias se rigen principalmente por el Decreto Supremo N°680 del 21 de septiembre de 1990, del Ministerio del Interior, que aprueba Instrucciones para el establecimiento de Oficinas de Información para el público usuario en la Administración del Estado. Además la Ley 19.880 del 29 de mayo de 2003: Establece Bases de los procedimientos administrativos que:

Según el Art. N° 3 sobre el concepto de Acto Administrativo. Las decisiones escritas que adopte la Administración se expresarán por medio de actos administrativos.

Para efectos de esta ley se entenderá por acto administrativo las decisiones formales que emitan los órganos de la Administración del Estado en las cuales se contienen declaraciones de voluntad, realizadas en el ejercicio de una potestad pública.

Los actos administrativos tomarán la forma de decretos supremos y resoluciones.

El decreto supremo es la orden escrita que dicta el Presidente de la República o un Ministro "Por orden del Presidente de la República", sobre asuntos propios de su competencia.

Las resoluciones son los actos de análoga naturaleza que dictan las autoridades administrativas dotadas de poder de decisión.

Constituyen, también, actos administrativos los dictámenes o declaraciones de juicio, constancia o conocimiento que realicen los órganos de la Administración en el ejercicio de sus competencias.

Las decisiones de los órganos administrativos pluripersonales se denominan acuerdos y se llevan a efecto por medio de resoluciones de la autoridad ejecutiva de la entidad correspondiente.

Los actos administrativos gozan de una presunción de legalidad, de imperio y exigibilidad frente a sus destinatarios, desde su entrada en vigencia, autorizando su ejecución de oficio por la autoridad administrativa, salvo que mediere una orden de suspensión dispuesta por la autoridad administrativa dentro del procedimiento impugnatorio o por el juez, conociendo por la vía jurisdiccional.

Según el Art. N° 17 que Reconoce los Derechos de las personas. Las personas, en sus relaciones con la Administración, tienen derecho a:

- a) Conocer, en cualquier momento, el estado de la tramitación de los procedimientos en los que tengan la condición de interesados, y obtener copia autorizada de los documentos que rolan en el expediente y la devolución de los originales, salvo que por mandato legal o reglamentario éstos deban ser acompañados a los autos, a su costa;
- b) Identificar a las autoridades y al personal al servicio de la Administración, bajo cuya responsabilidad se tramiten los procedimientos;
- c) Eximirse de presentar documentos que no correspondan al procedimiento, o que ya se encuentren en poder de la Administración;
- d) Acceder a los actos administrativos y sus documentos, en los términos previstos en la ley;
- e) Ser tratados con respeto y deferencia por las autoridades y funcionarios, que habrán de facilitarles el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones. Los actos de instrucción que requieran la intervención de los interesados habrán de practicarse en la forma que resulte más cómoda para ellos y sea compatible, en la medida de lo posible, con sus obligaciones laborales o profesionales;
- f) Formular alegaciones y aportar documentos en cualquier fase del procedimiento anterior al trámite de audiencia, que deberán ser tenidos en cuenta por el órgano competente al redactar la propuesta de resolución;
- g) Exigir las responsabilidades de la Administración Pública y del personal a su servicio, cuando así corresponda legalmente;
- h) Obtener información acerca de los requisitos jurídicos o técnicos que las disposiciones vigentes impongan a los proyectos, actuaciones o solicitudes que se propongan realizar, e
- i) Cualesquiera otros que les reconozcan la Constitución y las leyes.

Según el Art. N° 24 El funcionario del organismo al que corresponda resolver, que reciba una solicitud, documento o expediente, deberá hacerlo llegar a la oficina correspondiente a más tardar dentro de las 24 horas siguientes a su recepción.

Las providencias de mero trámite deberán dictarse por quien deba hacerlo, dentro del plazo de 48 horas contado desde la recepción de la solicitud, documento o expediente.

Los informes, dictámenes u otras actuaciones similares, deberán evacuarse dentro del plazo de 10 días, contado desde la petición de la diligencia.

Las decisiones definitivas deberán expedirse dentro de los 20 días siguientes, contados desde que, a petición del interesado, se certifique que el acto se encuentra en estado de resolverse. La prolongación injustificada de la certificación dará origen a responsabilidad administrativa.

Según el Art. N° 30 sobre Inicio a solicitud de parte. En caso que el procedimiento se inicie a petición de parte interesada, la solicitud que se formule deberá contener:

- a) Nombre y apellidos del interesado y, en su caso, de su apoderado, así como la identificación del medio preferente o del lugar que se señale, para los efectos de las notificaciones.
- b) Hechos, razones y peticiones en que consiste la solicitud.
- c) Lugar y fecha.
- d) Firma del solicitante o acreditación de la autenticidad de su voluntad expresada por cualquier medio habilitado.
- e) Órgano administrativo al que se dirige.

### **1.7 Misión OIRS**

Ser un punto de interacción y acceso de los ciudadanos con las reparticiones públicas, que contribuya a la conformación de un Gobierno moderno y al servicio de los ciudadanos.

Las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias deben ayudar a garantizar el derecho de los ciudadanos a informarse, sugerir y reclamar, acerca de las diferentes materias, retroalimentando la gestión de las reparticiones públicas. Deben constituirse como espacios comunicacionales que permitan coordinarse con otras reparticiones públicas, atendiendo a la ciudadanía sin discriminaciones, entregando a todos los ciudadanos y ciudadanas una atención oportuna y de calidad. Por lo tanto, la OIRS es un reflejo del Modelo Integral de Atención de Usuarios que el Servicio ha establecido. En éste deben estar claros: los procedimientos y plazos de entrega de servicio / beneficios / trámites, la canalización de solicitudes ciudadanas al interior de la institución (sus mecanismos y plazos de respuesta) y los medios de información utilizados por la repartición pública para con el ciudadano. Este Modelo de Atención de Usuarios, debe tender a ser común y vinculante en los distintos espacios de comunicación (teléfonos de información, móviles, internet u otros) utilizados por la Institución.

*(Intendencia Regional de Atacama (2010), Manual de Procedimientos Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana SIAC, Ministerio del Interior, Gobierno de Chile, pp.4-5)*

### **1.8 Funciones OIRS**

- a) Informar al administrado sobre la organización, competencia y funcionamiento del órgano, servicio o empresa en el que se adscribe esa repartición: los requisitos, formalidades y plazos de las presentaciones o solicitudes a ellos dirigidas; la documentación y antecedentes, que deben acompañarse a ésta; los procedimientos y su tramitación; y las demás indicaciones necesarias a fin de que el público tenga un acceso expedito y oportuno a sus diversas presentaciones.

Asimismo, deberán informar sobre la ubicación, competencia y horario de las unidades de la Administración del Estado pertenecientes a estos órganos, servicios o empresas relacionadas con las prestaciones que se requieran;

- b) Asistir al administrado cuando encontrarse dificultades en la tramitación de sus asuntos ante el órgano, servicio o empresa al que pertenezca dicha oficina;
- c) Recibir y estudiar las sugerencias que los administrados presenten ante ella, que tengan por objeto mejorar el funcionamiento del órgano, servicio o empresa al que pertenece dicha oficina, y
- d) Recibir los reclamos que los administrados presenten en relación al órgano, servicio o empresa al que pertenece dicha oficina o respecto de algunos de sus funcionarios, que tengan por objeto representar deficiencias, abusos, faltas, omisiones o cualquier otra irregularidad que afecten al interés personal legítimo del reclamante. *(Decreto Supremo No.680, (1990), , Aprueba Instrucciones para el Establecimiento de Oficinas de Información para el Público Usuario en la Administración del Estado, Ministerio del Interior, Septiembre 21, Gobierno de Chile, Art. 2°)*

## **1.9 Espacios de Atención de Usuarios**

Los Espacios de Atención son todos aquellos puntos de acceso o canales de comunicación, a través de los cuales las personas pueden participar en el quehacer de los servicios públicos. El marco normativo que rige a los espacios de atención, garantiza el derecho de acceso a la información y a la atención oportuna, sin discriminación de ninguna especie. Esta participación implica el ejercicio de los derechos ciudadanos, el cumplimiento de sus deberes, el acceso a productos y servicios que proveen las instituciones, la recepción de información acerca de programas sociales y la expresión de sus expectativas e intereses a través de reclamos, sugerencias, consultas y opiniones.

Estos puntos de acceso pueden ser presenciales, telefónicos o electrónicos, o incluir otros espacios de atención menos convencionales, como lo son por ejemplo, las oficinas móviles o las oficinas de partes.

Los espacios de atención en los servicios del Estado constituyen un instrumento fundamental en el proceso de modernización de la gestión pública, incrementando su cobertura y propiciando más y mejores mecanismos de acceso ciudadano a la información y el ejercicio de los derechos de las personas. *(Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana, SIAC, (2010), Guía Metodológica (8° ed.), Ministerio Secretaría General de Gobierno, Gobierno de Chile, p.9)*

### **1.9.1 Funciones de los Espacios de Atención de Usuarios**

- a) Informar sobre:
  - Servicios que presta cada repartición.
  - Requisitos para obtener la prestación de algún servicio.
  - Formalidades para el acceso.
  - Plazos para la tramitación de la prestación.
  - Personas responsables de los procedimientos.
  - Documentación y antecedentes que deben acompañar a la solicitud.
  - Procedimientos para la tramitación.
  - Ubicación, competencia y horarios del organismo al cual pertenecen o de otras entidades del aparato gubernamental.

- Medios (o vías de acceso) por los cuales la ciudadanía puede acceder a Información de carácter público (sea a través de la modalidad Transparencia Activa o Pasiva).
  - Mantener un índice actualizado de aquellos documentos y actos que la institución haya clasificado como secretos o reservados en conformidad con la ley N° 20.285.
- b) Atender a los/las interesados(as): Cuando encuentren dificultades en la tramitación de sus asuntos y requieran saber en qué estado de avance se encuentra su solicitud dentro del servicio.
  - c) Recibir y estudiar Sugerencias: A fin de mejorar el funcionamiento del servicio o la calidad de los productos que se entregan en la institución.
  - d) Recibir, responder y/o derivar solicitudes ciudadanas: Para garantizar que los ciudadanos y las ciudadanas puedan presentar sus solicitudes a las autoridades y recibir respuestas correctas y oportunas.
  - e) Registrar las solicitudes ciudadanas: De manera que se pueda identificar el perfil del usuario o usuaria y categorizar las solicitudes, ofreciendo un servicio focalizado, retroalimentando la gestión de la institución y mejorando los niveles de satisfacción.
  - f) Realizar Encuestas y Mediciones: Sobre la satisfacción de los usuarios y usuarias respecto de la calidad de la atención y las expectativas de éstos(as) al acercarse al organismo.
  - g) Establecer coordinación con otros espacios de atención: Tanto con los pertenecientes al propio organismo como con aquellas reparticiones con las que exista relación temática o del/la destinatario(a).
  - h) Difundir la Carta de Derechos y Deberes Ciudadanos de la Institución: Este documento, elaborado por la Institución, deberá ser difundido en la OIRS u otras instancias de atención de público, presenciales o remotas, para consignar los derechos y deberes de los usuarios y usuarias respecto de la institución, los plazos

estipulados para cada procedimiento y los mecanismos a través de los cuales éstos se pueden hacer efectivos.

- i) Acoger las Solicitudes de Acceso a Información Pública: En relación al derecho a acceder a la información contenida en actos, resoluciones, actas o expedientes, así como toda información elaborada con presupuesto público cualquiera sea el formato o soporte. (*Ibíd.*, pp.11-12)

## CAPITULO II: MARCO INSTITUCIONAL

### 2.1 Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso

Según el *Decreto No. 161/82, Reglamento de Hospitales y Clínicas en su Artículo 3º, Inciso 1* establece que se entiende por hospital “el establecimiento que atienda a pacientes cuyo estado de salud requiere de atención profesional médica y de enfermería continua, organizado en servicios clínicos y unidades de apoyo diagnóstico y terapéutico diferenciados”. Sus funciones generales según el *Decreto con Fuerza Ley 1, Fija Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley No. 2.763, de 1979 y de las leyes No. 18.933 y No. 18.469, 2010. Artículo 1º* son “garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones”

El Hospital Carlos Van Buren se ubica en la Calle San Ignacio N°725 en la ciudad Valparaíso, Región de Valparaíso, Chile. Los servicios, como especialidades medicas, que entrega a la comunidad son: “Cirugía Infantil, Diálisis, Ginecología, Maxilo-Facial, Medicina, Consultorio Especialidades, Neurocirugía, Neurología, Oftalmología, Oncología, Otorrinolaringología, Pediatría, Pensionado, Traumatología Adulto, Traumatología Infantil, Urología y Comité de Ética”<sup>10</sup>. Además el Hospital cuenta con Unidades de Apoyo tales como: “Anatomía Patológica, Farmacia, Imagenología, Laboratorio, Medicina Física y Rehabilitación, Medicina Nuclear, Neonatología, Pabellón, UPC Adulto y UPC Pediatría”<sup>11</sup>. Por último, el hospital posee unidades administrativas que corresponden a: “Abastecimiento, Admisión-Recaudación, Archivo, Central Alimentación, Contabilidad, Equipos Médicos, Estadística, Esterilización, Informática, Lavandería, Mantención, Movilización, Recursos Humanos y Servicios Generales”<sup>12</sup>.

---

<sup>10</sup> Hospital Carlos Van Buren, Extraído el día 9 de Noviembre de 2011 a las 20:22 hrs. <http://www.hcvb.cl/>

<sup>11</sup> Hospital Carlos Van Buren, Extraído el día 9 de Noviembre de 2011 a las 20:29 hrs. <http://www.hcvb.cl/>

<sup>12</sup> Hospital Carlos Van Buren, Extraído el día 9 de Noviembre de 2011 a las 20:35 hrs. <http://www.hcvb.cl/>

## 2.2 Reseña Histórica

Los inicios de la historia del “Hospital Carlos Van Buren”, se remontan a una época quizás un poco alejada a la que vivimos actualmente, ya que pensar en el S. XVI, es pensar en tiempos de corsarios y piratas. Se llamaban Corsarios a aquellos marinos que realizaban sus aventuras marítimas autorizados por sus gobiernos. Mientras que los piratas realizaban las suyas por su propia cuenta.

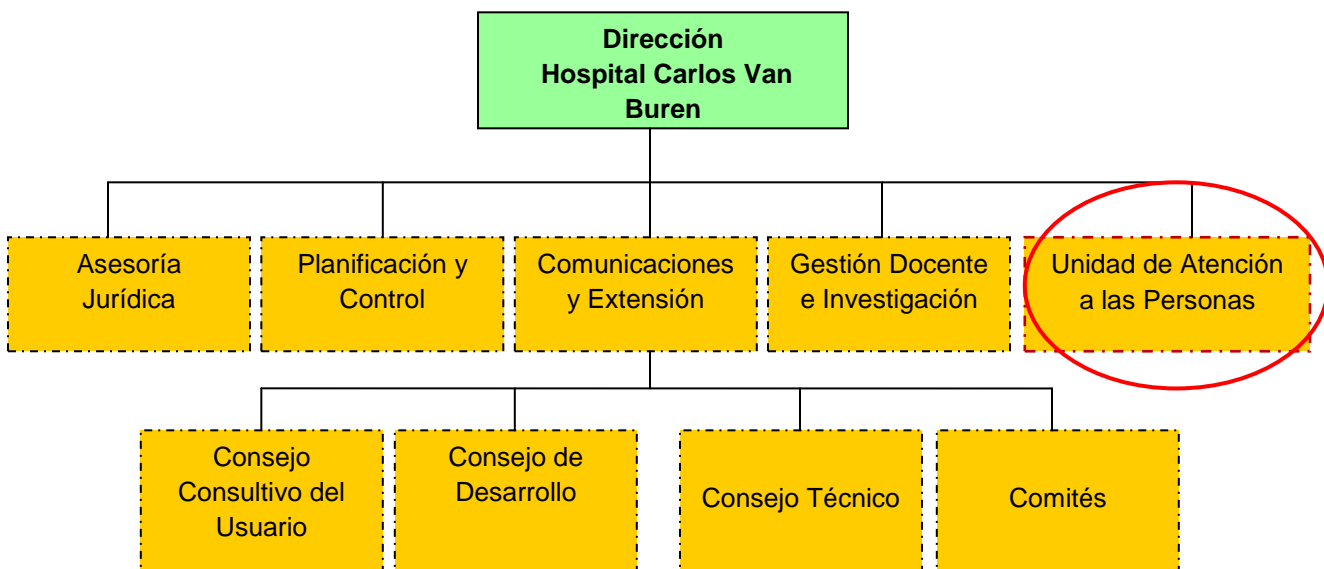
En aquellos tiempos, las travesías de los barcos que zarpaban desde Europa; España, para ser más exactos, hacía el Continente Americano, duraba muchos meses debido a la sencillez de sus embarcaciones. Además de ser estas travesías tan largas, la tripulación frecuentemente se veía con problemas de enfermedades, epidemias y heridos dejados por los sucesivos ataques de los corsarios y piratas que por esos tiempos rondaban las costas de nuestros continentes. Como no existía un sistema rápido de comunicación a distancia y los medios de asistencia para los enfermos y heridos eran sumamente deficientes, la tripulación de los Barcos, a su regreso a España, era mucho menor que la que había partido.

El Rey de España en esa época era Carlos III, quién consciente de lo que sufrían sus marinos en estas travesías hacia el Continente Americano, dictó lo que se llamaba una Real Cédula, algo así como un Decreto Supremo actual, en la que ordenaba la creación de un Hospital en Valparaíso, que era el punto donde con mayor frecuencia llegaban sus embarcaciones. Esta Real Cédula la dictó el 14 DE AGOSTO DE 1768 y designaba como lugar para la construcción del Hospital la Quebrada de Elías, ubicada entre Cummings y Almirante Montt. Sólo 4 años más tarde, el 18 de noviembre de 1772 y bajo el gobierno de Don Antonio Gil y Gonzaga, se fundó el Hospital que se llamó “San Juan de Dios”, ubicado en los lugares del Almendral, dando así cumplimiento a la Real Cédula dictada por el Rey de España Carlos III.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Hospital Carlos Van Buren, Extraído el día 10 de Noviembre de 2011 a las 22:13 hrs. Desde <http://www.hcvb.cl/>

## 2.3 Organigrama<sup>14</sup>



## 2.4 Misión

La misión del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso se define como: “Somos una institución pública de salud, asistencial, docente, integrada a la red del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, que entrega prestaciones oportunas y de calidad a su comunidad a través de un equipo multidisciplinario, competente con servicios especializados de alta complejidad, ambulatoria y de hospitalización”<sup>15</sup>.

## 2.5 Visión

La visión del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso se define como: “Queremos ser reconocidos como una institución de excelencia, innovadora, asistencial y docente, líder en especialidades de alta complejidad, comprometida con sus usuarios, la familia y la sociedad”<sup>16</sup>.

<sup>14</sup> Extracto del organigrama real del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, para mayor profundidad visitar <http://www.hcvb.cl/paginas/hospital/organigrama/organigrama.pdf>

<sup>15</sup> Hospital Carlos Van Buren, Extraído el día 11 de Noviembre de 2011 a las 17:19 hrs. Desde <http://www.hcvb.cl/>

<sup>16</sup> Hospital Carlos Van Buren, Extraído el día 11 de Noviembre de 2011 a las 17:24 hrs. Desde <http://www.hcvb.cl/>

## 2.6 Valores

Los valores que guían al Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso son: “Compromiso, Equidad, Solidaridad, Respeto, Lealtad, Participación y Proactividad.”<sup>17</sup>

## 2.7 Objetivos Estratégicos

Los objetivos estratégicos del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso corresponden a:

- Eliminar las Garantías Explicitas de Salud (GES) y reducir las listas de esperas (No GES)
- Incorporar y desarrollar la cultura de seguridad del paciente.
- Respetar los derechos del paciente potenciando el trato digno y humano. Evaluando su satisfacción periódicamente
- Impulsar el desarrollo de competencias técnicas y relacionales de las personas que prestan atención al usuario.
- Potenciar el desarrollo de la calidad en la institución, incorporando la mejora continua en los procesos asistenciales y administrativos
- Alcanzar un equilibrio presupuestario, disminuyendo el nivel de endeudamiento.  
*(Hospital Carlos Van Buren. (2010). Cuenta Pública, Pág5. Extraído el 17 de noviembre 2011 desde [http://www.hcvb.cl/paginas/hospital/cuenta/CP\\_20102.pdf](http://www.hcvb.cl/paginas/hospital/cuenta/CP_20102.pdf))*

## 2.8 Marco Normativo

El marco normativo por el cual se rige el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso es el siguiente:

- a) Decreto N°38, Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de Los Establecimientos de Autogestión en Red, Ministerio de Salud; Subsecretaría de Salud Pública. 28 de abril de 2006.
- b) Decreto con Fuerza Ley 1, Fija Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N°18.469. Año 2010.
- c) Decreto con Fuerza de Ley N°725, Código Sanitario, Ministerio de Salud Pública. Año 2009 a 2011
- d) Decreto N°140, Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, Ministerio de Salud, Año 2006.

---

<sup>17</sup> Hospital Carlos Van Buren, Extraído el día 11 de Noviembre de 2011 a las 17:30 hrs. Desde <http://www.hcvb.cl/>

## **2.9 Unidad de Atención a las Personas (UAP)**

La Unidad de Atención a las Personas se crea con fecha 03 de Julio del año 2003, mediante resolución exenta N° 2514, de esta forma se cumplía con la orientación gubernamental de crear al interior de los organismos públicos, espacios de atención de los usuarios interesados en manifestar sus opiniones y de informarse de temas propios del Hospital y así garantizar el derecho de los ciudadanos a informarse y expresar su opinión sobre las materias que estimen pertinentes; además de ser un espacio comunicacional que permite la coordinación con otras reparticiones públicas.

En el marco de los lineamientos establecidos en la reforma de salud se generó un cambio en las relaciones de poder entre personas e instituciones; ello implica por un lado, ciudadanos informados con un rol más activo y de otro, que los servicios públicos estén dispuestos a considerar la opinión de los usuarios, para ajustarse a sus necesidades. *(Hospital Carlos Van Buren, Manual de Organización y Procedimiento de la Unidad de Atención a las Personas U.A.P., Ministerio de Salud, Chile, p.3)*

### **2.9.1 Dependencia**

“Corresponde a la U.A.P. depender directamente del nivel de mayor jerarquía, vale decir, del Director del Hospital, ya que sus funciones atraviesan horizontalmente a la organización y se constituye en una unidad asesora de la Dirección”. *(Ibíd., p.7)*

### **2.9.2 Misión**

La misión de la Unidad de Atención a las Personas es “contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención de los usuarios del Hospital que resulta de adquirir la condición de paciente y/o familiar a través de la articulación de nexos entre éste, el Hospital, la red de salud y la red social”. *(Ibíd., p.5)*

### **2.9.3 Visión**

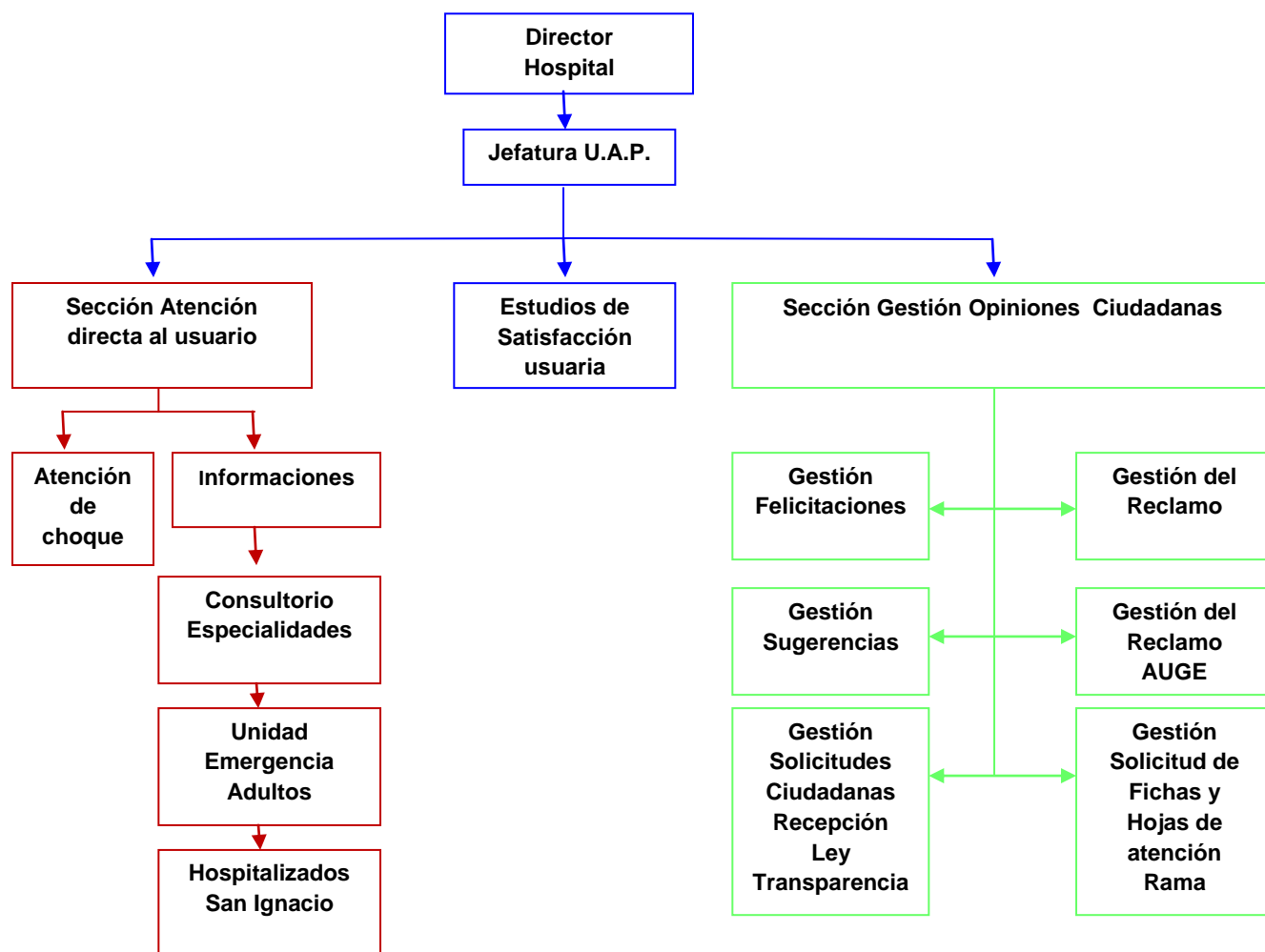
La visión de la Unidad de Atención a las Personas es “ser referente del cambio de modelo de atención hospitalaria, hacia uno centrado en la satisfacción usuaria y la humanización de la atención, en contexto de Hospital autogestionado en red” *(Ibíd., p.5)*

#### **2.9.4 Objetivos**

Los Objetivos de la Unidad de Atención a las Personas son los siguientes:

1. Facilitar el acceso de la población a la información sobre el funcionamiento y servicios otorgados por el Hospital Carlos Van Buren y otros organismos correspondientes a la red que integra..
2. Establecer coordinaciones con otras reparticiones públicas, especialmente dentro de la red de salud pública, con el fin de optimizar la calidad de la atención a *las personas*
3. Recibir y gestionar las opiniones ciudadanas, con el propósito de mejorar la gestión y funcionamiento del Hospital.
4. Coordinar la solución de problemas presentados por los usuarios, en el ámbito del que hacer del Hospital y dentro de los límites de los recursos con que cuenta la institución.
5. Contribuir a difundir la Carta de Deberes y Derechos Ciudadanos de la Institución
6. Definir, coordinar y gestionar la aplicación de encuestas de satisfacción usuaria
7. Entregar elementos a la Dirección del establecimiento para la toma de decisiones, considerando el ámbito de la satisfacción usuaria (*Ibíd., p.6*)

## 2.9.5 Organigrama



## 2.9.6 Personal

El personal de la Unidad de Atención a las Personas se compone principalmente por tres profesionales, un técnico a cargo de Fonoaviso y diez administrativos que se distribuyen en Secretaria, Informaciones y Fonoaviso respectivamente.

## 2.9.7 Principales Procesos y Procedimientos

Los principales procesos y procedimientos de la Unidad de Atención a las Personas del Hospital Carlos Van Buren se dividen de acuerdo a su organigrama.

### **2.9.7.1 Sección de Atención Directa al Usuario**

Su objetivo es “entregar la información que los usuarios requieren de una manera personalizada, respetuosa, oportuna, veraz, sistematizada y evaluable. (*Ibíd.*, p.8)

Esta sección tiene dos modalidades:

**Módulos de Informaciones** y lo que se ha denominado **Atención de Choque**, ambas difieren en que la primera es una atención breve, por un tema definido cuya respuesta no requiere una investigación mayor, la función la realiza un funcionario administrativo capacitado para tal tarea. En cambio la segunda se da en un ambiente privado, en que tanto el usuario como el funcionario que atiende están sentados y el tiempo de la atención depende principalmente de la complejidad del tema presentado, esta atención la brinda un funcionario administrativo con experiencia y capacitación o un profesional Asistente Social en los casos de mayor complejidad. (*Ibíd.*, p.8)

#### **Funciones de la Sección de Informaciones**

##### **a) Respeto de Atención Abierta**

- Horas médicas
- Estados de las Interconsultas
- Situaciones de Listas de Espera tanto para horas nuevas como para controles.

##### **b) Respeto de Pacientes Hospitalizados**

- Estado de los pacientes hospitalizados.
- Acceso a entrevistas con médicos tratantes y visitas especiales.
- Sistemas de acompañamiento a pacientes

##### **c) Respeto de la Unidad de Emergencia Adultos**

- Evolución de la atención de los pacientes
- Estado general del paciente
- Normas de la Unidad
- Traslados intra y extrahospitalarios

##### **d) Información General**

- Organización del sistema sanitario.

- Derechos y Obligaciones de los usuarios.
- Red asistencial.
- Red social.
- Servicios y prestaciones entregadas por el Hospital.
- Requisitos para la atención.
- Ubicación y funciones de los diferentes servicios y Unidades.
- Plazos para la tramitación de la prestación
- Personas responsables de los procedimientos
- Documentación y antecedentes que deben acompañar las solicitudes
- Procedimientos para la tramitación (*Ibíd., pp. 8-9*)

### **Funciones de la Atención de Choque**

- Satisfacer la demanda espontánea de atención de público realizada en un contexto de entrevista privada con el usuario en la que se informa y orienta respecto de la (s) inquietud (es) que presenten.
- Coordinar y gestionar con otras unidades del Hospital y externas, las inquietudes presentadas por los usuarios procurando de este modo que su atención en el Consultorio, Hospital y sistema de salud, sea lo más oportuna, expedita y efectiva posible dentro de los límites y posibilidades del Sistema Público de Salud.
- Informar a los Usuarios acerca de la cartera de Servicios que ofrece el Hospital, como así mismo las prestaciones cuya disponibilidad sea inferior a la demanda.
- Informar y orientar a los usuarios del HCVB acerca de procedimientos administrativos utilizados por el Hospital tanto para la atención de pacientes en su modalidad ambulatoria (consultorio) como cerrada (hospitalizados)
- Gestionar la resolución de requerimientos de orden administrativo que presenten los usuarios, en la medida que los recursos disponibles en el Hospital Carlos Van Buren lo permitan
- Difundir en el contexto de las entrevistas, la Carta de Derechos y Deberes de los Usuarios (*Ibíd., pp. 9-10*)

### **2.9.7.2 Estudios de Satisfacción Ciudadana**

Actualmente la mayoría de los usuarios tiene mayor información acerca de sus derechos, mayor responsabilidad de su propia salud, es decir se han ido empoderando en torno al tema de la salud y, por lo tanto, exigen una mejor calidad de la atención.

La importancia de evaluar la satisfacción usuaria en el Hospital, es que permite modificar condiciones, mejorar las deficiencias y reforzar las fortalezas, con respecto al manejo de la calidad del cuidado de la salud y a sus expectativas de resultado,

El ideal es desarrollar evaluaciones generales y diferenciadas por sector y que éstas sean continuas lo que en gran medida se hace en algunos servicios. La UAP por su parte debe desarrollar al menos una evaluación al año que incluya toda la gama de atenciones que se brindan (urgencia, at. abierta y at. cerrada, tanto de adultos como infantil). La información que entrega esta actividad debe ser difundida a toda la comunidad hospitalaria y debe servir de base a los equipos de trabajo para definir acciones de mejora. *(Ibíd., pp.10-11)*

Actividades Asociadas:

- Definición de los indicadores a evaluar
- Diseño de las encuestas
- Definición del tamaño de la muestra
- Coordinación con los encargados de las áreas donde se aplica la encuesta
- Aplicación de la encuesta
- Tabulación de sus resultados
- Análisis de los resultados
- Presentación de Informe a la Dirección
- Difusión a la comunidad hospitalaria. *(Ibíd., p.12)*

### **2.9.7.3 Sección de Gestión de Opiniones Ciudadanas**

Su importancia radica en garantizar el derecho de los ciudadanos sin discriminación, a informarse, sugerir reclamar y/o felicitar, acerca de los servicios entregados en el hospital, Para ello debe recibir y gestionar todas las presentaciones ciudadanas, con el propósito de mejorar la gestión.

Esta sección constituye una herramienta eficaz de gestión, pues da la oportunidad de transformar las “molestas quejas” en mejoras, canalizando constructivamente el

descontento de la gente y por el contrario, reforzar prácticas evaluadas positivamente por los usuarios. (*Ibíd.*, p.12)

#### **2.9.7.3.1 Gestión de Reclamos**

El objetivo de la gestión de reclamos es “gestionar los reclamos orientados al Hospital Carlos Van Buren manteniendo un registro actualizado de ellos, derivándolos según corresponda para su investigación y otorgando respuestas personalizadas dentro de plazos razonables de acuerdo a la naturaleza del reclamo. (*Ibíd.*, p.13)

#### **Descripción del Procedimiento**

1. El proceso de tratamiento de reclamos se inicia cuando la Unidad de Atención a las Personas toma conocimiento de él.
2. Las vías de ingreso de estos pueden ser
  - a) Registro en alguno de los libros que para ese efecto se encuentran en diferentes lugares del hospital (Puerta N° 1, Dirección del Consultorio, Puerta El Litre, U.E.A., U.E.I. Pensionado.).
  - b) Derivaciones desde otras instituciones
  - c) Cartas directas de los usuarios entregadas en oficina de partes
  - d) Ingresos por Mail desde FONASA
  - e) Ingresos por mail directo de los usuarios
  - f) Ingresos personalizados en la UAP
3. El reclamo se registra en base de datos especialmente creada para el efecto, dividida por meses y con campos definidos.
4. El equipo de profesionales de la UAP analiza e investiga el reclamo y determina el curso de acción que se seguirá:
  - Respuesta inmediata a usuario
  - Derivación a conocimiento e investigación de la jefatura de la unidad involucrada
5. En caso de reclamo que no aporte los suficientes elementos para su investigación se intenta comunicar vía teléfono al reclamante si esto no es posible se cita por carta para que se presente a completarlo.

6. En secretaría de U.A.P. se reciben y registran las respuestas de las jefaturas, estas se entregan a la Jefatura de la U.A.P. para su conocimiento y derivación, las respuestas incompletas o poco claras son enviadas nuevamente al mismo servicio o a otro que sea pertinente, aclarando en que es exactamente lo que se requiere saber.
7. Cuando la respuesta es evaluada como satisfactoria por la UAP se responde al usuario y se registra en la base de datos.
8. Los reclamos ingresados por mail se responden por el mismo conducto.
9. En los casos en que la dirección del establecimiento, resuelva que un reclamo se deba abordar como investigación sumaria o auditoria clínica se deberá:
  - Enviar carta a usuario informando la resolución.
  - Se remitirán todos los antecedentes que disponga la UAP a la oficina de personal para anexar a la investigación.
10. Se deriva a la dirección del establecimiento las estadísticas de reclamos trimestrales, informándole sus temas principales para su conocimiento y toma de decisiones orientadas a mejorar aspectos que estén provocando insatisfacción usuaria.
11. Todos los hitos relativos a las opiniones ciudadanas se registran en la base de datos correspondiente.
12. Una vez al mes se monitorea las respuestas de las jefaturas con el fin de requerir se respondan los reclamos que estén sin información.
13. En la base de datos queda debidamente registrado el tiempo transcurrido entre el ingreso de la opinión y el cierre del caso, lo que se puede verificar en las primeras cuatro columnas.
14. Todos los casos cerrados se registran en la base de datos y se archivan. (*Ibíd.*, pp.13-15)

#### **2.9.7.3.1.1 Categorización de Reclamos**

- a) Trato: Se clasifican en esta categoría todos aquellos reclamos de usuarios que se refieran a la actitud de los funcionarios en su relación con los usuarios: Lenguaje, respeto a su privacidad, identificación de los funcionarios, acogida, atención, entrega de información, comunicación.

- b) Competencia Técnica: Se clasifican dentro de esta categoría todos aquellos reclamos de usuarios relacionados con los procedimientos técnicos o decisiones adoptadas por cualquier integrante del equipo de salud en relación a la patología consultada o en tratamiento. Expresa disconformidad con las acciones emprendidas por el equipo de salud.
- b1) Eventos Adversos: Son aquellos sucesos que causan una lesión o complicación que prolonga la estancia hospitalaria, que precisan de procedimientos diagnósticos o tratamientos adicionales o que están relacionados con la muerte o incapacidad al alta de un paciente y que no son producto del curso natural de la enfermedad.
- c) Infraestructura: Se clasifican en este rubro todos los reclamos que realicen los usuarios referentes a las condiciones estructurales y del ambiente del establecimiento de salud con relación a : Accesos- Condiciones de seguridad del establecimiento en relación a emergencias, Condiciones de Mantenimiento de equipos, Condiciones de Sala de Espera, Baños Públicos, etc. , Condiciones de Temperatura y Ventilación, Condiciones higiénicas y estéticas de los edificios patios y jardines, Comodidad y Seguridad de camas, cunas y camillas de traslados, Condiciones de comodidad para los familiares de pacientes hospitalizados, Seguridad de las pertenencias de los pacientes y familiares.
- d) Tiempos De Espera: Dentro de esta categoría se encuentran los reclamos relacionados con los márgenes de espera subjetivamente evaluados por los usuarios.
- e) Información: Se clasifican en esta categoría aquellas opiniones relacionadas con la transmisión de información y las acciones comunicacionales del equipo de salud con los usuarios tanto respecto a los contenidos como a la forma utilizada con la entrega de información.
- f) Procedimientos Administrativos: Se clasifican en esta categoría todos los reclamos relacionados con procesos, procedimientos o funcionamiento

administrativo del establecimiento como los siguientes: Procesos de Admisión y Recaudación, Procedimientos o trámites durante la estadía en el Hospital, funcionamiento respecto de los horarios de atención, procedimientos administrativos al egreso, procedimientos de referencia y/o derivación.

- g) Probidad Administrativa: Se clasifican en esta categoría todos aquellos reclamos en los que se exprese que desde el punto de vista del usuario se hubiese afectado el principio de honradez en el actuar de alguno de los integrantes del equipo de salud.
- h) Auge: Se clasifican en esta categoría aquellos reclamos en los cuales existe un incumplimiento en las garantías explícitas a las que el usuario tiene derecho y que están establecidas en el reglamento de la ley 19.966 sobre las garantías explícitas en salud. (*Ibíd.*, pp.16-17)

#### **2.9.7.3.1.2 Gestión del Reclamo Auge**

El objetivo de la gestión del reclamo auge es “investigar los eventos relacionados con insatisfacción usuaria percibida durante la atención de una patología incorporada al Régimen de Garantías Explícitas en Salud, GES. que han sido presentados formalmente por los usuarios del sistema de Salud, para mejorar el acceso a los servicios y corregir los problemas de calidad en la atención que brinda el Hospital Carlos Van Buren a sus usuarios. (*Ibíd.*, p.18)

#### **Descripción del Procedimiento**

1. Los eventos ingresan para su investigación a través de correo electrónico enviado desde FONASA y OIRS de la Dirección del SSVSA y Seremi de Salud V región.
2. Se registran los eventos en una base de datos electrónica, donde se consigna: Fecha de recepción, n° de documento, institución que lo deriva, nombre de la persona que pone el reclamo, sexo, dirección, nombre del usuario afectado, Rut, teléfono, Motivo de insatisfacción .Servicio involucrado , Centro de Responsabilidad.

3. Se inicia la investigación, revisando Sistema Informático de Gestión de Garantías Explícitas en Salud (SIGGES), sistema Orden y ficha clínica, en busca de mayores antecedentes e información.
4. Si no hay garantía incumplida, se responde de inmediato por la misma vía de ingreso y se registra en base de datos.
5. Si al investigar el reclamo se detecta un error en el registro de la Solicitud de Interconsulta (SIC) en el SIGGES y por esta causa no le otorga garantías al paciente, se deriva primero a Monitora de registros GES para su corrección y posteriormente se continúa con el proceso.
6. Si se detecta que el evento corresponde a una garantía de tratamiento vencida, se envía mail a Jefe de Servicio, para toma de conocimiento y resolución.
7. En el caso de garantías de oportunidad en el diagnóstico vencidas cuya resolución corresponde a una asignación de hora médica se deriva al Centro de Gestión de Usuarios (CGU). O bien se tramita a través convenios que el establecimiento mantiene con algunos prestadores privados.
8. Si se trata de incumplimiento de garantías de oportunidad en el tratamiento donde está involucrado el servicio de Neurocirugía se deriva expediente y ficha clínica a Asistente Social del Servicio, quien presentará los casos en reunión con Jefe de Servicio de NC. Se envía mail con copia a todos los involucrados para toma de conocimiento.( FONASA, Subdepto Gestión de Red, Coordinación GES)
10. Se recibe respuesta del Jefe de servicio y/o equipo de trabajo y se envía vía e-mail, respuesta a la institución que lo derivó, con copia a todos los involucrados.
11. Se deja constancia en la base de datos de las gestiones realizadas para solucionar el problema planteado y n° de días que se demora el establecimiento en dar respuesta.
12. De no obtener respuesta desde el servicio involucrado en los plazos establecidos, de 48 y 72 hrs para reclamos GES (garantía incumplida) y los interpuestos ante la SIS se reenviará mail al Jefe de servicio con copia a Coordinación GES, FONASA, Sub departamento de Gestión de Red y Director de hospital para toma de conocimiento.
13. Si a pesar del reitero del reclamo al jefe de servicio y su equipo de trabajo no se obtiene respuesta y ésta es requerida nuevamente por FONASA, se debe canalizar la solicitud de respuesta solo a través de la UAP, para evitar duplicidad de información. La UAP la remitirá nuevamente al jefe de servicio y al Sr. Director de

Hospital para resolución, con copia a FONASA y a Sub Departamento de Gestión de Red. *(Ibíd., pp.18-20)*

#### **2.9.7.3.2 Gestión de Felicitaciones**

El objetivo de la gestión de felicitación es “presentar a las Jefaturas las opiniones positivas que presentan los usuarios respecto de su área, para que estas sirvan de incentivo para mantener buenas prácticas. *(Ibíd., p.21)*

##### **Descripción del Procedimiento**

1. Todas las felicitaciones que se reciben, referidas al Hospital Carlos Van Buren, son ingresadas en una base de datos
2. Se derivan a la o las jefatura (s) involucradas planteando la posibilidad de poner Nota de Mérito a los funcionarios aludidos
3. Cuando las jefaturas deciden poner Notas de Mérito producto de una felicitación, estas son derivadas a la UAP que se encarga de gestionarla en la oficina de Personal.
4. La UAP responde todas las felicitaciones por escrito informándole al usuario el resultado de su felicitación. *(Ibíd., p.21)*

#### **2.9.7.3.3 Gestión de Solicitudes y Sugerencias**

El objetivo de la gestión de solicitudes y sugerencias es “presentar a las jefaturas de Centros de Responsabilidad, Servicios y Unidades las solicitudes de los usuarios que se relacionen con su área para definir si estas son acogidas *(Ibíd., p.22)*

##### **Descripción del Procedimiento**

1. Las Solicitudes Ciudadanas pueden ser presentadas en forma presencial en la UAP o pueden llegar desde otros organismos de la red (FONASA, Servicio de Salud, SEREMI de salud, entre otras)
2. Se realiza una investigación preliminar en la UAP con la finalidad de definir la pertinencia de lo solicitado
3. Se deriva a la jefatura correspondiente, vía mail, las que ingresan de esa forma o en formulario especial. Con la indicación de evaluar lo solicitado y definir de acuerdo a los recursos disponibles y criterio de la jefatura

4. Las solicitudes por ley 20.285, De Transparencia y Probidad de la Función Pública presentadas en el establecimiento se derivan a la OIRS de la Dirección de Servicio y si corresponden a este establecimiento se envían a la Jefatura encargada de entregar la información con la indicación que se trata de una solicitud amparada en esa Ley.
5. Las Solicitudes presenciales se responden en forma verbal, ya sea personal o por teléfono al usuario, las que son derivadas de otros organismos se les responde a ellos vía correo electrónico. (*Ibíd.*, p.22)

## CAPITULO III: METODOLOGIA

En este capítulo se abordará la temática sobre la cual se elaborará la investigación, el análisis de la información y posteriormente la propuesta técnica sobre el mismo.

### **3.1 Planteamiento del problema:**

“¿Cómo se relaciona la Planificación Estratégica con los reclamos de la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso en el periodo 2007-2011?”

### **3.2 Objetivo General**

Analizar los reclamos de las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso y su relación con la planificación estratégica en el periodo 2007-2011.

### **3.3 Objetivos Específicos**

- Analizar los reclamos de la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso.
- Analizar la planificación estratégica del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso
- Comparar si los objetivos estratégicos del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso se orientan hacia los reclamos de la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias
- Determinar si existe una coordinación entre la Unidad de Atención a las Personas y la Unidad de Planificación y Control

### **3.4 Metodología de Investigación**

La metodología del presente estudio corresponde a una investigación de carácter mixta, ya que integra elementos cuantitativos como la aplicación de instrumentos estadísticos y al mismo tiempo instrumentos de carácter cualitativos como las entrevistas. Del mismo modo, el enfoque de esta investigación es descriptivo, ya que el fin es describir algunas características importantes de conjuntos de fenómenos similares, utilizando criterios metódicos que permitan conocer su estructura o comportamiento. En el mismo sentido,

además este estudio posee un enfoque explicativo, ya que el objetivo es conocer porque suceden ciertos hechos a través de relaciones causales, determina los orígenes de un determinado fenómeno homogéneo.

### **3.5 Descripción conceptual de las variables y establecimiento de indicadores a través de los cuales se medirán.**

Las variables más importantes de la investigación corresponden a los tipos de solicitudes, que son consideradas como “las consultas, opiniones, reclamos, peticiones, sugerencias o felicitaciones en el marco de la Ley N° 19.880, que establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado; y las Solicitudes de Acceso a la Información Pública, de acuerdo a lo establecido en el Título IV de la Ley N° 20.285 de Transparencia de la Función Pública y de Acceso a la información de la Administración del Estado”. (*Fundamento Teórico: Diseño, Implementación y Evaluación, Ministerio Secretaria General de Gobierno, Gobierno de Chile, p.146*). De las cuales, el eje principal de esta investigación serán los reclamos que ingresan a la Unidad de Atención a las Personas.

Los indicadores a través de los cuales se medirán dichas variables corresponden a bases de datos depuradas y clasificadas según tipo de solicitud, de donde se extrajo los datos necesarios para formular gráficos, tablas, entre otros.

### **3.6 Información Seleccionada para la Investigación**

La información seleccionada para la investigación corresponde a los reclamos del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso canalizados por medio de la Unidad de Atención a las Personas (UAP) desde el año 2007 hasta el tercer trimestre del año 2011. De esta forma se realiza un análisis censal, del total de la población basado en el criterio de relación con la planificación estratégica del servicio.

### **3.7 Instrumentos Utilizados**

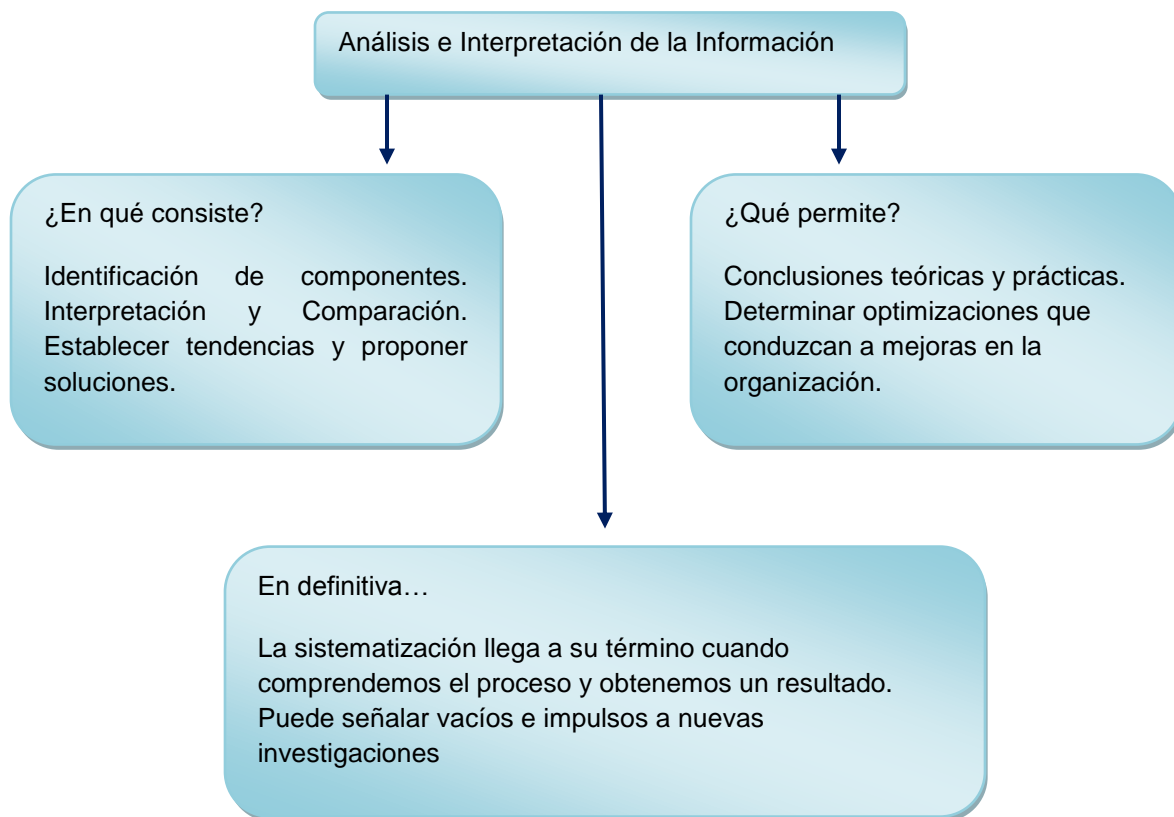
El primer instrumento utilizado corresponde a una base de datos de reclamos dirigidos al Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso. De la cual se extrajo los datos necesarios para la realización del estudio.

El segundo instrumento utilizado corresponde a una entrevista realizada a los jefes de la Unidad de Atención a las Personas y la Unidad de Planificación y Control, para determinar

el grado de coordinación entre ambas y su interacción con el fin de cumplir los objetivos institucionales.

### 3.8 Análisis e Interpretación de la Información

En esta etapa investigativa se desarrollan los objetivos específicos, con el fin de transformar un conjunto de datos obtenidos o recolectados a través de procedimientos, bases de datos y entrevistas bien diseñados para maximizar su precisión. Se aplican los distintos métodos y enfoques descritos con anterioridad.



## CAPITULO IV: ANALIS E INTERPRETACION DE DATOS

### 4.1 Analizar los reclamos de la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso.

El análisis de los reclamos de la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso se centrará desde el año 2007 hasta el tercer trimestre del año 2011, de los cuales se analizará la variabilidad de éstos y al mismo tiempo la derivación en los ocho tipos de reclamos existentes.

#### AÑO 2007

En el primer año analizado se presentaron 2.325 solicitudes a la unidad de atención a las personas de las cuales el 44,22% pertenecen a reclamos, el 41,59% a solicitudes ciudadanas, el 13,38% a felicitaciones y el 0,82% a sugerencias.



Gráfico N° 1

Fuente: Elaboración Propia

Conocer el tipo de reclamo es fundamental para una correcta retroalimentación de las actividades, procesos y procedimientos ejecutados, con el objetivo de realizar un monitoreo constante de la realidad, reasignar tareas y buscar posibles alternativas de mejoramiento de la gestión. Dichos reclamos se dividen en ocho categorías tales como:

Trato, Competencia Técnica, Infraestructura, Tiempo de Espera, Información, Procesos Administrativos, Probidad Administrativa y Auge.

De acuerdo a lo anterior, en el siguiente gráfico se analiza la distribución de los reclamos según su categorización:

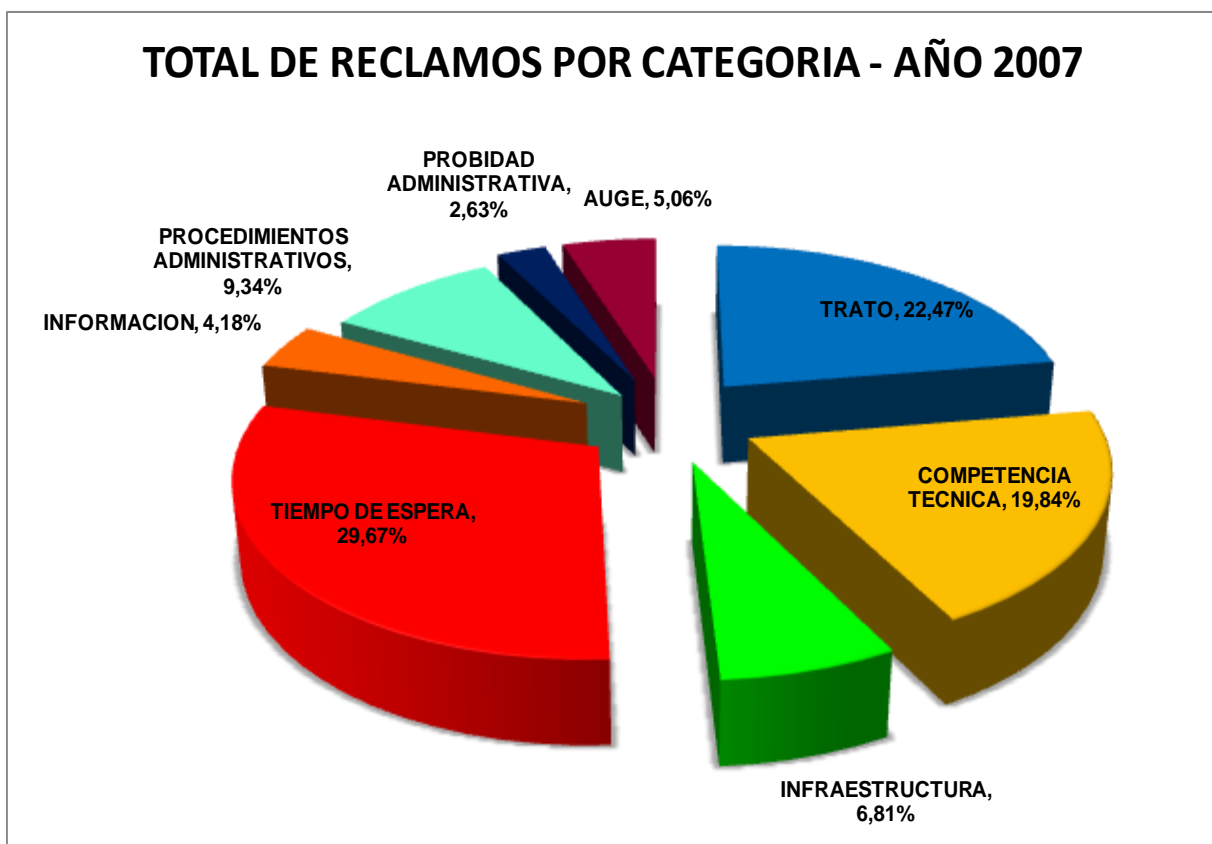


Gráfico N°2

Fuente: Elaboración Propia

Se puede deducir respecto del Gráfico N°2 que 3 de cada 10 personas reclaman por el tiempo de espera relacionado con el servicio entregado por el Hospital, lo cual equivale a la primera categoría con más reclamos ingresados al servicio. En el mismo sentido, 1,1 de cada 5 personas reclaman por el trato recibido por parte de los funcionarios del Hospital, lo cual convierte a esta categoría en la segunda con mayores reclamos. Y por último, 1 de cada 5 personas reclama por la competencia técnica, lo cual equivale a la tercera categoría con más reclamos.

## AÑO 2008

El segundo año analizado se presentaron 3.480 Solicitudes a la unidad de atención a las personas, es decir, un 49,68% más que el año anterior (2007). Del total de solicitudes el 46,78% corresponden a reclamos, el 42,18% a solicitudes ciudadanas, el 10,78% a felicitaciones y el 0,26% a sugerencias.

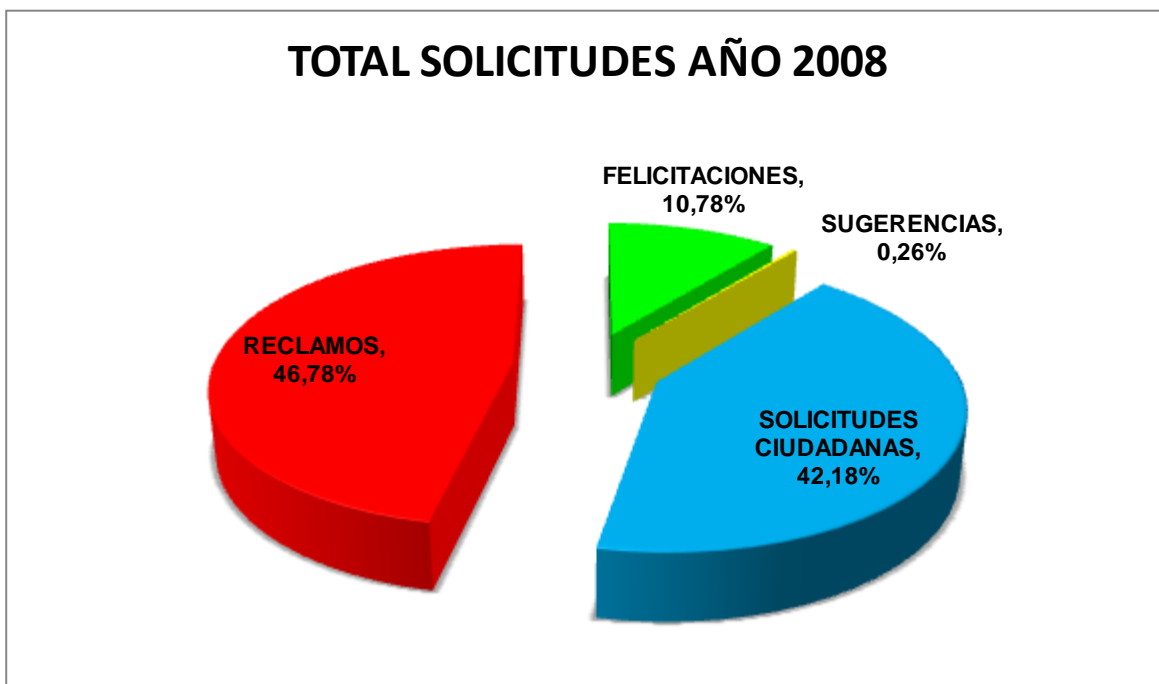


Gráfico N°3  
Fuente: Elaboración Propia

En el gráfico que se presenta a continuación, se analizan los reclamos del año 2008 por categoría:

## TOTAL DE RECLAMOS POR CATEGORIA - AÑO 2008

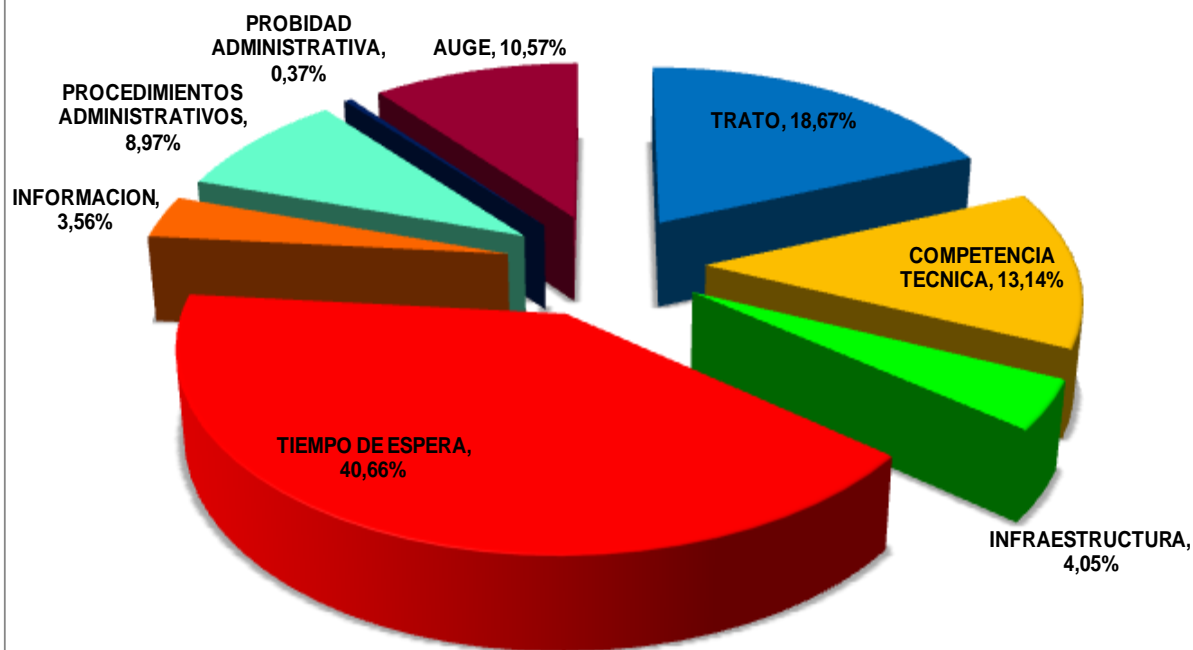


Gráfico N°4

Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo al Gráfico N°4 se puede observar que 2 de cada 5 personas reclaman por el tiempo de espera relacionado con las prestaciones entregadas por el Hospital, lo cual equivale a la primera categoría con más reclamos ingresados al servicio. Del mismo modo, 1 de cada 5 personas presentan un reclamo relacionado por el trato recibido por parte de los funcionarios del Hospital, por lo cual se sitúa en la segunda categoría con más reclamos. Y por último, 1,3 de cada 10 personas reclama por la competencia técnica, lo cual equivale a la tercera categoría con más reclamos.

De esta manera se establece un patrón de reclamo, en donde las primeras tres categorías se mantienen al igual que en el año 2007.

## AÑO 2009

El tercer año analizado, correspondiente al año 2009, se presentaron 3.297 Solicitudes a la unidad de atención a las personas, es decir, un 5% menos que el año 2008 y un 41,81% más que el año 2007. Del total de solicitudes el 51,65% corresponden a reclamos, el 34,64% a solicitudes ciudadanas, el 13,59% a felicitaciones y el 0,12% a sugerencias.

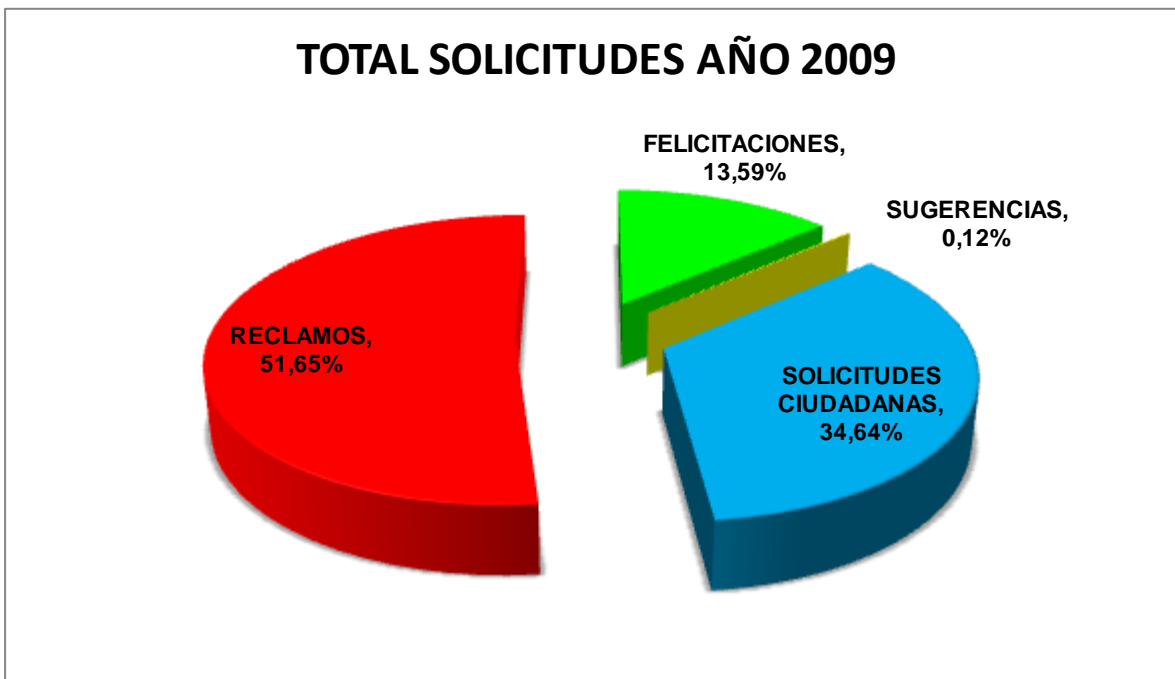


Gráfico N°5

Fuente: Elaboración Propia

Para entender aún más el crecimiento de los reclamos sostenidamente en el tiempo, es necesario, al igual que el análisis de los años anteriores, categorizar los reclamos. El siguiente gráfico nos detalla la situación de los reclamos por área:

## TOTAL DE RECLAMOS POR CATEGORIA - AÑO 2009

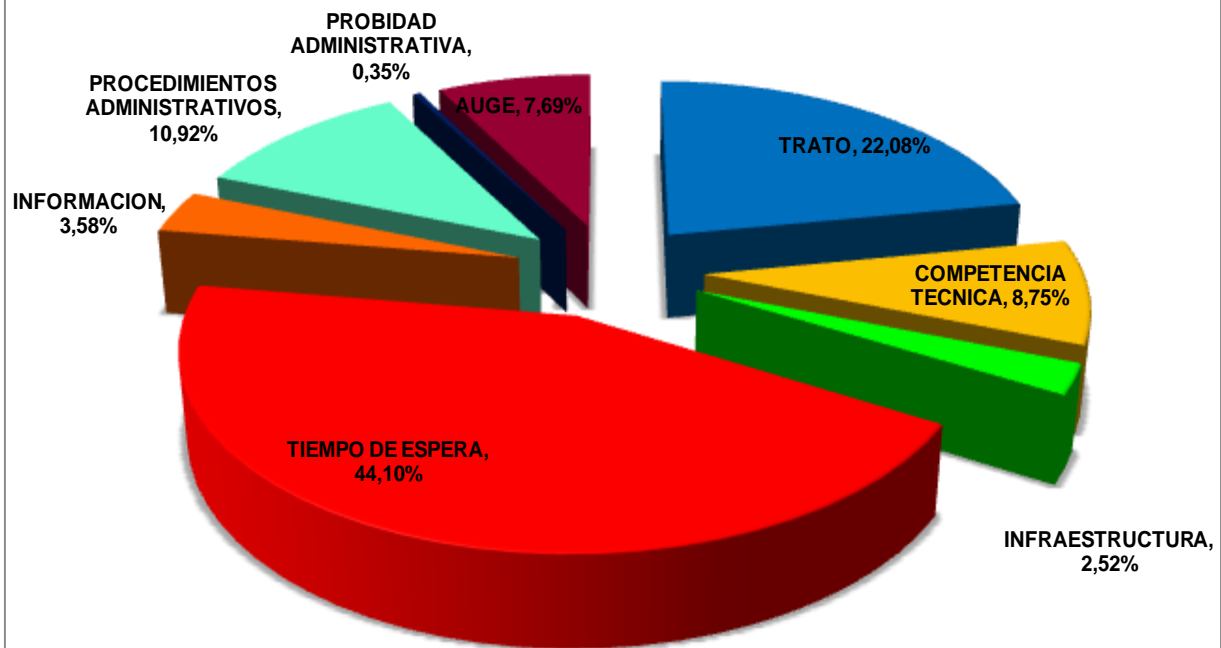


Gráfico N°6

Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo al Gráfico N°6 se puede observar que 2,2 de cada 5 personas reclaman por el tiempo de espera relacionado con las prestaciones entregadas por el Hospital, lo cual equivale a la primera categoría con más reclamos ingresados al servicio. En el mismo sentido, 1 de cada 5 personas presenta un reclamo formal al Hospital por el trato recibido por parte de los funcionarios, lo que determina a esta categoría ser la segunda con más reclamos. Y por último, 1 de cada 10 personas presenta un reclamo por los procedimientos administrativos, lo cual equivale a la tercera categoría con más reclamos.

De esta manera se evidencia una lógica sobre categorizaciones que presentan más reclamos anuales, la cual es liderada por el tiempo de espera y seguido por el trato hacia el usuario, mientras que el reclamo dirigido a los procedimientos administrativos se eleva en relación a la competencia técnica como era factor en los años anteriores.

## AÑO 2010

El cuarto año analizado, correspondiente al año 2010, se presentaron 3.499 solicitudes a la unidad de atención a las personas, es decir, un 6,12% más que el año 2009, un 0,54% más que año 2008 y un 50,49% más que el año 2007. Del total de solicitudes el 59,76% corresponden a reclamos, el 29,12% a solicitudes ciudadanas, el 10,95% a felicitaciones y el 0,17% a sugerencias.

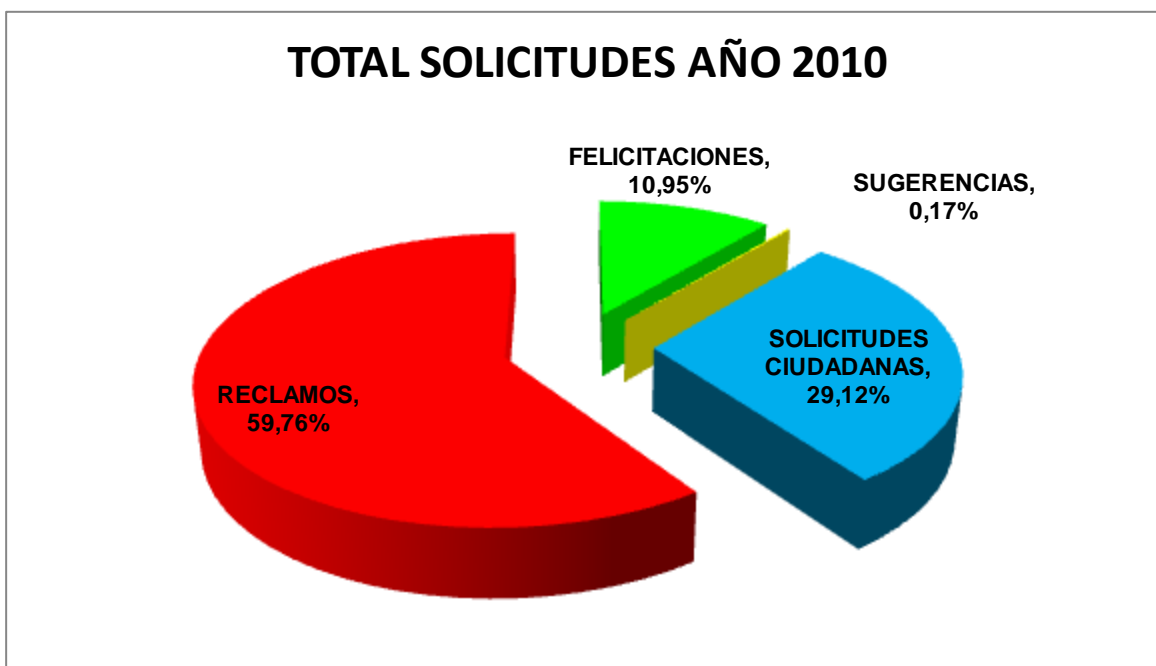


Gráfico N°7

Fuente: Elaboración Propia

El monitoreo del reclamo es elemental para identificar el correcto cumplimiento de indicadores y metas. Al mismo tiempo, asegura una correcta retroalimentación para la gestión. De esta forma, se entiende que dicho monitoreo debe realizarse de forma sistemática y en conjunto con las unidades involucradas para una correcta respuesta en los tiempos y plazos establecidos en la normativa.

El siguiente gráfico representa la distribución por categoría de los reclamos presentados en el año 2010:

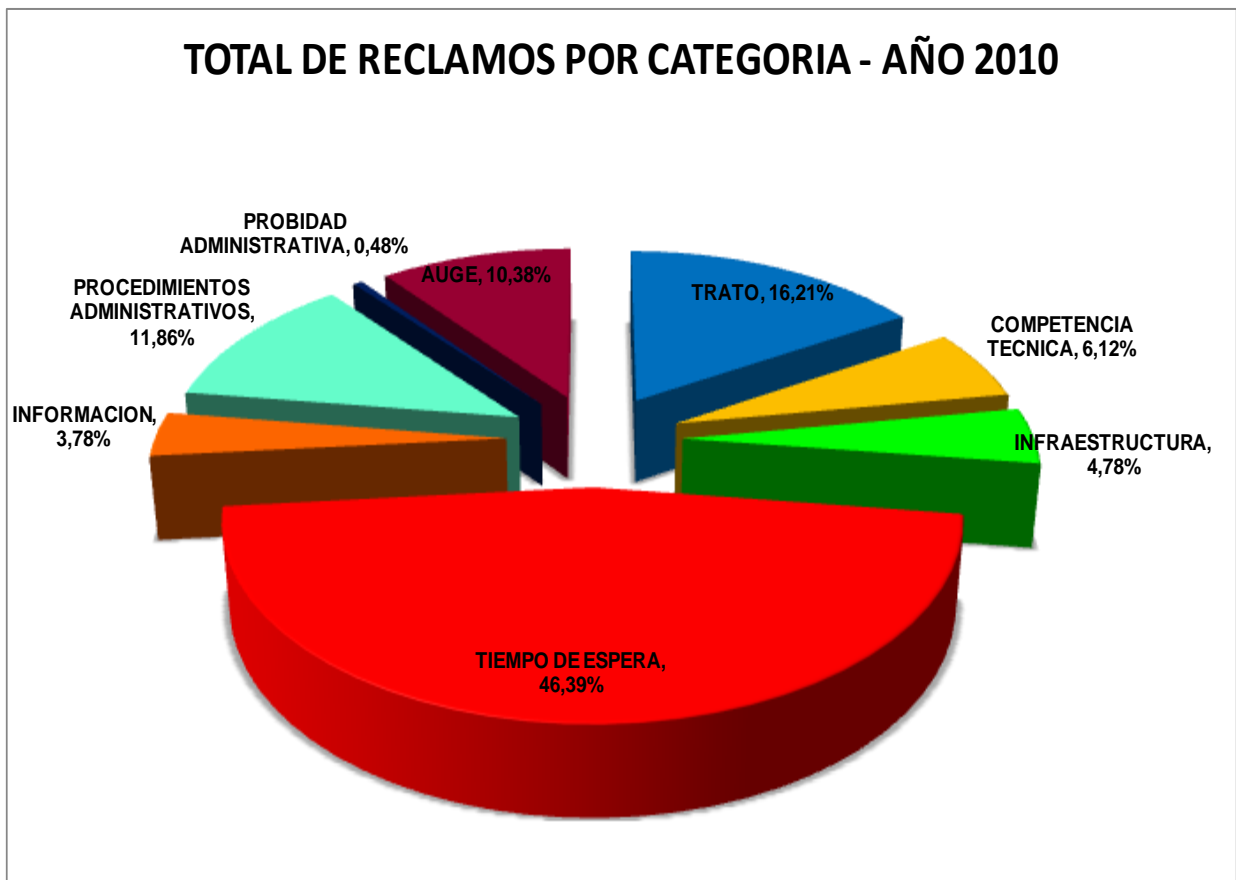


Gráfico N°8

Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo al Gráfico N°8 se observa que 2,3 de cada 5 personas presentan un reclamo formal hacia el Hospital por el tiempo de espera relacionado con las prestaciones entregadas por el Hospital, lo cual equivale a la primera categoría con más reclamos ingresados al servicio. En el mismo sentido, 1,6 de cada 10 personas presenta un reclamo relacionado por el trato recibido por parte de los funcionarios, lo que determina a esta categoría ser la segunda con más reclamos. Y por último, 1,1 de cada 10 personas presenta un reclamo por los procedimientos administrativos, lo cual equivale a la tercera categoría con más reclamos.

Nuevamente el tiempo de espera es la principal causa de reclamo por parte de los usuarios que reciben prestaciones de salud por parte del Hospital Carlos Van Buren, seguido por el trato hacia los mismos, evidenciando una falta respecto del marco del

respeto y acogida hacia ellos y por último, al igual que en el año 2009, los procedimientos administrativos.

## **AÑO 2011**

El último año a analizar corresponde al año 2011, donde se consideraron los tres primeros trimestres. Durante éstos se presentaron 2.544 solicitudes a la unidad de atención a las personas. Del total de solicitudes el 73,13% corresponden a reclamos, el 17,07% a solicitudes ciudadanas, el 9,8% a felicitación y un 0% de sugerencias (esta última corresponde al mejoramiento de procesos derivándose a trámite en línea la solicitud.)



Gráfico N°9

Fuente: Elaboración Propia

En el siguiente gráfico se observa el comportamiento de los reclamos<sup>18</sup> según la categorización mencionada anteriormente.

<sup>18</sup> Es de importancia recordar al lector que la distribución por categoría corresponde a los últimos tres trimestres del año 2011 y por ende no globaliza el total anual.

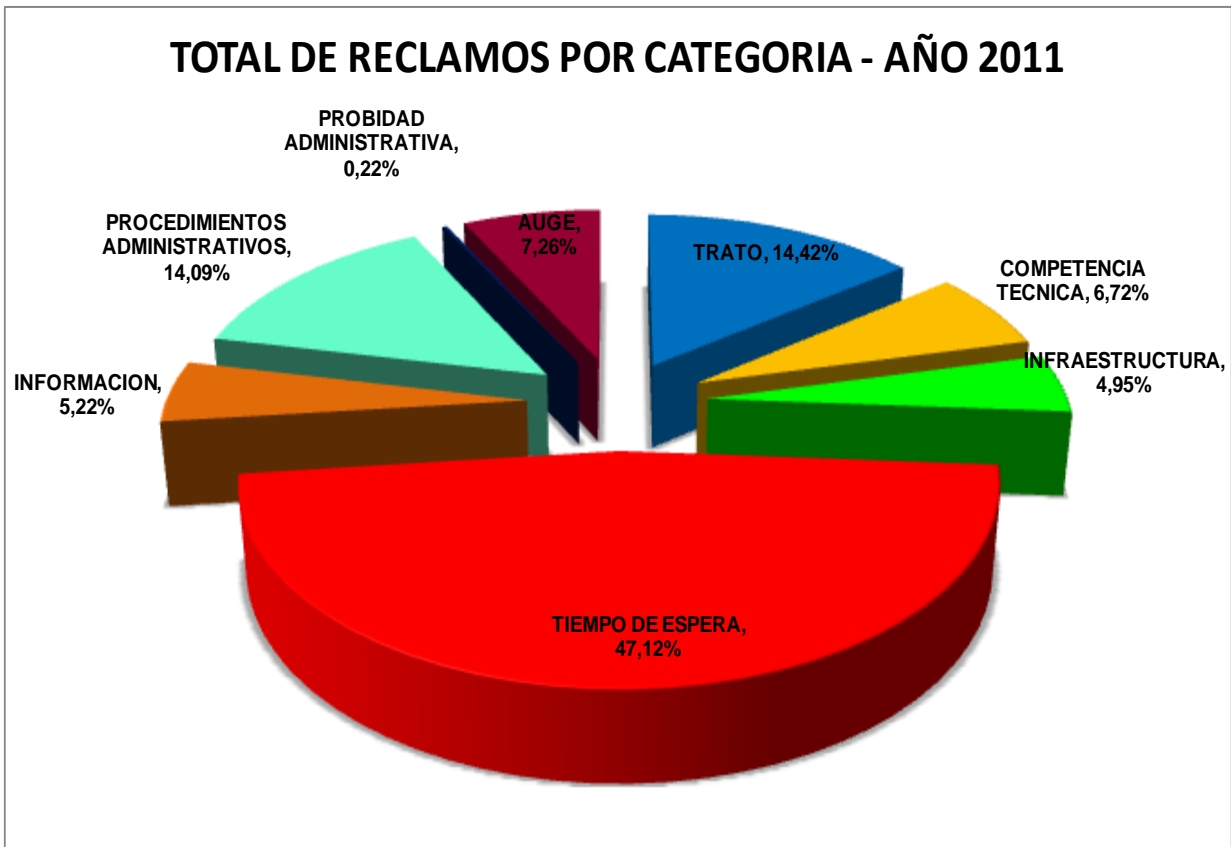


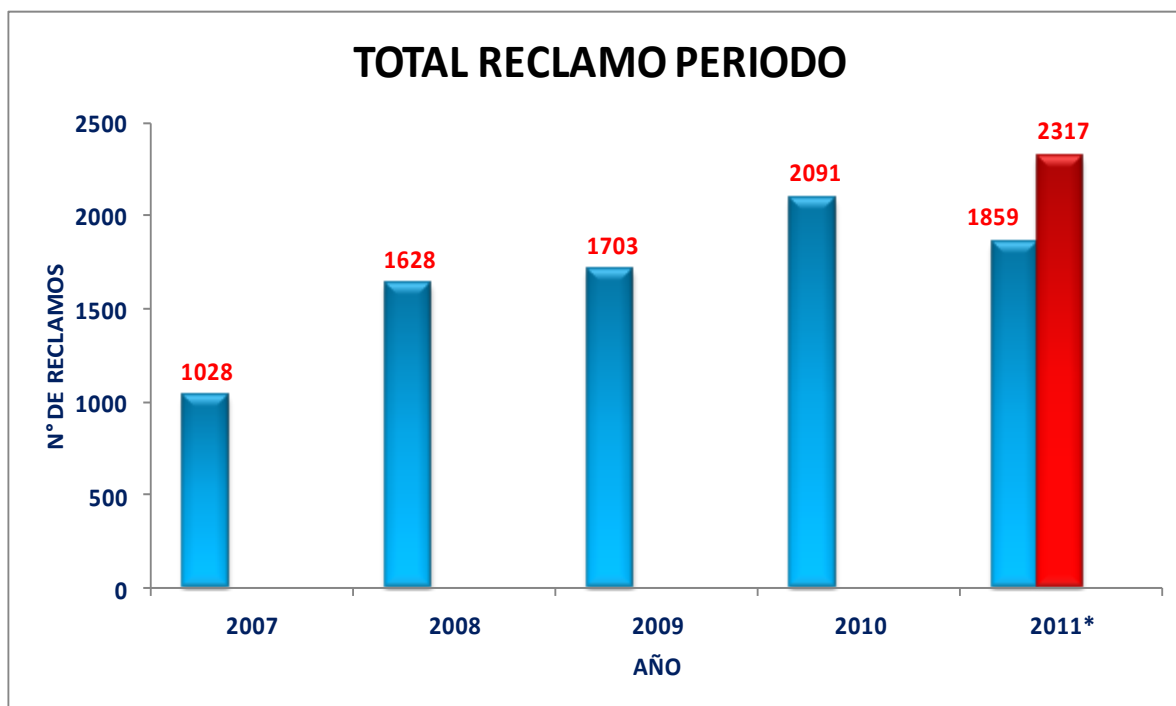
Gráfico N°10

Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo al Gráfico N°10 se observa que casi 1 de cada 2 personas presenta un reclamo formal hacia el Hospital por el tiempo de espera, relacionado con los servicios de salud entregados, lo cual equivale a la primera categoría con más reclamos ingresados al servicio. En el mismo sentido, 1,4 de cada 10 personas presenta un reclamo relacionado por el trato recibido por parte de los funcionarios, lo que determina a esta categoría ser la segunda con más reclamos. Y por último, 1,4 de cada 10 personas también presenta un reclamo por los procedimientos administrativos, lo cual equivale a la tercera categoría con más reclamos.

Después de analizar los resultados, específicamente los reclamos, de la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso se demuestra un crecimiento sostenido del número de reclamos desde el año 2007 hasta el tercer trimestre del año 2011, como lo expone el Gráfico N°11. Por lo cual se evidencia

una falta de coordinación<sup>19</sup> entre ambas unidades y un proceso de retroalimentación poco efectivo que hace difícil la tarea de cumplir objetivos institucionales o lineamientos estratégicos referidos a satisfacción ciudadana. Al mismo tiempo, se detectan tres categorías con mayor impacto de reclamos al interior del Hospital: a) Tiempo de Espera; b) Trato y c) Procedimientos Administrativos y Competencia Técnica.



\* Resultados hasta el tercer trimestre año 2011

Gráfico N°11

Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo al gráfico anterior, el crecimiento porcentual de reclamos a través de los cinco años es el siguiente: el 2008 creció en un 58,37% respecto del año anterior (2007), mientras tanto que el año 2009 creció un 4,61% respecto del año anterior, de la misma forma el año 2010 lo hizo en un 22,78% respecto del año 2009. El porcentaje de reclamos del año 2011 hasta el mes de septiembre alcanza el 88,9% respecto del total del año 2009, aun faltando la tabulación de reclamos del último trimestre. De acuerdo a un promedio de reclamos presentados en el último trimestre de cada año se podría esperar alcanzar un total de 458 reclamos en el último trimestre año 2011 por lo cual sumado a lo ya existente indicaría un crecimiento en potencia de un 10,8% respecto del año 2010.

<sup>19</sup> La existencia de coordinación, interacción y participación entre la Unidad de Atención a las Personas y la Unidad de Planificación y Control se abordará más a fondo en el siguiente Capítulo.

Este crecimiento en potencia es explicado, en primera instancia, por el promedio de reclamos presentados al Hospital durante los últimos trimestres de cada año a partir del 2007 hasta el 2010, datos reflejados en los siguientes gráficos:

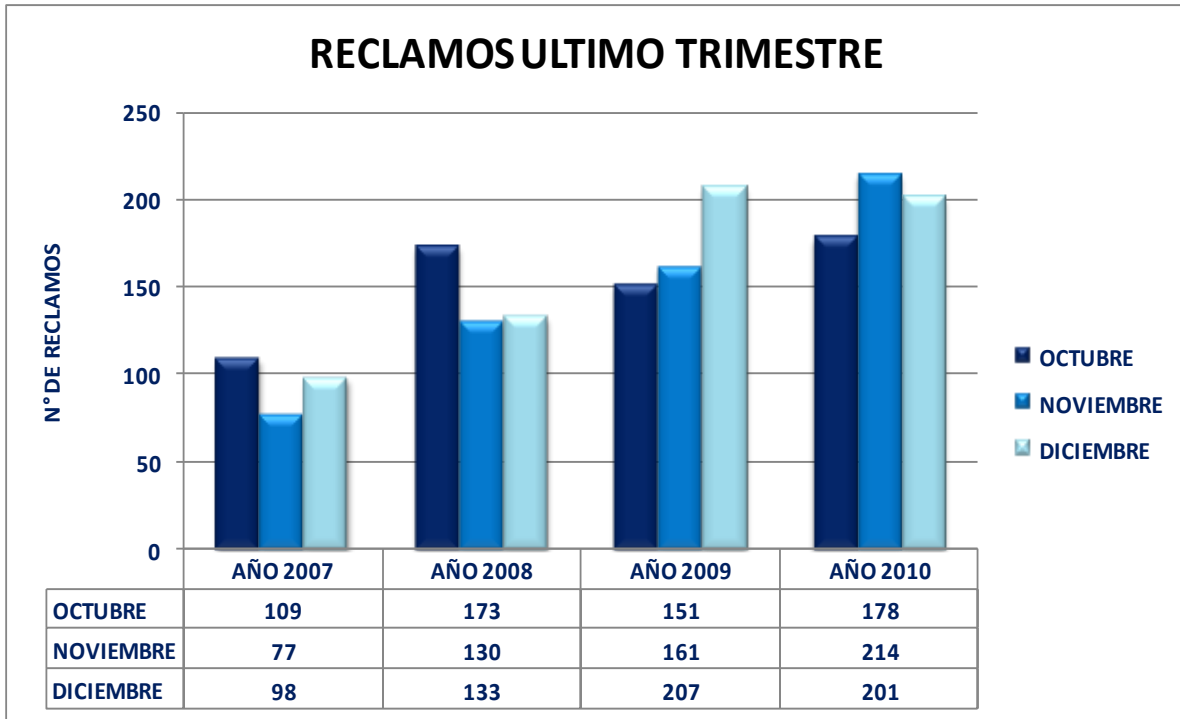


Grafico N°12

Fuente: Elaboración Propia

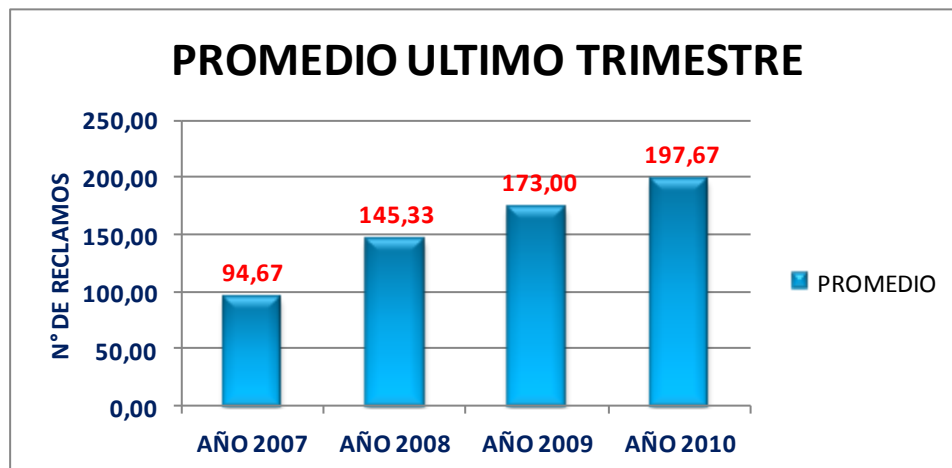


Grafico N°13

Fuente: Elaboración Propia

En segunda instancia, de los gráficos anteriores, se deriva el cálculo de la desviación estándar (DE), que “describe cómo las puntuaciones de una variable de intervalo/razón u ordinal de tipo intervalo se extienden a lo largo de la distribución, en relación con la puntuación media” (Ferris J. Ritcher, Estadística para las Ciencias Sociales: El potencial de la imaginación estadística. Mc Graw Hill, p.130), de esta manera la DE anual es de 396,12. Mientras que la DE por trimestre desde el año 2007 hasta el año 2010, junto con el coeficiente de variación (CV) entendido como “una medida relativa que resulta de utilidad al comparar la cantidad de variación en grupos de datos que posean medias diferentes” (Richard I. Levin, David S. Rubin, Estadística para administradores, 6° Ed., Prentice Hall, p.132), se relaciona la desviación estándar con el promedio expresando el resultado en “por ciento”, más que las unidades de los datos originales, es el siguiente:

<b>AÑO</b>	<b>DESVIACION ESTANDAR</b>	<b>COEFICIENTE DE VARIACION</b>
2007	16,26	17,17%
2008	24,01	16,52%
2009	29,87	17,26%
2010	18,23	9,22%

Tabla N°1

Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo a los resultados obtenidos en la tabla N°1 se concluye que durante los años 2007, 2008 y 2009 el coeficiente de variación es similar por lo cual la variabilidad de los reclamos en relación al promedio no es muy alta y solo fluctúan en el margen de los porcentajes calculados con anterioridad, dando origen a un cálculo representativo, debido a que es menor al 20% de dispersión. Así, de igual forma, el CV del año 2010 el porcentaje es menor, por ende la variabilidad de los reclamos en relación al promedio es directamente proporcional, es decir, la dispersión de los datos se ajusta más al óptimo o ideal principal, debido, y considerando, fundamentalmente a la uniformidad de los reclamos presentados en el último trimestre del año 2010.

De esta forma se concluye que el crecimiento en potencia del último trimestre del año 2011 se ve dentro de los márgenes representativos, ya comprobados, y el número alcanzado puede fluctuar o moverse dentro de los márgenes establecidos por la desviación estándar.

## Análisis por categoría de reclamo.

El análisis por categoría de reclamo se centra en las tres áreas más críticas de reclamos presentado desde el año 2007 hasta el tercer trimestre del año 2011.

### A. Tiempo de espera

Los reclamos por tiempo de espera son la principal causa de quejas y molestias por parte de los usuarios del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso. En el siguiente gráfico se establece el crecimiento de éstos a lo largo de cinco años junto con una proyección identificada de color rojo:

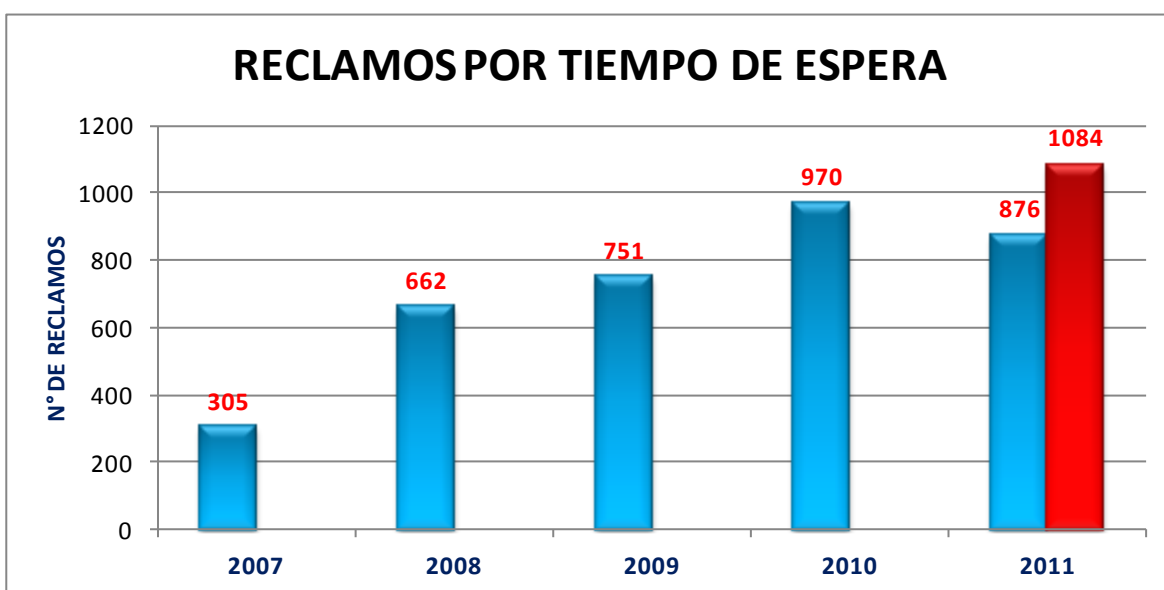


Gráfico N°14

Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo al Gráfico N°14 el crecimiento porcentual de reclamos es el siguiente: el año 2008 creció en un 117,05% respecto del año 2007, mientras que el año 2009 lo hizo en 13,44% respecto del periodo anterior, de la misma forma lo hizo el año 2010 en un 29,16%. El porcentaje de reclamos del año 2011 hasta el mes de septiembre alcanza el 90,3% de reclamos del total del año anterior, razón por lo cual, por medio del promedio anual, se espera una proyección de 1084 reclamos para el año 2011, lo que evidencia un crecimiento sostenido de éstos.

Conocer la evolución de la categoría con más reclamos, permite establecer que, a pesar de las medidas adoptadas para disminuir los reclamos asociados a esta categoría, faltan aún muchos procesos y procedimientos que modificar y al mismo tiempo, efectuar un

monitoreo eficaz y constante de la realidad para el cumplimiento de objetivos estratégicos. Para esto es necesario que exista una coordinación constante entre unidades, un diálogo permanente y un flujo de información horizontal para la toma de decisiones y posibles modificaciones al plan estratégico del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso.

Los siguientes gráficos describen el comportamiento de reclamos del último trimestre desde el año 2007 hasta el año 2010, junto con el promedio de los mismos, que ayudan para establecer la proyección:

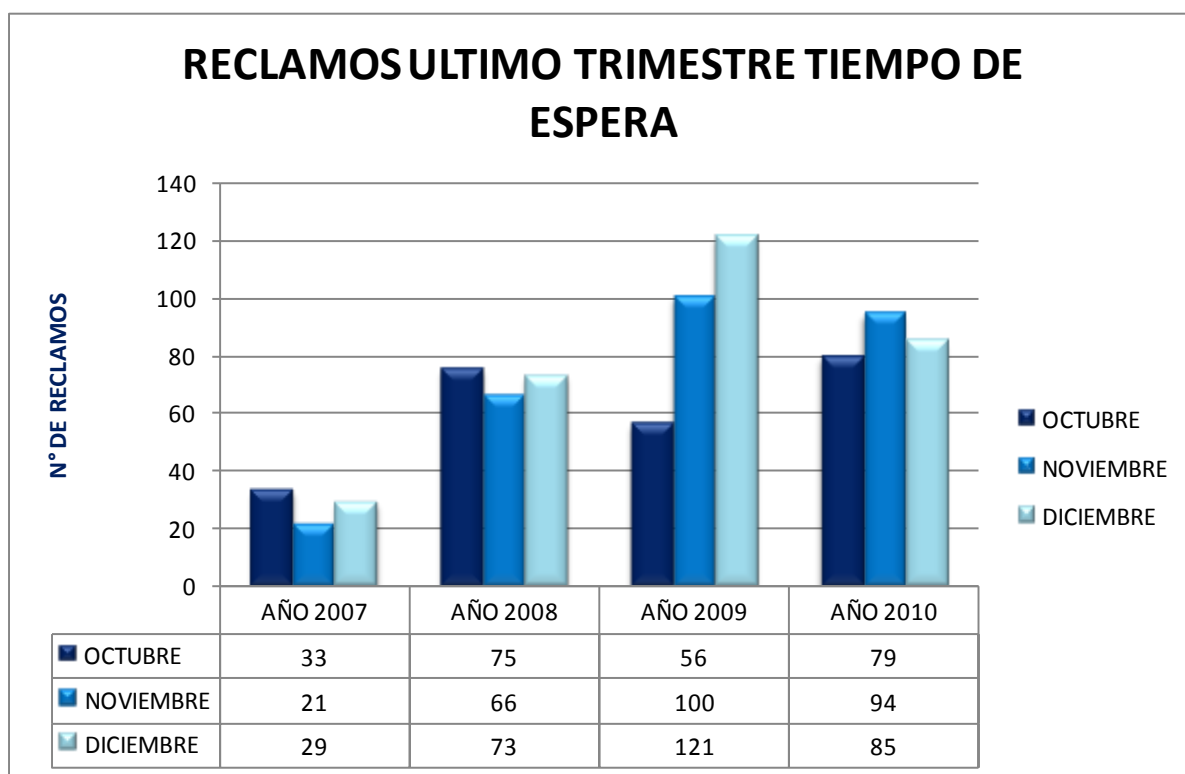


Gráfico N° 15

Fuente: Elaboración Propia

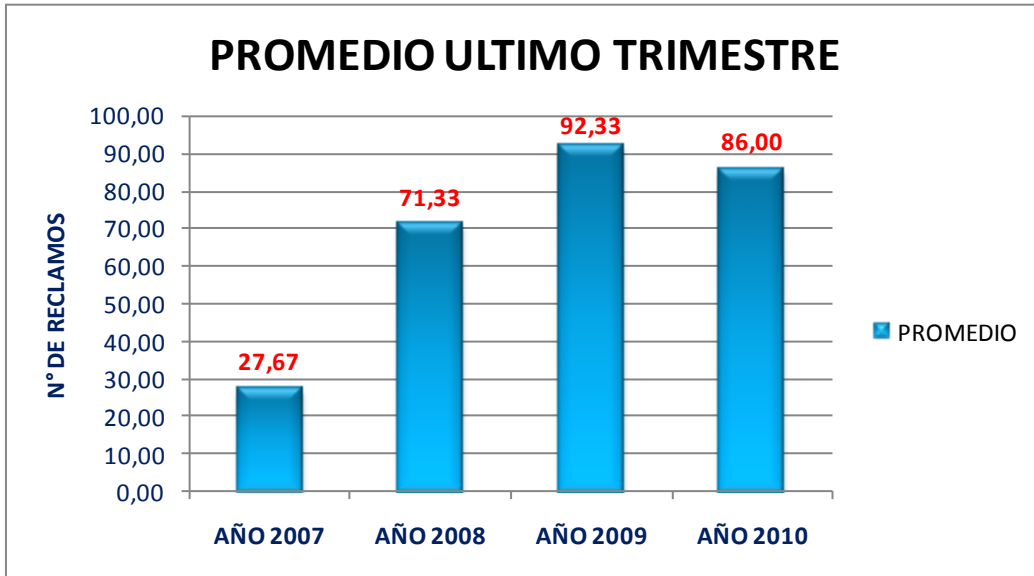


Gráfico N° 16

Fuente: Elaboración Propia

Por último, la desviación estándar o movilidad de los datos de la proyección anterior para el año 2011, sobre los reclamos de tiempo de espera es la siguiente:

AÑO	DESVIACION ESTANDAR	COEFICIENTE DE VARIACION
2007	6,11	22,00%
2008	4,72	6,62%
2009	33,17	35,92%
2010	7,54	8,77%

Tabla N°2

Fuente: Elaboración Propia

Se desprende de los porcentajes anteriores que la base de reclamos no presenta una continuidad uniforme entre los mismos, sino que se muestran de forma impar, lo que provoca en el año 2009 una elevada desviación de los datos con respecto a la línea de la misma. Mientras tanto, la desviación estándar se presenta uniforme en relación al año 2007, 2008 y 2010.

## B. Trato

Los reclamos por el Trato hacia los usuarios son la segunda mayoría de reclamos al interior del Hospital. En el siguiente gráfico se establece el crecimiento de éstos a lo largo de cinco años junto con una proyección de los mismos para el año 2011:

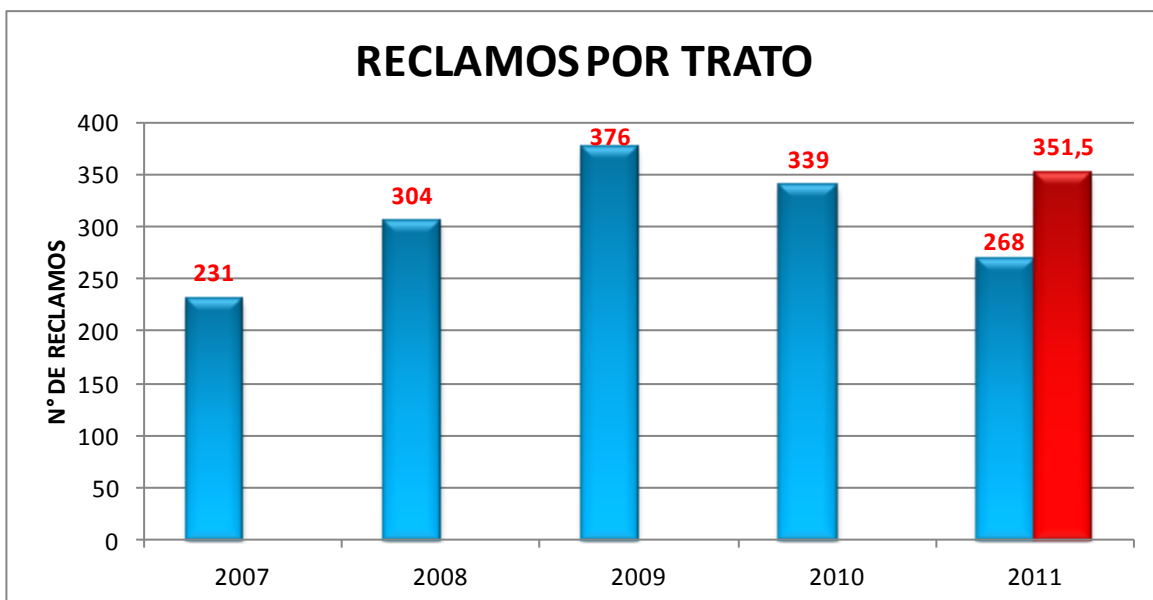


Gráfico N°17

Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo al Gráfico N°17 el crecimiento porcentual de reclamos es el siguiente: el año 2008 creció en un 31,6% respecto del año 2007, mientras que el año 2009 lo hizo en 23,68% respecto del periodo anterior. Sin embargo, el año 2010 disminuyó en un 9,84%. El porcentaje de reclamos del año 2011 hasta el mes de septiembre alcanza el 79,05% de reclamos del total del año anterior. Se espera que para finalizar el año 2011, los reclamos se eleven en 83,5 lo cual provoque un aumento con respecto al año anterior.

La disminución progresiva de esta categoría de reclamo es sumamente importante, ya que uno de los valores fundamentales del Hospital es el respeto, entendido este como el reconocimiento mutuo de necesidades, intereses y derechos entre las personas.

Para entender esta progresión, en los siguientes gráficos se describe el comportamiento de los reclamos por trato en los últimos trimestres por año y al mismo tiempo, se presenta el promedio de éstos de forma anual:

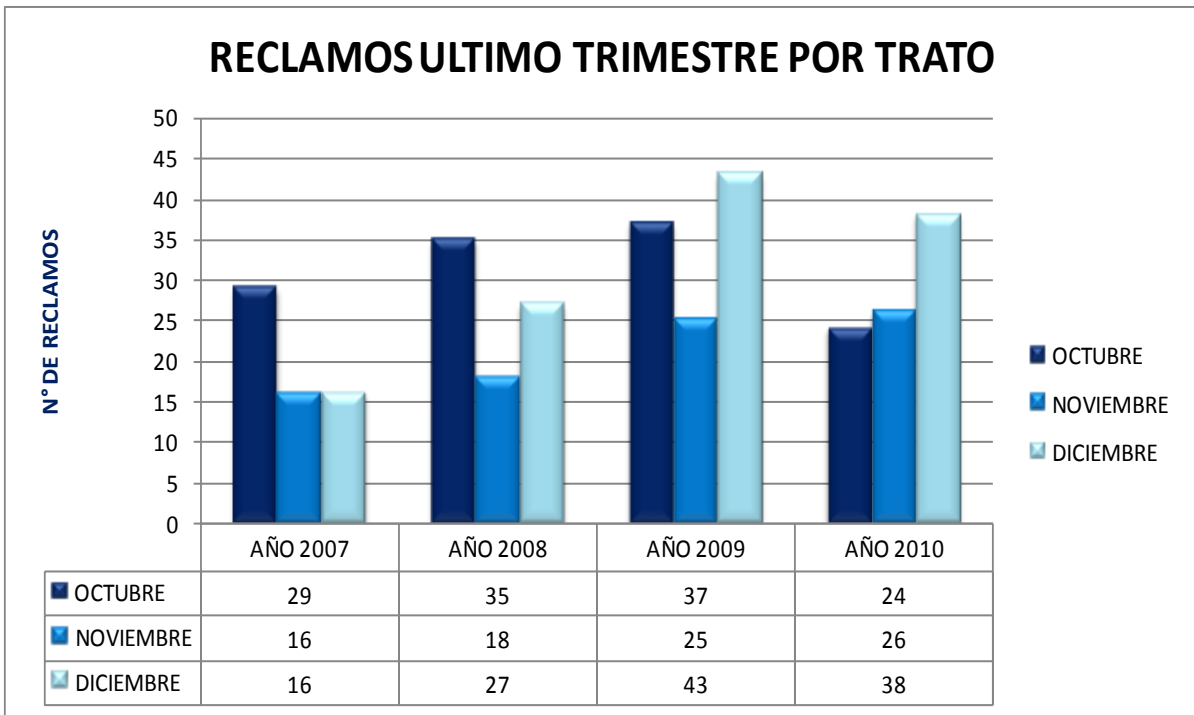


Gráfico N° 18

Fuente: Elaboración Propia

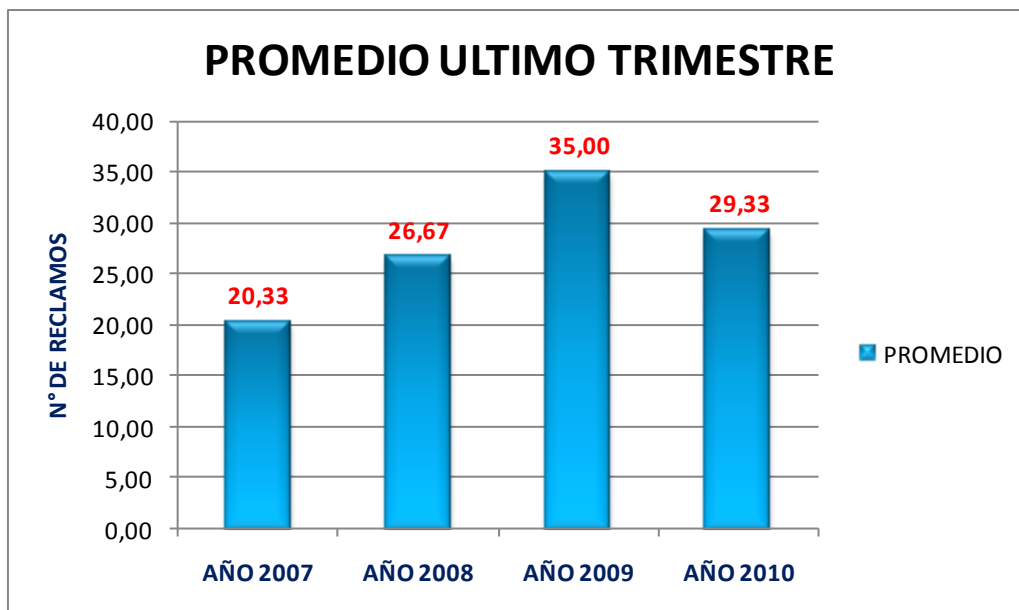


Gráfico N° 19

Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo al método utilizado anteriormente, que explica el comportamiento de los datos, se desarrolla la desviación estándar relacionado con los reclamos categorizado por trato:

AÑO	DESVIACION ESTANDAR	COEFICIENTE DE VARIACION
2007	7,50	36,91%
2008	8,50	31,89%
2009	9,16	26,18%
2010	7,57	25,81%

Tabla N°3

Fuente: Elaboración Propia

En base a los resultados obtenidos del cálculo de la desviación estándar y el coeficiente de variación, se desprende que el comportamiento de variación de datos es muy similar y totalmente representativo a la progresión estimada o potencial descrita con anterioridad. Esto refleja la continuidad de reclamos presentados al servicio, los cuales se mantienen en niveles de igual importancia, sin evidenciar una baja importante a éstos.

De esta forma, se analizan las dos categorías más importantes de reclamos y se establecen, conforme a la utilización de herramientas estadísticas, progresiones reales y con variaciones dentro de lo esperado según los números demostrados.

### **C. Procedimientos Administrativos y Competencia Técnica**

En esta categoría los reclamos se dividen en dos: Procedimientos Administrativos y Competencia Técnica. Ambas son ubicadas como la tercera categoría con mayores reclamos. Una desde el 2011 hasta el 2009 y la otra desde el 2008 hasta el 2007, respectivamente. En el siguiente gráfico se establece el crecimiento de éstos a lo largo de cinco años



Gráfico N°20

Fuente: Elaboración Propia

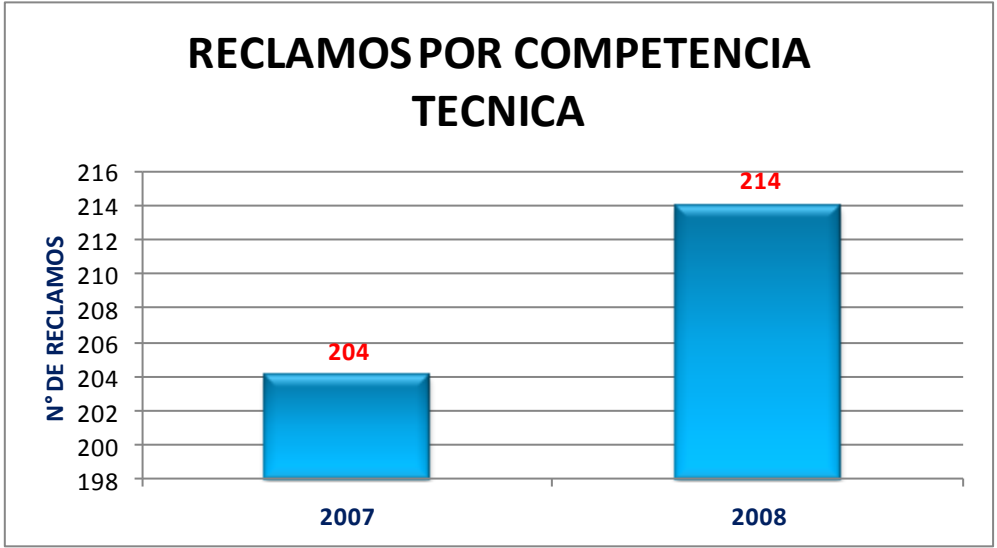


Gráfico N°21

Fuente: Elaboración Propia

## 4.2 Análisis de la planificación estratégica del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso

El proceso de descripción de la planificación estratégica del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, se refiere a la descomposición de cada uno de los elementos integrantes de su planificación y como éstos se construyen de acuerdo a las recomendaciones teóricas antes plasmadas en esta investigación<sup>20</sup>.

El **primer componente** en identificar corresponde a la Misión Institucional, la cual debe responder a lo menos las siguientes preguntas para su formulación:

- a) ¿Quiénes Somos? ¿Cuál es el propósito de la organización?
- b) ¿Qué hace?: descripción de los productos finales (bienes y servicios que entrega).
- c) ¿Para quiénes?: identificación de los usuarios o beneficiarios a quienes van dirigidos los productos finales (bienes y servicios).
- d) ¿Cuál es el efecto que se espera lograr?: (resultado final) en la población objetivo o potencial a la que se dirige su accionar, a través de los productos provistos. El quehacer de la institución que genera el valor público de la entidad y el plazo en que se espera provee

La misión institucional del hospital Carlos Van Buren de Valparaíso se define como: *“Somos una institución pública de salud, asistencial, docente, integrada a la red del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, que entrega prestaciones oportunas y de calidad a su comunidad a través de un equipo multidisciplinario, competente con servicios especializados de alta complejidad, ambulatoria y de hospitalización”*

Pregunta	Respuesta
¿Quiénes Somos?	“Somos una institución pública de salud, asistencial, docente, integrada a la red del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio.”

<sup>20</sup> Ver Capítulo I sobre Planificación

¿Cuál es el propósito de la organización?	No especifica
¿Qué hace?	<i>“entrega prestaciones oportunas y de calidad a su comunidad”</i>
¿Para quiénes?	“Comunidad de Valparaíso y San Antonio”
¿Cuál es el efecto que se espera lograr?	No especifica

El **segundo componente** en identificar corresponde a la visión institucional, la cual responde a la siguiente pregunta “¿Cómo queremos ser reconocidos?” y que es definida por el Hospital Carlos Van Buren como: *“Queremos ser reconocidos como una institución de excelencia, innovadora, asistencial y docente, líder en especialidades de alta complejidad, comprometida con sus usuarios, la familia y la sociedad”*.

Por lo cual la pregunta queda definida de forma completa y sin dejar vacíos de lo que se espera ser como organización.

El **tercer componente** corresponde a los objetivos estratégicos, estos deben responder las siguientes preguntas: ¿Dónde queremos ir? y ¿Qué resultados esperamos lograr? El Hospital Carlos Van Buren los define de la siguiente manera:

1. Eliminar las Garantías Explícitas de Salud (GES) y reducir las listas de esperas (No GES)
2. Incorporar y desarrollar la cultura de seguridad del paciente.
3. Respetar los derechos del paciente potenciando el trato digno y humano. Evaluando su satisfacción periódicamente
4. Impulsar el desarrollo de competencias técnicas y relacionales de las personas que prestan atención al usuario.
5. Potenciar el desarrollo de la calidad en la institución, incorporando la mejora continua en los procesos asistenciales y administrativos
6. Alcanzar un equilibrio presupuestario, disminuyendo el nivel de endeudamiento.

<b>Objetivo</b>	<b>¿Dónde queremos ir?</b>	<b>¿Qué resultados esperamos lograr?</b>
<b>1</b>	Eliminar Ges y lista de espera	No especifica
<b>2</b>	Incorporar y desarrollar la cultura de seguridad del paciente	No especifica
<b>3</b>	Respetar los derechos del paciente	No especifica
<b>4</b>	Desarrollo de competencias técnicas y relacionales	No especifica
<b>5</b>	Desarrollo de la calidad de la institución	No especifica
<b>6</b>	Equilibrio presupuestario	No especifica

Clasificación de objetivos estratégicos según perspectivas:

<b>Perspectiva</b>	<b>Objetivo</b>
<b>Usuario</b>	3.- Respetar los derechos del paciente potenciando el trato digno y humano. Evaluando su satisfacción periódicamente
<b>Financiera</b>	6.- Alcanzar un equilibrio presupuestario, disminuyendo el nivel de endeudamiento
<b>Procesos Internos</b>	1.- Eliminar las Garantías Explícitas de Salud (GES) y reducir las listas de esperas (No GES) 2.- Incorporar y desarrollar la cultura de seguridad del paciente. 5.- Potenciar el desarrollo de la calidad en la institución, incorporando la mejora continua en los procesos asistenciales y administrativos
<b>Formación y Crecimiento</b>	3.- Respetar los derechos del paciente potenciando el trato digno y humano. Evaluando su satisfacción periódicamente 4.- Impulsar el desarrollo de competencias técnicas y relacionales de las personas que prestan atención al usuario.

### 4.3 Comparar si los objetivos estratégicos del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso se orientan hacia los reclamos de la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias.

Los objetivos estratégicos son los logros que la entidad pública espera concretar en un tiempo determinado. De esta forma es importante establecer una orientación entre lo que se espera lograr y lo que se ha logrado. Por lo cual, la orientación será dada según los objetivos estratégicos del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso y los reclamos canalizados por medio de la Unidad de Atención a las Personas, comparada en la siguiente tabla:

Objetivo	Reclamo
<b>1.- Eliminar las Garantías Explícitas de Salud (GES) y reducir las listas de esperas (No GES)</b>	- Tiempo de espera - Procedimientos Administrativos

El primer objetivo institucional está orientado a eliminar las Garantías Explícitas de Salud (GES) y reducir las listas de esperas, por lo cual se espera que exista una disminución gradual de éstas a través del periodo analizado<sup>21</sup>. Sin embargo, el reclamo más presentado en el servicio en el tiempo estudiado, es precisamente, el tiempo de espera. De acuerdo a las cifras entregadas por las cuentas públicas<sup>22</sup> del Hospital el año 2007 las prestaciones o atenciones GES correspondieron a 47.133, el 2008 a 16.990, el 2009 a 55.574 y el 2010 a 57.927 lo cual refleja un comportamiento uniforme ascendente al igual que los reclamos, por ende son directamente proporcional. En el mismo sentido se suman los reclamos por Procedimientos Administrativos, específicamente respecto del funcionamiento de horas de atención, categoría situada como la tercera con más reclamos. Se debe orientar un objetivo claro que mejore los tiempos de atención a los usuarios y que asegure procedimientos eficientes y efectivos.

<sup>21</sup> Periodo correspondiente desde tercer trimestre del año 2011 hasta el año 2007.

<sup>22</sup> Hospital Carlos Van Buren, Extraído el día 07 de enero de 2012 al as 20:55 hrs.

[http://www.hospitalcarlosvanburen.cl/home/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=46&Itemid=](http://www.hospitalcarlosvanburen.cl/home/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=46&Itemid=)

Objetivo	Reclamo
<b>2.- Incorporar y desarrollar la cultura de seguridad del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Competencia Técnica (eventos adversos)</li> <li>- Información</li> </ul>

El segundo lineamiento estratégico apunta a incorporar y desarrollar la cultura de seguridad del paciente entendida como una “ausencia de accidente o lesiones prevenibles producidos en la atención Médica” (*Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente, Revisión de estrategias efectivas para la seguridad de la atención del paciente, 1° ed. 2008, Subsecretaría de Redes asistenciales, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, p.9*) que da a lugar a la existencia de eventos adversos que son definidos como una “lesión o complicación no intencional que tiene por resultado la discapacidad del paciente al momento del alta, muerte o aumento de los días de hospitalización provocados por el manejo en la atención de salud más que por enfermedades subyacentes del propio paciente” (*Ibíd., p.9*). Éste objetivo debe orientarse a entregar una mayor información tanto a funcionarios médicos como a pacientes y al mismo tiempo debe disminuir los reclamos por competencia técnica. Debido que la seguridad del paciente es un cimiento muy importante en todas las estrategias sanitarias. La atención sanitaria debe ser considerada como un proceso complejo, por lo cual necesita una evidente coordinación de actores, tecnología e información entre profesionales.

Objetivo	Reclamo
<b>3.- Respetar los derechos del paciente potenciando el trato digno y humano. Evaluando su satisfacción periódicamente</b>	- Trato

La principal dirección del objetivo número tres es potenciar un trato digno y humano a los usuarios del Hospital que requieran prestaciones médicas. En éste sentido el éxito y cumplimiento de metas depende directamente de los reclamos presentados a través de la categoría denominada Trato que reflejan la relación de los funcionarios con los usuarios.

Este objetivo es sumamente importante ya que refleja los valores por los cuales se guía la organización, tales como el respeto, compromiso, lealtad, entre otros. El ideal de este objetivo, por su indicador, es tender a 0%, sin embargo, se posiciona como la segunda categoría con más reclamos.

Objetivo	Reclamo
<b>4.- Impulsar el desarrollo de competencias técnicas y relacionales de las personas que prestan atención al usuario.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Competencia Técnica</li> <li>- Trato</li> </ul>

El cuarto objetivo o lineamiento estratégico busca desarrollar competencias técnicas y relacionales de los funcionarios que mejoren las decisiones y trato empleado hacia los usuarios, por lo cual debe, necesariamente, bajar los porcentajes de reclamos de las siguientes categorías: Competencia Técnica y Trato. Sin embargo, como se evidencia en esta investigación dichas categorías se encuentran dentro de los márgenes más altos de molestia por parte de los usuarios, lo que se traduce en estrategias poco claras y planes de acción poco efectivos.

Objetivo	Reclamo
<b>5.- Potenciar el desarrollo de la calidad en la institución, incorporando la mejora continua en los procesos asistenciales y administrativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procedimientos Administrativos</li> <li>- Infraestructura</li> </ul>

El quinto objetivo apunta a potenciar el desarrollo de la calidad en la institución, iniciativa que debería reflejar todos los procesos de la organización, en tanto cuanto tiempo de atención, infraestructura, prestaciones médicas, cobertura, trato, entre otras. Procesos que debiesen reflejar la satisfacción del usuario con el servicio entregado. De esta forma,

el monitoreo constante de cada una de las variables a medir ayuda a un fiel cumplimiento de metas y el conocimiento de iniciativas bien implementadas. En suma, como eje principal el objetivo se orienta a la disminución de reclamos de los Procedimientos Administrativos tanto como de Infraestructura.

Objetivo	Reclamo
<b>6.- Alcanzar un equilibrio presupuestario, disminuyendo el nivel de endeudamiento</b>	Ninguno.

El último objetivo no se orienta a ningún reclamo ni solicitudes ciudadanas, debido a que su cumplimiento se orienta en base a procesos internos del hospital.

#### **4.4 Determinar si existe una coordinación entre la Unidad de Atención a las Personas y la Unidad de Planificación y Control**

La coordinación es reconocida como una función más de la administración. Sin embargo, para esta investigación será entendida como la esencia de la misma, en donde el esfuerzo individual se relaciona a favor del cumplimiento de las metas institucionales. En el mismo sentido, se entiende que cada función administrativa, pensada como procesos, procedimientos o acciones, está orientada a estar coordinada entre sí, con el objetivo de generar una armonía entre la coordinación y el desempeño.

De esta manera, en esta parte, se busca determinar si existe coordinación entre la unidad de Atención a las Personas (U.A.P) y la Unidad de Planificación y Control (U.P.C) del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, para ello la utilización de una encuesta, realizada a los jefes de cada unidad, es fundamental para establecer dicha relación, producto de que corresponde a información netamente administrativa.

La estructura de la entrevista, que refleja lo anteriormente expuesto, consta de tres partes fundamentales, en primera instancia señala aspectos generales sobre la importancia de la coordinación para el servicio y la comunicación horizontal (preguntas n°1 y n°2), seguido de aspectos técnicos relacionados al proceso de comunicación y el grado de coordinación

(preguntas n°3 a la n°5) y por último los aspectos más relevantes y afines entre unidades en materia de planificación. (Preguntas n° 6 a la n°12)<sup>23</sup>

### **A) Aspectos Generales**

De acuerdo a las entrevistas realizadas se puede determinar que para el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, es muy importante que exista una coordinación entre unidades, ya que permite planificar respecto de los resultados de cada unidad y al mismo tiempo crea un flujo de procesos interrelacionados y coherentes entre sí.

De la misma forma, a pesar de que el Hospital es altamente jerarquizado, los jefes de servicio, creen, que la comunicación horizontal entre personas del mismo nivel jerárquico debe ser la mayor posible. Con el fin de evitar procedimientos que provoquen un retraso en el accionar diario de las unidades, siempre salvaguardando el hecho de dejar un respaldo de la acción ejecutada, en caso de necesitarla.

### **B) Aspectos de Comunicación y Coordinación**

Dentro de los aspectos técnicos es importante considerar el proceso de comunicación de los reclamos a las distintas unidades y el proceso de planificación. De acuerdo a las entrevistas realizadas, el proceso de comunicación es relativamente pobre, debido principalmente a la cantidad de trabajo que se debe realizar en la unidad de atención a las personas, evidenciando una falta notoria de personal para efectuar el total de actividades referentes a responder reclamos y solicitudes ciudadanas. Aun cuando esta situación es de total conocimiento, en la unidad existe la preocupación por entregar una mejor información a los demás jefes de unidades para que tomen conocimiento sobre lo que sucede en relación a los reclamos.

De acuerdo al proceso de planificación, es poca la información que se baraja, datos que deben ser comprendidos por la UPC. Proceso que será analizado con mayor profundidad más adelante.

Al mismo tiempo, un aspecto central es establecer si existe una coordinación entre ambas unidades. Se desprende de las entrevistas que, efectivamente, si existe una coordinación entre ellas. Sin embargo, se enfatiza que, a pesar de la existencia de la misma, hasta la

---

<sup>23</sup> Ver anexo N°1 y N°2

fecha no ha existido coordinación, en relación a tomar medidas para disminuir reclamos y mejorar la satisfacción del usuario.

Por último, según las entrevistas realizadas, la falta de coordinación no es un problema como tal, sino más bien se expresa como una demora en el proceso entre las unidades. En el marco del mismo tema, lo que si se demuestra como un problema es el poco tiempo con que se cuenta, para abordar la totalidad de funciones que se deben realizar, producto de la falta de funcionarios en cada unidad.

### **C) Aspectos relacionados con la Planificación Estratégica**

Para empezar, uno de los aspectos más importantes relacionados con la planificación estratégica, es en primera instancia determinar si es elemental la existencia de una interacción entre ambas unidades para planificar a mediano plazo, según las encuestas realizadas se establece que sería ideal la existencia de ésta, no solamente entre ambas unidades sino que interrelacionar a todas las existentes, en donde las decisiones sean conocidas por la totalidad de unidades al interior del Hospital.

De igual forma, es determinante para cualquier institución pública la cual utilice métodos de planificación estratégica, que su formulación sea participativa e integre a la mayoría de los funcionarios. La encuesta refleja que cada vez que se ha llevado a cabo la elaboración del plan estratégico nunca ha sido participativo, tan solo informativo. De igual modo, se considera que faltan muchas cosas por mejorar, en relación al plan estratégico y la cartera de servicios del hospital.

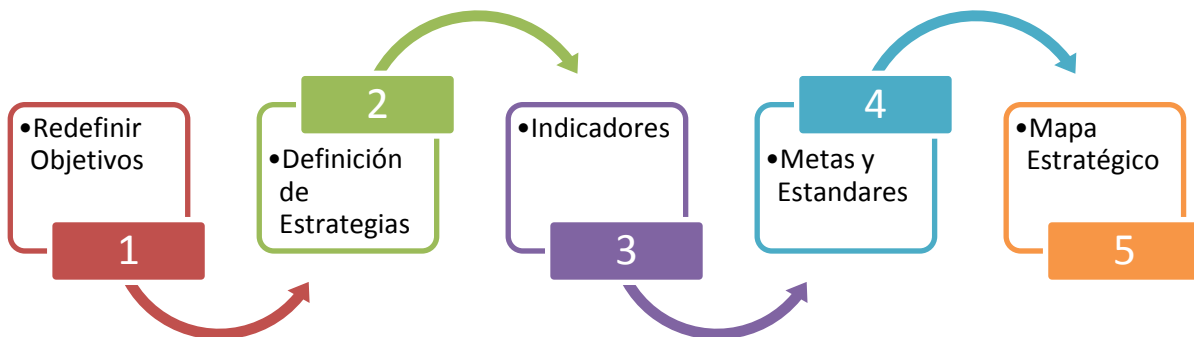
En relación a la consideración de los reclamos, como un aspecto, para evaluar lo que se está haciendo y una posible modificación o reformulación al plan estratégico, las entrevistas reflejan claramente que no son considerados y se da hincapié a que pertenecen a un semblante muy inferior para su atención. Al mismo tiempo, no se diferencia entre la atención de un reclamo relevante frente a uno que no lo es. El monitoreo, según las entrevistas, se contempla de forma muy distinta por ambas unidades, en primera instancia se concibe solo como una dependencia del área de planificación, y en segunda instancia como una función desarrollada solo por la unidad en la cual ingresan los reclamos y su derivación respectiva. Por lo cual se entiende que el monitoreo es entendido desde diferentes concepciones para su aplicación.

De acuerdo a las entrevistas, la consideración que existe con los resultados obtenidos y el cumplimiento de los objetivos institucionales, es que éstos no son logrados al ciento por ciento, sino más bien a “medias”. Falta aún profundizar en el tiempo y cantidad de respuestas del total de reclamos presentados al hospital, debido principalmente al poco personal dedicado a esta función y por otro lado a la especificación de la información emanada desde los jefes de servicio o unidad que se demoran en su tramitación.

Para el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, es fundamental la existencia de coordinación entre las unidades existentes y del mismo la presencia de una comunicación horizontal efectiva. De modo tal, que las encuestas reflejan que si existe coordinación entre las unidades, mas no para evaluar el progreso de los reclamos y tomar medidas al respecto. Sin embargo, es de total conocimiento esta carencia al interior del servicio y las razones por las cuales no se hace efectiva una solución formal son prácticamente dos, la falta de tiempo que poseen ambas unidades para enlazarse hacia el cumplimiento de objetivos institucionales y como causa de ello la falta de personal para administrar tareas específicas que ayuden a la consecución de las metas institucionales propuestas desde la alta dirección.

#### 4.5 Sugerencia Plan de Mejoramiento

Después de analizar los reclamos del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso y la planificación estratégica en función a la teoría planteada en el capítulo I de la investigación. La sugerencia sobre el plan de mejoramiento, responde a la necesidad de implementar nuevas estrategias y objetivos que respondan a la disminución gradual de reclamos, por ende el propósito es optimizar la gestión institucional, y aspectos relevantes en la planificación, semblantes debidamente estudiados e implementados desde el fundamento teórico y funcional, que ayude a crear una tendencia de disminución del total de reclamos. El plan de implementación es de acuerdo al siguiente flujo:



#### **4.5.1 Objetivos Reformulados**

1. Eliminar las Garantías Explícitas de Salud (GES) y reducir las listas de espera (NO GES), a través de la implementación de procesos y procedimientos continuos y confiables con el fin de aumentar los niveles de satisfacción usaría.
2. Incorporar y desarrollar la cultura de seguridad del paciente, por medio de una estrategia educativa, informativa y de coordinación de actores con el fin de disminuir el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud.
3. Respetar los derechos del paciente potenciando su trato digno y humano, por medio de una atención de calidad y evaluando su satisfacción periódicamente.
4. Impulsar el desarrollo de competencias técnicas y relacionales de las personas que prestan atención al usuario, por medio de capacitaciones constantes con el fin de lograr una atención de mayor calidad.
5. Potenciar el desarrollo de la calidad en la institución, incorporando la mejora continua en los procesos asistenciales y administrativos, con el fin de aumentar los niveles de satisfacción usuaria.
6. Alcanzar un equilibrio presupuestario, a través de un proceso continuo de seguimiento y control de la utilización de recursos, disminuyendo el nivel de endeudamiento y cautelando el buen uso y la distribución eficiente y eficaz de los mismos.
7. Mejorar los tiempos de atención del usuario, a través de procesos y procedimientos claros, oportunos y efectivos con el fin de mejorar la calidad de vida de los usuarios.

#### **4.5.2 Definición de Estrategias**

1. Implementar procesos y procedimientos innovadores, efectivos y de calidad que optimicen la entrega de prestaciones médicas disminuyendo las listas de esperas de los usuarios y desarrollar mecanismos de integración y participación activa de actores involucrados en el proceso.
2. Desarrollar mecanismos comunicacionales, educativos y coordinados que permitan incorporar, de manera estable y progresiva, los principios de seguridad del paciente y desarrollar sistemáticamente procedimientos orientados a ampliar e integrar el concepto a la cultura organizacional.

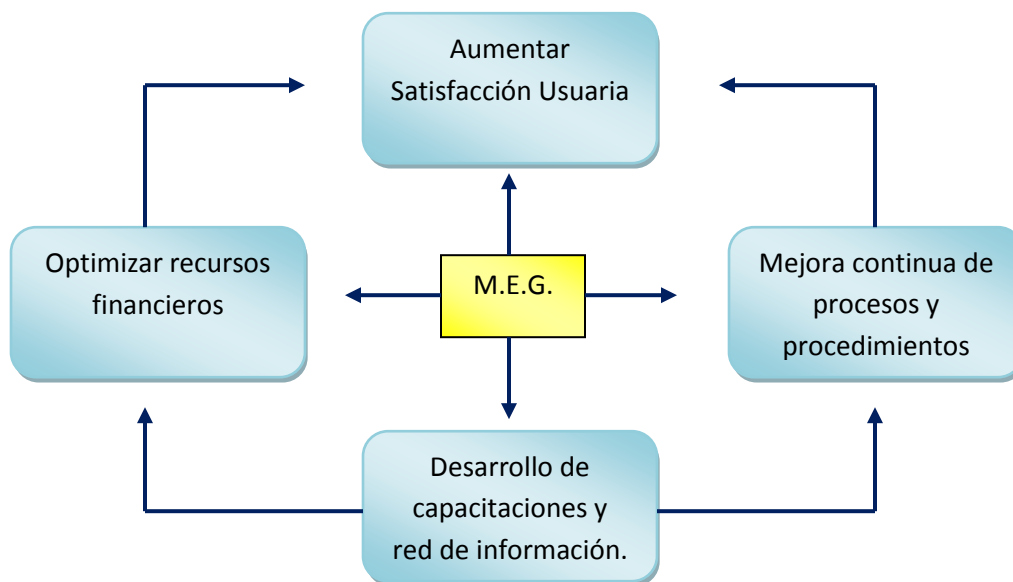
3. En la perspectiva de la entrega de prestaciones medicas, desarrollar modelos de atención integrados, con énfasis en un rol educador y orientador en derechos y deberes de los usuarios, fomentando la participación de usuarios internos y externos y contribuyendo a la satisfacción usuaria.
4. Desarrollar un adecuado clima laboral, por medio de una gestión innovadora y participativa, fortaleciendo las competencias de las personas que trabajan en el Hospital y orientando a la optimización de la estructura organizacional.
5. Optimizar mecanismo y procesos de gestión, tanto asistencias como administrativos, que permitan una coordinación constante entre unidades y actores que participan activamente en el proceso de entrega de la prestación de salud.
6. Perfeccionar los mecanismos de control y gestión de recursos financieros utilizando de manera eficiente y eficaz los recursos disponibles y optimizando los procesos de fiscalización de inversión.
7. Optimizar los procesos y procedimientos orientados a mejorar los tiempos de espera de los usuarios, de forma sistemática y gradual, con el fin de agilizar las prestaciones médicas y ampliar nuestra cobertura de atención.

#### 4.5.3 Indicadores

Objetivo	Nombre del Indicador	Indicador
N°1	Eliminar las Garantías Explicitas de Salud	$\left[ \frac{\text{N}^\circ \text{ de Garantías Explicitas de Salud eliminadas en el año (t)} - \text{N}^\circ \text{ de Garantías Explicitas de Salud eliminadas en el año (t-1)}}{\text{N}^\circ \text{ de Garantías Explicitas de Salud eliminadas en el año (t)}} \right] * 100$
	Reducción de listas de espera	$\left[ \frac{\text{N}^\circ \text{ de listas de espera (año t)} - \text{N}^\circ \text{ de lista de espera (año t-1)}}{\text{N}^\circ \text{ de lista de espera (año t)}} \right] * 100$
	Aumentar niveles de	$\left[ \frac{\text{N}^\circ \text{ de personas que califica como}}{\text{N}^\circ \text{ de personas que califica como}} \right] * 100$

	satisfacción usuaria	satisfactoria la entrega del servicio en el año t / N° de personas que califica el servicio entregado en el año t]*100
<b>N°2</b>	Eventos Adversos	[N° de reclamos por eventos de adversos en la atención del paciente / Total n° de reclamos]*100
<b>N°3</b>	Trato hacia el Usuario	[N° de reclamos por trato deficiente por parte de funcionarios año t / N° total de reclamos presentados al servicio año t]*100  Encuesta sobre satisfacción usuaria.
<b>N°4</b>	Numero de capacitaciones	[N° de funcionarios capacitados año t / Dotación efectiva año t]*100
<b>N°5</b>	Mejora de Procesos	[N° de procesos mejorados en el año t / N° total de procesos año t]*100
<b>N°6</b>	Equilibrio Presupuestario	[IP Ley inicial / IP devengados] [IP percibidos / IP devengados] [IP percibidos / Ley inicial] [DF/ Saldo final de caja] Indicadores expresado en %
<b>N°7</b>	Tiempo de espera en la entrega de prestaciones medicas	[Σtiempo (minutos) que los usuarios encuestados esperan desde el momento de solicitar atención hasta que ésta se dio en el año t / Total de personas observadas en el año t]

#### 4.5.4 Metas Estratégicas Generales (MEG):



Fuente: Elaboración Propia

#### 4.5.5 Estándar

Según la Real Academia Española un estándar se define como un tipo, modelo, norma, patrón o referencia. Es de especial importancia que el establecimiento de estándares para las organizaciones públicas sea lo más real posible, es decir, que su posicionamiento como metas a cumplir reflejen el comportamiento fidedigno de la gestión, con el objetivo de incrementar las exigencias, competencias y funcionalidades en la organización. De esta manera, para su creación es necesario desarrollar la fórmula del indicador respectivo, repitiendo el procedimiento en, a lo menos, tres años consecutivos, con la información pertinente del año de estudio, con el fin de establecer un patrón, claro y efectivo, que refleje un crecimiento o disminución.

De esta forma, los factores claves a considerar al momento de desarrollar un buen estándar es:

- Contar con la información adecuada para desarrollar el indicador.
- Determinar tasas de variabilidad por año
- Establecer promedios de resultados por año

- Categorizar porcentajes de cumplimiento o no.
- Evitar comparar eventos de magnitud diferentes (ejemplo: año de crisis), ya que el movimiento o dispersión de datos se aleja de lo permitido.

En base a lo anterior, la creación de estándares en esta investigación tendrá como origen, en primera instancia, una descripción algebraica con el objeto de simplificar su utilización con la aplicación de valores reales. El indicador a considerar será el de reclamos categorizados por Trato, presentados en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso. Así ya descrito el proceso, la construcción paso a paso de un estándar es el siguiente:

### **Nombre del Indicador: Trato hacia el Usuario**

#### **Paso 1:**

Año t:  $[\text{N}^\circ \text{ de reclamos por trato deficiente por parte de funcionarios año t} / \text{N}^\circ \text{ total de reclamos presentados al servicio año t}] * 100 = a\%$

Año t-1:  $[\text{N}^\circ \text{ de reclamos por trato deficiente por parte de funcionarios año t} / \text{N}^\circ \text{ total de reclamos presentados al servicio año t}] * 100 = b\%$

Año t-2:  $[\text{N}^\circ \text{ de reclamos por trato deficiente por parte de funcionarios año t} / \text{N}^\circ \text{ total de reclamos presentados al servicio año t}] * 100 = c\%$

Año t-n:  $[\text{N}^\circ \text{ de reclamos por trato deficiente por parte de funcionarios año t} / \text{N}^\circ \text{ total de reclamos presentados al servicio año t}] * 100 = n\%$

#### **Paso 2:**

$$(b\% - a\%) + (c\% - b\%) + (n\% - c\%) / n$$

=  $\dot{X}\%$  → Porcentaje de crecimiento o disminución, aplicado a la base que es el % año actual.

Entonces se puede determinar que el porcentaje crítico es aquel que se mantiene en el número original, en este corresponde a la base, seguido de un cumplimiento razonable o esperable, es aquel el cual es sumado el porcentaje esperado de crecimiento o disminución a la base en la cual se trabaja, y el cumplimiento óptimo es aquel el cual

supera la suma de la base con el porcentaje de crecimiento. Esto aplicado al indicador, con datos reales, refleja lo siguiente:

Año 2007 →  $[\text{N}^\circ \text{ de reclamos por trato deficiente por parte de funcionarios año } t / \text{N}^\circ \text{ total de reclamos presentados al servicio año } t] * 100$

$$= [231/1028] * 100 = 22,47\%$$

Año 2008 →  $[\text{N}^\circ \text{ de reclamos por trato deficiente por parte de funcionarios año } t / \text{N}^\circ \text{ total de reclamos presentados al servicio año } t] * 100$

$$= [304/1628] * 100 = 18,67\%$$

Año 2009 →  $[\text{N}^\circ \text{ de reclamos por trato deficiente por parte de funcionarios año } t / \text{N}^\circ \text{ total de reclamos presentados al servicio año } t] * 100$

$$= [376/1703] * 100 = 22,08\%$$

Año 2010 →  $[\text{N}^\circ \text{ de reclamos por trato deficiente por parte de funcionarios año } t / \text{N}^\circ \text{ total de reclamos presentados al servicio año } t] * 100$

$$= [339/2091] * 100 = 16,21\%$$

Año 2008 – Año 2007

$$= \triangle -3,8\% \rightarrow \text{disminución con respecto al año 2007}$$

Año 2009 – Año 2008

$$= \triangle 3,41\% \rightarrow \text{aumento con respecto al año 2008}$$

Año 2010 – Año 2009




$$= \triangle -5,87\% \rightarrow \text{disminución con respecto al año 2009}$$

$$\bar{X} = (-3,8 + 3,41 - 5,87) / 3 = -2,09$$

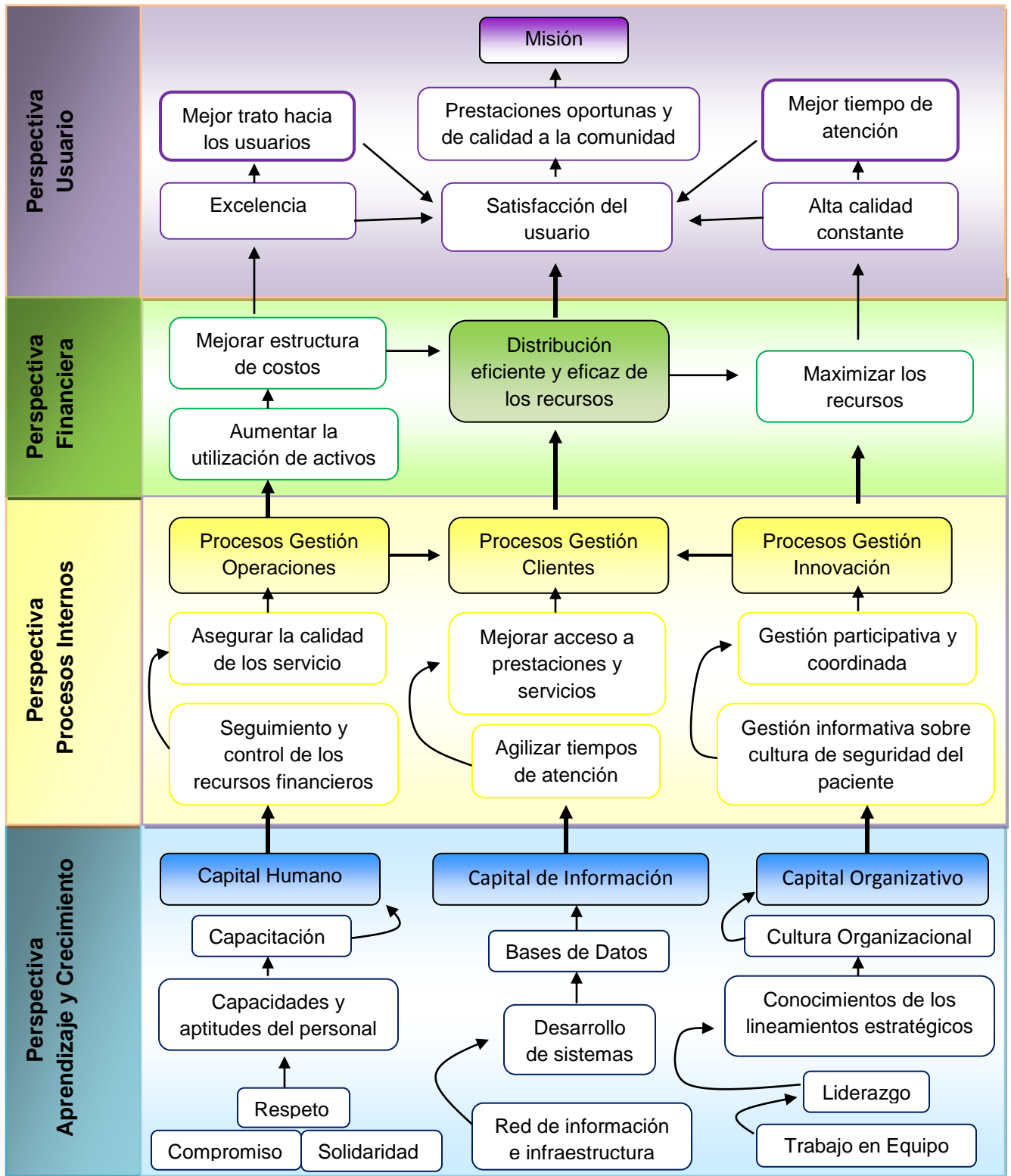
El promedio de la diferencia entre los reclamos presentados al Hospital versus el total de ellos es de -2,09, lo que refleja que de acuerdo a los datos utilizados debe a lo menos

para el siguiente periodo disminuir en tal medida. Por de pronto el estándar, que por nombre debe llevar Trato hacia el Usuario, debe expresarse de la siguiente manera:

**Estándar Trato hacia el Usuario:**

-  < 14,12%
-  < 16,21% y > 14,12%
-  > = 16,21%

#### 4.5.6 Mapa Estratégico



Fuente: Elaboración Propia

## CAPITULO V: CONCLUSION

Al comenzar la investigación de la presente tesis su objetivo general era analizar la planificación estratégica del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso y su relación con los resultados de la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) en el periodo 2007-2011, buscando, en los elementos de la planificación estratégica, una orientación hacia la satisfacción del usuario que expresara calidad en la atención de salud, servicios de alto desempeño, procesos y procedimientos claros y eficaces, hacia el logro de objetivos o lineamientos estratégicos y así cumplir la misión institucional. De esta manera, las unidades en las cuales se efectuó el estudio correspondieron a la Unidad de Atención de Personas (UAP) y la Unidad de Planificación y Control (UPC).

De esta forma, el punto de partida fue analizar las solicitudes ciudadanas presentadas a la organización, más específicamente los reclamos y éstos divididos por categoría como lo expresa el manual de procedimientos de la UAP. De este análisis se encontró que la principal materia de reclamo es el tiempo de espera, asociado a los márgenes de espera subjetivamente evaluados por los usuarios, en ésta categoría el crecimiento de los reclamos es evidente a lo largo de los años estudiados en esta investigación. De la misma forma, el siguiente resultado significativo encontrado es que la segunda categoría con más reclamos presentados corresponde al trato recibido por parte de los funcionarios del Hospital, un aspecto relevante y muy preocupante, ya que el Hospital se guía bajo valores y principios que deben estar incorporados en la cultura organizacional, entre ellos el respeto, compromiso, solidaridad, entre otros. Sin ello el funcionamiento se deteriora, las relaciones se vuelven tediosas y, aún más, con ello la confianza que debe generar el Hospital se pierde. Por último, la tercera categoría con más reclamos corresponde, en primera instancia, a la competencia técnica en relación a la disconformidad con las acciones o decisiones tomadas por el equipo de salud en relación a una patología o tratamiento determinado y que pueden terminar con un evento adverso que perjudique aún más la salud del paciente. Y en segunda instancia, la categoría de procedimientos administrativos, reclamos relacionados con el funcionamiento administrativo de la organización, que de alguna u otra forma afectan el correcto andar del establecimiento.

Luego de analizar los reclamos del Hospital, se analizó los principales aspectos de la planificación estratégica, buscando una causa al efecto ya detectado. Así entonces, se determinó que de los elementos que deben ser una guía de acción para la organización,

de acuerdo a la teoría, muchos de ellos no constituían necesariamente una dirección hacia el cumplimiento de la misión y alcanzar un futuro deseado. El eje principal, en la segunda etapa de la investigación, se centró en los objetivos institucionales o lineamientos estratégicos y determinar si ellos cumplían con los requisitos planteados en la teoría descrita en el capítulo I. Los resultados mostraron que ninguno de ellos describía el fin o el resultado esperado con el cumplimiento del objetivo, sino más bien se entienden como tareas a cumplir. Otro gran aspecto de los objetivos es que según la clasificación en perspectivas por *Kaplan y Norton*, sólo uno se podía clasificar dentro de la perspectiva usuario, la cual es la más importante dentro del sector público.

A continuación, producto de la poca relación existente entre objetivos estratégicos y satisfacción usuaria, se analizó una orientación entre lineamientos y reclamos, entendiendo que éstos últimos son una herramienta de gestión con la cual se puede mejorar el servicio entregado, en éste caso correspondiente a prestaciones médicas. En este apartado, se profundizó aún más en la existencia de una orientación necesaria para una correcta implementación de una estrategia participativa e innovadora, lo cual demostró la casi inexistencia de ésta orientación, sino más bien una suerte de tareas específicas de las cuales muy pocas se orientaban a reclamos o al menos someterlos a su consideración a la hora de establecer estrategias y planes de acción para su corrección.

Por lo cual, una última instancia de estudio que fue analizada correspondió a la coordinación e interacción entre unidades, recordando la Unidad de Atención a las Personas y la Unidad de Planificación y Control. La coordinación es un eje primordial en la administración, en tanto entendida como un flujo de información, conocimientos, capacidades y toma de decisiones. Así, los resultados demostrados por medio de entrevistas realizadas a los jefes de cada unidad, demostró que existe una coordinación mas no relacionadas a los reclamos y su gestión, entendida ésta última como participativa, innovadora y creativa para solucionar los problemas más inmediatos. De la misma forma se evidenció distintos problemas como la elaboración del plan estratégico poco participativo sino más bien informativo y hasta un punto limitado, pues el desconocimiento del plan e incluso de los objetivos estratégicos es evidente.

Luego de encontrar estas falencias, se elaboró un plan de mejoramiento basado en la redacción de nuevos objetivos estratégicos en conjunto con estrategias claras y

aplicables. En concordancia con esto último se elaboró indicadores para cada objetivo con metas estratégicas generales y fórmulas para crear estándares acordes a la gestión y resultados obtenidos y para finalizar, la creación de un mapa estratégico que permite comunicar e implementar la estrategia y que se encuentra basado en cuatro perspectivas tales como usuario, financiera, procesos internos y aprendizaje y crecimiento, es al mismo tiempo una representación visual de los objetivos estratégicos y su relación causa-efecto que determina el logro de la misión institucional.

En síntesis, este trabajo de investigación reflejó muchas dificultades al interior de la organización partiendo por la aplicación de la planificación estratégica y la continuidad de procesos lentos y procedimientos lejanos a estar orientados a la satisfacción del usuario, y en el mismo sentido el escaso personal con que se cuenta para la realización de determinadas acciones, por lo cual en algún momento de la gestión el trabajo se torna enorme en relación al número de trabajadores. Sin embargo, a pesar de todo aquello, existe al interior de la organización las ganas de seguir mejorando día a día para entregar prestaciones o atenciones médicas seguras, confiables, a tiempo y de calidad. Para ello es fundamental crear interacciones más profundas, coordinadas, participativas e informadas estableciendo funciones compartidas, es necesario un correcto monitoreo y evaluación de los reclamos al interior de la organización y lograr entender éste como una retroalimentación constante de la gestión que se está realizando y más aún es necesario delimitar áreas, procesos y procedimientos puntuales a la hora de saber que se está haciendo y que resultados obtenemos.

El resultado final de esa investigación refleja la relación existente con la Administración Pública, en donde se busca una modernización de la gestión, y el logro del bien común, asegurando a cada persona su desarrollo integral y en este sentido entregar servicios públicos, como prestaciones médicas, de calidad y oportunos.

## BIBLIOGRAFIA

Armijo, Marianela. Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público, Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social – ILPES, CEPAL, Santiago de Chile, junio de 2011

Bello, Rosario. Planificación Estratégica en Organizaciones Públicas. Curso de Planificación Estratégica y Construcción de Indicadores en el Sector Público. PES. 2008. ILPES/CEPAL

C. Certo, Samuel. Administración Moderna, 8va Edición, Pearson Educación de Colombia Ltda., 2011

Decreto con Fuerza de Ley 1, Fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto n° 2.763 de 1979 y de las leyes n° 18.933 y n° 18.469 de 2010.

Decreto N° 161/82, Reglamento de Hospitales y Clínicas.

Decreto Supremo N°680, Aprueba Instrucciones para el establecimiento de Oficinas de Información para el público usuario, en la Administración del Estado, Ministerio del Interior, septiembre 21 de 1990, Gobierno de Chile.

Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente, Revisión de estrategias efectivas para la seguridad de la atención del paciente, 1° edición. 2008, Subsecretaría de Redes asistenciales, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.

J. Ritcher, Ferris: Estadística para las Ciencias Sociales: El potencial de la imaginación estadística. Mc Graw Hill.

Fundamento Teórico: Diseño, Implementación y Evaluación. Ministerio Secretaría General de Gobierno, Gobierno de Chile.

Guía Metodológica: Planificación Estratégica en los Servicios Públicos, Dirección de Presupuestos del Gobierno de Chile.

Hospital Carlos Van Buren, Manual de Organización y Procedimiento de la Unidad de Atención a las Personas U.A.P., Ministerio de Salud, Chile

I. Levin, Richard y S. Rubin, David: Estadística para administradores, 6° Ed., Prentice Hall

Intendencia Regional de Atacama (2010), Manual de Procedimientos Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana SIAC, Ministerio del Interior, Gobierno de Chile

Jiménez Bermejo, Patricio: Control de Gestión, 2da Edición, Editorial Jurídica ConoSur Ltda., Santiago de Chile, 2001

Junta Nacional de Jardines Infantiles, Manual de Procedimiento Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (O I R S), Gobierno de Chile

Kaplan, Robert S. y Norton, David P. Cuadro de Mando Integral (The Balance Scorecard), 2da Ed., Harvard Business School Press, Gestion 2000

Ley n° 19.880 que Establece Bases de los procedimientos administrativos del 29 de mayo de 2003:

Sánchez Albavera, Fernando: Planificación Estratégica y Gestión Pública por Objetivos, Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social – ILPES, CEPAL, Santiago de Chile de 2003

Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana, SIAC, (2010), Guía Metodológica (8° ed.), Ministerio Secretaria General de Gobierno, Gobierno de Chile

*[www.dipres.gob.cl](http://www.dipres.gob.cl)*

*[www.hcvb.cl](http://www.hcvb.cl)*

*[www.hospitalcarlosvanburen.cl](http://www.hospitalcarlosvanburen.cl)*

*[www.interior.gob.cl](http://www.interior.gob.cl)*

## ANEXOS

Anexo N°1: Entrevista Jefa de la Unidad de Atención a las Personas del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso.

**1. ¿Es importante para el servicio que exista una coordinación entre unidades para evaluar lo que se está haciendo?**

En general es súper importante, porque es importante para planificar y que se tome en cuenta la opinión de los usuarios al momento de tomar decisiones, entonces, si yo creo que es súper importante que exista coordinación.

**2. ¿Ud. considera que la comunicación horizontal es importante para cumplir los objetivos institucionales y a través de ellos la misión?**

El Hospital es altamente jerarquizado, entre las personas como del mismo nivel jerárquico obviamente la comunicación debe ser lo más horizontal posible porque así evitar tanta formalidades, el hospital también es muy formal jamás hace algo sin dejar un respaldo de eso, ponte tú la ficha clínica si se llega a perder es una sanción legal. Todo lo que hacemos tratamos de respaldarlo y dejarlo muy formal, pero obviando eso la relación humana debiera ser lo más horizontal posible.

**3. ¿Cómo es el proceso de comunicación sobre los reclamos y qué medidas se toman?**

El proceso de comunicación sobre los reclamos yo diría que es pobre y en gran medida por responsabilidad nuestra, por la UAP porque quizás estamos tapados de pega y que se yo por eso no lo hacemos es verdad pero deberíamos hacerlo, deberíamos tener una mejor información a los jefes de servicio a los jefes de unidad y así informar lo que está pasando en relación a los reclamos. Lo que si hacemos es que, ya sea mensual o trimestralmente, porque hemos tenido las dos opciones las dos modalidades, le hacemos informes al director del hospital donde se refleja cual ha sido el comportamiento de los reclamos, la satisfacción usuaria para que él los considere y tome medidas en el asunto.

**4. ¿Existe alguna coordinación entre las unidades?**

En relación a como tomar medidas para evitar reclamos para mejorar la satisfacción usuario, etc. Hasta ahora no, no la ha habido.

**5. ¿Cuál cree Ud. q es el problema por el cual no existe coordinación?**

Yo creo que tanto la unidad de planificación como nosotros estamos tapados de pega ya la unidad de planificación tiene a su cargo ver el tema de que nos mantengamos como hospital autogestionado y son dos personas, la cantidad de reclamos que tu viste aquí también somos dos personas.

**6. ¿Ud. considera que tiene existe una interacción entre ambas unidades para planificar a mediano plazo?**

Sería lo ideal, sería súper bueno porque al hacer la planificación anual, ponte tu, no solo con la unidad de planificación sino que también a lo mejor con capacitación, decir mira hagamos esta capacitación enseñemos a los usuarios, veamos donde hay mayores problemas de trato. En el área de recursos humanos, ponte tú, nosotros tenemos cual información de cuáles son las especialidades que están con mayor déficit de horas médicas, para poder contratar ese tipo de especialistas, pero en realidad no se hace. Ahora bien, el director a partir de los informes que nosotros les mandamos puede que él se coordine directamente con las otras jefaturas.

**7. ¿Considera Ud. que la elaboración del plan estratégico es participativo?**

Nunca lo ha sido, según yo recuerdo. Me imagino que hacer un plan estratégico absolutamente participativo debe ser para no terminar nunca, pero la verdad es que no recuerdo un plan estratégico que nos hayan hecho... a lo mas de que nos muestran el plan.

**8. De acuerdo a los resultados obtenidos de los reclamos. ¿Éstos son considerados para reformular el plan estratégico?**

Que yo sepa no.

**9. Entendiendo que los reclamos son un indicador muy importante al momento de evaluar la gestión institucional. ¿Considera Ud. Que debería tener una mayor implicancia para planificar y formular objetivos orientados hacia la satisfacción del usuario?**

Mira yo soy bien crítica respecto de la información que nos entrega los reclamos yo creo que la gente de repente reclama por cosas que son irrelevantes frente a otras que son sumamente relevantes, por ejemplo la mayor parte de la gente no tiene idea que a nosotros, ponte tú, si nosotros compráramos un aparato que opera mucho más rápido, ya, no va a reclamar porque no hemos comprado ese aparato, pero si el hospital lo compra significa un beneficio a un montón de pacientes, entonces estar planificando en relación al reclamo no sé si será una buena opción de planificación. Ahora si se toma en cuenta como el tenor más grande de los reclamos, como la encuesta de satisfacción usuaria, a mi gusto, dan una mejor información sobre la mirada que el usuario tiene de nosotros.

**10. ¿El monitoreo de los reclamos es de forma conjunta y existen estándares entre los cuales fluctúen los reclamos?**

Solamente tiene una connotación del área de planificación

**11. ¿Ud. considera que con los resultados obtenidos se cumplen los objetivos institucionales, orientados a la satisfacción ciudadana (buen trato, tiempo de espera, calidad) y de paso la misión?**

Yo creo que a medias, yo creo que nosotros si somos un espacio de participación de la gente donde de alguna manera se salvaguarda el derecho de los usuario de manifestar sus opiniones, de solicitar ayuda, yo creo que esa parte la cumplimos. El usuario en la UAP yo creo que el noventa y tanto por ciento se debe sentir bien acogido, creo que es así por lo menos en las encuestas que hemos hecho de satisfacción después de ser atendido demuestra que si, ya. Lo que si nos falta una gran parte que es dar respuesta a lo que los usuarios nos están requiriendo, cuando un usuario nos deja un reclamo nosotros estamos contestando más o menos en un 30 a 40 porciento nos queda por lo menos 60% que no podemos... por una parte por falta de personal y por otra también que de

los servicios nos manden información porque nosotros no podemos investigar nosotros los reclamamos, se supone, hay una gran cantidad de reclamos que investigamos nosotros igual pero los que son más específicos... necesitamos la información que nos manden los jefes de servicio y muchos de ellos no contestan... hay otros que contestan al día sí.

**12. ¿Qué cree Ud. que hace falta para lograr una participación efectiva entre ambas unidades?**

Tiempo de las dos unidades, yo creo que no hace falta otra cosa, yo creo que existe la voluntad de ambas unidades... sobre todo en estos momentos, ya, porque ha habido otras personas en otros momentos en la unidad de planificación que no ha habido tan mala coordinación... con los chiquillos nos llevamos súper bien y yo creo que los chiquillos tienen la mejor de las voluntades de que consideráramos alguna, pero que lo que no tenemos es el tiempo.

**Anexo N° 2: Entrevista Jefe de la Unidad de Planificación y Control del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso.**

**1. Es importante para el servicio que exista una coordinación entre unidades para evaluar lo que se esta haciendo?**

Derechamente si, y es de tal manera que cada proceso al interior del hospital no es aislado uno con el otro, sino que cada uno guarda relación con el siguiente.

**2. Ud considera que la comunicación horizontal es importante para cumplir los objetivos institucionales y a través de ellos la misión?**

---

**3. Como es el proceso de planificación**

---

**4. Existe alguna coordinación entre las unidades?**

No solamente con la UAP sino que también con todas las unidades existentes al interior del hospital.

**5. Cuál cree ud q es el problema por el cual no existe coordinación**

Como problema no existe, sino tal vez como lentitud en el proceso si, ya sea porque necesitas hablar con un doctor y no se encuentra en su puesto de trabajo y tienes que esperar, pero más que eso no.

**6. Ud. considera que tiene que existir una interacción entre ambas unidades para planificar a mediano plazo**

---

**7. Considera ud que la elaboración del plan estratégico es participativo**

La planificación por la cual se trabaja hoy en el Hospital se hizo hace un par de años atrás. Por lo cual queda mucho por hacer y mejorar sobre los proceso de planificación estratégica, en especial trabajar sobre la cartera de servicios.

**8. De acuerdo a los resultados obtenidos de los reclamos. Estos son considerados para reformular el plan estratégico**

El plan estratégico es integrado por muchas más aristas que los reclamos, por ejemplo la misión, visión... entonces centrarse en los reclamos es algo muy pequeño.

**9. Entendiendo que los reclamos son un indicador muy importante al momento de evaluar la gestión institucional. Considera ud. Que debería tener una mayor implicancia para planificar y formular nuevos objetivos orientados hacia la satisfacción del usuario**

(Se responde la pregunta con la respuesta anterior)

**10. El monitoreo de los reclamos ¿se realiza de forma conjunta y existen estándares entre los cuales fluctúen los reclamos?**

El monitoreo es netamente función de la unidad a la cual ingresan y la función específica es derivar el reclamo a la unidad a la cual va dirigida, entonces un monitoreo de ambas unidades son tareas que no van unidas.

**11. Ud considera que con los resultados obtenidos se cumplen los objetivos institucionales, orientados a la satisfacción ciudadana (buen trato, tiempo de espera, calidad) y de paso la misión**

---

**12. Que cree ud que hace falta para lograr una participación efectiva entre ambas unidades.**

Creo que existe una participación efectiva, no solamente con la U.A.P. sino que también con las demás unidades al interior del hospital.

**ANEXO N°3: Base de datos solicitudes ciudadanas Hospital Carlos Van Buren.**

<b>AÑO 2007</b>	FELICITACIONES	SUGERENCIAS	SOLICITUDES CIUDADANAS	RECLAMOS	TRATO	COMPETENCIA TECNICA	INFRAESTRUCTURA	TIEMPO DE ESPERA	INFORMACION	PROC. ADMINISTRATIVOS	PROBIDAD ADMINISTRATIVA	AUGE
ENERO	30	1		84	26	14	2	21	5	11	2	3
FEBRERO	20	1	6	92	18	13	11	25	4	12	8	1
MARZO	30	1	19	78	19	12	4	23	5	13	2	0
ABRIL	25	4	13	96	21	19	8	30	4	10	4	0
MAYO	20	0	36	76	10	22	8	21	4	7	2	2
JUNIO	28	2	29	71	19	16	3	20	1	8	2	2
JULIO	20	0	81	72	10	16	6	23	3	8	0	6
AGOSTO	20	5	148	80	23	20	6	23	2	3	2	1
SEPTIEMBRE	20	5	138	95	24	18	5	36	1	6	0	5
OCTUBRE	53	0	180	109	29	17	9	33	6	2	2	11
NOVIEMBRE	15	0	195	77	16	11	5	21	4	4	1	15
DICIEMBRE	30	0	122	98	16	26	3	29	4	12	2	6
<b>TOTALES</b>	<b>311</b>	<b>19</b>	<b>967</b>	<b>1028</b>	<b>231</b>	<b>204</b>	<b>70</b>	<b>305</b>	<b>43</b>	<b>96</b>	<b>27</b>	<b>52</b>
<b>AÑO 2008</b>	FELICITACIONES	SUGERENCIAS	SOLICITUDES CIUDADANAS	RECLAMOS	TRATO	COMPETENCIA TECNICA	INFRAESTRUCTURA	TIEMPO DE ESPERA	INFORMACION	PROC. ADMINISTRATIVOS	PROBIDAD ADMINISTRATIVA	AUGE
ENERO	33	0	106	161	24	19	4	73	5	13	0	23
FEBRERO	20	0	66	124	25	12	5	41	4	9	1	27
MARZO	23	0	116	129	28	11	5	59	8	9	2	7
ABRIL	33	0	99	100	16	28	6	32	3	8	2	5
MAYO	27	2	132	148	28	26	4	38	3	12	0	37
JUNIO	33	2	89	145	31	17	3	59	13	12	0	10
JULIO	33	0	179	128	19	29	5	47	2	12	0	14
AGOSTO	41	3	167	152	30	28	12	59	0	15	0	8
SEPTIEMBRE	31	0	179	105	23	11	7	40	9	10	0	5
OCTUBRE	31	0	130	173	35	18	11	75	4	21	1	8
NOVIEMBRE	38	1	124	130	18	8	2	66	7	11	0	18
DICIEMBRE	32	1	81	133	27	7	2	73	0	14	0	10
<b>TOTALES</b>	<b>375</b>	<b>9</b>	<b>1468</b>	<b>1628</b>	<b>304</b>	<b>214</b>	<b>66</b>	<b>662</b>	<b>58</b>	<b>146</b>	<b>6</b>	<b>172</b>

<b>AÑO 2009</b>	FELICITACIONES	SUGERENCIAS	SOLICITUDES CIUDADANAS	RECLAMOS	TRATO	COMPETENCIA TECNICA	INFRAESTRUCTURA	TIEMPO DE ESPERA	INFORMACION	PROC. ADMINISTRATIVOS	PROBIDAD ADMINISTRATIVA	AUGE
ENERO	40		103	132	23	14	9	56	3	18	0	9
FEBRERO	50		203	139	27	14	10	66	2	14	0	6
MARZO	28		105	150	37	16	2	57	4	13	1	20
ABRIL	49		110	143	42	8	3	58	0	19	1	12
MAYO	40		77	127	27	11	5	55	2	9	1	17
JUNIO	22	1	77	110	35	6	0	39	3	10	0	17
JULIO	62		105	126	25	12	2	43	1	30	2	11
AGOSTO	39	1	77	126	33	14	2	45	9	14	0	9
SEPTIEMBRE	33	1	72	131	22	14	1	55	14	16	0	9
OCTUBRE	32	1	86	151	37	27	3	56	7	13	0	8
NOVIEMBRE	28	0	94	161	25	6	2	100	12	12	0	4
DICIEMBRE	25	0	33	207	43	7	4	121	4	18	1	9
<b>TOTALES</b>	<b>448</b>	<b>4</b>	<b>1142</b>	<b>1703</b>	<b>376</b>	<b>149</b>	<b>43</b>	<b>751</b>	<b>61</b>	<b>186</b>	<b>6</b>	<b>131</b>
<b>AÑO 2010</b>	FELICITACIONES	SUGERENCIAS	SOLICITUDES CIUDADANAS	RECLAMOS	TRATO	COMPETENCIA TECNICA	INFRAESTRUCTURA	TIEMPO DE ESPERA	INFORMACION	PROC. ADMINISTRATIVOS	PROBIDAD ADMINISTRATIVA	AUGE
ENERO	22	1	75	161	31	4	1	73	3	27	1	21
FEBRERO	29	0	145	152	19	14	4	75	7	17	0	16
MARZO	28	0	101	155	27	9	6	83	2	15	0	13
ABRIL	33	0	91	128	28	11	2	57	2	17	1	10
MAYO	21	0	86	166	30	14	2	80	8	27	0	5
JUNIO	28	0	86	155	19	8	0	90	9	12	1	16
JULIO	34	0	72	174	23	11	8	81	6	16	2	27
AGOSTO	42	4	64	211	38	15	15	84	9	28	4	18
SEPTIEMBRE	32	1	63	196	36	13	12	89	17	21	0	8
OCTUBRE	54		70	178	24	9	11	79	3	21	1	30
NOVIEMBRE	37		101	214	26	12	22	94	7	23	0	30
DICIEMBRE	23		65	201	38	8	17	85	6	24	0	23
<b>TOTALES</b>	<b>383</b>	<b>6</b>	<b>1019</b>	<b>2091</b>	<b>339</b>	<b>128</b>	<b>100</b>	<b>970</b>	<b>79</b>	<b>248</b>	<b>10</b>	<b>217</b>

<b>AÑO 2011</b>	FELICITACIONES	SUGERENCIAS	SOLICITUDES CIUDADANAS	RECLAMOS	TRATO	COMPETENCIA TECNICA	INFRAESTRUCTURA	TIEMPO DE ESPERA	INFORMACION	PROC. ADMINISTRATIVOS	PROBIDAD ADMINISTRATIVA	AUGE
<b>ENERO</b>				253	30	12	17	131	7	20	0	36
<b>FEBRERO</b>				176	19	11	6	82	18	14	1	25
<b>MARZO</b>				228	32	16	10	99	7	26	0	38
<b>ABRIL</b>				202	26	12	8	104	13	27	1	11
<b>MAYO</b>				241	36	15	16	111	9	43	0	11
<b>JUNIO</b>				193	30	16	9	95	12	22	1	8
<b>JULIO</b>				174	34	16	13	59	19	30	0	3
<b>AGOSTO</b>				220	37	14	12	107	6	40	1	3
<b>SEPTIEMBRE</b>				172	24	13	1	88	6	40	0	0
<b>OCTUBRE</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>NOVIEMBRE</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>DICIEMBRE</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTALES</b>	<b>249</b>	<b>0</b>	<b>434</b>	<b>1859</b>	<b>268</b>	<b>125</b>	<b>92</b>	<b>876</b>	<b>97</b>	<b>262</b>	<b>4</b>	<b>135</b>