



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO  
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES  
PROGRAMAS ESPECIALES DE CONTINUIDAD DE ESTUDIOS

**Plan de Calidad de atención para la Unidad Centro Adosado de  
Especialidades (CAE) del Hospital Clínico Herminda Martín de  
Chillán.**

MEMORIA PARA OPTAR AL TITULO DE  
INGENIERIA DE EJECUCION EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

---

ALUMNOS: BÁRBARA HURTADO HURTADO.  
GASTON SEPULVEDA ALARCÓN.

PROFESOR GUÍA: SR OMAR ACUÑA MORAGA.

**CHILLAN – CHILE 2018**

## ÍNDICE

ANTECEDENTES GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
I.- PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
II.- JUSTIFICACIÓN DEL TEMA.....	10
III.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
Objetivo general.....	11
Objetivos Específicos.....	11
<b>CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>12</b>
1.1.2.- CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS.....	13
1.1.3.- NATURALEZA DEL SERVICIO.....	14
1.2.- SATISFACCIÓN DEL USUARIO Y CALIDAD DEL SERVICIO.....	16
1.2.1.- EXPECTATIVAS Y PERCEPCIÓN DEL CLIENTE.....	16
1.2.2.- CONCEPTO DE CALIDAD EN SERVICIO.....	17
1.2.3.- CONCEPTO DE CALIDAD EN SALUD.....	17
1.3.- SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD.....	18
1.4.- MODELOS DE CALIDAD TOTAL DE GESTIÓN.....	19
1.4.1.- LA TRILOGÍA DE JURAN.....	19
1.4.2.- TRIÁNGULO DE JOINER.....	20
1.4.3.- MODELO GERENCIAL DEMING.....	20
1.4.4.- PREMIO MALCOLM BALDRIGE.....	23
1.4.5.- MODELO JCAHO.....	23
1.4.6.- MODELO EFQM.....	24
1.4.7.- MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9000.....	25
1.5.- MODELOS DE GESTIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD.....	26
1.5.1.- MODELOS DE MEDICIÓN.....	27
1.5.2.- LA ESCUELA NÓRDICA.....	27
1.5.3.- ESCUELA AMERICANA.....	28
1.6.- PLAN DE CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015.....	30
0.2PRINCIPIOS DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD.....	31
0.3 ENFOQUE BASADO EN PROCESOS.....	31
1.- OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN.....	34
3.- TÉRMINOS Y DEFINICIONES.....	35
<b>CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>37</b>
2.-TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	37
2.1.- POBLACIÓN.....	37

2.1.1.- MUESTRA .....	37
2.1.2.- DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA .....	39
2.2.- ÁREA DE ESTUDIO .....	40
2.3.- OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	40
2.4.- INSTRUMENTO A UTILIZAR.....	40
2.4.1.- ESCALA MULTIDIMENSIONAL SERVQUAL .....	40
2.4.2.- CALCULO DE PUNTUACIÓN SERVQUAL.....	42
2.5.-ESCALA DE EVALUACIÓN A UTILIZAR .....	43
2.6.- CRONOLOGÍA DE LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA.....	45
2.7.- TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	45
2.8.-PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS .....	45
2.9.- CONSIDERACIONES PARA ELABORAR PLAN DE CALIDAD PARA UNIDAD CAE46	
<b>CAPÍTULO III: ANTECEDENTES DE LA INSTITUCIÓN .....</b>	<b>47</b>
3.1.-SISTEMA DE SALUD CHILENO ACTUAL .....	47
3.1.1.-ROL DE RECTORÍA .....	47
3.1.2.-ROL DE FISCALIZACIÓN .....	47
3.1.3.- ROL DE EJECUCIÓN .....	47
3.2.- HITOS DE LA SALUD CHILENA .....	48
3.3.- CLASIFICACIÓN DE HOSPITALES DE LA PROVINCIA.....	50
3.4.- CARACTERÍSTICAS DE LA RED ASISTENCIAL DE LA PROVINCIA DE ÑUBLE..	51
3.7.-DIRECTRICES ESTRATÉGICAS DEL HCHM.....	52
MISIÓN.....	52
VISIÓN .....	52
VALORES .....	52
3.8.-MAGNITUD.....	52
3.9.-UNIDAD CENTRO ADOSADO DE ESPECIALIDADES (CAE) .....	54
3.9.1.-PRESTACIONES .....	55
3.9.2.- ESTRUCTURA .....	56
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADO ENCUESTA SERVQUAL .....</b>	<b>57</b>
4.1.- DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS .....	57
4.2.-ANÁLISIS DE LAS EXPECTATIVAS DE LA CALIDAD DE SERVICIO.....	58
4.3.- ANÁLISIS DE LAS PERCEPCIONES DE LA CALIDAD DE SERVICIO.....	62
4.4.- ANÁLISIS DE LAS BRECHAS ENTRE EXPECTATIVAS Y PERCEPCIONES.....	66
4.5.-ANÁLISIS DE RESULTADOS: .....	69
4.5.1.-ANÁLISIS BRECHA RELATIVA DE LA DIMENSIÓN RESPONSABILIDAD.....	70
4.5.2.-ANÁLISIS BRECHA RELATIVA DE LA DIMENSIÓN SEGURIDAD .....	71

4.5.3-ANÁLISIS BRECHA RELATIVA DE LA DIMENSIÓN BIENES TANGIBLES .....	71
4.5.4-ANÁLISIS BRECHA RELATIVA DE LA DIMENSIÓN EMPATÍA.....	72
4.5.5.-ANÁLISIS BRECHA RELATIVA DE LA DIMENSIÓN CONFIABILIDAD .....	72
<b>CAPÍTULO V: FORMULACIÓN DE PLAN DE CALIDAD UNIDAD CENTRO ADOSADO DE ESPECIALIDADES (CAE) HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTIN DE CHILLÁN</b> .....	<b>73</b>
5.1.- PREÁMBULO.....	73
5.2.- GLOSARIO PLAN DE CALIDAD.....	76
5.3. PLAN DE CALIDAD PARA UNIDAD CAE, SEGÚN ESTÁNDAR ISO 9001:2015 .....	77
3.2.- ESTRUCTURA ISO 9001:2015 .....	77
3.3 SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD .....	78
3.3.1 FUNDAMENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD .....	78
3.3.2 REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN.....	78
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN .....	83
4.1 COMPRENSIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y DE SU CONTEXTO .....	83
4.2 COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS.....	92
5.-LIDERAZGO.....	96
5.1 LIDERAZGO Y COMPROMISO .....	96
5.1.1 GENERALIDADES.....	96
5.1.2 ENFOQUE AL USUARIO/PACIENTE.....	100
5.2 POLÍTICA.....	101
5.2.1 ESTABLECIMIENTO DE LA POLÍTICA DE CALIDAD LA ALTA DIRECCIÓN DECLARA LA SIGUIENTE:.....	101
5.2.2 COMUNICACIÓN DE LA POLÍTICA DE CALIDAD .....	103
5.3 ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN .....	104
6. PLANIFICACIÓN .....	105
6.1 ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES .....	105
6.2 OBJETIVOS DE LA CALIDAD Y PLANIFICACIÓN PARA LOGRARLOS .....	106
6.3 PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS .....	110
7 APOYO .....	110
7.1 RECURSOS .....	110
7.1.1 GENERALIDADES.....	110
7.1.2 PERSONAS .....	111
7.1.3 INFRAESTRUCTURA.....	111
7.1.4 AMBIENTE PARA LA OPERACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ESPECIALIDADES MÉDICAS AMBULATORIAS DEL CAE .....	113

7.1.5 RECURSOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN.....	114
7.1.6 CONOCIMIENTOS DE LA ORGANIZACIÓN.....	115
7.2 COMPETENCIA DEL CAE:.....	116
7.3 TOMA DE CONCIENCIA.....	118
7.4 COMUNICACIÓN.....	118
7.5 INFORMACIÓN DOCUMENTADA.....	119
7.5.1 GENERALIDADES.....	119
7.5.2 CREACIÓN Y ACTUALIZACIÓN.....	120
7.5.3 CONTROL DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA.....	120
8 OPERACIÓN.....	121
8.1 PLANIFICACIÓN Y CONTROL DEL SERVICIO EDUCATIVO.....	121
8.2 REQUISITOS PARA EL SERVICIO DE ATENCIÓN DE ESPECIALIDADES MÉDICAS AMBULATORIAS.....	122
8.2.1 COMUNICACIÓN CON EL USUARIO.....	122
8.2.2 DETERMINACIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO DE ATENCIÓN DE ESPECIALIDADES MÉDICAS AMBULATORIAS.....	123
8.2.3 REVISIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO DE ATENCIÓN DE ESPECIALIDADES MÉDICAS AMBULATORIAS.....	123
8.2.4 CAMBIOS EN LOS REQUISITOS PARA EL SERVICIO DE ATENCIÓN DE ESPECIALIDADES MÉDICAS AMBULATORIAS.....	123
8.3 DISEÑO Y DESARROLLO DEL SERVICIO DE ATENCIÓN DE ESPECIALIDADES MÉDICAS AMBULATORIAS.....	124
8.4 CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE.....	124
8.4.1 GENERALIDADES.....	124
8.4.2 TIPO Y ALCANCE DEL CONTROL.....	124
8.4.3 INFORMACIÓN PARA LOS PROVEEDORES EXTERNOS.....	125
8.5 PRODUCCIÓN Y PROVISIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN DE ESPECIALIDADES MÉDICAS AMBULATORIAS.....	125
8.5.1 CONTROL DE LA PRODUCCIÓN Y DE LA PROVISIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN DE ESPECIALIDADES MÉDICAS AMBULATORIAS.....	125
8.5.2 IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD.....	125
8.5.3 PROPIEDAD DEL CLIENTE.....	126
8.5.4 PRESERVACIÓN.....	126
8.5.5 ACTIVIDADES POSTERIORES A LA ENTREGA.....	127
8.6 LIBERACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN DE ESPECIALIDADES MÉDICAS AMBULATORIAS.....	127
8.7 CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES.....	127

9.- EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO.....	128
9.1 SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN.....	128
9.1.1 GENERALIDADES.....	128
9.1.2 SATISFACCIÓN DEL USUARIO/PACIENTE .....	129
9.1.3 ANÁLISIS Y EVALUACIÓN.....	129
9.2 AUDITORÍA INTERNA .....	130
9.3 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN .....	130
9.3.1 GENERALIDADES.....	130
9.3.2 ENTRADAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN.....	131
9.3.3 SALIDAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN .....	132
10 MEJORA.....	132
10.1 GENERALIDADES.....	132
10.2 NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA.....	133
10.3 MEJORA CONTINUA .....	134
<b>CAPÍTULO VI: PROPUESTA DE MEJORA CONTINUA .....</b>	<b>135</b>
DIMENSIÓN N°1: CONFIABILIDAD.....	136
DIMENSIÓN N°2: RESPONSABILIDAD .....	139
DIMENSIÓN N°3: SEGURIDAD .....	141
DIMENSIÓN N°4: EMPATÍA .....	143
DIMENSIÓN N°5: BIENES TANGIBLES.....	145
CONCLUSIONES GENERALES .....	148
CONCLUSIONES ESPECÍFICAS.....	148
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS.....	150
BIBLIOGRAFÍA.....	152
ANEXO 1. INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS .....	155
ANEXO 2 ENCUESTA SERVQUAL.....	158

## INTRODUCCIÓN

En Chile se han realizado múltiples esfuerzos por mejorar la calidad de atención en los servicios de salud públicos y privados, no obstante, sabemos que para los servicios privados es mucho más fácil cumplir con la implementación de mejoras, debido a que cuentan con mayores recursos, los que pueden ser utilizados de manera más eficiente.

En cambio, el sistema de salud público entrega un servicio que, según la percepción de los usuarios, debe lidiar con la mala calidad en la atención, la falta de personal y la deficiente infraestructura que poseen los hospitales públicos.

Es por esto, que la importancia de la calidad y la preocupación constante por su mejora continua es cada vez mayor, desde el punto de vista de la planificación como de la gestión de los procesos asistenciales, tanto dentro de la organización, así como con el servicio de atención que se entrega a los usuarios.

La función de la calidad se basa en métodos de gestión y herramientas que buscan satisfacer las necesidades que tienen las organizaciones para ser competitivas, y de ofrecer a sus clientes los productos que satisfagan sus expectativas respetando sus preferencias.

A continuación, se dará a conocer el planteamiento del problema, el objetivo general y los específicos, los cuales darán los lineamientos con los que se buscará desarrollar la investigación.

En el Capítulo 1 se analiza el marco teórico, el servicio su naturaleza y características, las conceptualizaciones sobre el servicio, las expectativas y percepción de los usuarios, así como los modelos de calidad más reconocidos que han ido apareciendo en los últimos años.

El capítulo 2 muestra la metodología de la investigación, el tipo de instrumento con el cual se realiza la medición y los resultados obtenidos de la muestra.

En el capítulo 3 se da a conocer los antecedentes de la institución, posteriormente en el capítulo 4, se muestra los resultados de la investigación, a través de la aplicación de la encuesta con método SERVQUAL y en el capítulo 5, y para finalizar, la formulación del Plan de calidad además de las conclusiones y recomendaciones, de acuerdo con el análisis realizado.

## **ANTECEDENTES GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN**

### **I.- PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

La calidad de atención en Chile es un tema difícil de abordar, más aún cuando de servicios públicos se trata. La gran mayoría de estas instituciones no goza de buena fama en la ciudadanía y una de las más criticadas en la historia de nuestro país es la red de salud pública, la que constituye un verdadero punto crítico del descontento cuando de servicios públicos se habla.

En Chile, según la encuesta de la Superintendencia de Salud (2011), la gran mayoría de sus habitantes pertenece al sistema de salud público -alrededor de 80% de la población- mientras que únicamente el 20% cuenta con un sistema privado de salud. Interesante es que, según esta encuesta, únicamente 38% de la población encuestada manifiesta estar satisfecha con la atención pública, mientras que el 61% con la atención privada, lo que podría denominarse una crisis de descontento con el sistema de salud público. Más aún, si consideramos los datos de la encuesta LAPOP (Proyecto de Opinión Pública de América Latina 2011), únicamente 5,2% de la población en Chile considera “buena” la calidad del servicio de salud público, siendo extremadamente bajo en comparación con otros países de la región como, por ejemplo, Argentina (37,7%) y Uruguay (47,5%).

La calidad en la atención se ha transformado en un requisito fundamental de todo servicio sanitario. La puesta en práctica del concepto de calidad en el contexto de la salud ha permitido descubrir qué requisitos deben reunir los servicios proporcionados en los centros de atención para producir bienestar al usuario, así como quién debe responder a ello. Durante los últimos años ha habido un cambio en el abordaje de este tema. Por un lado, es habitual que sean los profesionales sanitarios los que decidan, sobre la base de su experiencia y conocimientos, qué es lo mejor para el paciente; incluso todavía un gran número de profesionales considera que sólo con actuar de acuerdo con las normas y estándares científico-técnicos de su profesión, se puede ofrecer un servicio de calidad en el sentido más amplio. No obstante, el carácter técnico es sólo una de las dimensiones de la calidad, necesaria pero no suficiente, para satisfacer las expectativas y necesidades de los pacientes.



Según Kotler (2014) “la calidad es la totalidad de los rasgos y características de un producto o servicio que influyen en su capacidad de satisfacer las necesidades explícitas o latentes”, de esta definición se puede entender que el oferente entrega calidad cuando su producto o servicio cumple o excede las expectativas del cliente, ahora bien, debido a la propia naturaleza de los servicios en cuanto a sus características como lo son la intangibilidad, variabilidad, inseparabilidad y caducidad existen diferencias evidentes entre productos y servicios lo que implica también diferencias en la determinación de la calidad de estos.

En consecuencia, es esencial que la gestión sanitaria dirija sus mejoras en el ámbito de la calidad de servicio; desde el conocimiento, entendimiento y aceptación del punto de vista del usuario. Así, no es de extrañar que sean cada vez más frecuentes las experiencias destinadas a incorporar la perspectiva del usuario a la hora de definir y evaluar la calidad de la asistencia sanitaria. En el contexto de las reformas al sistema de salud, la visión del usuario es aceptada como información necesaria para la gestión y se apunta a una aplicación personalizada de las prioridades individuales. La definición del dominio y la medición de la calidad del servicio han tenido un largo recorrido, con avances habilitados generalmente a través de encuestas de satisfacción al paciente, primero sobre mediciones globales y después sobre elementos del servicio.

Esta memoria de título se enmarca en esta línea y pretende proporcionar a los responsables de este centro de Salud un método factible y unos resultados capaces de avanzar en la aplicación de un Plan de calidad en la atención del paciente ambulatorio de la Unidad Centro Adosado de Especialidades (CAE), así como también ser un aporte para el proceso de acreditación en calidad que es tan importante hoy en día en los hospitales de alta complejidad.

Nuestro estudio se centra en recopilar opiniones de los usuarios del Hospital Clínico Herminda Martín, en cuanto a la calidad de atención que ellos reciben, en los ámbitos de, El buen trato, la oportuna recepción de la información, la veracidad de la información que se les entrega y la disponibilidad de ésta hacia ellos, entre otros temas que se determinen son importantes para la satisfacción de los pacientes y que sean un aporte para la gestión de este centro hospitalario.

## II.- JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

La calidad de la atención hoy en día es un requisito fundamental tanto para la empresa privada como para la pública, en especial para aquellas que atienden directamente a las personas, por ende contar con lineamientos o un plan que apoye para poder guiarse es de gran ayuda y se hace necesario ante las exigencias actuales de los usuarios que están cada vez más empoderados y son conscientes de sus derechos y están dispuestos a reclamarlos y a difundir su molestia si se sienten mal atendidos quedando este antecedente en la retina de la sociedad.

Durante los últimos años las autoridades sanitarias se han propuesto avanzar hacia una estrategia entre los años 2011 al 2020, en donde se gestionarán los objetivos de salud pública en una perspectiva nueva, definiendo un conjunto de metas para dicho período.

Dentro de las estrategias y prioridades, se encuentra la acreditación hospitalaria, que consiste en una certificación de calidad entregada por el ministerio de salud a todo Hospital o Clínica privada que realice prestaciones en patologías GES<sup>1</sup>. Con esta reforma se pretende asegurar de alguna manera la seguridad de los pacientes respecto de los procedimientos médicos y quirúrgicos que presta el Hospital, además de brindar una atención integral con altos estándares de calidad y enfocado en los pacientes.

Por todo lo anterior es que, a partir del 1° de Julio del 2013 se exige que todos los hospitales y clínicas que deseen seguir entregando prestaciones auge, deben estar acreditados, de lo contrario se verán impedidos para otorgar este beneficio a los usuarios del sistema de salud. (SUPERSALUD, 2011).

El Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, fundamenta su misión en que todos los pacientes sean el centro de atención de su gestión, para ello busca brindar atención de calidad en todas las prestaciones que ofrece. En función de cumplir este objetivo ha pasado por procesos de acreditación en calidad, sin embargo, ésta se ha llevado a cabo principalmente en el área clínica del hospital quedando al debe en la unidad CAE que atiende al paciente con atenciones ambulatorias y que no requieren hospitalización o bien viene saliendo de ella y necesita hacerse controles hasta terminar con su proceso por la consulta que lo derivó a este centro asistencial. Por esta razón, esta memoria de título viene a proponer

---

<sup>1</sup>El plan de Garantías Explícitas de Salud (GES) -antes plan AUGE-, que tiene por objeto garantizar la cobertura de un número de problemas de salud por parte de FONASA y las ISAPRES. Cuando el plan comenzó en julio de 2006 cubría 56 problemas, más tarde aumentó a 69 y en julio de 2013 se aumentó a 80.

un Plan de calidad en atención, orientado al usuario de esta unidad, ya que actualmente no hay ninguno que apoye en este sentido y se podría mejorar significativamente la satisfacción y expectativas de los pacientes.

Por consiguiente, este Plan de calidad será un aporte para que el Hospital pueda proyectarse en el futuro a acreditarse en calidad de manera integral en todos los servicios que posee.

### **III.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **Objetivo general:**

Elaborar Plan de Calidad de atención para la unidad Centro Adosado de Especialidades (CAE) del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán.

#### **Objetivos Específicos:**

- Identificar los requerimientos de los pacientes respecto de las prestaciones ambulatorias que le entrega la unidad CAE del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán.
- Establecer atributos de calidad esperada y valorada desde la perspectiva de los pacientes, que sirvan como base para la elaboración del Plan de Calidad.
- Proporcionar a los usuarios una tramitación cómoda y sencilla de los principales procedimientos administrativos necesarios para recibir de forma adecuada la atención que precisen.
- Elaborar propuestas de mejora para eliminar las brechas detectadas en el análisis de las expectativas versus las percepciones de los clientes.

## **CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO**

### **1.1.- SERVICIO, SU NATURALEZA Y CARACTERÍSTICAS**

#### **1.1.1.- EL SERVICIO**

El servicio según Hernández-Bravo (2014) es definido como todas aquellas actividades identificables e intangibles que son el objeto principal de una operación que se concibe para proporcionar la satisfacción de las necesidades de los consumidores. Por otra parte, atendiendo a la definición de García-Muñoz (2003), este puede ser definido como todo acto o función que una parte puede ofrecer a otra, que es esencialmente intangible y no da como resultado ninguna propiedad. Su producción puede o no vincularse a un producto físico. Sin embargo, una definición universalmente aceptable de los servicios hasta ahora no se ha logrado.

Según la Organización Panamericana de la Salud<sup>2</sup>. La calidad en Salud es “Un conjunto de características de un bien o servicio que logran satisfacer las necesidades y expectativas del usuario o cliente” Donabedian A. (1990), define calidad en salud abarcando tres aspectos básicos: relación entre la evaluación de la calidad y la evaluación de los programas dentro de sus componentes técnicos e interpersonales; estos conceptos son: accesibilidad, continuidad y coordinación. Con las implicaciones que conlleva en el contenido, cantidad y costos de la atención, esto para lograr la satisfacción de los pacientes y los profesionales.

Como cualquier otro, el servicio sanitario se caracteriza por su intangibilidad; la casi total inseparabilidad de producción y consumo (debido a que la interacción médico-paciente es básica en el producto sanitario), y su heterogeneidad, puesto que cada proveedor que facilita el servicio es único (incluso de una vez a otra el mismo proveedor ofrece un servicio diferente). Ahora bien, a diferencia de otros sectores, puede afirmarse que el producto sanitario es tan amplio como el número de pacientes que atiende (“no existen enfermedades sino enfermos”) que resulta difícil definir el nivel de calidad de los servicios sanitarios, puesto que para los pacientes resulta imposible conocer si la atención recibida ha sido la

---

<sup>2</sup> Programa de garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en América Latina y el Caribe 1999.

adecuada, prestada en forma óptima y si ha alcanzado el mejor resultado posible en su aplicación.

A toda organización en salud, ya sea pública o privada, le interesa prestar una asistencia de la más alta calidad posible y que esta calidad, además del factor humano, vendrá condicionada por los recursos materiales y financieros de que disponga. Si se entiende que los componentes de la calidad incluyen la equidad, la efectividad, la accesibilidad, la satisfacción del paciente y del profesional, y la eficiencia, entre otras características, se debe considerar entonces que se hace necesaria una gestión óptima de los recursos limitados de que se dispone, para lograr unos resultados positivos.

### **1.1.2.- CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS**

**Intangibilidad:** Los servicios son esencialmente intangibles. Con frecuencia no es posible gustar, sentir, ver, oír u oler los servicios antes de comprarlos. Al cliente se le puede dar algo tangible para representar el servicio, pero a la larga, la compra de un servicio es la adquisición de algo intangible, de lo anterior se deduce que la intangibilidad es la característica definitiva que distingue productos de servicios.

**Inseparabilidad:** Con frecuencia los servicios no se pueden separar de la persona que los ofrece. Una consecuencia de esto es que la creación o realización del servicio puede ocurrir al mismo tiempo que su consumo, ya sea este parcial o total. Los bienes son producidos luego vendidos y consumidos mientras que los servicios se venden y luego se producen y consumen por lo general de manera simultánea, este elemento muestra también su inseparabilidad.

**Heterogeneidad:** Con frecuencia es difícil lograr estandarización de producción en los servicios, debido a que cada “unidad” de prestación de un servicio puede ser diferente de otras “unidades”. Además, no es fácil asegurar un mismo nivel de producción desde el punto de vista de la calidad. Asimismo, desde el punto de vista de los clientes también es difícil juzgar la calidad con anterioridad a la compra de manera homogénea.

**Perecibilidad:** Los servicios son susceptibles de “perecer”, no se pueden almacenar. La capacidad no empleada hoy no podrá ser vendida mañana, contrariamente a lo que pasa con los bienes tangibles que pueden ser almacenados.

**Propiedad:** La falta de propiedad es una diferencia básica entre una industria de servicios y una industria de productos, porque un cliente solamente puede tener acceso a utilizar un servicio determinado. El pago se hace por el uso, acceso o arriendo de determinados elementos (García-Muñoz, 2003).

### 1.1.3.- NATURALEZA DEL SERVICIO

Las características del servicio radican en su naturaleza, que permite determinar los elementos que más peso poseen en el servicio y así orientar las acciones de mejora. Si el servicio se centra en las personas o en las posesiones de las personas y qué tipo de acciones se ejercen sobre los anteriores. Esas acciones pueden ser tangibles o intangibles y pueden estar orientadas como se describe a continuación (Mediavilla Saldaña, 2008):

- ✓ **Orientadas a los clientes físicos:** requiere en gran manera la acción de uno o varios activos sobre las personas. La presencia física del cliente es necesaria para recibir el servicio.
- ✓ **Orientadas a las mentes de los clientes:** a diferencia del anterior la presencia física no es necesaria y las acciones prominentemente son intangibles. Se enfocan más en las mentes del cliente y por ello permite que se pueda prescindir de la presencia de este. Una capacitación puede ser recibida en una instalación física o ser recibida a distancia por medio del Internet.
- ✓ **Orientada a las posesiones físicas de los clientes:** no necesita que el cliente este presente, pero si la posesión física de este. Por ejemplo: el servicio de lavandería. Requiere de las prendas, pero no así de la presencia del cliente para poderlo prestar.
- ✓ **Orientada a las posesiones intangibles de los clientes:** la participación directa del cliente no en todos los casos es necesaria. Un ejemplo de esto puede ser servicio legal donde el cliente hace su requerimiento y presenta información. El proceso puede continuar sin la presencia o participación de cliente (Melara, 2013).

Dentro de las cualidades de los procesos que son particularmente relevantes para la prestación de servicios de salud: la variabilidad y la repetitividad. Ambos han sido tratados por diversos autores y en particular se analizarán desde la perspectiva de Pepper-Bergholz (2011).

- ✓ Variabilidad: Cada vez que se repite el proceso hay ligeras variaciones en las distintas actividades realizadas, las que, a su vez, generan variaciones en los resultados del mismo: “Nunca dos resultados son idénticos”.
- ✓ Repetitividad: Los procesos se crean para producir un resultado e intentar repetir ese resultado una y otra vez. Esta característica permite trabajar sobre el proceso y mejorarlo: “A más repeticiones, más experiencia y mejores resultados”.

Estas características hacen que, por un lado, las actividades en salud deban ser protocolizadas u homologadas buscando las mejores prácticas, con el objetivo de lograr los mejores resultados, disminuir su variabilidad y, por otro lado, requiere que las personas que la realizan la repitan una y otra vez para lograr la habilidad que garantiza la calidad en su ejecución.

El valor que se añade al proceso debe verse como incremental en el tiempo, donde la participación de todos y cada uno de los involucrados afecta o eleva la calidad del resultado o producto final. En las organizaciones que principalmente prestan servicios, como es el caso de la salud, el activo más importante que añade valor al producto final es el recurso humano, su compromiso, capacitación y experiencia entre otros tantos tributos inherentes a él, promueven un servicio de calidad, cuyo significado real tiene diversas interpretaciones. Pepper-Bergholz (2011).

## **1.2.- SATISFACCIÓN DEL USUARIO Y CALIDAD DEL SERVICIO**

La satisfacción del consumidor ha sido explicada por diversos autores. De acuerdo a Tse, Nicosai & Wilton (1990), la satisfacción ha sido utilizada por economistas, sociólogos y psicólogos para indicar la efectividad del marketing, reflejar el bienestar de la sociedad y para indicar el sentimiento emocional de los individuos respectivamente.

Entre otras conceptualizaciones, la satisfacción del consumidor ha sido definida: a) En función de la expectativa asociada al consumo o servicio y su confirmación o no confirmación (Bearden y Tell 1983; Labardera y Mazursky 1983; Cadotte y cols. 1987; Oliver y Swuan 1989; Bitner, 1990), b) En función de la evaluación de la discrepancia entre expectativa y rendimiento percibido (Oliver, 1980; Tse&Wilton, 1988), c) Como juicio o evaluación global determinado por respuestas afectivas y/o cognitivas relacionadas al uso o consumo de productos o servicios. Por su parte el concepto de calidad ha tenido diversas definiciones a lo largo de su evolución.

### **1.2.1.- EXPECTATIVAS Y PERCEPCIÓN DEL CLIENTE**

#### **EXPECTATIVAS DEL CLIENTE**

Según Cobra (2000) “la investigación de las expectativas del consumidor es el primer paso para establecer estándares de calidad para un servicio y para poder evaluar dichas expectativas, es importante entender cómo se forman”.

En forma semejante, Zeithaml y Bitner (2002) señalan que las expectativas del cliente “son los estándares o puntos de referencia del desempeño contra los cuales se comparan las experiencias del servicio, y a menudo se formulan en términos de lo que el cliente cree que debería suceder o que va a suceder”.



## **PERCEPCIONES DEL CLIENTE**

Schiffman y Lazar (2006) plantea que “las personas actúan y reaccionan de acuerdo con sus percepciones y no son los sucesos reales, sino lo que los consumidores piensan respecto a ello, lo que afecta sus acciones y sus hábitos de compra”.

La ventaja competitiva en la prestación de servicios, se consigue a partir de la capacidad de las organizaciones para satisfacer las necesidades de sus clientes, situación que debe enfrentar la dificultad de la intangibilidad de los servicios. Esta característica hace que la calidad del servicio sea una función de la diferencia entre las percepciones y las expectativas de los clientes. Es por ello, que resulta importante ver con más detenimiento estos dos parámetros.

### **1.2.2.- CONCEPTO DE CALIDAD EN SERVICIO**

En 1989, la International Organización for Standarization (ISO) define “calidad” como: “El grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado”.

En el concepto puro de calidad se encuentran dos tendencias: la calidad objetiva y la calidad subjetiva. La calidad objetiva se enfoca en la perspectiva del productor y la calidad subjetiva en la del consumidor.

### **1.2.3.- CONCEPTO DE CALIDAD EN SALUD**

La calidad de atención en salud es un concepto amplio, que no puede medirse sólo desde el punto de vista exclusivo de un actor del sistema de salud.

Cada uno de estos actores se encuentra involucrado en el proceso y todos tienen diferentes percepciones de la calidad del servicio que reciben. En el caso del paciente por ejemplo se hace mucho más fácil evaluar la infraestructura del lugar de atención, el tiempo que transcurre desde que solicita el servicio hasta que lo recibe, los resultados y las complicaciones del proceso, estos hechos determinan su valoración de la calidad, en cambio

evaluar la idoneidad del prestador o el nivel de actualización de la tecnología aplicada a su atención son hechos muy difíciles de evaluar por el paciente, por tanto tiende a darlos por hecho.

Para los pacientes aspectos como la amabilidad, disponibilidad del personal y las características físicas del sitio (limpieza, amplitud, comodidad, temperatura adecuada etc.) y la atención oportuna le aportan antecedentes suficientes para evaluar si el servicio cumple con lo que él necesita y por tanto es de calidad.

Para los prestadores del servicio de salud, la valoración de la calidad se sustenta en el dominio de los aspectos científicos, técnicos y tecnológicos involucrados en el proceso de atención y/o tratamiento, así como la experiencia de los profesionales y la tecnología de la que disponen.

Para el pagador del servicio, la eficiencia, es decir, la relación entre el costo de cualquier intervención y su efectividad para evitar la enfermedad o para recuperar la salud, es la característica que más valora. (OES, 2012)

Podemos asegurar entonces que la calidad en salud no depende de una sola característica, sino de múltiples aspectos, cada uno apreciado y valorado de manera diferente según el actor involucrado del que se trate.

### **1.3.- SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD**

Según López (2007), un sistema de calidad es “la estructura organizativa, las responsabilidades, los procesos y los recursos necesarios para llevar a cabo la gestión de calidad. Se aplica en todas las actividades de la organización y afecta a todas las fases, desde el estudio de las necesidades del consumidor hasta el servicio posventa”. De lo anterior, se desprende que implementar un sistema de calidad total no es un acto aislado dentro de la organización o de responsabilidad de la administración, sino que es una decisión estratégica, que constituye la forma de dirigir y controlar una empresa dirigida al cliente.

Según lo descrito en el proceso de gestión de la calidad, requiere de medición, centrándose en la satisfacción de los usuarios, como indicador de la calidad, aspecto que es el objetivo central de este trabajo.

## **1.4.- MODELOS DE CALIDAD TOTAL DE GESTIÓN**

Durante los últimos 30 años, se han establecido distintos modelos de calidad en el mundo, los cuales tienen características similares. La principal de éstas es enfocarse en satisfacer las necesidades del cliente/usuario y la mejora continua. En la actualidad, las organizaciones de salud están implementando distintos modelos de calidad, adaptándolos según sus distintas realidades y necesidades. Según Agüero y Valdés (2002), la realidad chilena muestra que las instituciones de salud están implementando modelos de calidad con el objetivo solucionar sus problemas de gestión y mejorar progresivamente la calidad del servicio.

A continuación, se describirán los modelos de calidad más utilizados

### **1.4.1.- LA TRILOGÍA DE JURAN**

Según este modelo (Juran, 1999), la actividad de gestión, se basa en 3 procesos interrelacionados: Planificación, Control y Mejora.

Planificación de la calidad: Es la actividad para desarrollar los productos (servicios) y procesos requeridos para satisfacer las necesidades de los clientes. La planificación consta de una serie de pasos universales como son: fijar los objetivos de la calidad e identificar a los clientes y sus requerimientos.

Control de la calidad: este proceso consta de 3 pasos, que son:

- ✓ Evaluar el comportamiento de la calidad real
- ✓ Comparar el comportamiento real con los objetivos de la calidad
- ✓ Actuar sobre las diferencias

Mejora de la calidad: consta de una serie de pasos, siendo los más relevantes:

Establecer la infraestructura para asegurar la mejora anual de la calidad, establecer equipos que dirijan los proyectos hacia un fin satisfactorio, establecer controles para que perduren los logros.

### **1.4.2.- TRIÁNGULO DE JOINER**

Según el modelo de Joiner (Grima y Martorell, 1995) se representa la calidad total con una “Q” como superación de “q” que representa las actividades de control de calidad tradicional y limitada al ámbito productivo.

La Q, se basa en 3 ideas centrales:

- Filosofía de calidad y liderazgo de la dirección: la calidad es determinada por las necesidades y expectativas de los clientes.
- Utilización del método científico: se utilizan datos, una vez convertidos en información como base para todas las acciones y decisiones.
- Un solo equipo: todo el recurso humano debe estar involucrado en el proceso de mejora.

### **1.4.3.- MODELO GERENCIAL DEMING**

Este modelo tiene como misión establecer y mantener por medio del mejoramiento continuo un modelo de organización basado en dos premisas fundamentales:

1. Propiciar y fortalecer la cooperación en todos los ámbitos de la empresa (internos y externos)
2. Fortalecer y promover el aprendizaje permanente para facilitar las mejores prácticas en pro de la gestión de los procesos.

**Las modificaciones que ofrece a la organización buscan:**

- Satisfacción de los trabajadores (clientes internos)
- Mejora continua de:
  - Los procesos
  - Los productos
  - Los servicios

**Lo cual va a resultar en:**

- Propiciar la satisfacción del cliente
- Garantizar la evolución y supervivencia organizacional

## **ENFOQUE GERENCIAL:**

### **Control estadístico**

- (de los procesos, para mejorar la calidad basados en evidencias)
- Resolución de los problemas mediante el trabajo en equipo
- Mejoramiento continuo (por medio de los ciclos de mejora del desempeño)

## **CRITERIOS**

Para establecer un proceso organizacional de gestión de la calidad total, la propuesta del modelo Deming se basa en siete criterios:

1. Liderazgo visionario
2. Cooperación (tanto interna como externa)
3. Aprendizaje (continuo)
4. Gestión enfocada en los procesos
5. Mejoramiento continuo
6. Satisfacción del trabajador
7. Satisfacción del cliente (cumpliendo sus requerimientos)

## **SE BASA EN 14 PRINCIPIOS FUNDAMENTALES**

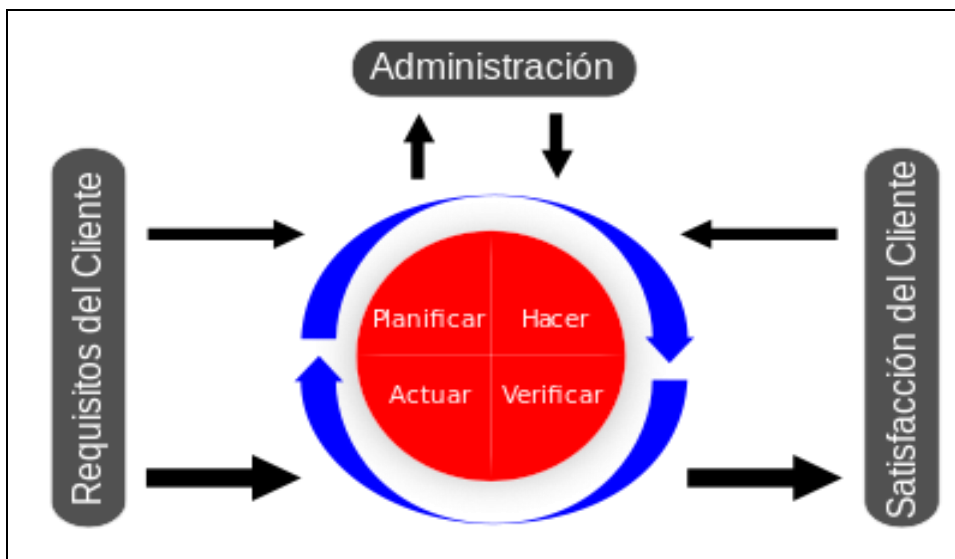
1. Creación y comunicación de la visión, el propósito y la misión de la organización.
2. Aprendizaje y adopción de la filosofía gerencial
3. Evitar el someter a los sujetos a la inspección masiva como medido de motivación para la productividad
4. El precio no será el único factor que se considere para realizar una compra
5. Perfeccionar, mediante la mejora continua de la calidad los sistemas de producción y de servicio
6. Establecer la capacitación en el trabajo
7. Promover, enseñar e instituir el liderazgo
8. Combatir el temor propiciando un clima organizacional que favorezca la motivación
9. Derribar las barreras que existen entre las diferentes áreas de la organización

10. Eliminar los lemas, exhortaciones y metas meramente numéricas para los trabajadores
11. Eliminar los estándares de producción y las cuotas numéricas, sustituyéndolos por el mejoramiento continuo de la calidad
12. Eliminar los obstáculos que conspiran contra el orgullo de los trabajadores por el haber realizado un buen trabajo
13. Instituir programas robustos de educación y re entrenamiento
14. Empezar acciones para alcanzar la transformación organizacional

Este modelo está enfocado en los siguientes ámbitos:

- Control estadístico
- Resolución de los problemas (por el trabajo en equipo)
- Perfeccionamiento y aprendizaje continuo

**FIGURA 1: PROCESO DEMING**



Fuente: Extraído Teorema de Deming

#### **1.4.4.- PREMIO MALCOLM BALDRIGE**

En Estados Unidos, de manera similar a lo realizado en Japón, 20 años antes, se instaura un premio a las empresas que apuntan al mejoramiento de la calidad; esta distinción es el premio anual Malcolm Baldrige a la calidad, donde la satisfacción del cliente es el pilar fundamental de este premio (Krajewski y Ritzman, 2003)

Los criterios principales para el otorgamiento del premio son:

- ✓ Liderazgo: Sistema de liderazgo, valores y expectativas.
- ✓ Planificación estratégica: Eficacia en la planificación estratégica y de negocios.
- ✓ Enfoque en el cliente y el mercado: Como satisfacer a los clientes.
- ✓ Análisis de la información: Sistemas de información que apoyen la excelencia.
- ✓ Enfoque centrado en los recursos humanos: Alcanzar todo el potencial de estos.
- ✓ Administración de procesos: Eficacia en los procesos para garantizar la calidad de los productos y la calidad.

#### **1.4.5.- MODELO JCAHO**

Este modelo responde a las siglas Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations, organismo creado en 1951 en base a un acuerdo entre distintas organizaciones sanitarias norteamericanas.

Su filosofía y esquema de funcionamiento es similar a las normas ISO, con la particularidad de que está enfocado específicamente al ámbito sanitario. El proceso de acreditación de este modelo pretende servir de ayuda para la mejora continua y el enriquecimiento profesional, y no únicamente como un mecanismo de reconocimiento externo.

Tanto en España como en diversos países latinoamericanos, la acreditación JCAHO la gestiona la Fundación Avedis Donabedian (FAD). Cabe destacar que desde el año 2012 existe una sede en Bogotá (Colombia) para Latinoamérica de la FAD, cuyo objetivo de convertirse en una entidad de referencia que aporte valor y ayude a potenciar, consolidar y desarrollar el sistema de salud y la mejora de la calidad que reciben los ciudadanos de toda Latinoamérica.

#### 1.4.6.- MODELO EFQM

EFQM son las siglas de una entidad fundada en 1988 por 14 grandes empresas europeas conocida como European Foundation for Quality Management. Al contrario de los modelos anteriores, el objetivo principal del EFQM no es conseguir la certificación externa, sino la excelencia empresarial. Este sistema no sólo posibilita lograr los máximos objetivos de calidad en el trabajo ejecutado, sino que también permite optimizar los recursos empresariales para lograr la excelencia en la gestión.

La filosofía de este modelo es lograr la excelencia en la gestión a través de la autoevaluación continua de una serie de indicadores, por lo que no se utilizan normas ni estándares. Se trata de un modelo ampliamente utilizado en los sistemas sanitarios de la mayoría de países europeos, incluido España, teniendo también un gran seguimiento y aceptación en muchos países latinoamericanos como México y Chile.

El modelo EFQM ha sido desarrollado por la Fundación Europea para Gestión de la calidad Básicamente se emplea para la evaluación de las organizaciones, bien por personal interno o externo llegando a conocer cuál es su estado respecto al ideal de Excelencia empresarial que encarna el modelo, así como sus oportunidades de mejora.

El sistema europeo EFQM permite enfocar la transformación cultural de la organización en la búsqueda por la excelencia. Supone una mejora permanente, una innovación continua.

Se basa en 9 criterios y se fundamenta en una premisa según la cual: los resultados excelentes en el rendimiento general de una Organización, en sus clientes, personas y en la sociedad en la que actúa, se logran mediante un Liderazgo que dirija e impulse la Política y Estrategia, que se hará realidad a través de Personas, las Alianzas y Recursos y los Procesos.

Facilita la autoevaluación, conforme a las pautas establecidas en el modelo. De esta manera identificamos el posicionamiento de nuestra organización frente al modelo de excelencia y comprobamos cómo de cerca o de lejos estamos de la misma. Primero la entidad realiza una autoevaluación (una vez formada), y vistos sus puntos fuertes y débiles se realiza un Plan de Mejora. El Plan de Mejora, que ha de implicar a todos y todas, ha de conducir a un proceso de mejora continua, que habrá de medirse periódicamente.



El Modelo Europeo debe introducirse cuando los objetivos que se persiguen alcanzar tienen que ver con:

- ✓ La transformación de la cultura
- ✓ La búsqueda de la excelencia

Estos dos objetivos tienen que ver con el medio y largo plazo, por tanto, está asociado con objetivos ambiciosos de mejora permanente.

#### **1.4.7.- MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9000**

ISO son las siglas de International Organization for Standardization, un organismo internacional creado en 1947 por 25 países para facilitar la organización y coordinación internacional de las normas, con el objetivo inicial de facilitar el intercambio comercial. Poco a poco, las normas ISO se han ido extendiendo a todo tipo de actividades como guía y referencia de gestión de la calidad, basándose en 8 grandes principios:

1. Organización enfocada al cliente.
2. Liderazgo.
3. Participación del personal.
4. Enfoque del proceso.
5. Enfoque del sistema hacia la gestión.
6. Mejora continua.
7. Toma de decisiones en base a datos objetivos.
8. Relación beneficiosa con los proveedores.

Según lo mencionado por Hoyle (2006), las normas ISO que están relacionadas con la gestión de la calidad son:

- ✓ ISO 9000: Sistemas de gestión de calidad, conceptos y vocabulario
- ✓ ISO 9001, Sistemas de gestión de calidad, Requisitos
- ✓ ISO 9004: Sistemas de gestión de calidad, Guía para llevar a cabo la mejora.

Por lo tanto, nos basaremos en el modelo de calidad ISO 9001, versión actualizada año 2015, capítulo 10.3 que habla de la mejora continua “La empresa tiene que establecer las acciones necesarias para identificar las áreas de su organización que tienen un bajo

rendimiento y oportunidades, además de utilizar herramientas y metodologías necesarias para investigar las causas de ese bajo rendimiento y como apoyo para realizar la mejora continua. “ ya que su estructura contempla indicadores que nos ayudaran en la elaboración de nuestro plan de calidad, para así lograr obtener los resultados requeridos para proporcionar una atención de calidad.

### **Estructura de ISO 9001:2015**

1. Alcance
2. Referencias normativas
3. Términos y definiciones
4. Contexto de la organización
5. Liderazgo
6. Planificación
7. Soporte
8. Operaciones
9. Evaluación del desempeño
10. Mejora

### **1.5.- MODELOS DE GESTIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD**

Según lo indica Corella (1999), el implementar de un sistema de calidad dentro de una institución de salud es un proceso constante que tiene características únicas, como el conciliar aspectos administrativos con aspectos médicos.

Existen experiencias de modelos de gestión de calidad adaptados a servicios de salud, como Lloria et al (2002), en la implementación del modelo EFQM en el hospital universitario La FE en la ciudad de Valencia, España, o como Acevedo et al (2008), en la implementación de un modelo nacional de calidad (México) en un laboratorio clínico CERTÚS, donde el objetivo de dichos centros de salud era el incrementar la creación de valor para usuarios, personal, y la comunidad en la cual estaban insertos.

De acuerdo a lo expresado por Agüero y Valdés (2002), debido a los problemas de equidad de acceso a la atención en salud, la cobertura de las prestaciones, la ineficiencia en la gestión administrativa y el uso eficiente de los recursos llevó a que el Ministerio de Salud

de Chile, consciente de la necesidad de promover la calidad en las instituciones de salud pública, haya establecido una serie de mecanismos para asegurar, certificar y evaluar la calidad de los servicios de salud.

### **1.5.1.- MODELOS DE MEDICIÓN**

Dentro de los modelos de medición y según lo plantea Duque (2005) los estudios enfocados a la calidad del servicio se agrupan en torno a dos escuelas: la escuela nórdica, liderada por Grönroos y la escuela norteamericana, liderada por Parasuraman, Zeithaml y Berry.

### **1.5.2- LA ESCUELA NÓRDICA.**

Este modelo también conocido como modelo de la imagen plantea que “la calidad de un servicio tal y como es percibido por los clientes, tiene dos dimensiones, a saber, una dimensión técnica o de resultado y una dimensión funcional o relacionada con el proceso” (Grönroos, 1994) dicho de otra forma el cliente en cuanto a su percepción del servicio está influido por el resultado del servicio. Pero también por la forma en que lo recibe y la imagen corporativa siendo esta última un elemento básico para medir la calidad percibida.

La calidad técnica del resultado tiene que ver con un servicio correcto desde el punto de vista técnico con un resultado aceptable, esto involucra lo relacionado con el soporte físico, medios materiales y la organización interna, dicho de otra forma, representa lo que el consumidor recibe. La calidad funcional del proceso por su parte se vincula con la forma en que el consumidor es tratado mientras se desarrolla el proceso de producción del servicio, es decir, cómo el consumidor recibe el servicio.

Este modelo, y particularmente su creador plantea que el nivel de calidad total percibida no está explicado de manera absoluta por la evaluación objetiva de la calidad técnica o funcional, sino que esta explicada en mayor medida por las diferencias que existen entre la calidad esperada y la que efectivamente se experimentó.

### **1.5.3.- ESCUELA AMERICANA**

Por su parte, la escuela americana de calidad de servicio, se encuentra encabezada por los aportes realizados por Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985, 1988) creadores del modelo **SERVQUAL**. El modelo fue desarrollado como resultado de una investigación hecha en diferentes tipos de servicios. El modelo define la calidad de servicio como un desajuste entre las expectativas previas al consumo del servicio y la percepción del servicio prestado y ésta puede ser medida a partir de la diferencia entre ambos conceptos. Cuanto mayor sea la diferencia entre la percepción del servicio y las expectativas, mayor será la calidad. Esta escuela es la que ha generado mayores estudios consecutivos.

Trabajos posteriores a los de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1994); centraron la investigación de la calidad de servicio especialmente sobre la actitud del consumidor ante el servicio prestado. Una actitud que se genera a partir de la percepción del consumidor respecto de la prestación del servicio. Este hecho va a permitir estudiar la calidad de servicio desde un enfoque eminentemente psicológico. De esta manera se agrupan las aportaciones hechas a la calidad de servicio es a partir de la técnica de medida aportada (escuela moderna).

Dentro de esta categorización se encuentran los fundamentados en el estudio del incidente crítico (Critical Incident Factor) y los basados en la medida de los atributos de calidad de servicio (Akbaba, 2006). La técnica del incidente crítico utiliza experiencias explicadas por los clientes sobre situaciones del servicio. Las medidas de los atributos de calidad de servicio tienen como principal objetivo la medición de la calidad de servicio y los elementos que la afectan, están principalmente guiados por el modelo **SERVQUAL**.

#### **A.- MODELO SERVQUAL**

Este modelo de los autores Parasuraman, Zeithaml y Berry parte desde el mismo paradigma de la des confirmación, tal cual lo hace Grönroos, esto es la diferencia entre expectativa y percepción como base de la calidad percibida por el cliente.

(Duque, 2005), es el modelo más utilizado por los académicos hasta el momento dada la proliferación de artículos en el área que usan su escala para medir la calidad de servicio percibida dado que el instrumento logra evaluar por separado las expectativas y percepciones de un cliente. Como lo explica Walker (2004) el modelo se basa en las cinco dimensiones de calidad de servicio percibida, las cuales se enumeran:

- ✓ Estructura
- ✓ Equipamiento
- ✓ Servicio tecnológico
- ✓ Atención
- ✓ Tiempo de respuesta

## **B.- MODELO SERVPERF**

Según indica Duque (2005) este modelo fue adaptado por Cronin y Taylos (1992) desde el modelo SERVQUAL, ellos desarrollaron a partir de esta herramienta una escala más concisa basada de forma exclusiva en la valoración de las percepciones sin considerar las expectativas como si lo hace SERVQUAL. Según afirma Losada (2007) autores como McDougal y Levesque (1994) creen que resulta innecesario incluir en el análisis de la calidad de servicio la medición de las expectativas dado que los clientes tienden de forma consiente a indicar altas expectativas mientras sus percepciones raramente logran superarlas. La percepción de la calidad de servicio del cliente está en directa relación con la percepción que el usuario tiene respecto de las dimensiones que explican el modelo sin considerar las expectativas que estos usuarios tienen sobre los mismos.

El estudio de la percepción de calidad ha seguido dos tradiciones, la propuesta norteamericana ligada a los trabajos desarrollados por Parasuraman y cols., y la visión europea que deviene de los trabajos de Grönroos & Lehtinen fundamentalmente.

De acuerdo a Horovitz (2000), la calidad de servicio es la percepción que tiene un usuario de la correspondencia entre el desempeño y las expectativas de la experiencia de servicio. La calidad de servicio constituye la diferencia o discrepancia que existe entre los deseos de los usuarios y la percepción del conjunto de elementos cuantitativos y cualitativos de un producto o servicio principal.

## 1.6.- PLAN DE CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015

### 0.1 GENERALIDADES

La adopción de un sistema de gestión de la calidad es una decisión estratégica para una organización que le puede ayudar a mejorar su desempeño global y proporcionar una base sólida para las iniciativas de desarrollo sostenible.

Los beneficios potenciales son:

- a) la capacidad para proporcionar regularmente productos y servicios que satisfagan los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables.
- b) facilitar oportunidades de aumentar la satisfacción del cliente.
- c) abordar los riesgos y oportunidades asociadas con su contexto y objetivos.
- d) la capacidad de demostrar la conformidad con requisitos del sistema de gestión de la calidad especificados;

Los requisitos del sistema de gestión de la calidad especificados en esta Norma Internacional son complementarios a los requisitos para los productos y servicios.

Esta Norma Internacional emplea el enfoque a procesos, que incorpora el ciclo **Planificar-Hacer-Verificar-Actuar (PHVA)** y el pensamiento basado en riesgos.

El enfoque a procesos permite a una organización planificar sus procesos y sus interacciones.

El ciclo PHVA permite a una organización asegurarse de que sus procesos cuenten con recursos y se gestionen adecuadamente, y que las oportunidades de mejora se determinen y se actúe en consecuencia.

El pensamiento basado en riesgos permite a una organización determinar los factores que podrían causar que sus procesos y su sistema de gestión de la calidad se desvíen de los resultados planificados, para poner en marcha controles preventivos para minimizar los efectos negativos y maximizar el uso de las oportunidades a medida que surjan.

Para lograr estos objetivos, la organización podría considerar necesario adoptar diversas formas de mejora además de la corrección y la mejora continua, tales como el cambio abrupto, la innovación y la reorganización.

En esta Norma Internacional, se utiliza las siguientes formas verbales:

—” debe” indica un requisito.

— “debería” indica una recomendación

—” puede” indica un permiso, una posibilidad o una capacidad.

La información identificada como “NOTA” se presenta a modo de orientación para la comprensión o clasificación del requisito correspondiente.

## **0.2 PRINCIPIOS DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD**

Esta Norma Internacional se basa en los principios de la gestión de la calidad descritos en la Norma ISO 9000. Las descripciones incluyen una declaración de cada principio, una base racional de por qué el principio es importante para la organización, algunos ejemplos de los beneficios asociados con el principio y ejemplos de acciones típicas para mejorar el desempeño de la organización cuando se aplique el principio.

Los principios de la gestión de la calidad son:

— Enfoque al cliente;

— liderazgo;

— compromiso de las personas;

— enfoque a procesos;

— mejora;

— toma de decisiones basada en la evidencia;

— gestión de las relaciones.

## **0.3 ENFOQUE BASADO EN PROCESOS**

### **0.3.1 GENERALIDADES**

Esta Norma Internacional promueve la adopción de un enfoque a procesos al desarrollar, implementar y mejorar la eficacia de un sistema de gestión de la calidad, para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de los requisitos del cliente.

Este enfoque permite a la organización controlar las interrelaciones e interdependencias entre los procesos del sistema, de modo que se pueda mejorar el desempeño global de la organización.

El enfoque a procesos implica la definición y gestión sistemática de los procesos y sus interacciones, con el fin de alcanzar los resultados previstos de acuerdo con la política de la calidad y la dirección estratégica de la organización.

La gestión de los procesos y el sistema en su conjunto puede alcanzarse utilizando el ciclo PHVA con un enfoque global de pensamiento basado en riesgos dirigido a aprovechar las oportunidades y prevenir resultados no deseados.

La aplicación del enfoque a procesos en un sistema de gestión de la calidad permite:

- a) la comprensión y el cumplimiento de los requisitos de manera coherente;
- b) la consideración de los procesos en términos de valor agregado;
- c) el logro de un desempeño del proceso eficaz;
- d) la mejora de los procesos con base en la evaluación de los datos y la información.

La **Figura 2** proporciona una representación esquemática de cualquier proceso y muestra la interacción de sus elementos.

**FIGURA 2: REPRESENTACIÓN ESQUEMÁTICA DE LOS ELEMENTOS DE UN PROCESO.**

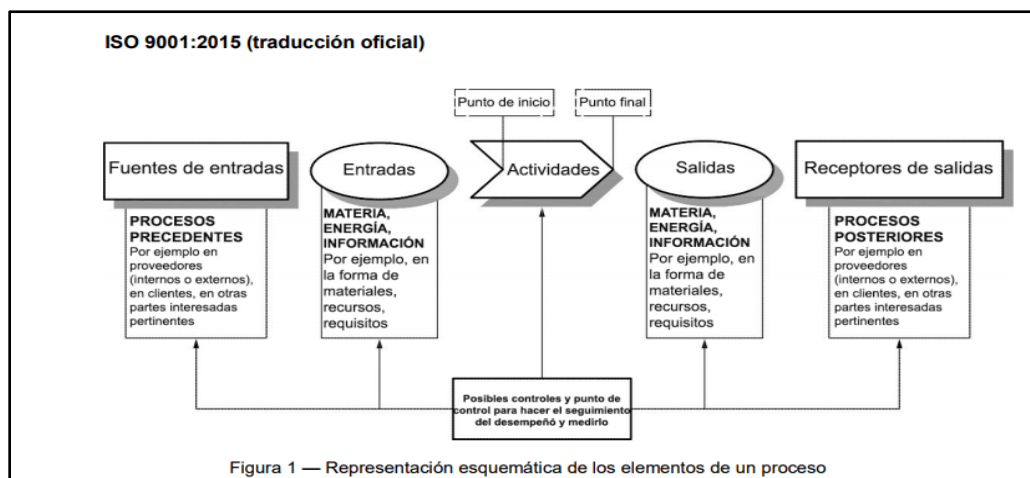


Figura 1 — Representación esquemática de los elementos de un proceso

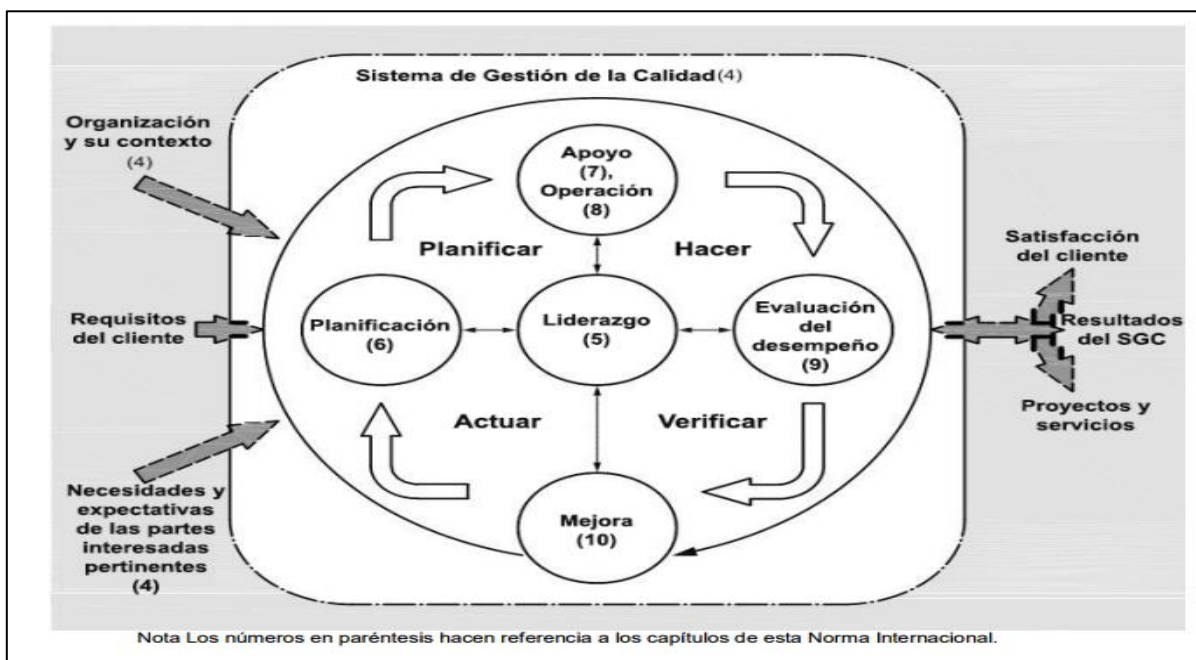
Adaptado de Norma Internacional ISO 9001:2015.



## CICLO PLANIFICAR-HACER-VERIFICAR-ACTUAR

El ciclo PHVA puede aplicarse a todos los procesos y al sistema de gestión de la calidad como un todo. La **Figura 3** ilustra cómo los Capítulos 4 a 10 pueden agruparse en relación con el ciclo PHVA.

**FIGURA 3: REPRESENTACIÓN DE LA ESTRUCTURA CICLO PHVA.**



Fuente: Adaptado de Norma Internacional ISO 9001:2015

El ciclo PHVA puede describirse brevemente como sigue:

- **Planificar:** establecer los objetivos del sistema y sus procesos, y los recursos necesarios para generar y proporcionar resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la organización, e identificar y abordar los riesgos y las oportunidades;
- **Hacer:** implementar lo planificado;
- **Verificar:** realizar el seguimiento y (cuando sea aplicable) la medición de los procesos y los productos y servicios resultantes respecto a las políticas, los objetivos, los requisitos y las actividades planificadas, e informar sobre los resultados;
- **Actuar:** tomar acciones para mejorar el desempeño, cuando sea necesario.

## **PENSAMIENTO BASADO EN RIESGOS**

El pensamiento basado en riesgos es esencial para lograr un sistema de gestión de la calidad eficaz. El concepto de pensamiento basado en riesgos ha estado implícito en ediciones anteriores de esta Norma Internacional, incluyendo, por ejemplo, llevar, a cabo acciones preventivas para eliminar no conformidades potenciales, analizar cualquier no conformidad que ocurra, y tomar acciones que sean apropiadas para los efectos de la no conformidad para prevenir su recurrencia.

Para ser conforme con los requisitos de esta Norma Internacional, una organización necesita planificar e implementar acciones para abordar los riesgos y las oportunidades. Abordar tanto los riesgos como las oportunidades, establece una base para aumentar la eficacia del sistema de gestión de la calidad, alcanzar mejores resultados y prevenir los efectos negativos.

Una desviación positiva que surge de un riesgo puede proporcionar una oportunidad, pero no todos los efectos positivos del riesgo tienen como resultado oportunidades.

## **SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD — REQUISITOS**

### **1.- OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN**

Esta Norma Internacional especifica los requisitos para un sistema de gestión de la calidad cuando una organización:

- a) necesita demostrar su capacidad para proporcionar regularmente productos y servicios que satisfagan los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables, y
- b) aspira a aumentar la satisfacción del cliente a través de la aplicación eficaz del sistema, incluidos los procesos para la mejora del sistema y el aseguramiento de la conformidad con los requisitos del cliente legales y reglamentarios aplicables.

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

**NOTA 1:** En esta Norma Internacional, los términos —producto o —servicio se aplican únicamente a productos y servicios destinados a un cliente o solicitados por él.

**NOTA 2:** El concepto que en la versión en inglés se expresa como "statutory and regulatory requirements" en esta versión en español se ha traducido como requisitos legales y reglamentarios

## **2.-REFERENCIAS NORMATIVAS**

Los documentos indicados a continuación, en su totalidad o en parte, son normas para consulta indispensables para la aplicación de este documento. Para las referencias con fecha, sólo se aplica la edición citada. Para las referencias sin fecha se aplica la última edición (incluyendo cualquier modificación de ésta).

ISO 9000:2015, Sistemas de gestión de la calidad — Fundamentos y vocabulario.

## **3.- TÉRMINOS Y DEFINICIONES**

Para los fines de este documento, se aplican los términos y definiciones incluidos en la Norma ISO 9000:2015.

## **4.- CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN**

- 4.1.- Entendiendo la organización y su contexto.
- 4.2.- Entendiendo las necesidades y expectativas de las partes interesadas.
- 4.3.- Establecimiento del alcance del Sistema de Gestión de Calidad.
- 4.4.- Sistema de Gestión de Calidad.

## **5.- LIDERAZGO**

- 5.1.- Liderazgo y compromiso.
- 5.2.- Política.
- 5.3.- Roles, Responsabilidad y Autoridad.

## **6.- PLANIFICACIÓN**

- 6.1.- Acciones para abordar los riesgos y las oportunidades.
- 6.2.- Objetivos de Calidad y planificación.
- 6.3.- Planificación y control de cambios.

## **7.- SOPORTE.**

- 7.1.- Recursos.
- 7.2.- Competencia.
- 7.3.- Concienciación
- 7.4.- Comunicación
- 7.5.- Información documentada.

## **8.- OPERACIÓN**

- 8.1.- Planificación y control de operacional
- 8.2.- Requisitos para los productos y servicios.
- 8.3.- Diseño y desarrollo de los productos y servicios
- 8.4.- Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente.
- 8.5.- Producción y provisión del servicio.
- 8.6.- Liberación de los productos y servicios.
- 8.7.- Control de las salidas no conformes.

## **9.- EVALUACIÓN DESEMPEÑO**

- 9.1.- Seguimiento, medición análisis y evaluación.
- 9.2.- Auditorías Internas.
- 9.3.- Revisión por la dirección

## **10.- MEJORA**

- 10.1.- Generalidades.
- 10.2.- No conformidades y acciones correctivas
- 10.3.- Mejoras Continua.

**Nota:** La nueva ISO 9001:2015, trae cambios muy importantes, aunque el más destacado es la incorporación de la gestión del riesgos y el enfoque basado en procesos en los sistemas de gestión de calidad. Para poder revisar toda la información más detallada (véase en la página web [www.nueva-iso-9001-2015.com](http://www.nueva-iso-9001-2015.com)).

## **CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO**

### **2.-TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Este capítulo tiene como objetivo principal conocer la percepción y expectativas de la calidad de atención que tienen los usuarios y pacientes, de la Unidad Centro adosado de especialidades del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán, con el fin de elaborar un Plan de Calidad en Atención. En base a lo anterior podemos decir que este estudio es de carácter descriptivo, se define de esta manera por medir una serie de características de una población, en este caso las expectativas y percepciones que actualmente tienen los usuarios de este servicio.

Como mencionamos anteriormente nuestra investigación comprende la revisión de información y el análisis de la calidad de la salud pública en Chile, y específicamente nos enfocamos en la percepción que tienen los pacientes de la calidad del servicio prestado que se le entrega en la unidad CAE del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán, para esto se aplican encuestas a usuarios de esta unidad, realizadas en las afueras de las dependencias de la institución, con la información recopilada se confecciona un Plan de Calidad que contenga la perspectiva de los usuarios de la Unidad Centro Adosado de Especialidades de Chillán.

#### **2.1.- POBLACIÓN**

El universo objetivo de la presente investigación está compuesta por todos los usuarios de las veintiuna comunas de la Provincia de Ñuble, que según el último censo realizado el año 2017, tiene una población de 480.513 habitantes.

##### **2.1.1.- MUESTRA**

Para efectos de esta investigación se considerará una muestra compuesta por personas usuarias de las dependencias del CAE, medido por listado de atenciones realizadas en el primer trimestre del año (Ene-marzo) 2017 el total de atenciones es 34078, ya sea de la ciudad de Chillán y/o de sectores rurales de la Provincia de Ñuble. No se consideran para efectos de

este estudio usuarios que provengan del Cesfam Violeta Parra y pacientes post operatorios, ya que estos poseen tiempos de atención y respuesta distintos al resto de los usuarios analizados.

Se decide aplicar la encuesta sólo a mayores de 18 años, teniendo en cuenta que el Hospital atiende a personas de todas las edades, consideramos que los menores de 18 años pueden presentar dificultades para entender las preguntas propuestas, en esos casos entrevistaremos al adulto que acompaña al menor, ya que, comúnmente se encuentran acompañadas de un adulto responsable que participa activamente en el proceso de atención. En el caso de no encontrarse acompañado, tomamos la determinación de no entrevistar menores de 18 años, debido al grado de complejidad de las preguntas.

Para esta investigación se utiliza el tipo de muestreo aleatorio simple, el cual consiste en que todos los elementos de la población tienen la misma probabilidad de ser elegido; es considerada una población homogénea, sencilla en la selección de muestra, se puede acotar el error y existe facilidades en cálculo de la media y desviación estándar para cumplir con el objetivo de la investigación.

Se utiliza este tipo de muestreo pese a la gran diversidad de usuarios probables con características distintas que se podían generar, ya que dentro de la encuesta se incluirá una pregunta que distinguirá de qué servicio proviene el usuario entrevistado, lo que nos permitirá poder determinar los resultados de acuerdo a cada especialidad.

En relación a lo anterior y como se mencionó anteriormente se decidió considerar sólo los pacientes correspondientes a todos los Cesfam de la Provincia de Ñuble, excluyendo Cesfam Violeta Parra, ya que este consultorio cuenta con sus propios profesionales especialistas. Además, se dejaron fuera del estudio a los pacientes post operatorios ya que tienen tiempos de respuestas en atención más rápida que el resto de los usuarios.

### 2.1.2.- DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

En esta investigación se consideró un nivel de confianza de un 95% y un error de un 7%, la cual está dentro del error utilizado en obras de investigación similares, las cuales están en orden del 5% al 10% de error.

Donde:

- ✓ n: Tamaño de la muestra del CAE.
- ✓ N: Población atendida del CAE.
- ✓ Z: Valor correspondiente a la distribución de Gauss con Z=1,96.
- ✓ p: Prevalencia esperada del parámetro a evaluar. En este caso como se desconoce se aplica la opción más desfavorable (p=0,5).
- ✓ q: 1-p=0, 5.
- ✓ i: Error que se prevé cometer =7%.
- ✓ Después de aplicada la fórmula, el tamaño de la muestra de usuarios es la siguiente:
- ✓ Tamaño de la muestra: 195 personas.

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 \cdot (N-1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

Figura: 4 Fórmula tamaño de la muestra

**TABLA: 1 RESULTADO DE TAMAÑO MUESTRA**

n=	32728,51	NUMERADOR
	167,9377	DENOMINADOR
n =	195	MUESTRA

Fuente: Elaboración Propia

## **2.2.- ÁREA DE ESTUDIO**

El estudio se realiza en las afueras de la Unidad Centro adosado de especialidades del Hospital Clínico Herminda Martin, Ubicado en Francisco Ramírez 10, en horario de atención habitual (lunes a jueves de 08:00 a 17:00 hrs. Y viernes de 08:00 a 16:00 hrs.

## **2.3.- OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

El levantamiento de la información primaria se realizará mediante la aplicación del cuestionario SERVQUAL a una muestra previamente definida en función de la población total de pacientes de la Unidad Centro adosado de Especialidades (CAE) del Hospital Herminda Martin de la ciudad de Chillán (excluyendo pacientes que se atienden en Consultorio Violeta Parra y pacientes derivados de post operatorios). Una vez identificada esta muestra, se procederá a aplicar el cuestionario de forma presencial en las afueras del centro de atención.

La aplicación del instrumento tendrá una estructura formal por parte del entrevistador, explicando previamente el objetivo de la entrevista dando espacio a poder responder las dudas que puedan generarse.

Además de la información de fuentes primarias, será necesario obtener información de fuentes secundarias, esta se obtendrá por medio de investigación indirecta realizando búsquedas a través de páginas de sitios de internet (MINSAL, SSÑ, HCHM) material escrito disponible en bibliotecas, revistas, bases de datos, entre otros.

## **2.4.- INSTRUMENTO A UTILIZAR**

### **2.4.1.- ESCALA MULTIDIMENSIONAL SERVQUAL**

Zeithaml, Berry y Parasuraman, en el ámbito de sus investigaciones sobre calidad de servicio, proponen un modelo de medición de la calidad de servicio basado en la discrepancias o brechas que existe entre las expectativas que tiene el usuario y la percepción



que éste tiene del servicio recibido, idea que ha sido apoyada por otros autores como son Gronross (1988) y Schwantz (1996).

De lo anterior, y como una forma de medición de las brechas existentes en el servicio, Zeithaml, Berry y Parasuraman, desarrollan en 1988 la Escala Multidimensional SERVQUAL, con el apoyo del Marketing Science Institute. El instrumento resultante fue validado en América Latina por Michelsen Consulting con el apoyo del nuevo Instituto Latinoamericano de Calidad en los Servicios (Castillo, 2005).

El SERVQUAL es una escala multidimensional para medir las percepciones y las evaluaciones del cliente. Se creó con el fin de capturar las evaluaciones de los clientes sobre la calidad en el servicio. En una primera instancia, este cuestionario constaba en 97 ítems, los cuales, al realizarse nuevas investigaciones disminuyeron en cantidad hasta llegar a las actuales 21 (Seto, 2007). En las dimensiones de calidad, también se produce una reducción de estas gracias a las nuevas investigaciones, según Lovelock y Wirtz en el principio estaba conformado por 10 dimensiones, pero con revisiones posteriores se reducen hasta 5 dimensiones, debido a la alta correlacionalidad que existía entre algunas dimensiones. La escala multidimensional SERVQUAL está compuesta por 3 secciones (cuestionarios).

✓ **Sección 1: Evaluación de expectativas de calidad de servicios**

Mide las expectativas que tiene el usuario (interno y/o externo) respecto a cómo “debiese” ser el servicio en una organización excelente. La forma de redacción de los enunciados permite que sean aplicados en todo tipo de empresas de servicio.

✓ **Sección 2: Evaluación de la percepción de calidad de servicios**

Correspondiente a la medición de las percepciones, está estructurado, al igual que el cuestionario anterior, con 21 ítems, agrupados en 5 dimensiones. En este cuestionario, los ítems se formulan en relación a la organización en estudio, es decir, que en cada ítem se utiliza el nombre de la organización.

✓ **Sección 3: Evaluación de la preponderancia de las dimensiones de calidad**

Esta fase del estudio consiste en un cuestionario de cinco ítems en el cual los clientes expresan la importancia relativa que tiene para ellos cada una de las cinco dimensiones de servicio. Para esto, se distribuye un total de 100 puntos, entre las 5 dimensiones.

Los resultados obtenidos de la aplicación de la Escala Multidimensional SERVQUAL, se asocia al “Modelo de las Brechas sobre la Calidad en el Servicio”, que permite identificar las

“brechas” que producen insatisfacción. A partir de este modelo se diseñan las tareas de la Organización para disminuir las brechas que existan entre las expectativas y las percepciones del cliente.

#### 2.4.2.- CALCULO DE PUNTUACIÓN SERVQUAL.

Las declaraciones que conforman la Escala Multidimensional SERVQUAL están agrupadas en función de los cinco criterios o dimensiones de calidad de la siguiente manera:

**TABLA 2: DIMENSIONES DE ESCALA MULTIDIMENSIONAL SERVQUAL**

Criterio o Dimensión	Ítems o declaración según dimensión	Total de ítems
Confiabilidad	Declaraciones 1 a 5	5
Responsabilidad	Declaraciones 6 a 8	3
Seguridad	Declaraciones 9 a 12	4
Empatía	Declaraciones 13 a 16	4
Bienes Tangibles	Declaraciones 17 a 21	5

Fuente: Adaptado de Zeithaml y Bitner 2002

Los conceptos comprendidos en cada dimensión son los siguientes:

**Confiabilidad:** La habilidad de desarrollar el servicio prometido precisamente como se pactó, con exactitud y de forma cuidadosa.

**Responsabilidad:** La disposición y la buena voluntad de los empleados para ayudar a sus clientes y brindar un servicio rápido.

**Seguridad:** El conocimiento de los empleados sobre lo que hacen, su cortesía y sus habilidades para inspirar credibilidad y confianza al cliente.

**Empatía:** Es la capacidad de brindar cuidado y atención personalizada a sus clientes.

**Elementos tangibles:** relacionada con la apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y material de comunicación.

Para efectuar la evaluación de la calidad con SERVQUAL, es necesario calcular en cada ítem la diferencia que existe entre la puntuación asignada por los usuarios en los cuestionarios de expectativas y de percepciones. Para lograr la puntuación (Castillo E.

2005) es necesario tabular la información. Posteriormente se calcula las medias para cada afirmación y dimensión. Se calcula también la desviación típica de los ítems y de las dimensiones con el objeto asegurarse de que los valores de las medias sean representativos de las respuestas del conjunto de cuestionarios procesados. Calculada la media y la desviación típica, se procede al cálculo de la brecha absoluta, la que se obtiene al restar el valor medio correspondiente a las percepciones al valor medio de las expectativas ( P - E).

PUNTUACIÓN SERVQUAL = PUNT. DE PERCEPCIONES – PUNT.DE EXPECTATIVAS

Según los resultados, se produce lo siguiente:

**PERCEPCIÓN ≥ EXPECTATIVAS = BUENA CALIDAD**

**PERCEPCIÓN < EXPECTATIVAS = MALA CALIDAD**

La brecha relativa refleja la importancia relativa que se concede a cada dimensión. Para su cálculo, de los distintos criterios se debe obtener la puntuación promedio de cada uno de las 5 dimensiones (tal como se obtiene la brecha absoluta), luego se debe multiplicar la puntuación de cada criterio por el factor correspondiente a la dimensión, que se obtiene del cuestionario de ponderación.

El beneficio de obtener la brecha relativa es la posibilidad de lograr indicadores que permiten asignar recursos y formular estrategias, priorizando los esfuerzos de la organización en aquellas dimensiones que los usuarios consideren más relevantes. Esto con el objetivo de mejorar la percepción de calidad y por ende la satisfacción de los usuarios.

## **2.5.-ESCALA DE EVALUACIÓN A UTILIZAR**

Para poder medir el grado tanto de expectativas como de percepciones que los encuestados manifiesten respecto a las afirmaciones que se medirán a través del cuestionario se utilizara una escala de Likert, la cual resulta útil dado que permite capturar la intensidad de los sentimientos del encuestado hacia las afirmaciones realizadas.

La escala de Likert estará basada en una tabla que ira desde una evaluación de 1 a 7. Para evaluar las expectativas el 1 equivale a una característica menos esencial y el 7 equivale a una característica más esencial. Para evaluar las percepciones el 1 equivale a una baja percepción respecto de la presencia del atributo evaluado en la calidad de servicio percibida mientras que el 7 indica una alta percepción respecto del atributo evaluado.

**TABLA 3: ESCALA LIKERT**

<b>ESCALA LIKERT</b>	
1	Totalmente en desacuerdo
2	Muy en desacuerdo
3	Desacuerdo
4	Intermedio
5	En acuerdo
6	Muy en acuerdo
7	Totalmente de acuerdo

Fuente: Elaboración Propia

Realizada la medición de expectativas, percepciones y preponderancias de las dimensiones de calidad mediante la Escala Multidimensional SERVQUAL, el paso siguiente es calcular las brechas absolutas que se obtienen, al restar la media de expectativa a la media de las percepciones. Si dicho valor es positivo ( $P > E$ ), significará que la percepción supera a la expectativa y por lo tanto existe satisfacción en ese ítem. Por el contrario, si dicho valor es negativo ( $P < E$ ), significa que no se cumple con la expectativa y por lo tanto existe insatisfacción. La brecha absoluta permite determinar si existe satisfacción o no se logra cumplir con las expectativas, pero tiene la falencia de valorar las dimensiones con el mismo grado de importancia. Para corregir esto, se considera la ponderación que los usuarios entregan a cada una de las dimensiones de calidad (Brecha Relativa). Las que se calculan multiplicando los resultados de  $(P - E)$  de cada dimensión y afirmación que la componen, por su respectiva preponderancia.

## **2.6.- CRONOLOGÍA DE LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA**

Cada encuesta demandó un tiempo de aplicación de 20 minutos por usuario. Las encuestas se llevaron a cabo por 2 encuestadores que son los mismos integrantes de la investigación.

La aplicación de cuestionarios fue desde el día lunes 4 de diciembre al viernes 8 de diciembre (solamente días hábiles), es decir 5 días en horario de 09:00 hrs, hasta las 13:00 hrs. y en la tarde entre 14:30 hrs y 17:00 hrs.

## **2.7.- TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

La tabulación de la información recopilada se realizó en una planilla Microsoft Excel, enumerando las encuestas de 1 a 195 correspondientes a los usuarios. Una vez tabulada la información de los cuestionarios, se utilizan cálculos para obtener el valor de las brechas, cálculos de las respectivas medias para las afirmaciones y dimensiones, también la respectiva desviación típica en cada caso, asegurando que los valores de las medias son representativos de las respuestas de los cuestionarios procesados expectativas y percepciones entre usuario , calcular las brechas de calidad por importancia (brechas relativas), con el fin de concluir en la calidad del servicio, y a su vez hacer el análisis, dar sugerencias a la institución de salud.

## **2.8.- PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Una vez aplicadas todas las encuestas a la muestra definida se traspasará esta información a Excel, en el cual se trabajarán los datos obtenidos para poder analizar los resultados que arroje el trabajo de campo realizado. Con los resultados en mano se analizaran e identificaran las brechas descubiertas, las cuales darán cuenta de diferencias entre expectativas y percepciones de los pacientes que se atienden en la Unidad Centro de adosado de especialidades (CAE) del Hospital Clínico Herminda Martin. A través de esto se medirá el nivel de satisfacción o de insatisfacción que los pacientes tienen respecto al servicio prestado. Por último, el análisis de esas brechas permitirá generar propuestas de mejora que permitan disminuirlas o eliminarlas.

## **2.9.- CONSIDERACIONES PARA ELABORAR PLAN DE CALIDAD PARA UNIDAD CAE**

Para la elaboración de la propuesta de este Plan de Calidad se decidió tomar como base la norma ISO 9001 versión 2015, dado que con cada uno de sus puntos se aborda más del 100% de la estructura de un plan de calidad y adicional permite optar a una certificación internacional, lo que la hace mucho más atractiva considerando como vienen los cambios y exigencias en este tema en nuestra sociedad actual, más aun considerando que se está trabajando con un área tan sensible como es la satisfacción en la salud pública.

Adicional, se puede mencionar que se consideró como modelo a seguir el modelo de calidad gerencial Deming, ya que su filosofía es fundamental para la propuesta de este plan y se cuadra con los principios y estructura que tiene en general la norma ISO 9000. La principal característica (y ventaja) de los sistemas de aseguramiento de la calidad según norma ISO 9000 es que sirve para demostrar a terceros la calidad del sistema con las correspondientes ventajas comerciales que ello conlleva.

Adicional al considerar la ISO 9001 se está respondiendo y excediendo los requerimientos que tiene un plan de calidad, que es lo que busca esta memoria de título entregar como aporte para una posterior aplicación en esta unidad del Hospital o en cualquier otra que se quiera adaptar para de esta manera lograr una certificación en calidad.

## **CAPÍTULO III: ANTECEDENTES DE LA INSTITUCIÓN**

### **3.1.-SISTEMA DE SALUD CHILENO ACTUAL**

Nuestro sistema de salud actual se considera de naturaleza mixta, debido a que es un complemento donde participan instituciones tanto públicas como privadas, dicho sistema es dirigido por el Ministerio de Salud. De acuerdo a la Ley 19.937, de Autoridad Sanitaria y Gestión, la estructura del Sistema de Salud en Chile, se divide en tres grandes roles:

#### **3.1.1.-ROL DE RECTORÍA**

Esta área está conformada tanto por la conducción política y técnica del sector, ejerciendo un liderazgo estratégico sobre todos los actores del sistema, sean estos públicos o privados, con el fin de perseguir un desarrollo equilibrado e integrado dentro del conjunto.

#### **3.1.2.-ROL DE FISCALIZACIÓN**

Estas entidades comprenden la regulación sanitaria de bienes y servicios, y la regulación de la atención de salud. La primera corresponde a la relación con la actividad llevada para minimizar los riesgos a la salud pública (actividad de fiscalización de normativa sanitaria). La segunda es la regulación que se le aplica a los sectores relacionados de manera directa con la atención de salud (fiscalización, prestadores, fondos de aseguramiento).

#### **3.1.3.- ROL DE EJECUCIÓN**

Este rol cumple la función de combinación de insumos dentro de un proceso de producción, lo que ocurre en una estructura organizacional particular y conduce a una serie de productos (servicio de salud) que genera un resultado (cambio del estado de salud del usuario). Los **Servicios de Salud** de acuerdo al Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, establecen las siguientes funciones, de acuerdo con las normas y políticas dictadas por el ministerio de salud. A los servicios de salud le corresponde la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, producción y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y

cuidados paliativos de las personas enfermas. Los Servicios de Salud, están bajo la supervigilancia del Ministerio de Salud, debiendo cumplir con las políticas, normas, planes y programas que esta entidad apruebe (Ministerio de Salud, 2004).

La **Red Asistencial del Servicio de Salud** en su Art. 16 bis de la Ley 19.937, describe que la Red asistencial estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que mantengan convenios con el Servicio de Salud respectivo para ejecutar acciones de salud (Ministerio de Salud, 2008).

### **3.2.- HITOS DE LA SALUD CHILENA**

A continuación, un resumen de fechas e hitos importantes de la salud chilena:

- En **1952** se promulga la Ley 10.383 que establece el Sistema Nacional de Salud (SNS), organismo encargado de la protección de la salud para toda la población y del fomento y recuperación de la salud de los obreros, esposa e hijos hasta los 15 años. Para su creación se fusionaron la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social; el Servicio Médico de la Caja de Seguro Obrero, el Servicio Nacional de Salubridad, la Dirección General de Protección a la Infancia y a la Adolescencia; la sección técnica de Higiene y Seguridad Industrial de la Dirección General del Trabajo; los servicios médicos y sanitarios de las municipalidades; y el Instituto Bacteriológico de Chile.
- En **1958** se crean las Mutuales de Seguridad para la protección de trabajadores contra riesgos y consecuencias de accidentes del trabajo.
- En **1968** la Ley 16.744 de Accidentes y Enfermedades Profesionales consolida a las Mutuales de Seguridad, ya que las faculta para captar fondos, además de que les permite organizar y administrar un mecanismo de atención integral en accidentes del trabajo.
- En **1979** se fusionan el SNS y SERMENA, con lo cual se reorganiza el Ministerio de Salud. Se crean los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), la



Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST) y el Instituto de Salud Pública (ISP). La nueva institucionalidad permite el acceso a beneficios a sistema de libre elección.

- En **1980** una serie de decretos con fuerza de ley concretan el proceso de municipalización del sector primario y crean los Consultorios de Atención Primaria, dependientes de las municipalidades. Se reforma el sistema previsional de pensiones y salud. Comienza la cotización obligatoria del 4% de las remuneraciones para salud.
- En **1981** se crean las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), entidades privadas con sistemas de libre elección que otorga prestaciones y beneficios de salud a sus afiliados.
- En **1985** las leyes 18.418 y 18.469 crean el Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios. Se reorganiza el sector público en modalidades de atención institucional y libre elección. Se elimina la diferencia entre régimen de salud y calidad previsional. Establece el aporte financiero según capacidad económica y el acceso libre e igualitario a acciones de salud.
- En **1986** la Ley 18.566 permite un 2% de cotización adicional que se puede descontar de impuesto.
- En **1987** la Ley 18.675 aumenta las bases imponibles para el cálculo de cotización previsional para el sector público.
- En **1988** se fija la cotización del 7% para pensionados del régimen antiguo.
- En **1990** la Ley 18.933 crea la Superintendencia de ISAPRES y modifica la legislación de dichas instituciones.
- En **2000** el gobierno del Presidente Ricardo Lagos se fija como meta realizar una profunda y modernizadora reforma del sector Salud.
- En **2002** se envían al Congreso Nacional los cinco proyectos de ley que en su conjunto conforman la Reforma de Salud.
- En **2005** entra en vigencia la nueva Ley de Autoridad Sanitaria y la Ley de Garantías Explícitas en Salud (AUGE), pilares fundamentales del nuevo sistema de Salud chileno. (Fuente: MINSAL.cl)

**TABLA 4: CATEGORÍA DE NIVEL DE SERVICIO DE SALUD**

	<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>TIPO</b>
<b>Nivel I</b>	- Mínima complejidad y amplia cobertura. - Atención de carácter ambulatorio. - Actividades que se efectúan en este nivel son: Controles, consultas, visitas domiciliarias, educación de grupos, vacunaciones y alimentación complementaria.	- Consultorios Generales urbanos / rurales. - SAPU - Postas Rurales. - Consultorios de Salud Mental. - CESFAM – CECOF
<b>Nivel II</b>	-Complejidad intermedia y de cobertura media. - Actúa por referencia y sus acciones. - Atención ambulatoria como de hospitalización en establecimientos hospitalarios. - Mayor apoyo en el diagnóstico.	- Hospital tipo 3 y 4. - Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT). - Centro de Referencia en Salud (CRS). - Centro Adosado de Especialidad (CAE).
<b>Nivel III</b>	- Alta complejidad y cobertura reducida. - Atención Hospitalaria.	- Hospital Tipo 1 y 2. - Centros de Referencia.

Fuente: Extraído del Hospital HCHM

### **3.3.- CLASIFICACIÓN DE HOSPITALES DE LA PROVINCIA**

Es posible dividir los hospitales de la provincia, según una serie de parámetros como son la complejidad técnica, organización administrativa, ámbito geográfico de acción o el número de prestaciones (consultas, egresos, entre otros). Utilizando estos criterios, se dividen en cuatro tipos:

**Hospital tipo uno de alta complejidad:** Estos establecimientos cuentan con las especialidades básicas (medicina, pediatría, cirugía y obstetricia), enfermería, subespecialidades. Sumado a lo anterior, un hospital de este tipo, cuenta con laboratorios y camas acordes a las patologías de mayor complejidad que son atendidas en el hospital.

En esta clasificación, sólo entra el Hospital Clínico Hermina Martín.

**Hospital tipo dos de alta complejidad:** Tiene un menor tamaño y menor tecnología que los hospitales tipo uno, sin embargo, cuentan con las cuatro especialidades básicas, enfermería, sub-especialidades y tiene sólo un laboratorio clínico, pero no es posible realizar todos los exámenes requeridos. En la provincia, el Hospital de San Carlos está en esta calificación.

**Hospital tipo tres de mediana complejidad:** Estos establecimientos cuentan con las cuatro especialidades básicas.

**Hospital tipo cuatro de baja complejidad:** Cuentan con medicina familiar (enfocados a la curación de enfermedades) y enfermería. Los hospitales de Quirihue, Bulnes, Yungay, El Carmen y Coelemu se encuentran en esta clasificación.

### **3.4.- CARACTERÍSTICAS DE LA RED ASISTENCIAL DE LA PROVINCIA DE ÑUBLE**

El Hospital Clínico Hermina Martín es el eje principal de la red de asistencial de la provincia de Ñuble, que se compone de otros seis establecimientos hospitalarios. Estos son el Hospital de San Carlos, el Hospital de Yungay, el Hospital de Quirihue, el Hospital de El Carmen, el Hospital de Coelemu y el Hospital de Bulnes. Otros establecimientos de salud son Consultorios Urbanos, Centros Comunitarios Familiares, Consultorios rurales, centros de Salud familiar, Postas de Salud Rural y Estaciones médico rural.

Se suma a ellos la Unidad Centro Adosado Especialidades (CAE) del HCHM de Chillán, que considerando su nivel de especialización y complejidad, posibilita atender patologías más complejas.

Existen casos que no son posibles de tratar en los establecimientos de la Provincia. En esos casos, los pacientes son derivados al Hospital Regional ubicado en Concepción, o en su defecto a Santiago.

### **3.7.-DIRECTRICES ESTRATÉGICAS DEL HCHM**

#### **MISIÓN**

“Cuidar y mejorar la salud de las familias de Ñuble, con un equipo de personas que trabaja con calidad”.

#### **VISIÓN**

“Ser un Hospital Clínico de excelencia, líder en innovación y desarrollo, que contribuye a mejorar la calidad de vida de la comunidad, con trabajadores comprometidos”.

#### **VALORES**

- **Liderazgo:** Trabajamos motivados para ser los mejores.
- **Respeto:** Promovemos un trato amable entre todas las personas.
- **Excelencia:** Trabajamos con calidad, evaluando y mejorando nuestros resultados.
- **Equidad:** Brindamos acceso a la atención, de acuerdo a las prioridades sanitarias.
- **Compromiso:** Cumplimos con dedicación nuestras metas y propósitos.
- **Trabajo en Equipo:** Fomentamos la colaboración al interior del hospital, con la red asistencial y la comunidad.
- 

### **3.8.-MAGNITUD**

El HCHM es una organización que entrega prestaciones de salud autogestionado en RED, jerárquicamente pertenece al Servicio de Salud de Ñuble, quien a su vez pertenece a la Sub Secretaria de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, siendo el Hospital Base de la Región de Ñuble.








Este Centro de Salud de Ñuble concentra el mayor número de cirugías, atenciones de especialidad, hospitalizaciones y exámenes, respondiendo a los requerimientos de salud de los habitantes de esta región.

En cuanto a la magnitud que abarca el HCHM comprende toda la región de Ñuble, puesto que todos sus habitantes son potenciales pacientes que eventualmente pueden ser atendidos en este centro asistencial. En este sentido la magnitud podría alcanzar a los 441.604 habitantes de Ñuble (dato obtenido del Censo corregido en el año 2012).

Del total de habitantes de Ñuble, podemos mencionar que los usuarios de la ciudad de Chillán comprenden a 175.402 habitantes (Censo 2012).

Sus usuarios más recurrentes y fijos son las personas afiliadas al sistema de salud FONASA, correspondiente al 90% de los usuarios atendidos en el último año. El 10% restante corresponde a usuarios de ISAPRE y particulares, que, a pesar de atenderse preferentemente en el sistema privado, en caso de alguna urgencia de mayor magnitud como por ejemplo atención de la unidad UCI debe necesariamente atenderse en el Hospital, dado que esta institución es la única que posee la infraestructura y el equipamiento para este tipo de atenciones. Según medición del mes de abril del 2017 los usuarios atendidos en el Hospital de Chillán se desglosan de la siguiente manera.

**FIGURA 4: HOSPITAL EN CIFRAS.**

	Número de camas	466
	Planta de trabajadores contratados	2.370
	Egresos Hospitalarios	19.466
	Total, de partos anuales	2.830
	Atenciones de Unidad de Emergencia	163.358
	Exámenes	1.542.158
	Atenciones ambulatorias de especialidades	305.180

Fuente: Extraído cuenta pública de 2016 del HCHM

### **3.9.-UNIDAD CENTRO ADOSADO DE ESPECIALIDADES (CAE)**

La Unidad centro Adosado de Especialidades (CAE), se enfoca en consultas médicas, exámenes o pruebas especiales, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, realizadas por el equipo multidisciplinario de salud y que no demanda hospitalización. Esto se conoce como atención ambulatoria o abierta.

El Hospital Clínico Herminda Martín, ha trabajado para satisfacer la alta tasa de patologías que requieren atención especializada, con un modelo de atención hospitalario, que según estudios efectuados por la administración (Modelo de Gestión y Atención, PRONCAE, 2008) no ha sido eficiente a la hora de satisfacer a los usuarios, lo cual lleva a una atención insatisfactoria, que se refleja cuantitativamente en los tiempos que se requiere para lograr obtener una hora.

La causa principal radica en la alta tasa de patologías que requieren atención especializada, donde todos los esfuerzos para entregar una atención ambulatoria a través de la Unidad Centro Adosado de Especialidades (CAE), hasta ahora han sido insuficientes. Los factores que influyen en la insatisfacción son, un modelo de gestión y atención que no favorece la solución del problema planteado, además de una antigua infraestructura que es del año 1970 que no incluye la tecnología ni el espacio requerido por la demanda actual.

A causa de los problemas ya descritos, la administración del Hospital Clínico Herminda Martín, pone en marcha el Proyecto de Normalización del CAE, con el fin de atender las altas tasas de enfermedades que requieren atención especializada.

El proyecto involucra establecer un nuevo modelo de gestión y atención, de una nueva infraestructura con características y capacidades capaces de atender la demanda de atención ambulatoria, y hacer un uso más eficiente de los recursos (humanos, físicos y financieros).

Este proyecto comprende, además de la Unidad Centro Adosado de Especialidades, todas aquellas Unidades de apoyo involucradas en la atención ambulatoria, de manera de generar un impacto en todas las áreas involucradas y por consiguiente estén capacitadas y dotadas en forma óptima para otorgar una atención acorde a las normativas vigentes.

### **3.9.1.-PRESTACIONES**

La Unidad Centro Adosado de Especialidades tiene como objetivo solucionar aquellos problemas de salud de los usuarios, tanto adultos como pediátricos, que requieran de una atención especializada los cuales son derivados desde la Atención Primaria (Consultorio de la zona). Su objetivo primordial es brindar acciones de salud de especialidades de manera oportuna y de calidad. Cuenta con 23 especialidades para adultos y 10 dedicadas a pacientes infantiles. Forman también parte del Consultorio Adosado de Especialidades las unidades de Odontología y Kinesiterapia.

#### **ESPECIALIDADES QUE CONTEMPLA:**

a) Bronco pulmonar Adultos, b) Bronco pulmonar Infantil, c) Cardiología Infantil, d) Gastroenterología Infantil, e) Ginecología Infantil, f) Ginecología, g) Hematología Infantil, h) Nefrología Adultos, i) Nefrología Infantil, j) Neurología Infantil, k) Pediatría, l) Fonoaudiología, m) Cirugía Adultos, n) Cirugía Infantil, o) Dermatología, p) Gastroenterología Adulto, q) Neurología Adulto, r) Oftalmología, s) Otorrino, t) Reumatología, u) Traumatología y v) Psiquiatría Adulto.

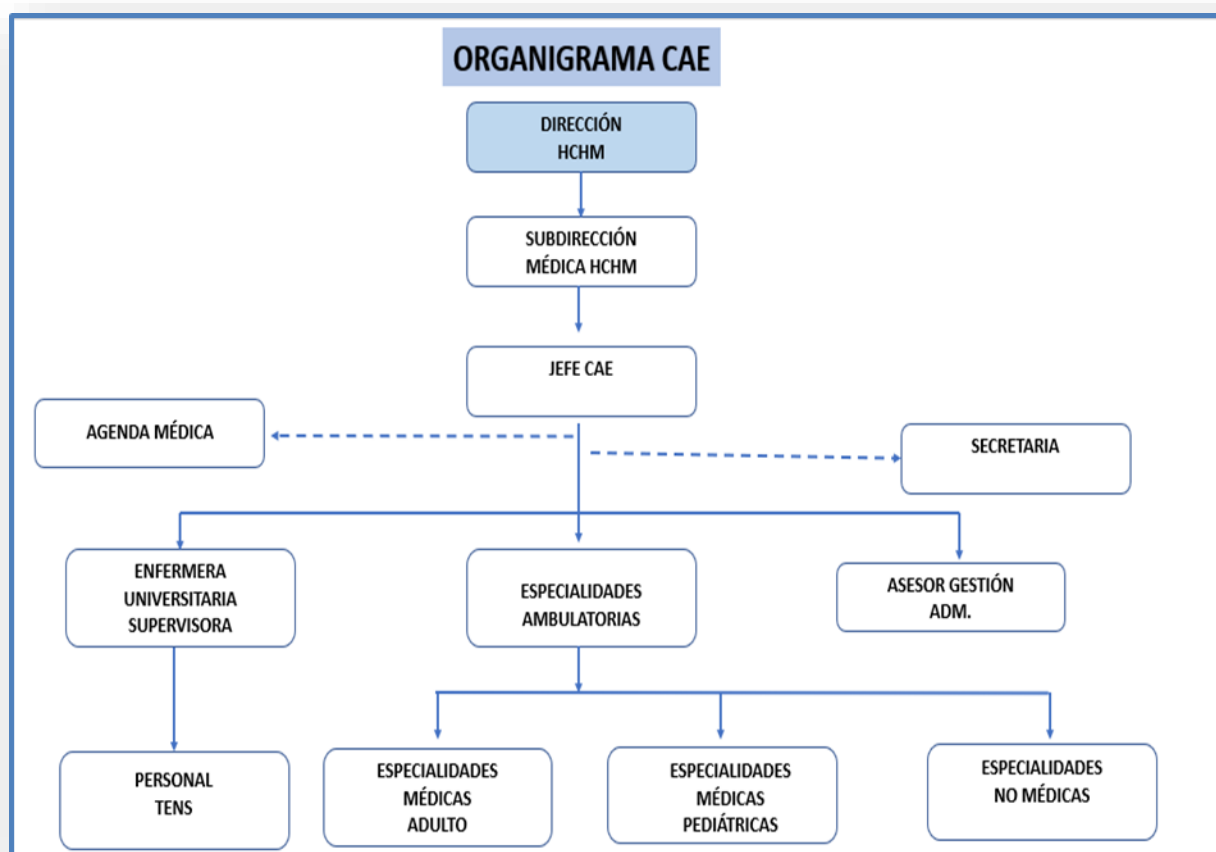
#### **¿CÓMO SE PUEDE ACCEDER A UN ESPECIALISTA DEL POLICLÍNICO DE ESPECIALIDADES DEL HOSPITAL?**

Usted debe consultar en el Policlínico de Atención Primaria de su comuna con su médico tratante. A partir de allí, y si este profesional lo considera necesario, será derivado a la especialidad a través de una orden de Interconsulta, vía sistema informático. El paciente deberá esperar la llamada telefónica desde el Hospital quienes le confirmaran la hora con el especialista. Los horarios de atención de las consultas médicas y SOME (entrega de horas) son: lunes a jueves de 08:00 a 17:00 horas y viernes de 08:00 a 16:00 horas.

### 3.9.2.- ESTRUCTURA

Esta es una estructura lineal, la cual está dividida por centros de responsabilidad, los cuales son una unidad de gestión dirigida por un responsable en quien se ha delegado un determinado nivel de decisión para el logro de los objetivos de la unidad, todo esto con el fin de implementar un sistema de control interno, generando la descentralización de la organización en unidades organizativas diferentes, con el fin de poder delegar una mayor responsabilidad y una autonomía dependiente en la toma de decisiones y buscando también, mejorar la utilización de los recursos, lo que se puede traducir en incremento de la oferta y mejoramiento de la calidad de las prestaciones, a continuación se muestra la estructura organizacional del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán.

**FIGURA 5: ORGANIGRAMA CAE**



Fuente: Elaboración Propia.

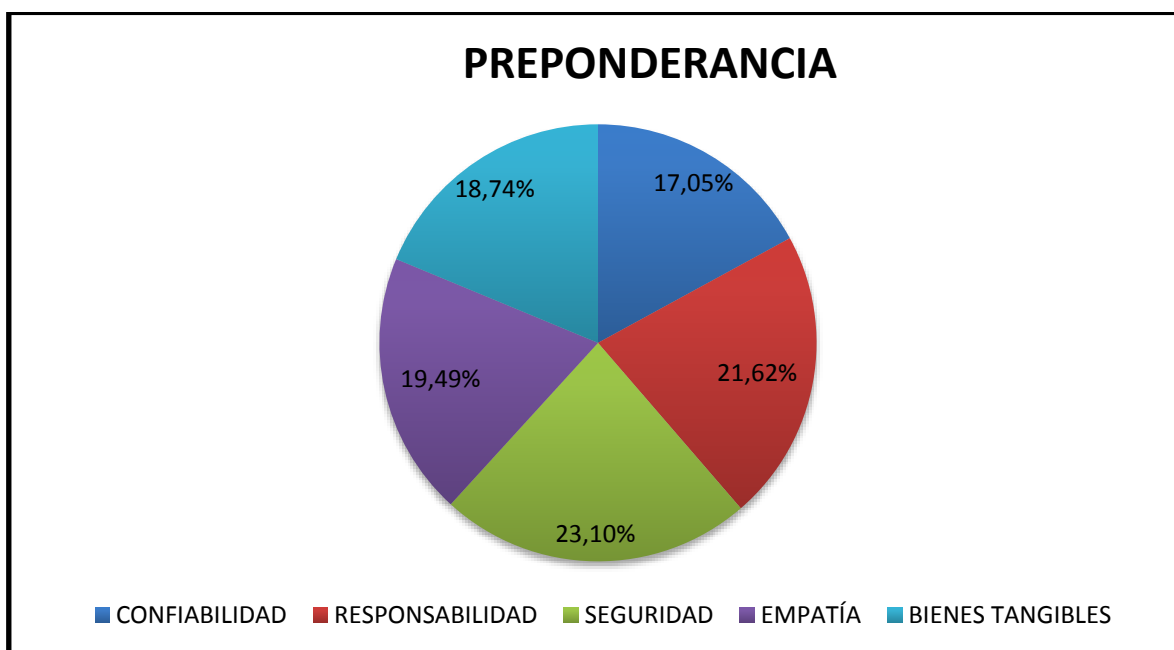


## CAPÍTULO IV: RESULTADO ENCUESTA SERVQUAL

### 4.1.- DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

Descripción de las preponderancias de las dimensiones de calidad, según los clientes encuestado a continuación, se presenta el análisis de las preponderancias de las cinco dimensiones.

#### GRÁFICO 1: PREPONDERANCIAS DIMENSIONES CALIDAD DE SERVICIO



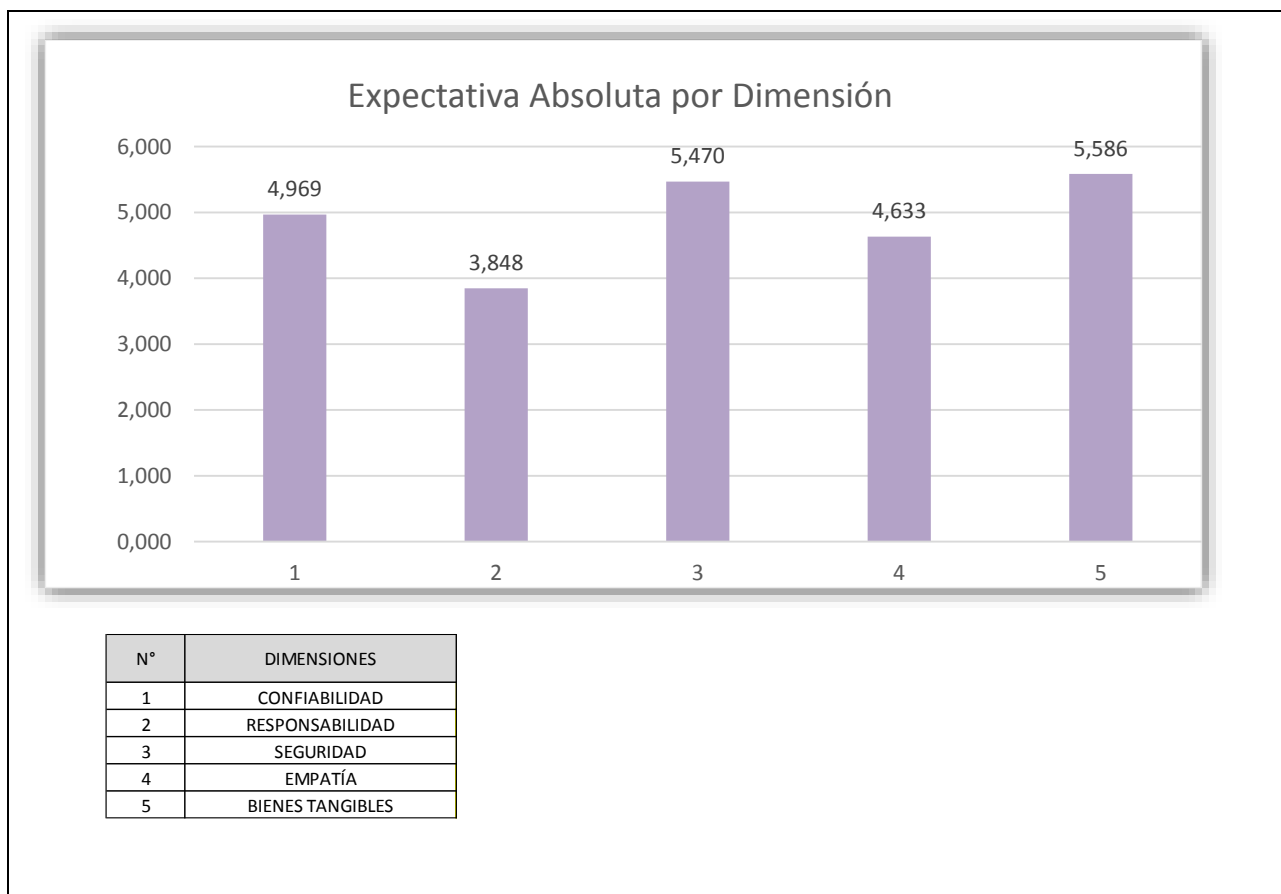
Fuente: Elaboración Propia

Del análisis del gráfico se puede determinar que para los usuarios de la Unidad Centro adosado de Especialidades de Chillán, el ítem que tiene mayor importancia sería la dimensión de seguridad con un 23,10%, seguida muy de cerca de la dimensión de responsabilidad con un 21,62%, por otro lado, se le otorgó el menor porcentaje de importancia a la dimensión de confiabilidad con un 17,05%, existiendo una diferencia de un (7,05%) entre la de mayor importancia y la de menor. Por lo tanto, podemos decir que para los usuarios la preponderancia de Seguridad y responsabilidad son de gran importancia (diferencia entre ambas dimensiones de un 1,48%) en relación a las otras dimensiones.

#### 4.2.-ANÁLISIS DE LAS EXPECTATIVAS DE LA CALIDAD DE SERVICIO

En este gráfico se muestran los resultados de las expectativas de los pacientes respecto a la calidad del servicio, por cada dimensión, expresados en valores absolutos.

**GRÁFICO 2: EXPECTATIVA ABSOLUTA POR DIMENSIÓN**

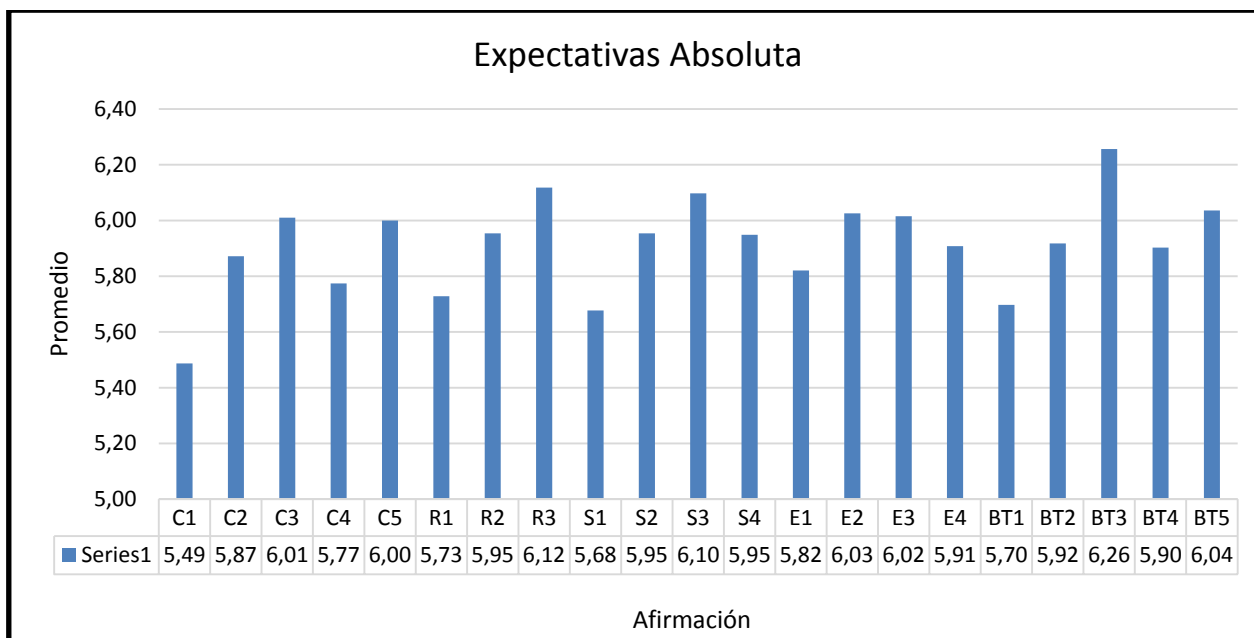


Fuente: Elaboración Propia

Del análisis del gráfico de expectativas absolutas se puede concluir que la dimensión con mayor expectativa es el de Bienes Tangibles con un promedio de 5,586%, seguida por la dimensión de Seguridad con un 5,470%. Por otro lado, la dimensión con menor expectativa sería la de Responsabilidad con 3,848%. De esta manera se tiene una diferencia significativa entre las expectativas de bienes tangibles y responsabilidad con una diferencia de un (-1,73%).

En este gráfico se muestran los resultados de las expectativas de los pacientes respecto a la calidad del servicio, por cada dimensión, expresados en valores absolutos por afirmación.

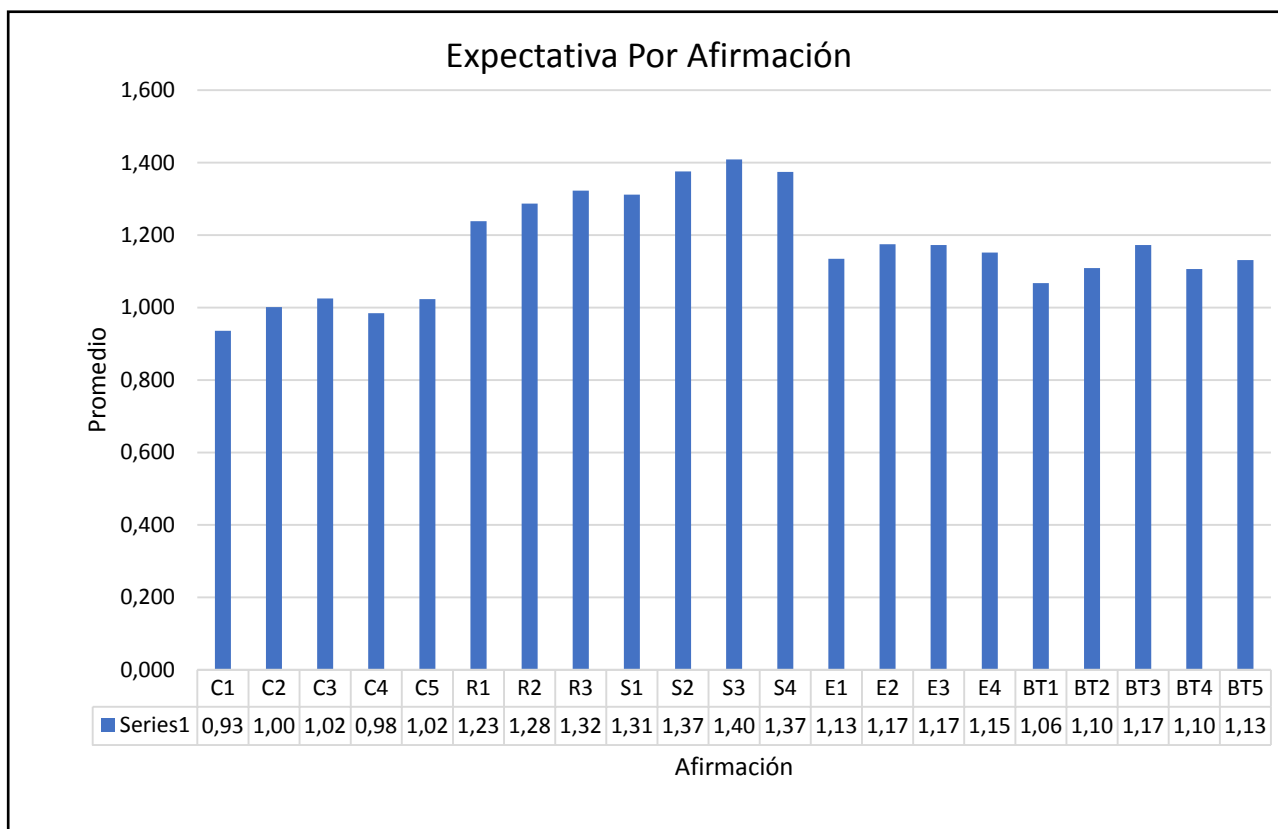
**GRÁFICO 3: EXPECTATIVAS ABSOLUTA POR AFIRMACIÓN**



Fuente: Elaboración Propia

Respecto a la Expectativa absoluta, se aprecia que presenta un rango de valores que va desde 5,49 a 6,26, en donde la dimensión mejor evaluada, según las expectativas de los pacientes encuestados, es de la seguridad valorada con un 6,10 seguida por la dimensión de los bienes tangibles con un valor de 6,26. En cambio, la peor evaluación es para la confiabilidad con un valor de 5,49. En el siguiente gráfico se presenta el promedio de las expectativas de calidad de servicio para cada afirmación, en valor relativo.

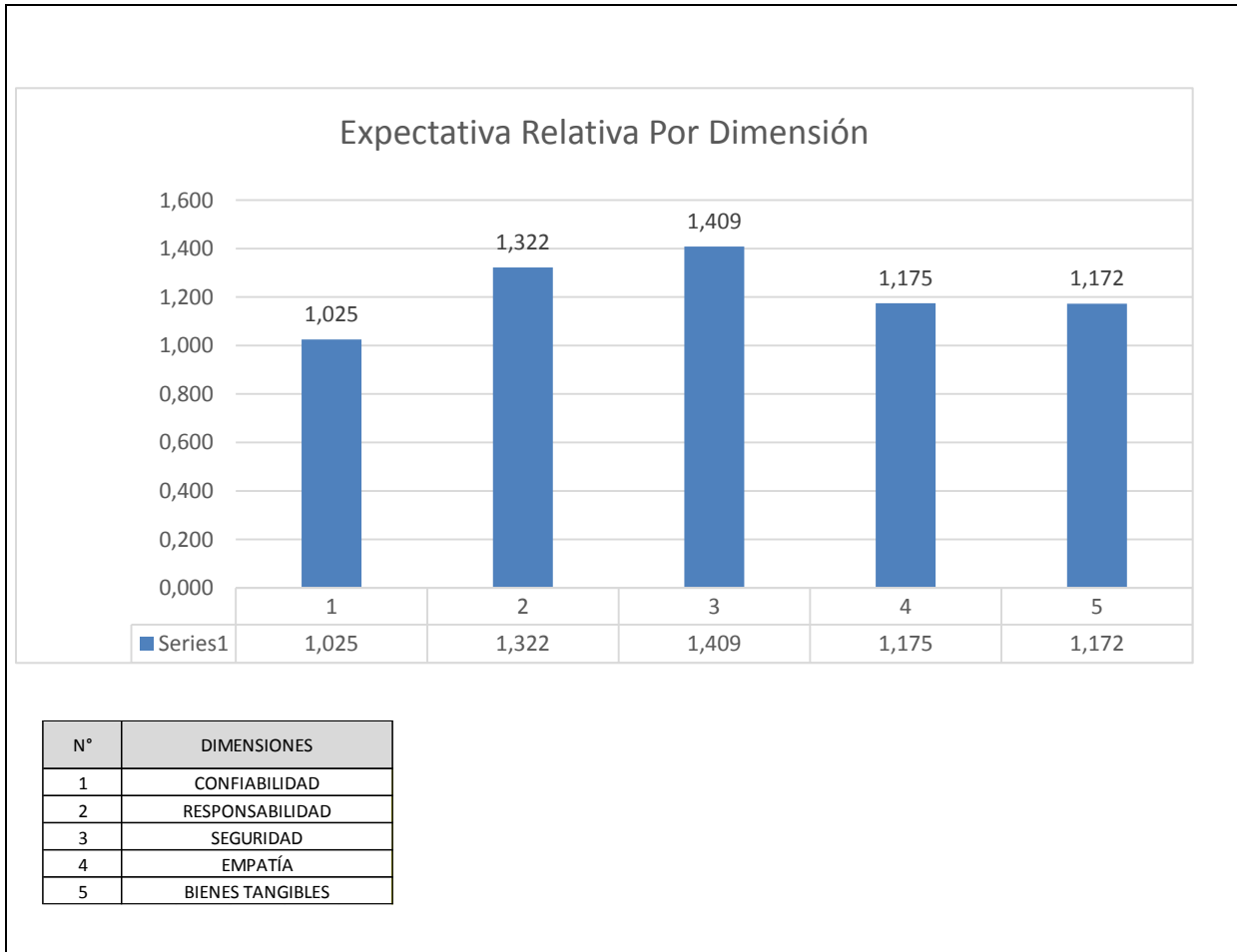
**GRÁFICO 4: EXPECTATIVA RELATIVA**



Fuente: Elaboración Propia

Del análisis de este gráfico de expectativas relativas podemos decir que para los usuarios la dimensión de seguridad tiene un nivel de expectativa más alto, lo que se condice con el resultado obtenido en el análisis de las preponderancias, particularmente la afirmación “los funcionarios de una institución de salud excelente tratan a los usuarios siempre con cortesía” seguida por la afirmación “el personal de una institución de salud excelente cuentan con el conocimiento para responder las consultas de los usuarios”. En cuanto a la expectativa que tiene menor importancia para los usuarios estaría la dimensión de confiabilidad, en particular la afirmación “cuando una institución de salud excelente promete hacer algo en un tiempo determinado, lo cumple”.

**GRÁFICO 5: PROMEDIO EXPECTATIVAS POR DIMENSIÓN (VALORES RELATIVOS)**



Fuente: Elaboración Propia

Los valores relativos consideran el porcentaje promedio de las preponderancias que los clientes han otorgado a cada dimensión (gráfico N°4), con lo cual se obtiene que la dimensión con mayor expectativa, es seguridad con una ponderación de 1,409 y la que tiene menor expectativa es confiabilidad con una ponderación de 1,025.

**TABLA 5: COMPARACIÓN EXPECTATIVAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS**

N°	DIMENSIONES	PREPONDERANCIA	EXPECTATIVA ABSOLUTA	EXPECTATIVA RELATIVA
1	CONFIABILIDAD	17,05%	5,829	1,025
2	RESPONSABILIDAD	21,62%	5,933	1,322
3	SEGURIDAD	23,10%	5,919	1,409
4	EMPATÍA	19,49%	5,942	1,175
5	BIENES TANGIBLES	18,74%	5,962	1,172

Fuente: Elaboración propia

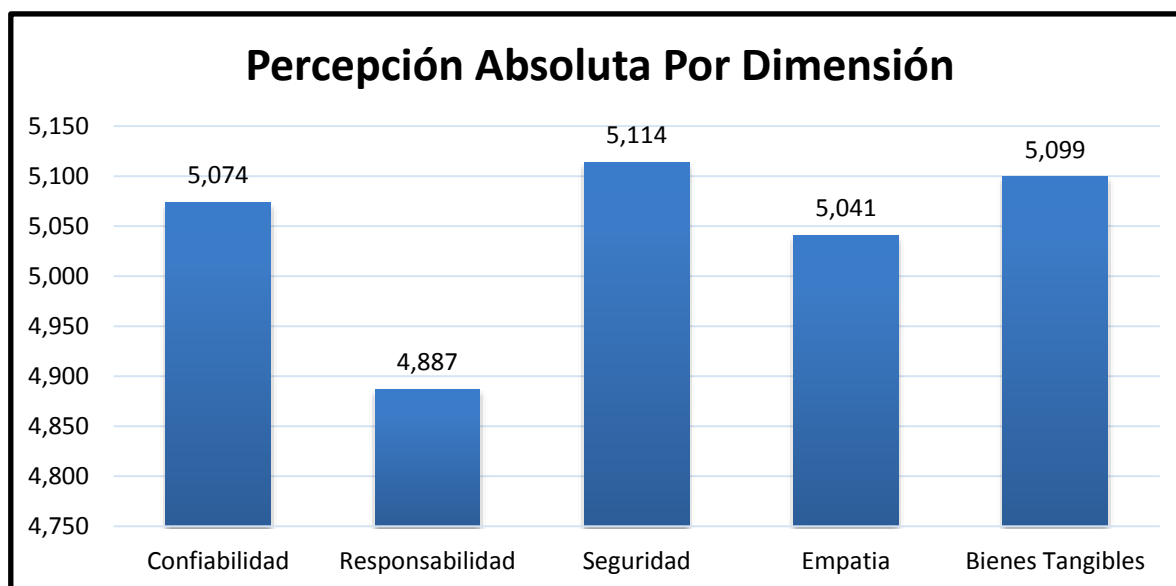
La tabla permite observar a nivel de expectativas absolutas y relativas, el nivel de importancia que los pacientes de la Unidad Centro Adosado de especialidades de Chillán, le otorgan a las distintas dimensiones que aborda la encuesta, además se compara con la preponderancia que los mismos paciente le otorgaron en el cuestionario a las dimensiones de calidad estudiadas, de esta forma como se observó previamente la mayor preponderancia a nivel de dimensión se aprecia para la seguridad seguida de cerca por la Responsabilidad, sin embargo a nivel de expectativas absolutas la mayor jerarquía se observa para la dimensión bienes tangibles seguida de cerca por la empatía. En términos relativos, al ponderar la expectativa absoluta por la preponderancia que los pacientes le otorgan a cada dimensión, la seguridad se sitúa como la más importante seguida de la Responsabilidad.

#### **4.3.- ANÁLISIS DE LAS PERCEPCIONES DE LA CALIDAD DE SERVICIO.**

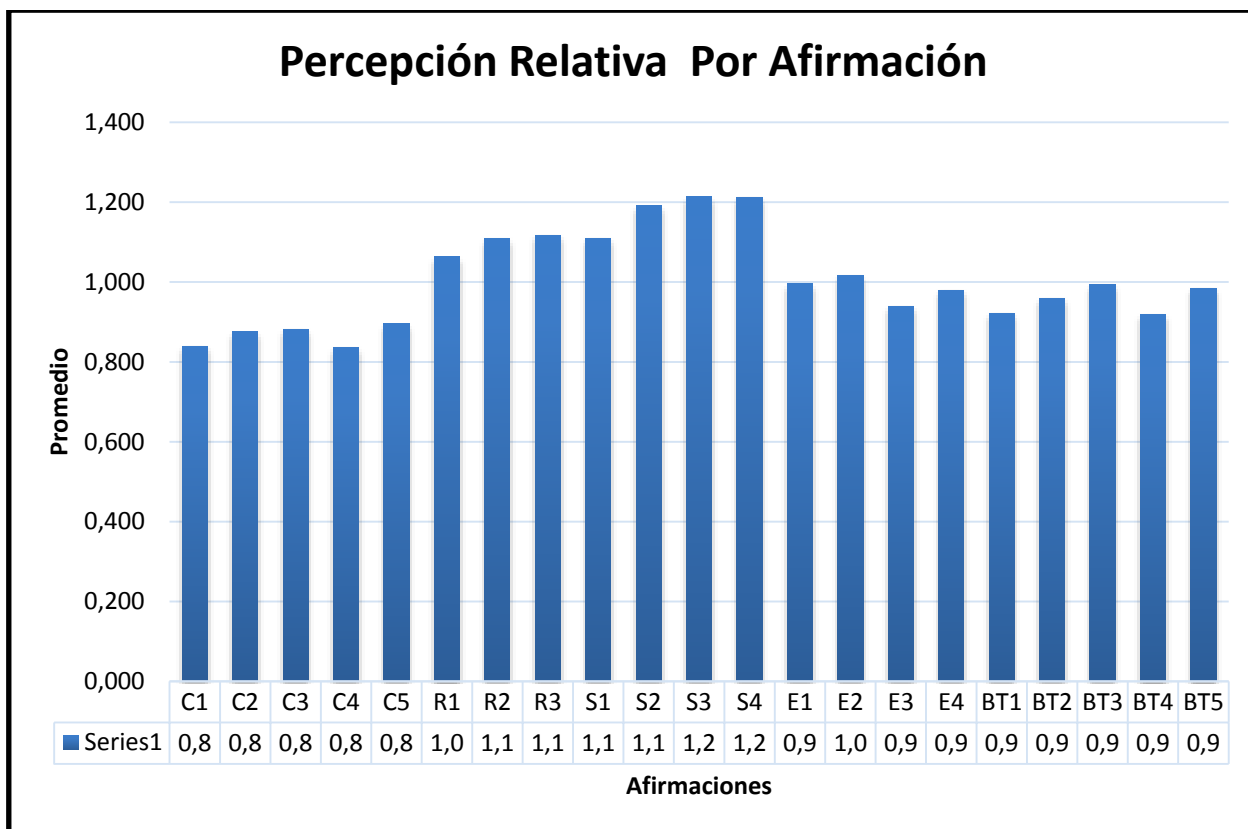
Al analizar los resultados de la encuesta de percepciones, sumando los valores relativos de cada dimensión, se obtiene una nota global de 5,236 de un total de 7 lo que indica que, en general los pacientes del centro adosado de especialidades de Chillán, tienen un término medianamente satisfactorio con respecto al servicio que reciben. En el gráfico 7, se da a conocer el promedio de las percepciones de calidad de servicio para cada afirmación, en valor relativo, en él se observa que la percepción más alta correspondió a un ítem de la dimensión de seguridad específicamente a la afirmación S3 (“El personal del CAE trata a los usuarios siempre con cortesía”, la cual obtuvo un valor relativo de 1,21%) y S4 (“El personal del CAE cuenta con el conocimiento para responder las consultas de los usuarios”, también con

un 1,21. Las tres percepciones más bajas se dieron en la dimensión de Confiabilidad: C1, C4 y C2 (“Cuando el CAE Promete hacer algo en un tiempo determinado, lo cumple” con un 0,83), C4 (“El CAE Proporciona sus servicios en la oportunidad en que promete hacerlo” con un 0,83) y C2 (“Cuando un usuario tiene un problema el CAE muestra sincero interés por resolverlo” con un 0,87”).

**GRÁFICO 6: PROMEDIO PERCEPCIONES POR DIMENSIÓN (VALORES ABSOLUTOS).**



**GRÁFICO 7: PERCEPCIONES POR AFIRMACIONES (VALORES RELATIVOS)**



Fuente: Elaboración Propia

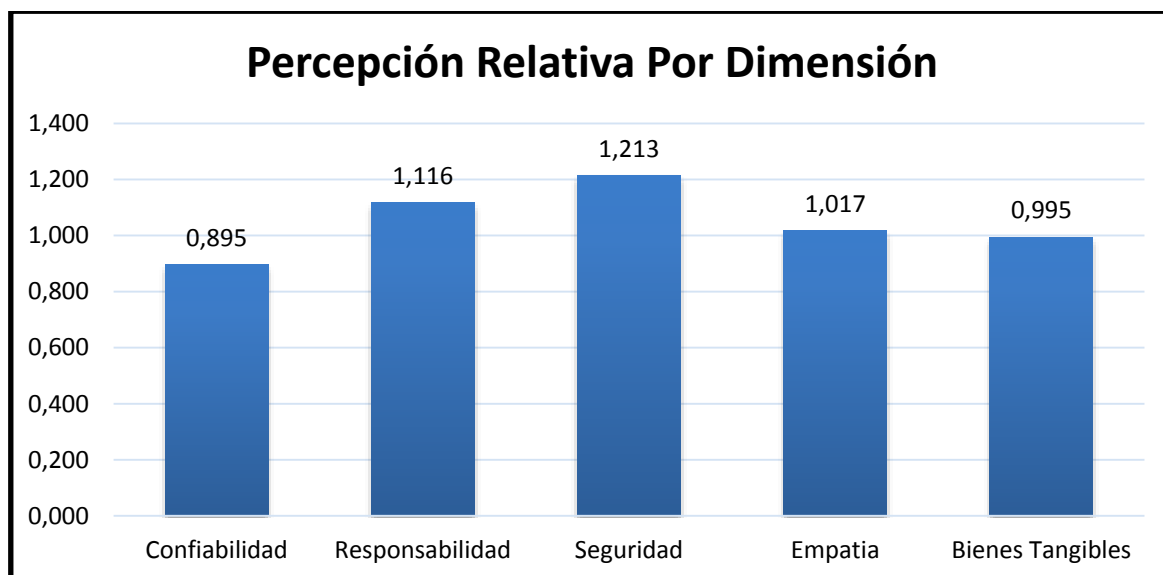
En los dos siguientes gráficos, se presentan los resultados obtenidos respecto a las percepciones de los pacientes a nivel de dimensiones tanto en términos absolutos como relativos.

Respecto a la percepción absoluta, se aprecia que presenta un rango de valores que va desde 4,8 a 5,11, en donde la dimensión mejor evaluada, según la percepción de los pacientes encuestados, es la Seguridad valorada con un 5,11 seguida por la dimensión de bienes tangibles con un valor de 5,09. En cambio, la peor evaluación es para la responsabilidad con un valor de 4,8. Sin embargo, cabe destacar que la diferencia porcentual entre las 4 dimensiones mejor evaluadas es mínima, lo que implica que en términos absolutos están bastante bien evaluadas las dimensiones de seguridad, bienes tangibles, confiabilidad y empatía. Se obtiene una diferencia entre la mejor evaluación y las más baja de tan solo un 0,227.



Por su parte a nivel de percepciones relativas, la mejor valoración la tiene la dimensión seguridad con un valor de 1,21, seguida en orden descendente por responsabilidad, empatía, bienes tangibles y finalmente con la valoración más baja la dimensión de confiabilidad. Sin embargo, es importante señalar que la diferencia que existe entre la dimensión mejor valorada y la de más baja evaluación es de sólo un 0,318% lo que nos habla de que en general los usuarios entrevistados tienen una buena valoración relativa de las dimensiones.

**GRÁFICO 8: PROMEDIO PERCEPCIONES POR DIMENSIÓN (VALORES RELATIVOS).**



Fuente: Elaboración propia

La tabla 6 permite la comparación de percepciones absolutas y relativas, según la valoración recibida, para analizar así las dimensiones mejor y peor evaluadas tanto en términos absolutos como relativos.

**TABLA 6: COMPARACIÓN PERCEPCIONES ABSOLUTAS Y RELATIVAS**

N°	DIMENSIONES	PREPONDERANCIA	PERCEPCIÓN ABSOLUTA	PERCEPCION RELATIVA
1	CONFIABILIDAD	17,05%	5,074	0,895
2	RESPONSABILIDAD	21,62%	4,887	1,116
3	SEGURIDAD	23,10%	5,114	1,213
4	EMPATÍA	19,49%	5,041	1,017
5	BIENES TANGIBLES	18,74%	5,099	0,995

Fuente: Elaboración Propia

Al analizar las percepciones se puede observar que al igual que en la tabla que mostraba las expectativas, el nivel de importancia que se refleja tanto para la preponderancia como para la percepción tanto absoluta como relativa es igual en los tres casos, teniendo una mayor ponderación la dimensión de Seguridad. En términos absolutos la mayor importancia la tiene la dimensión seguridad con un 5,114, teniendo en términos relativos un 1,213 y como preponderancia un 23,10%. Se tiene en segundo lugar la dimensión de responsabilidad para la preponderancia con un 21,62% y para la percepción relativa con un 1,116 y en tercer lugar para estos mismos puntos la dimensión de empatía con una 19,49% y 1,017 respectivamente. La percepción absoluta varió en el segundo y tercer lugar en relación a la preponderancia y percepción relativa, ya que estos lugares lo ocuparon bienes tangibles y confiabilidad.

#### **4.4.- ANÁLISIS DE LAS BRECHAS ENTRE EXPECTATIVAS Y PERCEPCIONES.**

La siguiente tabla muestra el cálculo de las brechas entre percepciones y expectativas tanto en términos absolutos como relativos, además establece una jerarquía (entre 1 y 5) donde 1 es la mayor brecha y 5 la menor brecha.

**TABLA 7: BRECHAS ENTRE PERCEPCIONES Y EXPECTATIVAS, ABSOLUTAS Y RELATIVAS.**

DIMENSIÓN	ABSOLUTAS				RELATIVAS			
	EXPECT.	PERCEP.	BRECHAS	JER.	EXPECT.	PERCEP.	BRECHAS	JER.
CONFIABILIDAD	5,83	5,07	-0,75	5	1,02	0,90	-0,13	5
RESPONSABILIDAD	5,93	4,89	-1,05	1	1,32	1,12	-0,21	1
SEGURIDAD	5,92	5,11	-0,81	4	1,41	1,21	-0,20	2
EMPATÍA	5,94	5,04	-0,90	2	1,17	1,02	-0,16	4
BIENES TANGIBLES	5,96	5,10	-0,86	3	1,17	0,99	-0,18	3

Fuente: Elaboración Propia

Cada brecha es calculada restándole el valor de la percepción al valor que se obtuvo para la expectativa, en este caso a nivel de dimensiones tanto absolutas como relativas. El resultado en negativo de cada brecha muestra que las percepciones respecto del servicio son más bajas que las expectativas, es decir que el CAE no logra satisfacer de forma íntegra todas las expectativas que los usuarios tienen respecto del servicio que les gustaría recibir.

En términos absolutos, la mayor brecha se observa en la dimensión de responsabilidad con un -1,05, seguida de empatía con un -0,90, mientras que la menor brecha es obtenida en la dimensión de confiabilidad.

Ahora bien, en términos relativos, la mayor brecha se observa también en la dimensión responsabilidad con un -0,21, seguida de la dimensión seguridad con un -0,20, por otro lado, la menor brecha se observa en la dimensión de confiabilidad.

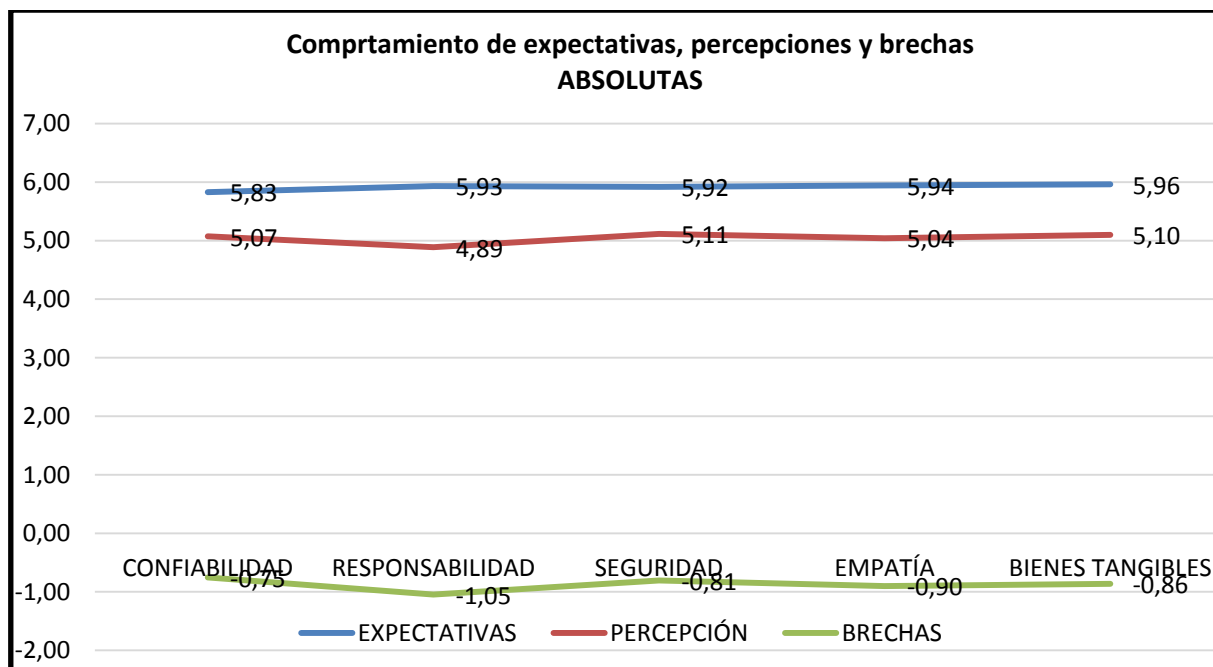
Como se indicó en percepciones y expectativas, tanto absolutas como relativas, la menor brecha fue en el ítem de Confiabilidad, lo que nos indica que los usuarios del CAE se sienten confiados respecto de la calidad del servicio que le presta esta unidad ya que se satisfacen en gran medida sus expectativas. Por lo tanto, es importante que esta unidad del Hospital siga cuidando y fortaleciendo este punto, ya que los pacientes tienen una buena

opinión en términos generales lo que ayuda bastante con el Plan de Calidad que se quiere proponer.

En Relación a las mayores Brechas, como se mencionó coinciden en el punto de Responsabilidad, seguido por Empatía (percepciones absolutas) y Seguridad (percepciones Relativas), lo cual implica que en estos puntos son en los que deben centrarse los esfuerzos de mejora.

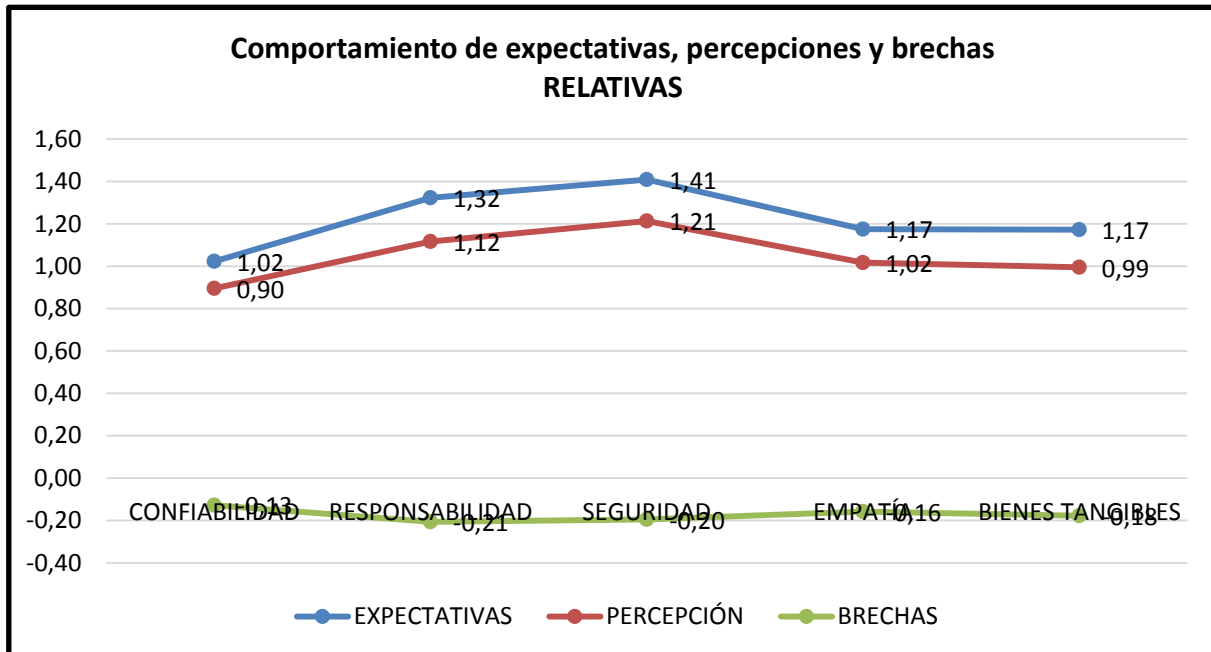
En los siguientes gráficos, se muestra el comportamiento de las expectativas, percepciones y brechas tanto absolutas como relativas.

**GRÁFICO 9: EXPECTATIVAS, PERCEPCIONES Y BRECHAS POR DIMENSIÓN (ABSOLUTAS)**



Fuente: Elaboración Propia

**GRÁFICO 10: EXPECTATIVAS, PERCEPCIONES Y BRECHAS POR DIMENSIÓN (RELATIVAS).**



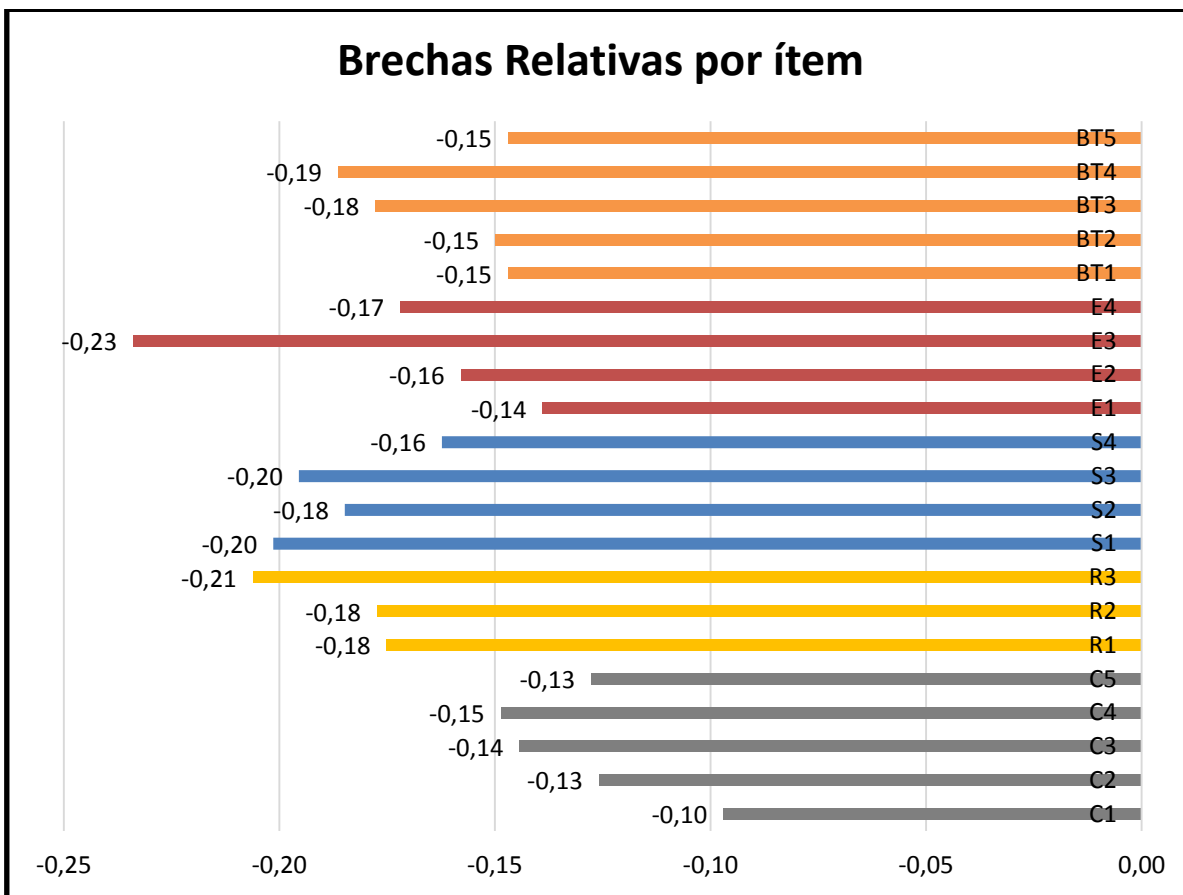
Fuente: Elaboración Propia

**4.5.-ANÁLISIS DE RESULTADOS:**

Resulta interesante a fin de poder realizar un buen análisis de las brechas reflejadas en el modelo verlas no solamente a nivel de dimensión, sino desagregarla a nivel de cada afirmación para poder de esa forma identificar de una manera más efectiva las causas que provocan las desviaciones entre percepciones y expectativas.

El gráfico siguiente, muestra las brechas relativas a nivel de cada afirmación, agrupando también por color la dimensión a la cual pertenece de manera de poder analizar de mejor forma tanto la dimensión como la explicación de su impacto relativo en la percepción de calidad de cliente.

**GRÁFICO 11: BRECHAS RELATIVAS POR AFIRMACIÓN**



Fuente: Elaboración Propia

Complementando lo que se mostró en el gráfico 11 que indicaba las brechas relativas a nivel de dimensiones, en donde la mayor brecha la obtuvo la dimensión empatía con un -0,23. Seguida de responsabilidad, seguridad, empatía y bienes tangibles, en este mismo gráfico permite visualizar cuales son las variables más importantes que explican el resultado de cada afirmación.

#### **4.5.1.-ANÁLISIS BRECHA RELATIVA DE LA DIMENSIÓN RESPONSABILIDAD**

Esta dimensión obtuvo la mayor brecha con un resultado de -0,23, la cual está explicada por el comportamiento de las cinco afirmaciones que conforman la dimensión. La afirmación que muestra una menor brecha y por ende la mejor evaluada es la afirmación confiabilidad 1 “Cuando el CAE promete hacer algo en un tiempo determinado lo cumple”, mientras que

la mayor brecha en esta dimensión fue la afirmación empatía 3 “El CAE se preocupa de cuidar los intereses de sus usuarios”, resulta crítico entonces para la Unidad Centro Adosado de Especialidades CAE poder mejorar la percepción que los usuarios tienen respecto a la forma en que se aborda la problemática sobre los tiempos de atención, para mejorar así la percepción que ellos tienen sobre la Empatía que les entrega esta unidad.

#### **4.5.2.-ANÁLISIS BRECHA RELATIVA DE LA DIMENSIÓN SEGURIDAD**

Al analizar la dimensión de seguridad, presenta la tercera mayor brecha con un valor de -0,20, presentando una diferencia mínima del -0,03 con la dimensión de responsabilidad, lo que nos demuestra lo importante que son estas dos dimensiones para los usuarios de esta unidad. Dentro de este ítem la afirmación con menor brecha estaría seguridad 4 “El personal del CAE cuenta con el conocimiento para responder la consulta de los usuarios”, mientras que la mayor brecha estaría en la afirmación de seguridad 1 “El comportamiento del personal del CAE le inspira confianza” lo que implica nuevamente que el personal del CAE tiene que hacer un esfuerzo adicional para poder transmitir a los usuarios la sensación de confianza. Trabajar fuerte esta brecha es de vital importancia, más aun considerando que las instituciones públicas y en particular de salud se ven constantemente cuestionadas y al poder lograr traspasar confianza y seguridad a los pacientes se mejoraría considerablemente la imagen y por ende la opinión sobre la calidad en la atención.

#### **4.5.3.-ANÁLISIS BRECHA RELATIVA DE LA DIMENSIÓN BIENES TANGIBLES**

En esta dimensión es la que presenta una brecha significativa dentro de las cinco dimensiones evaluada con un valor -0,19 la más alta y -0,15 la más baja. El comportamiento de esta dimensión al igual que las otras dimensiones a analizadas se explica por las brechas que presentan las cinco afirmaciones que conforma la dimensión. Llama la atención que tanto para la afirmación bienes tangibles 4” Los materiales comunicacionales asociados con el servicio (Folletos Recetas, Orden de Exámenes, Etc.) del CAE son visualmente atractivo”, la brecha tiene resultado negativo en parte por la nula inversión en difusión de los servicios que este presta.

#### **4.5.4-ANÁLISIS BRECHA RELATIVA DE LA DIMENSIÓN EMPATÍA**

La dimensión de empatía presenta la brecha más alta de las cinco dimensiones con un -0.23, resulta de suma importancia poder mejorar la brecha producida en ella, para poder explicar esta alta brecha generada en la expectativa del cliente y su percepción debemos analizar el comportamiento de las dimensiones que forman parte de esta dimensión. De las cuatro que la componen solo una de ellas presenta una “baja brecha” con un valor de -0.14, correspondiente a la afirmación “El CAE le brinda atención individual”, las otras 3 afirmaciones tienen brechas que van desde -0.16 “ a -0.23, lo que se desprende del análisis de las brechas de esta dimensión es que los pacientes del hospital esperan un trato más empático de parte de los funcionarios del CAE, que no solo logren conocer sus necesidades específicas sino que sean capaces de conocerlas y conectarse con ellas. Además, sienten que los funcionarios del hospital no se preocupan lo suficiente por cuidar los intereses de sus pacientes, lo cual así mismo, ya es un problema para el Hospital, es por ello que resulta importante que el Hospital ejecute medidas para corregir esta desviación.

#### **4.5.5.-ANÁLISIS BRECHA RELATIVA DE LA DIMENSIÓN CONFIABILIDAD**

Esta dimensión es la que presenta una menor brecha dentro de las cinco dimensiones evaluadas con un valor de -0,10. El comportamiento de esta dimensión al igual que las otras dimensiones analizadas se explica por las brechas que presentan las cinco afirmaciones que conforman la dimensión. La Afirmación con menor brecha dentro de esta dimensión de confiabilidad, está la afirmación 1 “Cuando el CAE promete hacer algo en un tiempo determinado lo cumple”, mientras la afirmación con mayor brecha estaría confiabilidad 4 con un valor de -0,15 con la afirmación “El CAE proporciona sus servicios en la oportunidad en que promete hacerlo”. En este punto es importante que la mejora se vea orientada a que los funcionarios sean capaces de traspasar a los usuarios la sensación de que tienen un real interés por solucionar y ayudar con sus problemas o inquietudes. Sin embargo, es necesario recalcar que a pesar de las brechas esta dimensión es la que menor brecha tenemos entre la expectativa y la percepción lo que es un muy buen punto de partida para cualquier mejora que se quiera realizar.



## **CAPÍTULO V: FORMULACIÓN DE PLAN DE CALIDAD UNIDAD CENTRO ADOSADO DE ESPECIALIDADES (CAE) HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTIN DE CHILLÁN**

### **5.1.- PREÁMBULO**

Se ha optado por seguir los patrones o protocolos de la norma ISO 9001:2015, porque a través de estos estándares proporcionados por ISO, los empresarios, comerciantes o industriales se rigen para determinar el proceso de creación de sus bienes o servicios. De este modo, pueden certificar la calidad de sus productos finales para que sus clientes puedan tener la convicción de que es un artículo o servicio que cumple con unos estándares mínimos de calidad. Los estándares ISO proporcionan seguridad y fiabilidad a nivel internacional, lo que favorece el desarrollo del comercio a nivel mundial.

Cabe señalar, que la presente memoria de título está enfocado en realizar un Plan de Calidad basado en la ISO 9001:2015, debido a que se trata de la nueva versión, la cual es pertinente tenerla presente, porque en Septiembre 2018 en forma definitiva será caducada la versión ISO 9001:2008 y ya no será medida para una posible certificación. Este Plan de Calidad pretende ser una idea inicial o incipiente que debe mejorarse continuamente durante el año 2018 al menos 1 vez.

El objetivo principal de este Plan de Calidad es determinar la satisfacción del cliente por intermedio de un cuestionario de evaluación de dimensiones en que el usuario debe determinar con una respuesta simple sobre la “percepción” y “expectativa”, y así poder establecer las brechas que nos permitan generar un plan de mejoras al plan de calidad, según o de acuerdo a lo que estipula la cláusula N°10 de la ISO 9001:2015.

**Un concepto de un Centro de Responsabilidad** puede deducirse de los siguiente: Los hospitales y otras instituciones de salud existen para atender a los usuarios reales y potenciales y todas las demás actividades son, por tanto, secundarias; la fuerza dominante en los hospitales deben ser los equipos clínicos, pues son ellos los que generan el producto final y los que conocen las verdaderas necesidades del paciente; la organización de salud debe orientarse hacia la necesidades del usuario, como cualquier empresa de Servicio lo hace hacia sus clientes. Las decisiones en cualquier nivel de la organización se tienen que tomar a la luz de a la perceptiva clínica. Pero ello exige determinados compromisos del equipo clínico

como son los de aprender a dirigir y ser dirigidos; contribuir a las decisiones de gestión y de organización en la mejora de las instituciones.

**El Objetivo de un Centro de Responsabilidad** es mejorar la utilización de los recursos que se puede traducir en incremento de la oferta y la calidad de las prestaciones.

**Características de los Centros de Responsabilidad:**

- Tienen un único responsable.
- Realizan una actividad homogénea.
- Producto (final o intermedio) susceptible de ser medido.
- Se ajustan al modelo productivo del hospital o centro de salud.
- Deben tener un grado de autonomía y flexibilidad en el uso de sus recursos.
- Pueden identificar su demanda y a sus usuarios.

El Centro de Responsabilidad objeto de análisis en este Plan de Calidad es el **Centro de Responsabilidad Atención Ambulatoria de Especialidades**, también denominado **Unidad Centro Adosado de Especialidades (CAE)**, el cual es un establecimiento de atención abierta de mediana complejidad, que proporciona atención del tipo diagnóstico y terapéutica a pacientes de la red de salud pública de la región de Ñuble.

Su objetivo primordial es brindar acciones de salud de especialidades de manera oportuna y de calidad. Cuenta con 23 especialidades para adultos y 10 dedicadas a pacientes infantiles. Forman también parte de la Unidad Centro adosado de Especialidades las unidades de Odontología y Kinesiterapia.

Cabe señalar, que el **Hospital Clínico Herminda Martín (HCHM)** orienta su misión a convertir al usuario en el centro de su gestión, lo que también implica brindar una atención de calidad y segura para todos los pacientes que reciben prestaciones en el establecimiento.

La atención de calidad se fundamenta en el respeto a las personas, la transparencia, el compromiso y la responsabilidad institucional durante todo el proceso asistencial.

La política de calidad del establecimiento se basa en la evaluación y mejora de los procesos de atención, estableciendo un estándar mínimo para cada uno de los procesos críticos que se realizan en la atención de un paciente.

Para cumplir con este objetivo, existe una red de calidad y seguridad del paciente en cada uno de los **centros de responsabilidad y unidades del HCHM**. Los funcionarios trabajan bajo estándares existentes en Guías Clínicas, Protocolos, Manuales de procedimientos y normativas, los que son constantemente revisados y evaluados.

El CAE como medio para cumplir con los objetivos de la Política de Calidad del HCHM, se adhiere a sus estamentos, pero para determinar un Plan de Mejoras que nace a partir de las brechas detectadas entre las percepciones y expectativas de los usuarios, y que es exigido en el requisito N°10 de la estructura ISO 9001:2015.

El propósito de este Plan de Calidad de carácter incipiente o en fase de prueba inicial es describir la política de calidad y sus objetivos, y estructura del Sistema de Gestión de Calidad del CAE basado en la norma internacional ISO 9001:2015, lo cual permitirá contribuir a la mantención de la acreditación del Ministerio de Salud y lograr alcanzar la misión corporativa del Hospital Clínico Hermida Martín de Chillán.

## **1.2 Visión**

“Ser un Hospital Clínico de excelencia, líder en innovación y desarrollo, que contribuye a mejorar la calidad de vida de la comunidad, con trabajadores comprometidos”.

## **1.3 Misión**

“Cuidar y mejorar la salud de las familias de Ñuble, con un equipo de personas que trabaja con calidad”.

## **1.4 Valores:**

- **Liderazgo:** Trabajamos motivados para ser los mejores.
- **Respeto:** Promovemos un trato amable entre todas las personas.
- **Excelencia:** Trabajamos con calidad, evaluando y mejorando nuestros resultados.

- **Equidad:** Brindamos acceso a la atención, de acuerdo a las prioridades sanitarias.
- **Compromiso:** Cumplimos con dedicación nuestras metas y propósitos.
- **Trabajo en Equipo:** Fomentamos la colaboración al interior del hospital, con la red asistencial y la comunidad.

## 5.2.- GLOSARIO PLAN DE CALIDAD

**ISO:** Organización Internacional de la Normalización (International Organization for Standardization).

**Calidad:** Grado en el que un conjunto de características inherentes de un objeto cumple con los requisitos.

**Requisito:** Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

**Sistema de gestión de la calidad:** conjunto de elementos interrelacionados o que interactúan de una organización para establecer políticas de la calidad, objetivos y procesos, para lograr esos objetivos.

**INN:** Instituto Nacional de Normalización.

**CAE:** Centro adosado de especialidades.

**Centros de Responsabilidad:** El centro de responsabilidad es una unidad de gestión dirigida por un responsable en quien se ha delegado un determinado nivel de decisión para el logro de los objetivos de la unidad.

**HCHM:** Hospital Clínico Herminda Martin.

**Plan de Calidad:** documento a través del que se **detalla cómo debe ser el proceso que garantice la calidad de los proyectos, productos o procesos.** Este plan debe dar respuesta a cuestiones como qué acciones se llevarán a cabo, qué recursos serán necesarios o quienes serán los encargados de aplicar el plan. Este plan es la base que permite implementar el sistema de gestión de calidad para optar a la certificación ISO 9001:2015.

### **5.3. PLAN DE CALIDAD PARA UNIDAD CAE, SEGÚN ESTÁNDAR ISO 9001:2015**

#### **1.- Generalidades**

La norma ISO 9001 (publicada por primera vez en 1987) es un modelo de gestión de la calidad adoptado por más de un millón de organizaciones en todo el mundo en 2014, según la encuesta anual de ISO (International Organization for Standardization).

ISO 9001:2015 es una norma internacional, aprobada el 14/09/2015 por el CEN (Comité Europeo de Normalización), que especifica los requisitos para un sistema normalizado de gestión de la calidad. Es aplicable a cualquier tipo de organización que necesita demostrar su capacidad de proporcionar productos y servicios de acorde a los requisitos del cliente y aspira a aumentar su satisfacción.

Según ISO, los beneficios de implementar un sistema de gestión de la calidad basado en esta norma son:

- a) La capacidad para proporcionar regularmente productos y servicios que satisfagan los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables.
- b) Facilitar oportunidades de aumentar la satisfacción del cliente.
- c) Abordar los riesgos y oportunidades asociadas con su contexto y objetivos.
- d) La capacidad de demostrar la conformidad con requisitos del sistema de gestión de la calidad especificados. Además, el hecho de implementar un sistema de gestión de la calidad ISO 9001 y obtener la respectiva certificación, no solo ofrece una oportunidad de mejora interna, sino que también mejora la imagen externa de la empresa y abre las puertas a un gran mercado de clientes que exigen de esta certificación a sus proveedores.

#### **3.2.- ESTRUCTURA ISO 9001:2015**

Es habitual que en una misma organización se trabaje de forma conjunta con diferentes sistemas de gestión tales como gestión de la calidad, gestión ambiental, eficiencia energética o riesgos laborales. Estos sistemas en muchos casos comparten requisitos, recursos y responsabilidades para su implementación y funcionamiento, pero las respectivas normativas dificultan o, como mínimo, no facilitan una gestión conjunta.

Con el fin de facilitar la gestión integrada, ISO ha creado un marco común para todos los sistemas de gestión. Es por eso que, en esta última versión de la Norma, en comparación con la edición anterior (ISO 9001:2008), la estructura ha cambiado para mejorar la adecuación con otras normas internacionales para sistemas de gestión, con las que comparte los capítulos que la componen:

**FIGURA 6: ESTRUCTURA ISO 9001:2015**

<b>0</b> Introducción	<b>6</b> Planificación
<b>1</b> Objeto y campo de aplicación	<b>7</b> Apoyo
<b>2</b> Referencias normativas	<b>8</b> Operación
<b>3</b> Términos y definiciones	<b>9</b> Evaluación del desempeño
<b>4</b> Contexto de la organización	<b>10</b> Mejora
<b>5</b> Liderazgo	

Fuente: Elaboración Propia

Destacar que esta estructura es la que adoptan las normas de sistemas de gestión de ISO pero que en ningún caso es requisito aplicarla a la información documentada del sistema de gestión de la organización, pudiendo ésta definir otras estructuras documentales.

### **3.3 SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

#### **3.3.1 FUNDAMENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

Una vez reflejada la situación inicial de la empresa y habiendo determinado cómo mejorarla, se procede a abordar lo que serán los fundamentos del sistema de gestión de la calidad.

#### **3.3.2 REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN**

La norma ISO 9001:2015, se destacan los requisitos referentes a la a información documentada, es decir, se determina toda aquella información de la cual el CAE debe disponer para cumplir con los requisitos de la Norma y se elabora un listado de

verificación para facilitar el seguimiento de los requisitos a medida que se avance en el proyecto.

Cabe señalar, que este Plan de Calidad enfocado al CAE del HCHM utilizando como referencia la norma ISO 9001:2015 es de carácter incipiente, es un plan de declaraciones de buenas intenciones a cumplir en el año 2018, por lo cual la documentación en su gran mayoría está en proceso proyección para elaboración.

**TABLA 8 – LISTA DE VERIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN.**

**Los apartados entre paréntesis hacen referencia a la norma ISO 9001:2015. Fuente: elaboración propia**

REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN	Observaciones / Proyecciones
a) Mantener información documentada que la organización determina como necesaria para la eficacia del sistema de gestión de la calidad. Esto incluye:	
El alcance del sistema de gestión de la calidad <b>(cláusula 4.3).</b>	Elaborado.
La política de la calidad <b>(cláusula 5).</b>	Elaborado.
Los objetivos de la calidad <b>(cláusula 6.2).</b>	Elaborado.
b) En la medida en que sea necesario, mantener información documentada para apoyar la operación de sus procesos <b>(cláusula 4.4).</b>	

<p><b>**A pesar de que no requiere específicamente de ninguno de ellos, algunos de estos documentos pueden ser:</b></p>	
<p>Organigramas</p>	<p>Elaborado.</p>
<p>Mapas de procesos, diagramas de flujo y/o descripciones de procesos</p>	<p>Elaborado.</p>
<p><b>Guías Clínicas, Protocolos, Manuales de procedimientos y normativas</b></p>	<p><b>Se considerarán los mismos del HCHM, ya que son documentos que fueron visados para obtención de acreditación de calidad del MINSAL.</b></p>
<p>Procedimientos</p>	<p>Se elaborarán si es estrictamente necesario, según proceso del CAE. Fecha estimada: 2° Trimestre 2018.</p>
<p>Instrucciones técnicas</p>	<p>Se elaborarán si es estrictamente necesario, según proceso del CAE. Fecha estimada: 2° Trimestre 2018.</p>
<p>Especificaciones</p>	<p>Existe Reglamento HCHM.</p>
<p>Programas de producción / Prestación del servicio</p>	<p>Se elaborarán si es estrictamente necesario, según proceso del CAE. Fecha estimada: 2° Trimestre 2018.</p>
<p>Listas de proveedores aprobados</p>	<p>Existe un sistema web del Gobierno que maneja el HCHM sobre proveedores autorizados.</p>
<p>Formularios</p>	<p>Se elaborarán si es estrictamente necesario, según proceso del CAE. Fecha estimada: 2° Trimestre 2018.</p>



Manuales de calidad	Se elaborarán si es estrictamente necesario, según proceso del CAE. Fecha estimada: 2° Trimestre 2018.
Planes estratégicos	Se elaborarán si es estrictamente necesario, según proceso del CAE. Fecha estimada: 2° Trimestre 2018.
c) Conservar información documentada como evidencia de los resultados alcanzados (registros). Esto incluye:	
Información documentada para tener la confianza de que los procesos se realizan según lo planificado <b>(cláusula 4.4)</b> .	Se elaborarán, según proceso del CAE. Fecha estimada: 2° Trimestre 2018.
Evidencia de la base utilizada para la calibración o la verificación del equipo de medición (cuando no existan patrones de medición internacionales o nacionales) <b>(cláusula 7.1.5.2)</b> .	Se elaborarán, según proceso del CAE. Fecha estimada: 2° Trimestre 2018.
Evidencia de la competencia de las personas que realizan, bajo el control de la organización, un trabajo que afecta al desempeño y eficacia del sistema de gestión de la calidad <b>(cláusula 7.2)</b> .	Se elaborarán, según proceso del CAE. Fecha estimada: 2° Trimestre 2018.
Resultados de la revisión y cualquier requisito nuevo para los productos y servicios <b>(cláusula 8.2.3)</b> .	Se elaborarán, según proceso del CAE. Fecha estimada: 2° Trimestre 2018.
Registros de la evaluación, la selección, el seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos <b>(cláusula 8.4.1)</b> .	Se elaborarán, según proceso del CAE. Fecha estimada: 2° Trimestre 2018.

<p>Evidencia de la identificación única de las salidas cuando la trazabilidad sea un requisito <b>(cláusula 8.5.2).</b></p>	<p>Se excluye. No es atingente la trazabilidad.</p>
<p>Registros de pérdida o deterioro de la propiedad de un cliente o de un proveedor externo <b>(cláusula 8.5.3).</b></p>	<p>Se elaborarán, según proceso del CAE. Fecha estimada: 2º Trimestre 2018.</p>
<p>Resultados de la revisión de los cambios para la producción o la prestación del servicio, las personas que autorizan el cambio y de cualquier acción necesaria que surja de la revisión <b>(cláusula 8.5.6).</b></p>	<p>Se elaborarán, según proceso del CAE. Fecha estimada: 2º Trimestre 2018.</p>
<p>Registros de la liberación de los productos y servicios al cliente incluyendo la conformidad con los criterios de aceptación y trazabilidad a las personas que autorizan la liberación <b>(cláusula 8.6).</b></p>	<p>Se excluye. No es atingente la trazabilidad.</p>
<p>Registros de no conformidades, las acciones tomadas, las concesiones obtenidas y la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad <b>(cláusula 8.7).</b></p>	<p>Se elaborarán, según proceso del CAE. Fecha estimada: 2º Trimestre 2018.</p>
<p>Resultados de la evaluación del desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad <b>(cláusula 9.1.1).</b></p>	<p>Se elaborarán, según proceso del CAE. Fecha estimada: 2º Trimestre 2018.</p>
<p>Evidencia de la implementación del programa de auditoría y de los resultados de las auditorías <b>(cláusula 9.2.2).</b></p>	<p>Se elaborarán, según proceso del CAE. Fecha estimada: 2º Trimestre 2018.</p>

Evidencia de los resultados de las revisiones por la dirección ( <b>cláusula 9.3.3</b> ).	Se elaborarán, según proceso del CAE. Fecha estimada: 2° Trimestre 2018.
Evidencia de la naturaleza de las no conformidades y cualquier acción tomada posteriormente ( <b>cláusula 10.2.2</b> ).	Se elaborarán, según proceso del CAE. Fecha estimada: 2° Trimestre 2018.
Resultados de cualquier acción correctiva ( <b>cláusula 10.2.2</b> ).	Se elaborarán, según proceso del CAE. Fecha estimada: 2° Trimestre 2018.

Fuente: Elaboración Propia

#### **4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN**

##### **4.1 COMPRENSIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y DE SU CONTEXTO**

###### **A. PRESENTACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN**

NOTA: Véase en el capítulo III, ANTECEDENTES DE LA INSTITUCIÓN, subtítulo 3.5, ANTECEDENTES DEL HOSPITAL DE CHILLAN.

###### **B.- COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS**

- **Clientes/Usuarios.** Respecto a ellos debemos cuidar la calidad de nuestros productos y/o servicios, la fidelización y su satisfacción.
- **Proveedores.** Los temas más relevantes a tratar con ellos son las alianzas estratégicas y la calidad concertada.
- **Personal.** Cuando hablamos de personal como parte interesada nos estamos refiriendo a seguridad laboral, desarrollo personal y profesional y satisfacción del personal.
- **Competidores.** Es muy importante hacer una investigación de la competencia para evitar ser desbancados y estar alerta en cuanto a innovación y desarrollo, imagen de marca y posicionamiento.

- **Sociedad.** Debemos cuidar aspectos como el respeto al medio ambiente, el impacto de nuestra actividad en la sociedad y nuestra imagen corporativa para no causar malestar social.

### **C.- DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN INICIAL DE LA EMPRESA**

Se determinó realizar un FODA, el cual es un Herramienta en donde se puede definir como un análisis estratégico fundamentado en la detección de elementos internos (Fortalezas y Debilidades) y externos (Oportunidades y Amenazas) que constituyen un diagnóstico de la capacidad competitiva de la organización.

Se basa en indicadores que justifican cada uno de los elementos que lo componen, pudiendo cuantificarlos para definir, en el desarrollo del plan estratégico, nuestros objetivos.

A continuación, el análisis de la situación inicial de la empresa determinando:

- **Debilidades:** aspectos internos que limitan o reducen la capacidad de desarrollo efectivo de la estrategia de la organización.
- **Amenazas:** toda fuerza del entorno exterior que puede impedir la implantación de una estrategia, o bien reducir su efectividad.
- **Fortalezas:** capacidades, recursos, posiciones alcanzadas y, consecuentemente, ventajas competitivas internas.
- **Oportunidades:** todo aquello externo que pueda suponer una ventaja competitiva para la organización, o bien representar una posibilidad para mejorar la rentabilidad de la misma o aumentar la cifra de sus negocios.

**TABLA 9 – ANÁLISIS FODA DE LA EMPRESA.**

FACTORES INTERNOS	FACTORES EXTERNOS
DEBILIDADES	AMENAZAS
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los protocolos de atención al usuario atingentes a la dimensión confiabilidad en el CAE es deficiente.</li> <li>2. Los protocolos de atención al usuario atingente a la dimensión responsabilidad en el actuar del CAE es deficiente.</li> <li>3. Los protocolos de atención al usuario atingente a la dimensión seguridad que inspira el CAE es deficiente.</li> <li>4. Los protocolos de atención al usuario atingente a la dimensión empatía que muestra el CAE es deficiente.</li> <li>5. Los protocolos de atención al usuario atingente a la dimensión infraestructura o bienes tangibles del CAE es deficiente.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Creciente expectativa de los usuarios con respecto a la dimensión confiabilidad en prestación médica del CAE.</li> <li>2. Creciente expectativa de los usuarios con respecto a la dimensión responsabilidad en prestación médica del CAE.</li> <li>3. Creciente expectativa de los usuarios con respecto a la dimensión seguridad en prestación médica del CAE.</li> <li>4. Creciente expectativa de los usuarios con respecto a la dimensión empatía en prestación médica del CAE.</li> <li>5. Creciente expectativa de los usuarios con respecto a la dimensión infraestructura o bienes tangibles en prestación médica del CAE.</li> </ol>

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ubicación centralizada de la infraestructura.</li> <li>2. Ambulancias modernizadas.</li> <li>3. Equipamiento médico modernizado.</li> <li><b>4. Acreditación de Calidad Minsal.</b></li> <li>5. Existencia de Telemedicina.</li> <li>6. Revisión de exámenes online.</li> <li>7. Vigilancia privada amplia.</li> <li>8. Constante vigilancia de la Policía.</li> <li>9. Amplio abanico de Especialidades Médicas.</li> <li>10. OIRS en forma virtual.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conversión de Provincia a Región.</li> <li>2. Baja del dólar (Contribuye a la importación).</li> <li>3. Baja competencia en el sistema de salud.</li> <li>4. Profesionales de universidades e institutos profesionales locales.</li> <li>5. Acceso con menos restricciones a internet.</li> </ol>

Fuente: Elaboración Propia.

#### D. PLAN DE ACCIONES

El motivo principal de realizar el análisis FODA del apartado anterior es identificar las **debilidades y amenazas** para poder emprender acciones al respecto.

A partir de estas debilidades y amenazas, se pueden definir los riesgos de la organización. Esto representa la aplicación del pensamiento basado en riesgos a la planificación e implementación de los procesos del sistema de gestión de la calidad (véase **cláusula 4.4.3**, ISO 9001:2015).

Para estos riesgos se establece un sistema de calificación y evaluación del riesgo. Para ello se emplea el sistema matricial de probabilidad y gravedad que se muestra en la tabla 10, donde el nivel de riesgo se calcula como el producto de la probabilidad por el impacto de los efectos del riesgo considerado.

**TABLA 10– SISTEMA MATRICIAL DE PROBABILIDAD E IMPACTO PARA CALCULAR EL NIVEL DE RIESGO.**

A partir de estas debilidades y amenazas, se pueden definir los riesgos de la organización

<b>PROBABILIDAD</b>	<b>3</b>	<b>ALTA</b>	<b>15</b> Zona de Riesgo Moderado. Prevenir el riesgo.	<b>30</b> Zona de Riesgo Importante. Prevenir el riesgo. Proteger o mitigar el riesgo. Compartir o transferir el riesgo.	<b>60</b> Zona de Riesgo Inaceptable. Evitar el riesgo. Prevenir el riesgo. Proteger o mitigar el riesgo. Compartir o transferir el riesgo.
	<b>2</b>	<b>MEDIA</b>	<b>10</b> Zona de Riesgo Tolerable. Prevenir el riesgo.	<b>20</b> Zona de Riesgo Moderado. Prevenir el riesgo. Proteger o mitigar el riesgo. Compartir o transferir el riesgo.	<b>40</b> Zona de Riesgo Importante. Evitar el riesgo. Prevenir el riesgo. Proteger o mitigar el riesgo. Compartir o transferir el riesgo.
	<b>1</b>	<b>BAJA</b>	<b>5</b> Zona de Riesgo Aceptable. Asumir el riesgo.	<b>10</b> Zona de Riesgo Tolerable. Prevenir el riesgo. Compartir o transferir el riesgo.	<b>20</b> Zona de Riesgo Moderado. Proteger o mitigar el riesgo. Compartir o transferir el riesgo.
			<b>BAJO</b>	<b>MEDIO</b>	<b>ALTO</b>
			<b>5</b>	<b>10</b>	<b>20</b>
			<b>IMPACTO</b>		

Fuente: Adaptado de la Guía para la Administración del Riesgo de Función Pública.

**TABLA 11 – ANÁLISIS DE RIESGOS PARA LA ORGANIZACIÓN.**

Se ha lleva a cabo tanto el análisis de riesgos como el plan de acciones para abordarlos. Constatando el responsable de llevar a cabo cada acción, el plazo de aplicación de estas acciones y cómo se medirán los resultados de haber aplicado esa acción

<b>IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO</b>	<b>PROCESO</b>	<b>MAGNITUD DEL RIESGO (P * I)</b>	<b>TIPO RIESGO</b>
<b>1. Los protocolos de atención al usuario atingentes a la dimensión confiabilidad en el CAE es deficiente.</b>	<b>CAE</b>	<b>2 * 20 = 40</b>	<b>Importante</b>
<b>2. Los protocolos de atención al usuario atingente a la dimensión responsabilidad en el actuar del CAE es deficiente.</b>	<b>CAE</b>	<b>2 * 20 = 40</b>	<b>Importante</b>
<b>3. Los protocolos de atención al usuario atingente a la dimensión seguridad que</b>	<b>CAE</b>	<b>2 * 20 = 40</b>	<b>Importante</b>



inspira el CAE es deficiente.			
4. Los protocolos de atención al usuario atingente a la dimensión empatía que muestra el CAE es deficiente.	CAE	2 * 20 = 40	Importante
5. Los protocolos de atención al usuario atingente a la dimensión infraestructura o bienes tangibles del CAE es deficiente.	CAE	2 * 20 = 40	Importante

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

NOTA: Las amenazas no se consideran en Tabla 10 (Análisis de Riesgos), debido a que está íntimamente ligado a la debilidad correspondiente.

**TABLA 12 – PLAN DE ACCIONES PARA ABORDAR LOS RIESGOS**

De este modo, se ha lleva a cabo tanto el plan de acciones para abordarlos. Constatando el responsable de llevar a cabo cada acción, el plazo de aplicación de estas acciones y cómo se medirán los resultados de haber aplicado esa acción

<b>ÍTEM</b>	<b>ACCIONES</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>PLAZO</b>	<b>INDICADOR</b>
<b>1</b>	Implementar un sistema de medición mediante encuestas al usuario sobre la percepción y expectativas que contemple la dimensión confiabilidad en la atención del CAE.	<b>Jefe CAE</b>	<b>4° Trimestre 2018</b>	<b>N° de encuestas escala SERVQUAL, según muestra. En la Re aplicación (para verificar la disminución de las brechas)</b>
<b>2</b>	Implementar un sistema de medición mediante encuestas al usuario sobre la percepción y expectativas que contemple la dimensión responsabilidad en la atención del CAE.	<b>Jefe CAE</b>	<b>4° Trimestre 2018</b>	<b>N° de encuestas escala SERVQUAL, según muestra. Re aplicación (para verificar la disminución de las brechas)</b>
<b>3</b>	Implementar un sistema de medición mediante encuestas al	<b>Jefe CAE</b>	<b>4° Trimestre 2018</b>	<b>N° de encuestas escala</b>

	<p>usuario sobre la percepción y expectativas que contemple la dimensión seguridad en la atención del CAE.</p>			<p><b>SERVQUAL, según muestra. Re aplicación (para verificar la disminución de las brechas)</b></p>
4	<p>Implementar un sistema de medición mediante encuestas al usuario sobre la percepción y expectativas que contemple la dimensión empatía en la atención del CAE.</p>	<p><b>Jefe CAE</b></p>	<p><b>4° Trimestre 2018</b></p>	<p><b>N° de encuestas escala SERVQUAL, según muestra. Re aplicación (para verificar la disminución de las brechas)</b></p>
5	<p>Implementar un sistema de medición mediante encuestas al usuario sobre la percepción y expectativas que contemple la dimensión infraestructura o bienes tangibles en la atención del CAE.</p>	<p><b>Jefe CAE</b></p>	<p><b>4° Trimestre 2018</b></p>	<p><b>N° de encuestas escala SERVQUAL, según muestra. Re aplicación (para verificar la disminución de las brechas)</b></p>

Fuente: Elaboración Propia

## 4.2 COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS

El CAE determina:

a) Las partes interesadas que son pertinentes al sistema de gestión de la calidad.

**-Usuarios.**

**-Profesionales de la Salud.**

**-HCHM.**

b) Los requisitos pertinentes de estas partes interesadas para el sistema de gestión de la calidad.

**Plan de acción:**

Documento	Requisito ISO 9001.2015	Observaciones
Requisitos pertinentes partes interesadas	Cláusula 4.2 (letra b)	-Se estima elaborar 2° Trimestre 2018.

## 4.3 Determinación del alcance del sistema de gestión de la calidad

A. El Alcance de este Plan de Calidad involucra el proceso Centro de Responsabilidad Atención Ambulatoria de Especialidades, también denominado Unidad Centro Adosado de Especialidades (CAE), perteneciente al Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán (HCHM), lo cual implica la prestación del servicio o atención médica al usuario en especialidades como: Odontología, Kinesiología, Broncopulmonar, Cardiología, Gastroenterología, Ginecología, Hematología, Nefrología, Neurología, Pediatría, Fonoaudiología, Cirugía, Dermatología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Reumatología, Traumatología y Psiquiatría, como también atenciones de apoyo médico como Kinesiología, Odontología, Matronas, Nutrición, Cuidados Paliativos y Telemedicina.

El Proceso está constituido por 1 solo proceso estratégico, que es el mismo CAE, ya que se trata de un medio para cumplir un objetivo de la política de calidad del HCHM.

B. A continuación, una breve reseña de la Política de Calidad del HCHM, para dar entendimiento al ítem **Proceso CAE**:

*“El Hospital Clínico Herminda Martín (HCHM) orienta su misión a convertir al usuario en el centro de su gestión, lo que también implica brindar una atención de calidad y segura para todos los pacientes que reciben prestaciones en el establecimiento.*

*La atención de calidad se fundamenta en el respeto a las personas, la transparencia, el compromiso y la responsabilidad institucional durante todo el proceso asistencial.*

*La política de calidad del establecimiento se basa en la evaluación y mejora de los procesos de atención, estableciendo un estándar mínimo para cada uno de los procesos críticos que se realizan en la atención de un paciente.*

***Para cumplir con este objetivo, existe una red de calidad y seguridad del paciente en cada uno de los centros de responsabilidad y unidades del HCHM.***

*Los funcionarios trabajan bajo estándares existentes en Guías Clínicas, Protocolos, Manuales de procedimientos y normativas, los que son constantemente revisados y evaluados”.*

#### **4.4 Sistema de gestión de la calidad y sus procesos del CAE:**

## FIGURA 7: MAPA DE PROCESO CAE

El CAE pretende implementar un Sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo con los requisitos de la Norma ISO 9001:2015.

### A. Mapa de procesos propuesto



Fuente: Elaboración Propia

### B. Manual de Sistema de Gestión de Calidad propuesto.

Como bien indica la nueva ISO 9001.2015, la nueva Norma **no requiere específicamente de un manual de la calidad**, pero, aún y así, en este caso se decide proponer una para el proceso CAE con el objeto de facilitar el cumplimiento de los requisitos.

Éste tendrá un carácter general, en comparación con los procedimientos documentados, y serviría de guía para el resto de la información documentada.

Además, se opta por que comparta la estructura con la norma ISO 9001:2015, permitiendo así seguir ambos documentos a la vez.

Se realiza un primer borrador del manual de la calidad referenciando los diferentes procedimientos pertinentemente.

De esta manera, y como se muestra en la tabla 11, se puede realizar una correspondencia entre capítulos del manual (y de la Norma), procedimientos propuestos y responsable(s) de cada procedimiento.

**TABLA 13: PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS**

CAPÍTULO	PROCEDIMIENTOS PROYECTADOS	RESPONSABLE	PROCESO
0.Presentación de la institución (CAE)			
1.Objeto y campo de aplicación			
2. Referencias normativas			
3.Términos y definiciones			
4.Contexto de la organización	Dirección, mejora continua y análisis de riesgos	Jefe CAE	CAE
5.Liderazgo	Dirección, mejora continua y análisis de riesgos	Jefe CAE	CAE
6.Planificación	Dirección, mejora continua y análisis de riesgos	Jefe CAE	CAE
7.Apoyo	Control de documentos	Jefe CAE	CAE
	Formación	Jefe CAE	CAE
	Dirección, mejora continua y análisis de riesgos	Jefe CAE	CAE

	Mantenimiento y calibración de equipos	Jefe CAE	CAE
8.Operación	Almacenaje	Jefe CAE	CAE
	Control de las no conformidades	Jefe CAE	CAE
	Comercial	Jefe CAE	CAE
	Adquisiciones/Compras	Jefe CAE	CAE
	Mantenimiento	Jefe CAE	CAE
	Prestación del servicio administrativo	Jefe CAE	CAE
	Prestación del servicio médico por especialidad	Jefe CAE	CAE
9.Evaluación del desempeño	Dirección, mejora continua y análisis de riesgos	Jefe CAE	CAE
	Auditorías internas	Jefe CAE	CAE
10.Mejora	Dirección, mejora continua y análisis de riesgos	Jefe CAE	CAE
	Acciones correctivas	Jefe CAE	CAE

Fuente Elaboración Propia

## 5.-LIDERAZGO

### 5.1 LIDERAZGO Y COMPROMISO

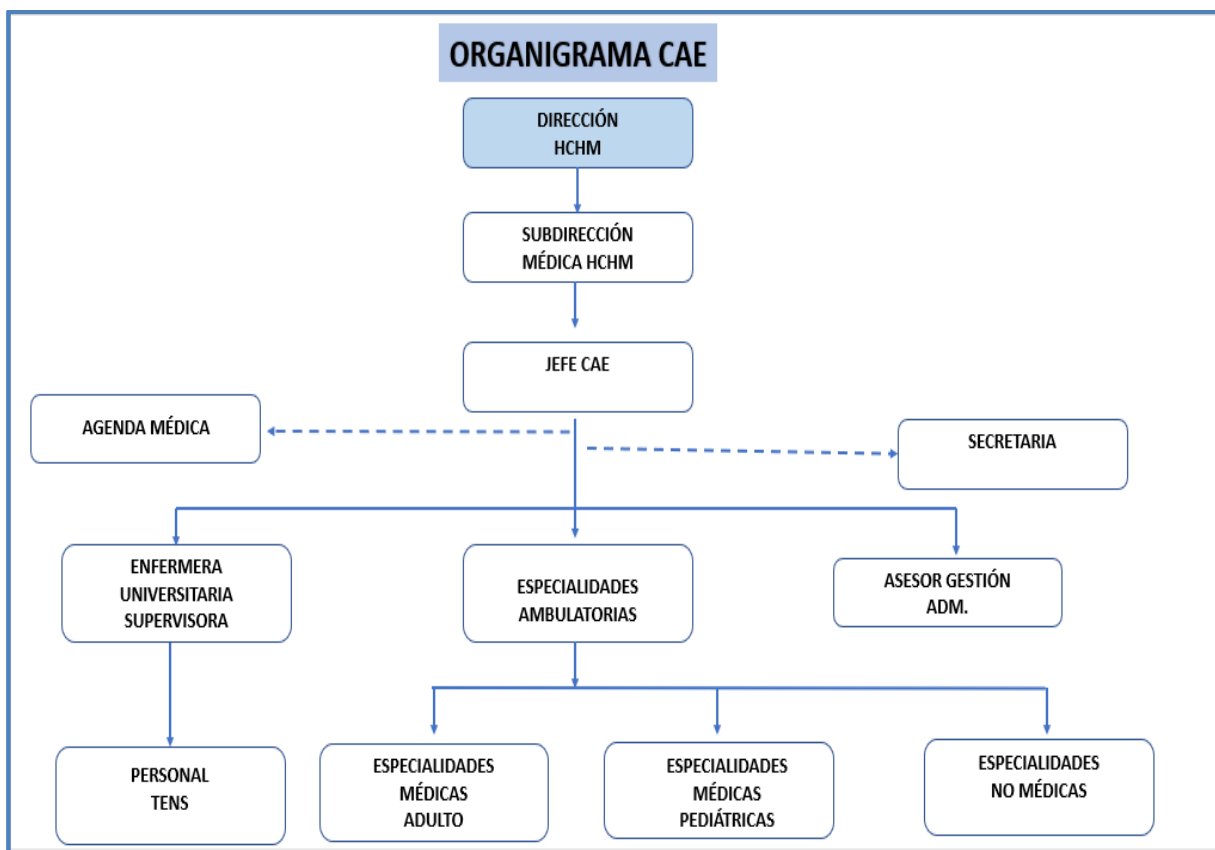
#### 5.1.1 GENERALIDADES

La ALTA DIRECCIÓN (Jefe CAE) debe proporcionar liderazgo y compromiso con el desarrollo e implementación del SGC, así como la mejora continua de su eficacia, con las siguientes acciones:



- a) Asumiendo la rendición de cuentas de la eficacia del SGC.
  
- b) La Organización establece la Política de calidad y objetivos de calidad, los cuales están alineados con el contexto y la dirección estratégica de la organización.
  
- c) Asegurando los requisitos del SGC en los procesos de la organización.
  
- d) Promoviendo el uso del enfoque basado en procesos y el pensamiento basado en riesgos.
  
- e) Asegura la disponibilidad de recursos definidos.
  
- f) Comunica la importancia de una gestión de la calidad eficaz y conforme con los requisitos del SGC satisfaciendo tanto los requisitos del Usuario, como los legales y reglamentarios del HCHM/CAE.
  
- g) Comunicando la importancia de una gestión eficaz conforme a los requisitos establecidos en el SGC, asegurando el logro de los resultados previstos.
  
- h) Comprometiendo, dirigiendo y apoyando a las personas del CAE, para contribuir a la eficacia del SGC;
  
- i) Promoviendo la mejora, aplicando su liderazgo a sus áreas de responsabilidad

## B.- Organigrama CAE



Fuente: Elaboración Propia

## C. Descripción de Cargos Organigrama CAE:

A continuación, una breve Descripción de Cargo del Organigrama CAE:

- **DIRECCIÓN HCHM:** Líder máximo del Hospital HCHM. Encargado de tomar decisiones estratégicas y determinar la asignación de recursos.



- **SUBDIRECCIÓN HCHM:** Líder segundo a bordo del Hospital, quien reemplaza en la gestión al Director en su ausencia. Reporta al Director HCHM.



Dr. Ricardo Vásquez Sandoval  
Internista  
Subdirector Médico

- **JEFE CAE:** Encargado máximo de liderar la Unidad Centro Adosado de Especialidades. Debe asignar recursos y tomar decisiones en CAE crítica para reportar a la línea superior.
- **SECRETARIA:** Apoyo administrativo al Jefe CAE. Apoyo de Staff. Realiza informes requeridos por Jefe CAE.
- **AGENDA MÉDICA:** Departamento encargado de gestionar las horas médicas a los usuarios, de acuerdo a la disposición de los funcionarios y almacenamiento de información de cada paciente.
- **ESPECIALIDADES AMBULATORIAS:** Involucra las áreas de Especialidades Médica para adultos, pediátricos y profesional no médico.
- **ESPECIALIDADES MÉDICAS ADULTO:** Esta área involucra toda especialidad detallada en el Alcance de este Plan (apartado 4.3 – A), enfocada a usuarios considerados Adultos. Son los profesionales que ejecutan su tarea de prestación médica ambulatoria.
- **ESPECIALIDADES MÉDICAS PEDIÁTRICO:** Esta área involucra toda especialidad detallada en el Alcance de este Plan (apartado 4.3 –A), enfocada a usuarios considerados pediátricos. Son los profesionales que ejecutan su tarea de prestación médica ambulatoria.
- **ESPECIALIDADES NO MÉDICAS:** Esta área involucra toda especialidad detallada en el Alcance de este Plan (apartado 4.3 – A), enfocada a usuarios en general. Son profesionales no médicos que ejecutan su tarea de prestación de apoyo médico ambulatoria.

- **ENFERMERA UNIVERSITARIA SUPERVISORA:** Profesional no médico, que está a cargo de liderar y asignar tareas a personal subalterno como los TENS. Reporta al Jefe CAE. Debe estar sincronizada en la labor del personal médico.
- **TENS:** Personal Técnico Enfermería Nivel Superior que ejecuta labores directamente a los usuarios, como procedimientos de extracción de sangre. Reporta a Enfermera Universitaria Supervisora.

### 5.1.2 ENFOQUE AL USUARIO/PACIENTE

La Alta Dirección se asegura de que los **requisitos del Usuario/Paciente se determinan en el Reglamento del HCHM vigente (ver en ANEXOS)**, y se cumplen con el propósito de aumentar su satisfacción mediante la aplicabilidad de encuestas tipo SERVQUAL para la atención de Quejas y Sugerencias.

Cabe señalar, que CAE que es parte del HCHM cuenta con un sistema web OIRS y en oficinas.

**A. Se determinan 5 Dimensiones a evaluar para detectar la Satisfacción/Insatisfacción al usuario:**

- *Confiabilidad.*
- *Responsabilidad.*
- *Seguridad.*
- *Empatía.*
- *Bienes Tangibles / Infraestructura.*

**B. La encuesta para detectar Satisfacción/Insatisfacción al usuario es la siguiente:**  
(véase en el anexo 2)

### C. Extracto del Reglamento del HCHM.

Este Reglamento es responsabilidad del Director del HCHM, quien debe exigir al Jefe del CAE a dar cumplimiento de la misma manera, ya que el HCHM es un cliente interno del CAE.

Nota: véase en página web [www.hospitaldechillan.cl](http://www.hospitaldechillan.cl)

## 5.2 POLÍTICA

### 5.2.1 ESTABLECIMIENTO DE LA POLÍTICA DE CALIDAD LA ALTA DIRECCIÓN DECLARA LA SIGUIENTE:

Cabe destacar, nuevamente, que el CAE es un **medio para cumplir un objetivo** de la política de Calidad, que fue certificada o acreditada por los **estándares de calidad del MINSAL**.



### A. Política de Calidad HCHM.

#### Calidad y Seguridad del Paciente

El Hospital Clínico Herminda Martín (HCHM) **orienta su misión a convertir al usuario en el centro de su gestión**, lo que también implica brindar una atención de calidad y segura para todos los pacientes que reciben prestaciones en el establecimiento.

La atención de calidad se fundamenta en el respeto a las personas, la transparencia, el compromiso y la responsabilidad institucional durante todo el proceso asistencial.

La política de calidad del establecimiento se basa en la evaluación y mejora de los

procesos de atención, estableciendo un estándar mínimo para cada uno de los procesos críticos que se realizan en la atención de un paciente.

Para cumplir con este objetivo, existe una red de calidad y seguridad del paciente en cada uno de los centros de responsabilidad (CAE) y unidades del HCHM.

Los funcionarios trabajan bajo estándares existentes en Guías Clínicas, Protocolos, Manuales de procedimientos y normativas, los que son constantemente revisados y evaluados.

22 | Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales  
Atención Abierta

---

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

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

**Componente CAL-1**  
**El prestador institucional cuenta con políticas de calidad de nivel estratégico y una estructura organizacional que es responsable de liderar las acciones de mejoría continua de la calidad.**

**Característica**

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

**Nota: Exigencia del Manual de Estándar General de Acreditación para prestadores institucionales.**

## **B. POLÍTICA DE CALIDAD PROPUESTA PARA EL CAE.**

Cabe señalar, que este Plan de Calidad es de carácter incipiente o inicial como propuesta, pero que igualmente se propone una Política de Calidad a su proceso del CAE, liderado por el Jefe CAE.

### ***POLÍTICA DE CALIDAD CAE***

*La Unidad Centro Adosado de Especialidades (CAE) del HCHM establece el compromiso de implementar su proceso en términos de calidad, utilizando como referencia el estándar la normativa internacional de calidad ISO 9001.2015, orientándolos principalmente a la satisfacción de sus usuarios o pacientes y partes interesadas, buscando la eficacia y mejora continua de su Sistema de Gestión de Calidad, conforme a la normativa aplicable y vigente.*

#### **5.2.2 COMUNICACIÓN DE LA POLÍTICA DE CALIDAD**

Esta política es comunicada a todos los integrantes o funcionarios del CAE y su entendimiento se evidencia en el Formulario (punto A) del sistema propuesto y con el cumplimiento de las funciones de cada puesto en el CAE. Esta política es revisada para su continua adecuación en la Revisión por la Dirección del CAE.

#### **A. Formulario propuesto para hacer difusión de la Política de Calidad.**

<b>CAE - HCHM</b>		<small>CHARLA DE INDUCCION</small> <b>DIFUSIÓN POLÍTICA CALIDAD</b>	
<b>Puntos de la charla:</b>			
<b>Objetivos de la inducción.</b>			
- <b>Dar cumplimiento a la cláusula 5.2 ISO 9001.2015.</b>			
- <b>Dar cumplimiento al Plan de Calidad CAE.</b>			
<b>Control de asistencia:</b>			
<b>Nombre</b>	<b>Cedula de identidad</b>	<b>Firma</b>	

**B. Proyección de ejecución de actividad:**

<b>Actividad</b>	<b>Requisito ISO 9001.2015</b>	<b>Fecha Ejecución</b>	<b>Observaciones</b>
Difusión Política Calidad	5.2.2	Abril 2018 a Junio 2018	Meta= 100% funcionarios CAE.

**5.3 ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN**

A. La ALTA DIRECCIÓN se asegura de que las responsabilidades y autoridad están definidas y son comunicadas dentro de la organización, para lo cual se deben crear Perfiles de Cargo o Descripciones de Cargo, de acuerdo a lo que indica el Organigrama del CAE propuesto.

**NOTA:** Cabe señalar, que las Especialidades Médicas, como Especialidades no Médicas deben generarse Perfiles de cargo o Descripciones de Cargo, por cada Tipo, es decir:

▪ **Especialidades Médicas:**

- Psiquiatría.
- Neurólogo.
- Traumatólogo.
- Urólogo.
- Dermatólogo.
- Medicina Interna.
- Etc.

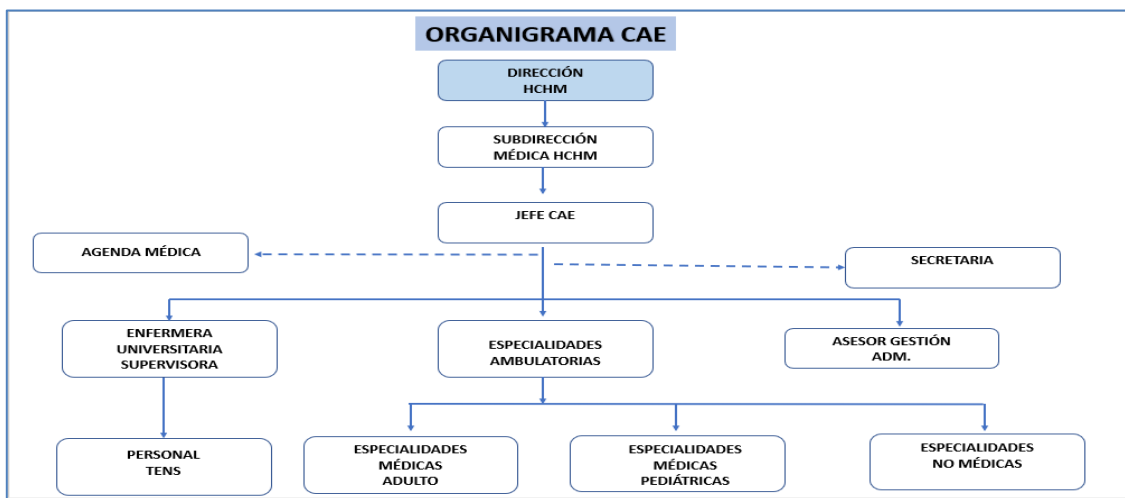
▪ **Especialidades No Médicas:**

- Nutricionista.
- Matrona.



-Kinesiólogo.

-Etc.



**B. Proyección de ejecución de actividad:**

Actividad	Requisito ISO 9001.2015	Fecha Ejecución	Observaciones
Roles, responsabilidades y autoridades en la organización	5.3	Abril 2018 a Junio 2018	Meta= 100% funcionarios CAE.

**6. PLANIFICACIÓN**

**6.1 ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES**

El CAE planificará acciones mediante el procedimiento para la gestión del riesgo, para asegurar así que el SGC cumpla con los resultados, prevenir y reducir efectos no deseados.

Las acciones tomadas para abordar riesgos y oportunidades son proporcionales al impacto en la conformidad del servicio otorgado en el CAE.

**A. Proyección de ejecución de actividad:**

Actividad	Requisito ISO 9001.2015	Fecha Ejecución	Observaciones
Acciones para abordar riesgos y oportunidades	6.1	Abril 2018 a Junio 2018	Se realizó un FODA y Análisis de Riesgos, pero se contempló sin procedimiento en el Requisito 4 de la ISO 9001.2015. Se realizó un análisis tipo borrador para determinar las debilidades mediante el involucramiento de las dimensiones.

**6.2 OBJETIVOS DE LA CALIDAD Y PLANIFICACIÓN PARA LOGRARLOS**

La ALTA DIRECCIÓN deberá asegurar que los Objetivos de la Calidad se establecen en las funciones y niveles pertinentes de la organización,

**A. Objetivo General:** “Proporcionar Prestación de Atención Médica Ambulatoria de Calidad, orientado a la satisfacción de sus usuarios”.

**B. Tabla objetivos de calidad.**

<b>Objetivos proceso estratégico – Objetivos de calidad</b>	
<b>Proceso</b>	<b>Objetivos</b>
Unidad Centro Adosado de especialidades (CAE)	Gestionar la calidad en la <b>dimensión confiabilidad</b> para lograr la satisfacción al usuario en sus expectativas hacia el CAE
	Gestionar la calidad en la <b>dimensión responsabilidad</b> para lograr la satisfacción al usuario en sus expectativas hacia el CAE.
	Gestionar la calidad en la <b>dimensión seguridad</b> para lograr la satisfacción al usuario en sus expectativas hacia el CAE.
	Gestionar la calidad en la <b>dimensión empatía</b> para lograr la satisfacción al usuario en sus expectativas hacia el CAE.
	Gestionar la calidad en la <b>dimensión bienes tangibles</b> para lograr la satisfacción al usuario en sus expectativas hacia el CAE.

**Nota:** Esta propuesta se hace en base al análisis de las dimensiones a encuestar a los usuarios respecto de sus percepciones – expectativas. Debemos destacar, que el CAE es un **medio para cumplir un objetivo de la política de calidad** del HCHM. Las propuestas de Objetivos, se basan en el análisis FODA previo en el ítem 4 Contexto de la organización.

Los Objetivos de Calidad se medirán a través de los indicadores definidos para cada uno de ellos, que serán resultado de la aplicación de encuestas método SERVQUAL, para lo cual se buscará una muestra representativa (Gauss) de la población del primer trimestre año 2017 que se atendió en el CAE.

**El Plan de Calidad y el establecimiento de sus objetivos en buscar brechas que permitan generar planes de acción o planes de mejora en cada una de las dimensiones.**

**C.-TABLA 14: CARTA GANTT – PLANIFICACIÓN IMPLEMENTACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CALIDAD BASADO ISO 9001: 2015**

ESTRUCTURA ISO 9001:2015	PERÍODO 2018											
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
00. Introducción												
01. Objeto y campo de aplicación												
02. Referencias normativas												
03. Términos y definiciones												
04. Contexto de la organización												
05. Liderazgo												
06. Planificación												
07. Apoyo.												
08. Operación												
09. Evaluación del desempeño												
10. Mejora												

Elaboración Propia

**D.- TABLA 15: Gantt – Planificación Objetivos de Calidad. Para Re- aplicación de la Encuesta**

OBJETIVOS DE CALIDAD	PLAN DE ACCIÓN	META	RESPONSABLE	Periodo 2018															
				ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE				
01. Gestionar la calidad en la <b>dimensión confiabilidad</b> para lograr la satisfacción al usuario en sus expectativas hacia el CAE	Aplicación de Encuesta Método Servqual <b>Percepción-Expectativa</b> al usuario <b>dimensión confiabilidad</b>	<b>100%</b> de la muestra estadística	Jefe CAE																
02. Gestionar la calidad en la <b>dimensión responsabilidad</b> para lograr la satisfacción al usuario en sus expectativas hacia el CAE.	Aplicación de Encuesta Método Servqual <b>Percepción-Expectativa</b> al usuario <b>dimensión responsabilidad</b>	<b>100%</b> de la muestra estadística	Jefe CAE																
03. Gestionar la calidad en la <b>dimensión seguridad</b> para lograr la satisfacción al usuario en sus expectativas hacia el CAE.	Aplicación de Encuesta Método Servqual <b>Percepción-Expectativa</b> al usuario <b>dimensión seguridad</b>	<b>100%</b> de la muestra estadística	Jefe CAE																
04. Gestionar la calidad en la <b>dimensión empatía</b> para lograr la satisfacción al usuario en sus expectativas hacia el CAE.	Aplicación de Encuesta Método Servqual <b>Percepción-Expectativa</b> al usuario <b>dimensión empatía</b>	<b>100%</b> de la muestra estadística	Jefe CAE																
05. Gestionar la calidad en la <b>dimensión bienes tangibles</b> para lograr la satisfacción al usuario en sus expectativas hacia el CAE.	Aplicación de Encuesta Método Servqual <b>Percepción-Expectativa</b> al usuario <b>dimensión bienes tangibles</b>	<b>100%</b> de la muestra estadística	Jefe CAE																

### 6.3 PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS

La ALTA DIRECCIÓN del CAE de esta organización se asegura de que:

- a) La Planificación del SGC se realiza con el fin de cumplir con los requisitos de la estructura ISO 9001.2015 a partir de la cláusula 4 hasta la 10, así como los Objetivos de Calidad descritos en el Plan de Calidad.
- b) Para mantener la integridad del SGC cualquier cambio que afecte su operación deberá ser planteado y revisado por el Responsable del Sistema y/o Alta Dirección, siendo autorizado por el/la directora(a) del HCHM.

## 7 APOYO

### 7.1 RECURSOS

#### 7.1.1 GENERALIDADES

El CAE provee y determina los recursos necesarios para:

- a) Implementar y mantener el SGC y mejorar continuamente su eficacia, se realiza a través de la asignación presupuestal que debe definir el próximo año (tercer trimestre).

#### C. Proyección de ejecución de actividad:

Actividad	Requisito ISO 9001.2015	Fecha Ejecución	Observaciones
Asignación presupuestal	7.1.1	Enero 2018 a Febrero 2018	Se analizará previamente, antes de cumplir con Carta Gantt Implementación SGC.

### **7.1.2 PERSONAS**

El personal del CAE que realiza trabajos que afectan a la calidad del Servicio de la Atención de Salud Ambulatoria como profesionales médicos, demuestran su competencia con base en la educación, formación, habilidades y experiencias apropiadas que registran en el sistema web de la superintendencia de salud en ítem prestador individual de salud. El resto del personal que no es médico, pero profesional y técnicos de la salud del CAE, su documentación comprobatoria se encuentra en el expediente de cada persona en el Departamento de Recursos Humanos del HCHM.

Cabe señalar, que los funcionarios trabajan bajo estándares existentes en Guías Clínicas, Protocolos, Manuales de Procedimientos y Normativas, los que son constantemente revisados y evaluados, ya que el plantel HCHM está acreditado en calidad por el sistema protocolar de certificación del MINSAL.

### **7.1.3 INFRAESTRUCTURA**

El CAE determina y proporciona los requerimientos de la infraestructura de acuerdo a las condiciones particulares y recursos disponibles, y la mantiene a través de la operación del procedimiento de Mantenimiento y Calibración de Equipos que debe elaborar próximo año y que se encuentra dentro de los procedimientos propuestos del Manual de Calidad (apartado 4.4 letra -B).

La infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del CAE, incluye:

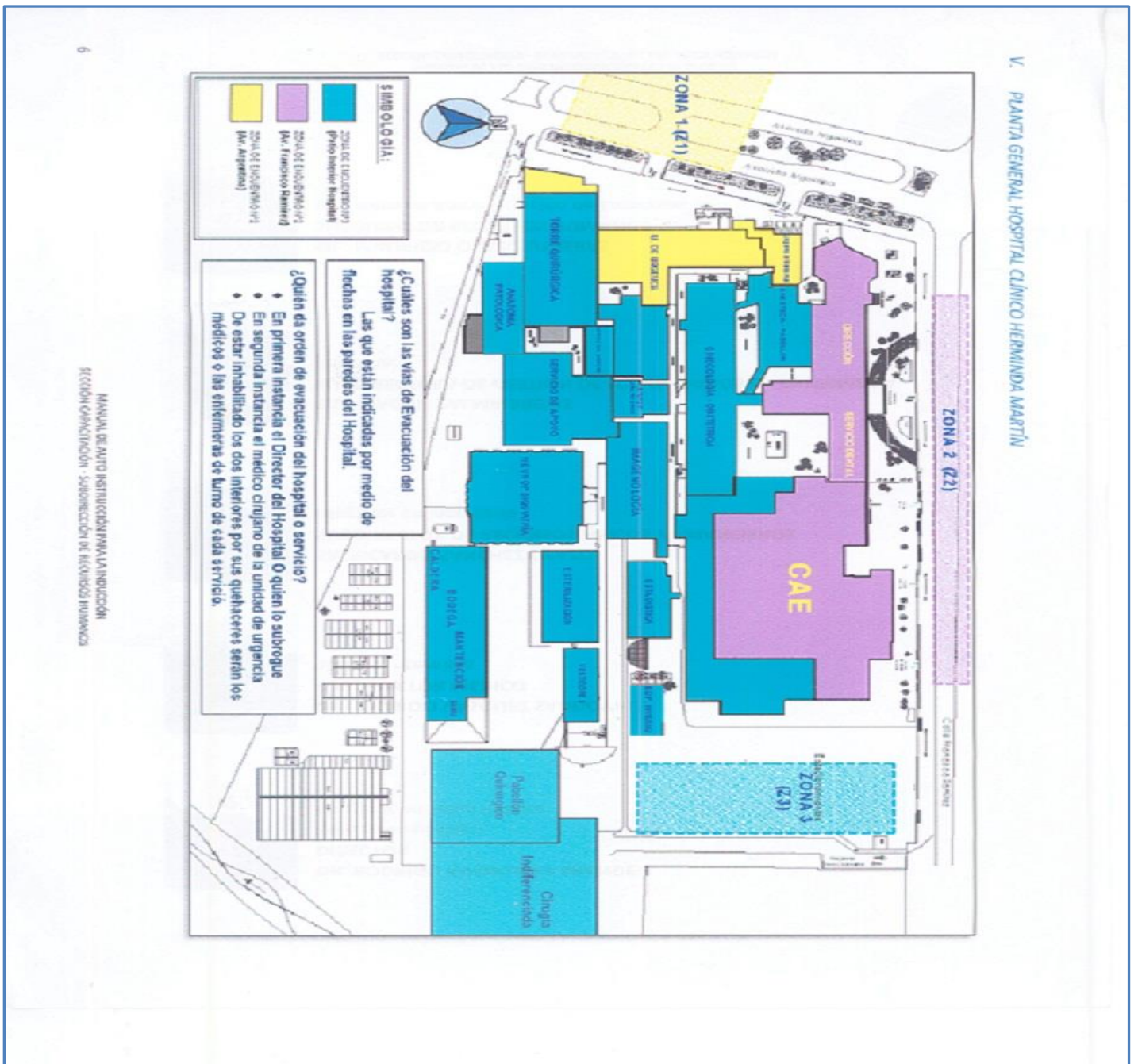
- a) Salas de atención médica, salas de atención enfermera y TENS, laboratorio, salas de vacuna, sala de entrega de medicamentos, oficinas administrativas, sala de espera, baños.
- b) El hardware y software necesario para la entrega de agenda médica y no médica.
- c) Estacionamiento.

d) Tecnologías de la información y la comunicación, las cuales son elemento clave para el trabajo más productivo, agilizando el acceso de la información.

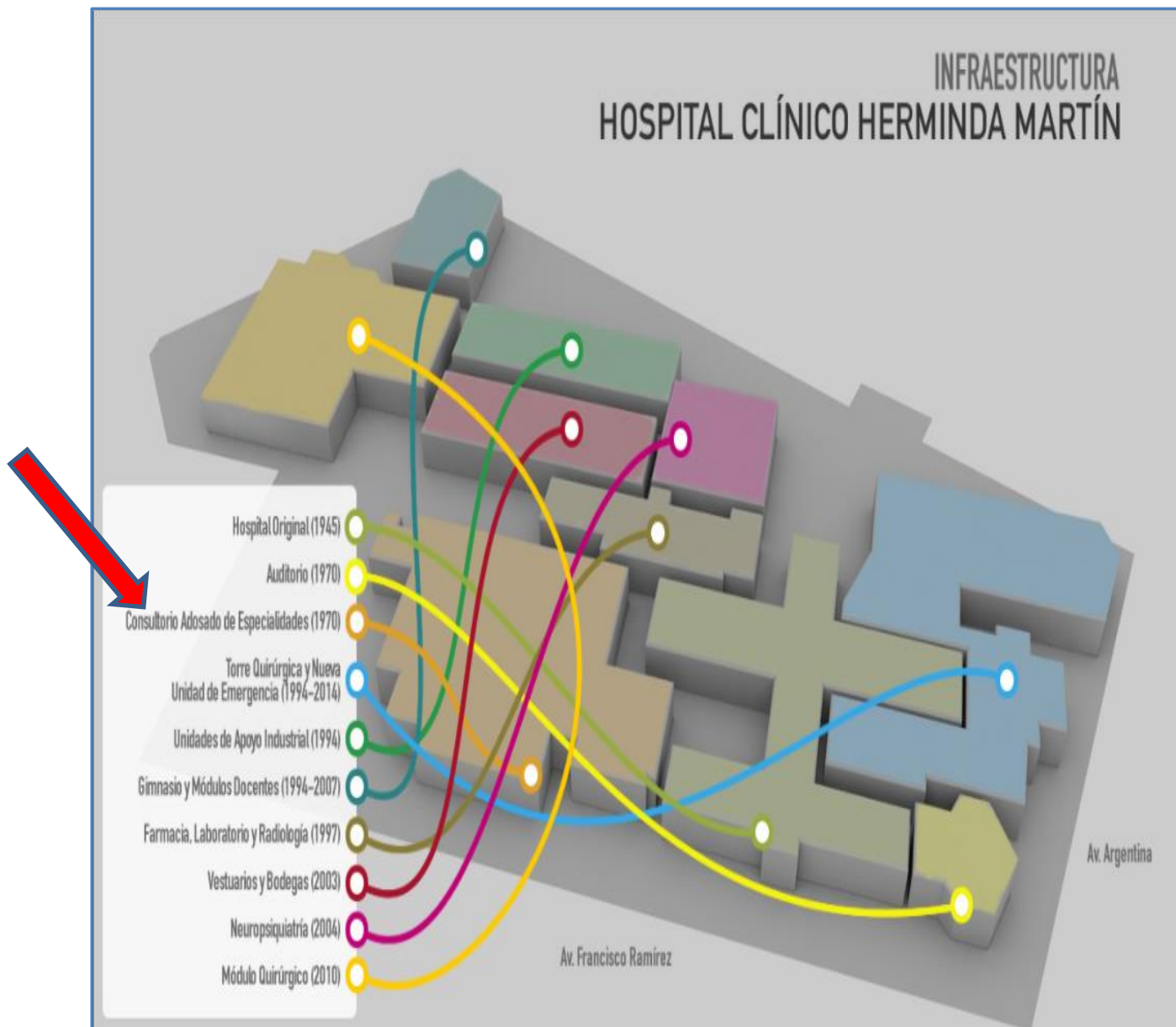
e) Equipamiento médico crítico para diversas patologías o determinación de diagnósticos.

**f) Croquis o Layout Vías de Evacuación del HCHM y CAE.**

**FIGURA 8: CROQUIS VIAS DE EVACUACION DEL HCHM Y CAE.**







Fuente: [www.hchm.cl](http://www.hchm.cl)

#### 7.1.4 AMBIENTE PARA LA OPERACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ESPECIALIDADES MÉDICAS AMBULATORIAS DEL CAE

En el CAE debe gestionar un ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos que exige el sistema de salud del HCHM, proporcionando las condiciones de trabajo adecuadas para el buen desempeño de las funciones asignadas a cada persona, así como la conservación, mantenimiento, adecuación de las condiciones físicas para el trabajo.

Debe proyectar para el próximo año (2018), programas de capacitación, desarrollo, reconocimientos y estímulos, considerando los resultados de la aplicación de la Encuesta Método Servqual **Percepción-Expectativas**, donde se consideran 5 dimensiones claves (confiabilidad-responsabilidad-seguridad-empatía-bienes tangibles), lo cual se debe realizar el último trimestre de este año (2017), para tener un diagnóstico más cercano para plantear plan de mejoras.

#### **7.1.5 RECURSOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN**

La aplicabilidad de este requisito es aplicable debido a que en la verificación del Servicio de Atención de Salud de especialidades ambulatorias en algunos casos se emplea dispositivos que deben ser calibrados o ajustados. Esto ocurre, además porque el HCHM cuenta con la acreditación de calidad Minsal, el cual utiliza estándares existentes en Guías Clínicas, Protocolos, Manuales de procedimientos y normativas, los que son constantemente revisados y evaluados.



### Instituciones/Organismos involucradas(os) en el Proceso de Acreditación y sus funciones

- **Ministerio de Salud:** Formula y actualiza los Estándares de Acreditación, estableciendo en el correspondiente Decreto GES la fecha de inicio de la exigencia de la acreditación de los Prestadores Institucionales de Salud para el cumplimiento de la Garantía de Calidad.
- **Secretarías Ministeriales de Salud:** Otorgan la Autorización Sanitaria para las instalaciones y funcionamiento de los Prestadores Institucionales de Salud, y fiscalizan su cumplimiento
- **Superintendencia de Salud (SIS):** La Intendencia de Prestadores (IP) de la SIS administra el Sistema Nacional de Acreditación, autoriza a las Entidades Acreditadoras, gestiona las solicitudes de acreditación, fiscaliza a las Entidades en relación a los procesos de acreditación y a los Prestadores Institucionales de Salud en la mantención de los Estándares por los cuales fueron acreditados. Asimismo, mantiene registros públicos de las Entidades Acreditadoras autorizadas, de los Prestadores Institucionales de Salud acreditados y de los Prestadores Individuales de Salud que se encuentran habilitados legalmente.
- **Instituto de Salud Pública (ISP):** Fiscaliza los procesos de acreditación de Laboratorios Clínicos efectuados por la Entidades Acreditadoras autorizadas y a los Laboratorios Clínicos acreditados en la mantención de los Estándares por los cuales fueron acreditados.
- **Entidades Acreditadoras:** Realizan los procedimientos de evaluación en terreno y elaboran el Informe de Acreditación.

#### 7.1.6 CONOCIMIENTOS DE LA ORGANIZACIÓN

El CAE determina los conocimientos necesarios para la operación de sus procesos, logrando la conformidad del servicio de atención de especialidades médicas ambulatorias, mediante el **registro en el procedimiento revisión por la dirección**, el que se contempla ser elaborado próximo año (2018). *Este documento será complementado realizando fiel referencia a los documentos que el HCHM permitió su Acreditación de Calidad MINSAL-Superintendencia de Salud.*

**PLAN DE ACCIÓN:**

Documento	Requisito ISO 9001.2015	Proyección Elaboración
Procedimiento revisión por la dirección	7.1.6	Julio 2018

**7.2 COMPETENCIA DEL CAE:**

Las competencias del personal del CAE, también se rigen bajo estándares existentes en Guías Clínicas, Protocolos, Manuales de procedimientos y normativas, los que son constantemente revisados y evaluados del HCHM.

a) Determina la competencia necesaria para el personal que afecta la calidad del Servicio de Atención de Especialidad Médica Ambulatoria, con apego al procedimiento para el Reclutamiento, Selección y Contratación del Personal, el cual será elaborado próximo año (2018) el que se contempla ser elaborado próximo año (2018). *Este documento será complementado realizando fiel referencia a los documentos que el HCHM permitió su Acreditación de Calidad MINSAL-Superintendencia de Salud.*

**Plan de acción:**

Documento	Requisito ISO 9001.2015	Proyección Elaboración
Procedimiento Reclutamiento, Selección y Contratación de personal	7.2	Julio 2018

b) Proporciona formación tanto para el personal profesional médico, como profesional no médico, a través de la aplicación del Procedimiento Actualización Profesional y Formación y el Procedimiento de Capacitación y Desarrollo del Personal del CAE, a través de la detección de necesidades de capacitación con base en las solicitudes que los jefes de departamento envían a los Departamentos de Recursos Humanos y/o Desarrollo Organizacional del HCHM.

**Plan de acción:**

Documento	Requisito ISO 9001.2015	Proyección Elaboración
Procedimiento de Capacitación y Desarrollo del Personal del CAE	7.2	Julio 2018
Procedimiento Actualización Profesional y Formación	7.2	Julio 2018

c) Para elaborar el Programa de Capacitación; los jefes de departamento envían una solicitud al jefe del Departamento de Recursos Humanos manifestando los cursos que de acuerdo al desempeño de su personal considere pertinentes y tomando en cuenta la Detección de Necesidades de Capacitación. En el caso del Personal Profesional Médico y Profesional no Médico, el programa de capacitación se determina por el jefe del área, con base en el análisis de:

- Los resultados de la Evaluación Docente.
- Las solicitudes de las academias.
- Análisis de las habilidades del personal.
  - Otras derivadas de: Las Auditorías Internas de Calidad, Auditorías de Servicios y Encuesta de Ambiente Laboral. Para satisfacer las necesidades de capacitación del personal del CAE.

**Plan de acción:**

Documento	Requisito ISO 9001.2015	Proyección Elaboración
Programas de Capacitación	7.2	Julio 2018

d) Mantiene información documentada apropiada de la educación, formación, habilidades y experiencia, en los expedientes de cada persona y de acuerdo a lo establecido en el Procedimiento Control de Registros de Calidad.

**Plan de acción:**

Documento	Requisito ISO 9001.2015	Proyección Elaboración
Programas de Capacitación	7.2	Julio 2018

**7.3 TOMA DE CONCIENCIA**

CAE debe asegurar que sus funcionarios están consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de calidad con base en la realización de las actividades y funciones descritas en sus descripciones de cargo o perfiles de cargo proyectadas, instruyendo al personal para que ubique sus actividades en los procesos y distinga su contribución a los Objetivos de la Calidad, y con el cumplimiento de sus actividades descritas en los procedimientos de sistema de gestión de calidad proyectado a implementar en año 2018.

**Plan de acción:**

Documento	Requisito ISO 9001.2015	Proyección Elaboración
Toma de conciencia	7.3	Julio 2018

**7.4 COMUNICACIÓN**

CAE debe asegurar de que la comunicación interna y externa es llevada a cabo a través de diferentes medios, tales como: Portales web, reuniones, del Personal, con los Usuarios, con el Sindicato, Comités Paritarios, Proveedores elaborando las minutas de cada una de estas reuniones; así como de otros medios como: trípticos, folletos y medios electrónicos, tomando en cuenta la eficacia del SGC.

**Plan de acción:**

Documento	Requisito ISO 9001.2015	Proyección Elaboración
Procedimiento Comunicación Interna y Externa	7.4	Julio 2018

**7.5 INFORMACIÓN DOCUMENTADA**

**7.5.1 GENERALIDADES**

Los Procedimientos del SGC que son requeridos por la norma ISO 9001:2015 se proyecta generar un **Listado Maestro de Documentos Internos Controlados** por parte del CAE.

El CAE establece la siguiente estructura de la documentación de su SGC como propuesta:



**Plan de acción:**

Documento	Requisito ISO 9001.2015	Proyección Elaboración
Listado Maestro de Documentos Internos Controlados	7.5.1	Julio 2018

**7.5.2 CREACIÓN Y ACTUALIZACIÓN**

Los documentos que va a requerir el CAE para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos los tiene que definir en la Lista Maestra de Documentos Internos Controlados (Ver punto 7.5.1).

**7.5.3 CONTROL DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA**

El CAE deberá contar con un procedimiento para controlar los documentos del SGC, el procedimiento es: Procedimiento del SGC para el Control de Documentos.

CAE, además debe establecer un procedimiento del SGC para el Control de los Registros de Calidad

**Plan de acción:**

Documento	Requisito ISO 9001.2015	Proyección Elaboración
Procedimiento del SGC para el Control de Documentos	7.5.3	Julio 2018
Procedimiento Control de Registro de Calidad	7.5.3	Julio 2018

La información documentada de origen externo, que CAE determina como necesaria para la planificación y operación del SGC debe definirla en Lista Maestra de Documentos de Origen Externo.



**Plan de acción:**

Documento	Requisito ISO 9001.2015	Proyección Elaboración
Lista Maestra de Documentos de Origen Externo.	7.5.3	Julio 2018

## 8 OPERACIÓN

### 8.1 PLANIFICACIÓN Y CONTROL DEL SERVICIO EDUCATIVO.

La Planificación de la realización del Servicio de Atención de Especialidades Médicas Ambulatorias es coherente con los requisitos de los otros procesos del SGC, el cual se realizará a través, estándares como Guías Clínicas, Protocolos, Manuales de Procedimientos y Normativas, que posee el HCHM y que fue acreditado en calidad por MINSAL. CAE pertenece al HCHM (está adosado) y es un medio estratégico para lograr los objetivos de la política de Calidad del Hospital.

Los documentos para la operación y control de los procesos son:

a) Las actividades de verificación, validación, seguimiento e inspección específicas para el Servicio de Atención de Especialidades Médicas Ambulatorias, así como los criterios para la aceptación del mismo se realizan a través de los siguientes documentos: Guías Clínicas, Protocolos, Manuales de Procedimientos y Normativas, que posee el HCHM.

Se generarán registros o evidencias (Año 2018) que se requieren para demostrar la realización del Servicio de Atención de Especialidades Médicas Ambulatorias y que éste cumple con los requisitos de la ISO 9001.2015 y con las exigencias de la Acreditación de Calidad Minsal.

## 8.2 REQUISITOS PARA EL SERVICIO DE ATENCIÓN DE ESPECIALIDADES MÉDICAS AMBULATORIAS

### 8.2.1 COMUNICACIÓN CON EL USUARIO

El CAE debe determinar e implementar disposiciones eficaces para la comunicación con los usuarios relativas los ítems que aparecen en el reglamento al usuario del HCHM:

<b>PRIMERO. ÁMBITO DE APLICACIÓN.....</b>	2
<b>SEGUNDO. DEBERES DE LOS USUARIOS.....</b>	2
<b>TERCERO. HORARIOS DE ATENCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO.....</b>	3
<b>CUARTO. INGRESO DE PACIENTES AL ESTABLECIMIENTO.....</b>	4
<b>QUINTO. ESTADIA DE LOS PACIENTES EN EL ESTABLECIMIENTO.....</b>	4
<b>SEXTO. HORARIOS DE VISITAS Y ACOMPAÑAMIENTO DE PACIENTES.....</b>	5
<b>SÉPTIMO. RESTRICCIONES PARA VISITA Y ACOMPAÑAMIENTO DE PACIENTES.....</b>	6
<b>OCTAVO. CONSEJERIA Y ASISTENCIA RELIGIOSA O ESPIRITUAL.....</b>	7
<b>NOVENO. EGRESO DE LOS PACIENTES DEL ESTABLECIMIENTO.....</b>	7
<b>DÉCIMO. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y DEL EQUIPO DE SALUD.....</b>	8
<b>UNDÉCIMO. SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO.....</b>	8
<b>DUODÉCIMO. VISITAS MÉDICAS Y GESTION DE CUIDADOS.....</b>	9
<b>DÉCIMO TERCERO. CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD.....</b>	9
<b>DÉCIMO CUARTO. INFORMACIÓN DE SALUD.....</b>	9
<b>DÉCIMO QUINTO. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....</b>	10
<b>DÉCIMO SEXTO. LA FICHA CLÍNICA.....</b>	11
<b>DÉCIMO SÉPTIMO. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.....</b>	12
<b>DÉCIMO OCTAVO. OFERTA DE PRESTACIONES DE SALUD.....</b>	13
<b>DÉCIMO NOVENO. COSTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD.....</b>	13
<b>VIGÉSIMO. PAGO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD.....</b>	14
<b>VIGÉSIMO PRIMERO. MEDICAMENTOS E INSUMOS.....</b>	14
<b>VIGÉSIMO SEGUNDO. COMITÉS DE ETICA.....</b>	15
<b>VIGÉSIMO TERCERO. CONVENIOS ASISTENCIALES DOCENTES.....</b>	15
<b>VIGÉSIMO CUARTO. INFORMACION, RECLAMOS Y SUGERENCIAS.....</b>	15
<b>VIGÉSIMO QUINTO. VIAS DE EVACUACIÓN.....</b>	16

**Nota:** véase el reglamento interno de los usuarios en Página [www.hospitaldechillan.cl](http://www.hospitaldechillan.cl).

## 8.2.2 DETERMINACIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO DE ATENCIÓN DE ESPECIALIDADES MÉDICAS AMBULATORIAS

### CAE debe determinar que:

Requisitos especificados con la atención.

Requisitos Legales Aplicables en la atención.

### Plan de acción:

Documento	Requisito ISO 9001.2015	Proyección Elaboración
Procedimiento Determinación de los requisitos del CAE con el Servicio al Usuario	8.2.2	Julio 2018

## 8.2.3 REVISIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO DE ATENCIÓN DE ESPECIALIDADES MÉDICAS AMBULATORIAS

CAE hacer revisión de los requisitos.

### Plan de acción:

Documento	Requisito ISO 9001.2015	Proyección Elaboración
Procedimiento Revisión de los requisitos del CAE con el Servicio al Usuario	8.2.3	Julio 2018

## 8.2.4 CAMBIOS EN LOS REQUISITOS PARA EL SERVICIO DE ATENCIÓN DE ESPECIALIDADES MÉDICAS AMBULATORIAS

Cuando las especificaciones o requisitos del **Servicio de Atención de Especialidades Médicas Ambulatorias** se modifiquen, CAE debe asegurar de que la documentación pertinente y relacionada es modificada y de que los funcionarios que intervienen son conscientes de los cambios en las especificaciones y requisitos.

**Plan de acción:**

Documento	Requisito ISO 9001.2015	Proyección Elaboración
Procedimiento Cambio de los requisitos del CAE con el Servicio al Usuario	8.2.4	Julio 2018

**8.3 DISEÑO Y DESARROLLO DEL SERVICIO DE ATENCIÓN DE ESPECIALIDADES MÉDICAS AMBULATORIAS**

No asegura diseño y desarrollo en cada una de sus etapas de atención y modalidades, esto es visto por HCHM.

**\*\*Requisito se excluye.**

**8.4 CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE.**

**8.4.1 GENERALIDADES**

CAE solo debe chequear que los productos adquiridos para la realización del **Servicio de Atención de Especialidades Médicas Ambulatorias** cumplen con los requisitos especificados, a través de la orden de compra y adquisiciones de bienes y servicios y son verificadas de forma física por el encargado de adquisiciones y/o los solicitantes del bien y/o servicio. Este proceso es aplicable a HCHM.

**\*\*Requisito se excluye.**

**8.4.2 TIPO Y ALCANCE DEL CONTROL.**

Si bien el **Servicio de Atención de Especialidades Médicas Ambulatorias**, hace uso de materiales de carácter crítico como jeringas envases para almacenamiento de sangre y equipamiento médico de alta tecnología los controles a los proveedores se deben realizar a través de una selección adecuada de proveedores de bienes y/o servicios.

CAE no tiene control de proveedores, es un proceso del HCHM, por lo que debe estar acreditado en calidad por MINSAL, debiese poseer procedimiento y registros al respecto.

**\*\*Requisito se excluye.**

#### **8.4.3 INFORMACIÓN PARA LOS PROVEEDORES EXTERNOS.**

CAE no tiene control de proveedores, es un proceso del HCHM, por lo que debe estar acreditado en calidad por MINSAL, debiese poseer procedimiento y registros al respecto.

**\*\*Requisito se excluye.**

### **8.5 PRODUCCIÓN Y PROVISIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN DE ESPECIALIDADES MÉDICAS AMBULATORIAS**

#### **8.5.1 CONTROL DE LA PRODUCCIÓN Y DE LA PROVISIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN DE ESPECIALIDADES MÉDICAS AMBULATORIAS**

CAE deberá planificar y llevar a cabo la realización del **Servicio de Atención de Especialidades Médicas Ambulatorias** bajo condiciones controladas. Estas condiciones controladas incluyen:

HCHM está certificado en calidad (acreditación MINSAL), por lo que CAE, al estar bajo las directrices de los estamentos del HCHM ocurre lo siguiente:

**Los funcionarios trabajan bajo estándares existentes en Guías Clínicas, Protocolos, Manuales de procedimientos y normativas, los que son constantemente revisados y evaluados**

#### **8.5.2 IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD.**

CAE identifica al **Servicio de Atención de Especialidades Médicas Ambulatorias** como su único proceso como clave, pero al no tratarse de un producto la atención y las compras de equipamiento crítico no es aplicable.

**\*\*Requisito se excluye.**

### 8.5.3 PROPIEDAD DEL CLIENTE

CAE identifica al **Servicio de Atención de Especialidades Médicas Ambulatorias** como su único proceso como clave, pero al no tratarse de un producto la atención y no tiene contemplado reclutar bienes del usuario, no es aplicable.

Cabe señalar, que muestras médicas, como biopsias, es HCHM quien contempla este servicio.

**\*\*Requisito se excluye.**

### 8.5.4 PRESERVACIÓN

La aplicabilidad de este requisito es en forma parcial debido a las características de nuestro servicio, que es intangible, no es susceptible de almacenamiento, manipulación, embalaje y protección.

Sin embargo, en lo referente a la preservación de las partes constitutivas del **Servicio de Atención de Especialidades Médicas Ambulatorias**, como son la documentación y la infraestructura, y toda la documentación oficial que se genere durante la prestación del **Servicio Atención de Especialidades Médicas Ambulatorias**, se controla aplicando lo estipulado en el punto 7.5.3 de la ISO 9001.2015.

#### Plan de acción:

Documento	Requisito ISO 9001.2015	Proyección Elaboración
Procedimiento Preservación	7.5.3 y 7.1.3	Julio 2018

En cuanto a la preservación de la infraestructura y las instalaciones físicas como son salas de atención, oficinas administrativas, salas de espera, baños y laboratorios se atiende como se indica en el apartado 7.1.3.

### 8.5.5 ACTIVIDADES POSTERIORES A LA ENTREGA

Este requisito no tiene aplicabilidad debido a que el **Servicio Atención de Especialidades Médicas Ambulatorias** del CAE concluye con la entrega Certificados y Documentación atingente al Usuario cuando la atención finaliza, por lo tanto, no se proyectan condiciones controladas para esta actividad.

**\*\*Requisito se excluye.**

### 8.6 LIBERACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN DE ESPECIALIDADES MÉDICAS AMBULATORIAS.

CAE, en lo que respecta a la liberación del **Servicio de Atención de Especialidades Médicas Ambulatorias debe generar un procedimiento.** CAE y HCHM mantiene información en sus respectivas fichas de los usuarios de su estado de salud.

#### Plan de acción:

Documento	Requisito ISO 9001.2015	Proyección Elaboración
Procedimiento Liberación del Servicio de Atención de Especialidades Médicas Ambulatorias del CAE	8.6	Julio 2018

### 8.7 CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES.

Para fines operativos la Salida No Conforme se identifica cuando no se cumple alguna de las características de calidad declaradas en el Plan de Calidad del CAE, lo cual se deberá generar registro en un Formato denominado para Identificación, Registro y Control de Salidas No Conformes.

CAE, a efecto de prevenir una Salida No Conforme, debe declarar que:

- a) Toma acciones para eliminar la no conformidad detectada, de acuerdo con el Plan de Calidad del CAE en su prestación de **Servicio de Atención de Especialidades Médicas Ambulatorias.**

#### Plan de acción:

Documento	Requisito ISO 9001.2015	Proyección Elaboración
Identificación, Registro y Control de Salidas No Conformes.	8.7	Julio 2018

## 9.- EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

### 9.1 SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN.

#### 9.1.1 GENERALIDADES

CAE debe planificar e implementar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para:

a) Demostrar la conformidad del **Servicio de Atención de Especialidades Médicas Ambulatorias**,

b) Asegurarse de la conformidad del SGC con los requisitos de la Norma mediante la aplicación del procedimiento para Auditorías Internas de Calidad y mediante la Revisión por la Dirección.

#### Plan de acción:

Documento	Requisito ISO 9001.2015	Proyección Elaboración
Procedimiento Auditoría Interna	9.1	Octubre 2018

c) Mejorar continuamente la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad, a partir de la atención y solución de las no conformidades detectadas en el sistema y de los resultados registrados en la Revisión por la Dirección CAE seleccionará las técnicas estadísticas que requiere, de acuerdo al tratamiento de los datos analizados como: los casos de Auditorías de Servicio, **Encuestas de Ambiente Laboral**, Evaluación a Médicos, resultados de los



indicadores y en todos aquéllos que requieran la aplicación de métodos estadísticos y herramientas de la calidad.

### 9.1.2 SATISFACCIÓN DEL USUARIO/PACIENTE

CAE realizará el seguimiento de la información relativa a la percepción y expectativas del Usuario, donde se le consultará mediante afirmaciones considerando las 5 dimensiones asociadas a **confiabilidad, responsabilidad, seguridad, empatía y bienes tangibles**.

Una forma de darle sentido al análisis FODA y Determinación de los Objetivos de la Calidad, se implementará encuesta método SERVQUAL, durante el último trimestre año 2017, considerando muestra de la población que se atendió en primer trimestre en año 2017 en CAE en especialidades médicas.

CAE debe generar un procedimiento próximo año (2018) sobre Satisfacción Cliente, Quejas y/o Reclamos, para dar cumplimiento a los requisitos de los ISO 9001.2015.

#### Plan de acción:

Documento	Requisito ISO 9001.2015	Proyección Elaboración
Procedimiento Satisfacción Cliente, Quejas y/o Reclamos.	9.1.2	Octubre 2018

### 9.1.3 ANÁLISIS Y EVALUACIÓN

CAE debe analizar y evaluar los datos y la información que son originados por el seguimiento y medición. Los resultados de los análisis se utilizan para evaluar:

a) La Conformidad de los requisitos del **Servicio de Atención de Especialidades Médicas Ambulatorias**, que contempla este Plan de Calidad.

b) La satisfacción del Usuario, con el análisis de los resultados obtenidos de la aplicación de las encuestas método SERVQUAL, que se lleva cabo el 4° Trimestre 2017.

- c) El desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad año 2018.
- d) Si lo planificado se ha implementada de forma eficaz.
- e) La eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades
- g) La necesidad de mejoras en el sistema de gestión de la calidad registrado en el formato para Resultados de la Revisión por la Dirección.

## 9.2 AUDITORÍA INTERNA

CAE debe llevar, a intervalos planificados, auditorías internas para determinar si el Sistema de Gestión de la Calidad:

- a) Es conforme con las disposiciones planificadas en 7.1 del presente Plan y futuro Manual del Sistema de Gestión de Calidad, con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 y con los requisitos del SGC establecidos por esta organización.
- b) CAE debe generar programa de auditorías tomando en consideración el estado y la importancia de los procesos y las áreas a auditar, así como los resultados de las auditorías previas.

### Plan de acción:

Documento	Requisito ISO 9001.2015	Proyección Elaboración
Procedimiento Auditoría Interna	9.2	Octubre 2018

## 9.3 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

### 9.3.1 GENERALIDADES

La ALTA DIRECCIÓN del CAE deberá realizar las revisiones del SGC de la organización de acuerdo al programa previamente elaborado, para asegurar su conveniencia,

adecuación y eficacia continuas, incluye las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el SGC, incluidas la Política y los Objetivos de la Calidad.

### **9.3.2 ENTRADAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN**

La Revisión por la Dirección del CAE de acuerdo a un programa establecido elaborado a partir del programa general de trabajo, presentando el estado que guarda el SGC en ese momento. Incluyendo lo siguiente para año 2018.

**a) El estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas**

**b) Cambios en cuestiones externos e internos pertinentes al sistema de gestión de la calidad**

**c) La información sobre el desempeño y eficacia del SGC incluyendo**

1) Formato para la Retroalimentación del Cliente, formato para Informe de Resultados de Auditoría de Servicios. Se deben elaborar 4º Trimestre 2018.

2) El grado de logro de los objetivos de la calidad

3) Desempeño de los procesos y conformidad del servicio, revisión de indicadores del Plan Rector. Como preámbulo se contemplarán los objetivos de calidad de este plan y sus respectivos indicadores.

4) Estado de las No Conformidades y Acciones Correctivas, formato para el Control del Estado de Acciones Correctivas.

5) Acciones de seguimiento de revisiones anteriores, efectuadas por la Dirección, expresados en las minutas de las Revisiones por la Dirección.

6) Resultados de las Auditorías Internas de Calidad.

7) El desempeño de los proveedores externos.

- d) La adecuación de los recursos
- e) La eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades
- f) Recomendaciones para la mejora son registradas a través del formato para Resultados de la Revisión por la Dirección, y del formato para Registro de Proyectos de Mejora.

### **9.3.3 SALIDAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN**

Los resultados de la Revisión por la Dirección del CAE, incluyen todas las decisiones y acciones relacionadas con:

- a) La mejora de la eficacia del SGC y de sus procesos y la mejora del **Servicio de Atención de Especialidades Médicas Ambulatorias** en relación con los requisitos del Usuario.
- b) Cualquier necesidad de cambio dentro del SGC
- c) Las necesidades de recursos, las cuales son presentadas en el formato Resultados de la Dirección.

## **10 MEJORA**

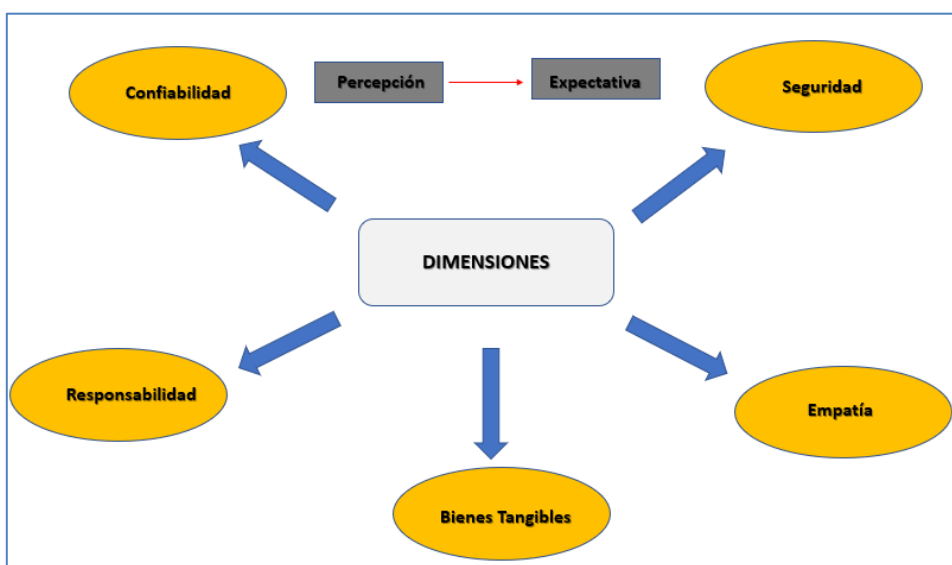
### **10.1 GENERALIDADES**

Determina y selecciona las oportunidades de mejora implementando las acciones necesarias para el cumplimiento de los requisitos del Usuario, aumentando su satisfacción. Incluyendo:

- a) Mejorar el **Servicio de Atención de Especialidades Médicas Ambulatorias** para el cumplimiento de los requisitos, considerando las expectativas futuras.
- b) Corregir y reducir efectos no deseados

c) Mejorar el desempeño y la eficacia del SGC que se propone para el año 2018 logrando la implementación contemplada en este Plan de Calidad.

**IMPORTANTE:** Cabe señalar, que se realizará en el 4° Trimestre de 2017, la aplicación de encuesta método Servqual a los usuarios del CAE, buscando hallar brechas para proponer Mejoras con Planes de Acción para cada brecha detectada entre la percepción y la expectativa, lo cual estará contemplado en **Memoria de Título, en sección distinta del Plan de Calidad propuesto.**



Fuente: Elaboración propia

## 10.2 NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA

CAE debería tomar acciones para eliminar la causa raíz de las no conformidades, para evitar su recurrencia. CAE debe contemplar para 2018 un procedimiento para Acciones Correctivas, que indique lo siguiente:

- a) La revisión de las no conformidades.
- b) La determinación de las causas de las no conformidades.

- c) La evaluación para adoptar las acciones que aseguran que la no conformidad no volverá a ocurrir.
- d) La determinación de la(s) acción(es) necesaria(s) para eliminar la no conformidad.
- e) La aplicación de la acción correctiva y su evidencia
- f) La revisión de la acción tomada para asegurar que la no conformidad no vuelva ocurrir.

### **10.3 MEJORA CONTINUA**

CAE debe efectuar mejora continua dentro del Sistema de Gestión de la Calidad a través del análisis de la eficacia del sistema, mediante el cumplimiento de la Política de Calidad, los Objetivos de Calidad, Resultados de Auditorías, Análisis de Datos, Identificación y Gestión de Riesgos, Análisis de Contexto de la Organización, las Acciones Correctivas y la Revisión por la Dirección, el seguimiento al cumplimiento de los indicadores declarados en este Plan de Calidad del CAE para el proceso del Servicio de Atención de Especialidades Médicas Ambulatorias.

## CAPÍTULO VI: PROPUESTA DE MEJORA CONTINUA

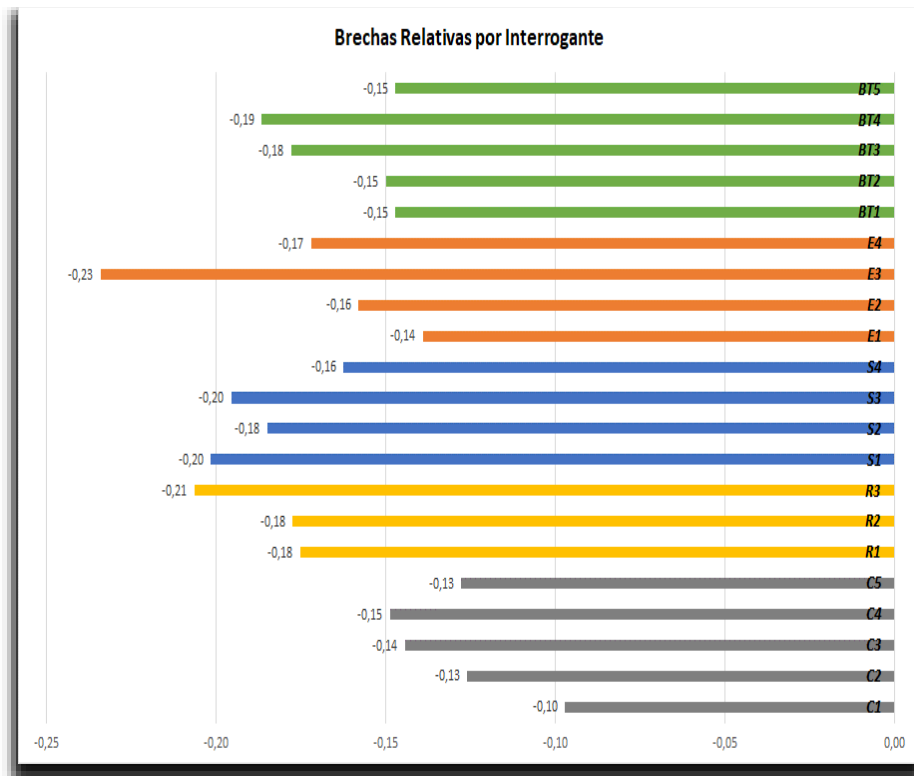
La empresa tiene que mejorar de forma continua la idoneidad, adecuación y eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad según la norma **ISO 9001:2015**.

La empresa tiene que considerar todos los resultados del análisis y la evaluación, además de la revisión por parte de la dirección. Se tiene que determinar si existen necesidades y oportunidades que tienen que considerarse como parte de la mejora continua.

La empresa tiene que establecer las acciones necesarias para identificar las áreas de su organización que tienen un bajo rendimiento y oportunidades, además de utilizar herramientas y metodologías necesarias para investigar las causas de ese bajo rendimiento y como apoyo para realizar la mejora continua.

La mejora continua es el resultado del desempeño que realice la organización con su Sistema de Gestión de la Calidad norma ISO 9001:2015

Gráfico: Brechas relativas



Fuente: Elaboración Propia

## DIMENSIÓN N°1: CONFIABILIDAD

ÍTEM	RELATIVO PERCEPCIÓN	RELATIVO EXPECTATIVA	BRECHA
C1	0,84	0,94	-0,10

AFIRMACIÓN (C1): *Cuando el CAE promete hacer algo en un tiempo determinado, lo cumple.*

### PARA ALCANZAR LA EXPECTATIVA

#### PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO C1:

1.- Implementar un sistema de revisión periódica de cumplimiento cada 6 meses por parte del área OIRS. El objetivo es medir el cumplimiento de los tiempos comprometidos en la atención al usuario. Este sistema de revisión se ejecutará mediante encuestas enfocado a los usuarios de la unidad CAE. Se recomienda que los funcionarios que cumplan con los tiempos establecidos de atención puedan recibir incentivos económicos y/o administrativos, como por ejemplo Premio a la gestión el cual puede verse reflejado en sus liquidaciones de sueldo. O bien cartas de reconocimiento que queden en la hoja de vida del trabajador y que le pueda permitir optar a algún ascenso o cambio de grado. Esta medición debería ser de manera semestral para que se pueda llevar un control y así

ÍTEM	RELATIVO PERCEPCIÓN	RELATIVO EXPECTATIVA	BRECHA
C2	0,88	1,00	-0,13

AFIRMACIÓN (C2): *Cuando un usuario tiene un problema, el CAE muestra sincero interés por resolverlo.*

### PARA ALCANZAR LA EXPECTATIVA

#### PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO C2:

1.- Implementar un sistema de difusión más amplio y/o masivo y fuertemente persuasiva de cómo realizar reclamos a través del sistema web de la OIRS ([www.oirs.minsal.cl](http://www.oirs.minsal.cl)) tanto en pc-notebook, Tablet o equipo móvil. El objetivo es medir el cumplimiento de la solución de problemas en forma más expedita y con respaldo tecnológico. OIRS debería llevar un registro de reclamos Web que no han sido respondidos en los tiempos comprometidos cuando el usuario lo haga en forma presencial en las instalaciones. Los NO CUMPLIMIENTOS DE SOLUCIONES Y/O RESPUESTAS, se recomendará aplicar Inhibición de bonos de



cumplimiento, por el contrario, si el funcionario cumple este ítem, podrá optar a beneficios adicionales (Permisos extras administrativos, bonos, anotaciones positivas para optar a ascensos, etc.)

ÍTEM	RELATIVO PERCEPCIÓN	RELATIVO EXPECTATIVA	BRECHA
C3	0,88	1,02	-0,14

**AFIRMACIÓN (C3): *El CAE desempeña el servicio de manera correcta a la primera vez.***

**PARA ALCANZAR LA EXPECTATIVA**

**PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO C3:**

1.- Implementar un sistema de registro de atención donde se otorgó solución a la primera vez en el CAE. El objetivo es que OIRS lleve un control estadístico que permita determinar qué atenciones no fueron atendidas a la primera vez y eso permita al sistema mejorar la atención a los usuarios. Control semestral.

ÍTEM	RELATIVO PERCEPCIÓN	RELATIVO EXPECTATIVA	BRECHA
C4	0,84	0,98	-0,15

AFIRMACIÓN (C4): *El CAE proporciona sus servicios en la oportunidad en la que promete hacerlo.*

**PARA ALCANZAR LA EXPECTATIVA**

**PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO C4:**

1.- Implementar un sistema de registro de atención en que se realizó en el CAE el protocolo en la oportunidad que se prometió ejecutarlo. El objetivo es que OIRS lleve un control estadístico que permita determinar qué atenciones no fueron atendidas en la oportunidad en que se prometió ejecutarlo y eso permita al sistema mejorar la atención a los usuarios. Control semestral.

ÍTEM	RELATIVO PERCEPCIÓN	RELATIVO EXPECTATIVA	BRECHA
C5	0,90	1,02	-0,13

AFIRMACIÓN (C5): *El CAE mantiene informado a los usuarios sobre el momento en que se van a desempeñar los servicios.*

**PARA ALCANZAR LA EXPECTATIVA**

**PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO C5:**

1.- Implementar un sistema de paso a paso detallado que mantenga informado a los usuarios del protocolo de atención al momento de ingresar al registro de atención. El objetivo es que el usuario no tenga ambigüedades sobre el proceso de la atención y los tiempos de espera. Actualmente esta unidad cuenta con un sistema recién implementado en donde una persona recibe al paciente y lo deriva a la consulta correspondiente, sin embargo, luego de ser atendido por el especialista, el paciente no tiene la claridad total sobre los pasos a seguir en su proceso de atención, por lo que se podría complementar que al momento de confirmar hora para exámenes por ejemplo, le llegue al usuario un correo electrónico o un msm al celular, recordando la hora de atención y la preparación previa los exámenes, junto con los pasos a seguir y el doctor que le atenderá.

**DIMENSIÓN N°2: RESPONSABILIDAD**

ÍTEM	RELATIVO PERCEPCIÓN	RELATIVO EXPECTATIVA	BRECHA
R1	1,06	1,24	-0,18

AFIRMACIÓN (R1): *El personal del CAE brinda el servicio con prontitud a los usuarios.*

**PARA ALCANZAR LA EXPECTATIVA****PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO R1:**

1.- Es conveniente en este punto realizar previamente una breve estadística sobre el tiempo de espera que los pacientes tienen por especialidad para poder informarles el tiempo de espera aproximado para su atención y a la vez informar cuánto tardará su atención en particular con el especialista, ya que los usuarios tienen distintas expectativas sobre lo que se debe tardar su prestación y con esto se evita que el tiempo de espera sea incierto, el cual hace sentir al paciente que éste tiempo es aún más prolongado de lo que efectivamente es. La unidad encargada debería identificar cuáles son aquellas áreas o servicios específicos que se ejecutan de forma deficiente en cuanto a la prontitud con la que se opera. Solo así se puede establecer alguna medición de los tiempos de respuesta y luego redefinir cargas de trabajo y responsabilidades de aquellos puestos que presenten mayores deficiencias en esta variable a fin de poder redistribuir responsabilidades mejorando así la prontitud con la que se entrega el servicio a los pacientes.

Adicional es importante considerar en este punto que los tiempos de espera sin ocupación alguna parecen más largos que los que tienen alguna ocupación, por lo que se propone instalar televisores en cada pasillo de la unidad CAE, donde hay pacientes esperando atención. También se puede disponer en cada pasillo de revistas y diarios para que los pacientes y sus acompañantes puedan hacer más ameno el tiempo de espera para su

Se debe informar y educar al paciente sobre este tema, ya que con esto también se puede reducir la brecha en este punto.

ÍTEM	RELATIVO PERCEPCIÓN	RELATIVO EXPECTATIVA	BRECHA
R2	1,11	1,29	-0,18

AFIRMACIÓN (R2): *El personal del CAE siempre se muestra dispuesto a ayudar a los usuarios*

#### **PARA ALCANZAR LA EXPECTATIVA**

#### **PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO R2:**

1.- En este punto es importante que se realicen capacitaciones a los funcionarios de tipo motivacional y de calidad de atención, para que se puedan alinear con las acreditaciones de calidad que el hospital realiza para lograr excelencia en la atención. Adicional, se puede establecer sistemas donde un funcionario pueda orientar a los pacientes que están esperando su turno sobre sus inquietudes, de esta manera los usuarios queden con la sensación de que el personal está preocupado y desea ayudarlo.

También se puede gestionar capacitaciones una vez a la semana a los pacientes que posean alguna enfermedad crónica o bien que tengan alguna condición que le complique llevar una vida completamente normal, que sea dictada por algún profesional de esta unidad, que le de ideas o tips de maneras más sencillas para tratar sus dolencias y que no estén necesariamente relacionadas con los medicamentos y/o tratamientos que ya se estén realizando, por ejemplo para los pacientes con diabetes y/o obesidad maneras de como alimentarse y recetas sobre preparación de comidas sencillas para realizar en sus casas, así como entregar la información de lugares donde venden productos o preparan con las condiciones que necesitan para beneficiar el cuidado de su salud. A su vez, en estas capacitaciones grupales se pueden realizar ejercicios que permitan mejorar la autoestima de los pacientes.

ÍTEM	RELATIVO PERCEPCIÓN	RELATIVO EXPECTATIVA	BRECHA
R3	1,12	1,32	-0,21

AFIRMACIÓN (R3): *El personal del CAE nunca está demasiado ocupado como para no atender a un usuario/usuario.*

**PARA ALCANZAR LA EXPECTATIVA**

**PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO R3:**

1.- Es importante que los funcionarios que atienden directamente a los pacientes tengan una buena predisposición y actitud positiva al momento de entregar la información y de prestar el servicio, ya que de esta manera el usuario sentirá que será que es atendido a pesar de que los trabajadores estén ocupados.

**DIMENSIÓN N°3: SEGURIDAD**

ÍTEM	RELATIVO PERCEPCIÓN	RELATIVO EXPECTATIVA	BRECHA
S1	1,11	1,24	-0,18

AFIRMACIÓN (S1): *El comportamiento del personal del CAE le inspira confianza*

**PARA ALCANZAR LA EXPECTATIVA**

**PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO S1:**

1.- Se propone realizar talleres de capacitación cruzada para que los funcionarios de distintas secciones, conozcan el funcionamiento y la importancia sobre determinados temas y así puedan hablar con fundamentos y conocimientos ante las inquietudes de los usuarios, de esta manera se generará en los pacientes confianza sobre la atención recibida y percibida.

ÍTEM	RELATIVO PERCEPCIÓN	RELATIVO EXPECTATIVA	BRECHA
S2	1,06	1,29	-0,18

AFIRMACIÓN (S2): *Los usuarios se sienten seguros con la atención que reciben en el CAE*

**PARA ALCANZAR LA EXPECTATIVA**

**PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO S2:**

1.- Es importante detectar primero cuáles son los aspectos que le generan a los usuarios más inseguridad, ya que por ejemplo puede estar relacionado a que el paciente desea tener seguridad en que la atención que se le prestará será la adecuada, también se puede mirar desde el punto de vista que el usuario requiere más información sobre sus atenciones o si su hora médica se concretará realmente, etc. Para ello, es necesario establecer un buen sistema de información a los usuarios y que se mejoren los tiempos de respuesta, con esto se podrá trabajar la brecha que se tiene en este punto. Este sistema de Información se puede generar por medio de la implementación de un sistema computacional que permita que todo el hospital tenga la información en línea, sobre todo con respecto a la ficha clínica del paciente, de esta manera el usuario sentirá que con cada funcionario que se atiende ya está al tanto de su problema y así lo puede direccionar de manera más efectiva para obtener la respuesta que necesita.

ÍTEM	RELATIVO PERCEPCIÓN	RELATIVO EXPECTATIVA	BRECHA
S3	1,21	1,41	-0,20

AFIRMACIÓN (S3): *El personal del CAE trata a los usuarios siempre con cortesía*

**PARA ALCANZAR LA EXPECTATIVA**

**PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO S3:**

1.- Se debe realizar capacitación sobre el buen trato para que los usuarios puedan percibir una atención amable y con cortesía. Adicional, es fundamental que se pueda generar instancias para mejorar el clima laboral, ya que de esta forma los trabajadores estarán más dispuestos a atender de buena forma a los usuarios.

Como medida de control se puede incluir la visita trimestral de un “paciente incognito”, el cual determinará si se cumple con el trato esperado por el usuario. Esta medición puede estar acompañada de un plan de incentivos y de premiación, que beneficiará al funcionario que mejor atención brinde.

ÍTEM	RELATIVO PERCEPCIÓN	RELATIVO EXPECTATIVA	BRECHA
S4	1,21	1,37	-0,16

AFIRMACIÓN (S4): *El personal del CAE cuenta con el conocimiento para responder las consultas de los usuarios/usuarios*

**PARA ALCANZAR LA EXPECTATIVA:**

**PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO S4:**

1.- Se debe realizar capacitación para que todos funcionarios manejen conceptos y conocimiento técnico adecuado a la prestación otorgada. Por ejemplo, es importante que un funcionario de la salud, tenga conocimiento básico sobre el lenguaje y materias pertinentes al área de administración, a su vez lo funcionarios administrativos deben conocer y capacitarse para manejar conceptos del área de salud. Además, se pueden realizar evaluaciones periódicas a los funcionarios para que estén actualizados y cuenten con los conocimientos adecuados para responder las consultas de los usuarios.

#### **DIMENSIÓN N°4: EMPATÍA**

ÍTEM	RELATIVO PERCEPCIÓN	RELATIVO EXPECTATIVA	BRECHA
E1	1,00	1,13	-0,14

AFIRMACIÓN (E1): *El CAE le brinda atención individual.*

**PARA ALCANZAR LA EXPECTATIVA:**

**PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO E1:**

1.- Implementar un sistema de capacitación a los funcionarios tanto administrativo como profesionales sobre el trato digno al usuario. El enfoque principal de la capacitación debe ser

que una atención individual otorga mayor empatía hacia los usuarios y satisfacción al hacer entrega de información con detalles sin ambigüedades.

ÍTEM	RELATIVO PERCEPCIÓN	RELATIVO EXPECTATIVA	BRECHA
E2	1,02	1,17	-0,16

AFIRMACIÓN (E2): *El CAE cuenta con funcionarios (as) que le brindan atención personal.*

**PARA ALCANZAR LA EXPECTATIVA:**

**PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO E2:**

1.- Los funcionarios deberían siempre portar su credencial con su nombre y la actividad a la que se dedica. Adicional, para que los pacientes sientan mayor cercanía y que son tratados de manera personalizada, al momento de su turno en la atención deberían ser llamados por su nombre y el funcionario debería conocer preliminarmente el padecimiento por el que llegó el usuario a atenderse.

ÍTEM	RELATIVO PERCEPCIÓN	RELATIVO EXPECTATIVA	BRECHA
E3	0,94	1,17	-0,23

AFIRMACIÓN (E3): *El CAE se preocupa de cuidar los intereses de sus usuarios.*

**PARA ALCANZAR LA EXPECTATIVA:**

**PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO E3:**

1.- Implementar un sistema de registro de datos (ficha clínica) de los usuarios digitalizando información personal y médica apoyada por un sistema web que permita informar en forma oportuna sobre los controles médicos a los usuarios. Por ejemplo: Chequeos, exámenes, imagenologías, medicación, etc.



ÍTEM	RELATIVO PERCEPCIÓN	RELATIVO EXPECTATIVA	BRECHA
E4	0,98	1,15	-0,17

AFIRMACIÓN (E4): *El personal del CAE entiende sus necesidades específicas.*

**PARA ALCANZAR LA EXPECTATIVA:**

**PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO E4:**

1.- Implementar un sistema de registro a través de un cuestionario, para identificar cuáles son sus necesidades específicas, para poder lograr cumplir su satisfacción.

#### **DIMENSIÓN N°5: BIENES TANGIBLES**

ÍTEM	RELATIVO PERCEPCIÓN	RELATIVO EXPECTATIVA	BRECHA
B1	0,92	1,07	-0,15

AFIRMACIÓN (B1): *La apariencia de los equipos del CAE es moderna.*

**PARA ALCANZAR LA EXPECTATIVA**

**PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO B1:**

1.- A pesar de que se cuenta con equipos relativamente modernos, se supone que este punto mejorará considerablemente tras la implementación y funcionamiento de equipos en el nuevo hospital que actualmente está en diseño de construcción.

Sin embargo, a pesar de que cuenta con equipos modernos no cuenta con un respaldo en la parte de generación de energía en la unidad del CAE si ocurre un corte de este suministro, por lo que queda la atención interrumpida. Sería ideal que se contara con un equipo generador.

ÍTEM	RELATIVO PERCEPCIÓN	RELATIVO EXPECTATIVA	BRECHA
B2	0,96	1,11	-0,15

AFIRMACIÓN (B2): *Las instalaciones físicas del CAE son visualmente atractivas*

**PARA ALCANZAR LA EXPECTATIVA**

**PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO B2:**

1.- Se propone para mejorar la apariencia de las instalaciones físicas de esta unidad para que se pueda contar con mayor iluminación, ya que actualmente son bastantes oscuras, lo que afecta aún más las percepciones de los pacientes. Además, se puede instalar mayor señalética para mejorar la orientación de los pacientes. También es importante que tanto los pasillos, como los box de atención y oficinas de la parte administrativa se encuentren despejados y limpios.

Se podría establecer una política de escritorio limpio lo que sin duda hará que visualmente todo se vea más ordenado y atractivo.

ÍTEM	RELATIVO PERCEPCIÓN	RELATIVO EXPECTATIVA	BRECHA
B3	0,99	1,17	-0,18

AFIRMACIÓN (B3): *La presentación del personal del CAE es impecable*

**PARA ALCANZAR LA EXPECTATIVA**

**PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO B3:**

1.- Es importante que los funcionarios de esta unidad utilicen idealmente uniforme y su credencial con el nombre cargo y unidad a la que pertenecen, para que sean rápidamente identificados y así puedan llegar mejor a los usuarios.

Adicional, se puede establecer en el caso de las mujeres que tanto maquillaje y accesorios sean sobrios y acordes a esta área de la salud. En el caso de los varones, debe tener una presentación personal de acuerdo a lo que se espera de una institución de esta índole.

ÍTEM	RELATIVO PERCEPCIÓN	RELATIVO EXPECTATIVA	BRECHA
B4	0,92	1,11	-0,19

AFIRMACIÓN (B4): *Los materiales comunicacionales asociados con el servicio (como folletos, recetas, orden de exámenes, etc.) del CAE, son visualmente atractivos.*

**PARA ALCANZAR LA EXPECTATIVA**

**PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO B4:**

1.- Se puede entregar información a los usuarios sobre procesos de atención, listado de patologías auge y como se puede acceder a ellas, plazos con respecto a los tiempos de respuesta sobre sus prestaciones, etc. En folletos o trípticos que sean sencillos de entender por parte de los usuarios y que sean visualmente atractivos. También hay que poner especial cuidado en las recetas y ordenes de exámenes, que vengan claramente detalladas y explicadas, idealmente impresas para no tener el problema de falta de claridad en la letra de la persona que la escribió y así evitar confusión y desconocimiento de lo que el usuario se debe realizar o la receta indicada que se debe administrar. También debe venir con logo y firma del profesional responsable, así se tiene conocimiento de la procedencia del documento

ÍTEM	RELATIVO PERCEPCIÓN	RELATIVO EXPECTATIVA	BRECHA
B5	0,98	1,13	-0,15

AFIRMACIÓN (B5): *Los horarios de atención del CAE son convenientes.*

**PARA ALCANZAR LA EXPECTATIVA**

**PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO B5:**

1.- se propone flexibilizar los horarios de atención, en función de las demandas actuales que tienen los usuarios, ya que por ejemplo los usuarios que trabajan en horario de oficina se les complica atenderse en los horarios establecidos del CAE (actualmente se atiende de 8:00 a 17:00 hrs de lunes a jueves y los viernes de 8:00 a 16:00 hrs). Por lo que sería una buena medida que se pudiera extender el horario en la semana una hora más, lo que tendría que compensarse con pago de horas extras a los funcionarios.

## **CONCLUSIONES**

### **CONCLUSIONES GENERALES**

A modo de conclusión al realizar el análisis de calidad de servicio percibida por los pacientes de la Unidad centro Adosado de Especialidades de Chillán, se puede observar en líneas generales que el CAE, entrega un servicio de buena calidad a sus pacientes logrando un moderado nivel de brechas y alcanzando en términos ponderados una calificación de 5,92 sobre un total de 7, lo cual es muy buen resultado. Sin embargo, el análisis de las brechas entre percepciones y expectativas tanto a nivel de dimensiones como afirmaciones reveló cuales son aquellas variables que pueden ser mejoradas a fin de entregar a sus pacientes, un servicio de mejor calidad y que ellos lo percibían también de esta forma.

En la SALUD PUBLICA de Chillán resulta clave que para el HCHM, como para todas las instituciones que participan en este sector no descansen por entregar a sus pacientes un servicio cada vez mejor que los diferencia les permita mantenerse y mejorar su calidad en esta área de Responsabilidad, lo posición en el Sector de la Salud, más aún si puede lograr alcanzar una certificación en que le permitiría tener una ventaja competitiva y comparativa en relación con otras instituciones de salud a nivel nacional, ya que esta unidad de atención y el Hospital en general sería pionera en este tipo de certificación, dado que no existen antecedentes de que haya una institución de salud en nuestro país acreditada en calidad (ISO 9001:2015).

### **CONCLUSIONES ESPECÍFICAS**

En definitiva, las dimensiones de calidad más valorada por los pacientes del HCHM, se encuentra en la dimensión de seguridad con un 23,10% y la dimensión de responsabilidad con un 21,62%, esto quiere decir que los pacientes le dan más importancia y por ende mayor valoración en términos de calidad, a las dimensiones relacionadas con la capacidad para entregar los servicios en forma segura, que les inspire confianza ya sea por el conocimiento que tienen los funcionarios y por la manera en que son tratados, además es de vital importancia para los usuarios de esta unidad que se cumplan responsablemente con los compromisos concretos, en los tiempos esperados, con cortesía y disposición.

En relación al diagnóstico sobre los resultados de la dimensión por expectativas en valores relativos que los pacientes del HCHM de Chillán tienen respecto de la atención que les gustaría recibir en un escenario ideal son dimensión de confiabilidad (1,025), dimensión de responsabilidad(1,322), dimensión de seguridad(1,409), dimensión de Empatía(1,175), dimensión de Bienes tangibles(1,172). Eso sumado da como resultado un valor de 6,103, esto quiere decir que el nivel de expectativas de los pacientes de Hospital de Chillán es alto dado que es un valor muy cercano al 7 por sobre todo se puede observar que hay un mayor nivel de expectativas en la dimensión de seguridad y responsabilidad. Y en menor medida la dimensión de confiabilidad. Por otro lado, el diagnóstico sobre las percepciones en términos relativos, respecto a la forma en que el CAE del HCHM satisface las expectativas de los pacientes del Hospital de Chillan, determina que la valoración recibida por las dimensiones evaluados son: dimensión de confiabilidad (0,895), dimensión de responsabilidad (1,116), dimensión de seguridad(1,213), dimensión de empatía(1,017) dimensión de bienes tangibles(0,995), eso sumado da como resultado 5,236, esto quiere decir que el nivel de percepciones de los pacientes del CAE, de la ciudad de Chillán es medianamente buena, ya que está más cercano a ponderación 7, por sobre todo se puede observar que hay mayor nivel de valoración de la dimensión de seguridad y en menor medida la dimensión de confiabilidad.

Las diferencias producidas entre las expectativas que los usuarios tienen del servicio que esperan recibir y la percepción final de este, muestran resultados negativos, esto quiere decir que las percepciones respecto del servicio son menores que las expectativas, es decir, que la unidad CAE del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, no satisface en su totalidad todas las expectativas que los pacientes tienen respecto del servicio que otorga, permite además identificar aquellas brechas producidas entre percepciones y expectativas y plantear propuestas de mejora para que estas brechas disminuyan logrando así cumplir con los objetivos planteados al inicio de esta investigación, alineados con la propuesta de Plan de Calidad para esta unidad presentada en esta memoria de título, para que se pueda en el futuro implementar y lograr alcanzar una certificación en calidad.

Dentro de las cinco dimensiones con mayor brecha está la dimensión de empatía presenta un -0.23, lo cual implica que en este punto donde centrarse los esfuerzos de mejora,

y la de menor brecha sería la de confiabilidad con un  $-0,10$ , lo que nos indica que los usuarios se sienten bastante confiados en relación a la atención recibida.

## **NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS**

En líneas generales la investigación realizada permite dar cuenta tanto del objetivo general como de los objetivos específicos de esta.

A nivel de **Objetivo general** nos permite establecer que nuestra propuesta incipiente de un Plan de Calidad basado en la norma ISO 9001:2015 se cumple, a través de este modelo inicial se proponen planes de acción a las diferentes debilidades encontradas, las que fueron descubiertas por intermedio del modelo Servqual, que mide expectativas versus percepciones de la calidad de servicio percibida por los usuarios de la Unidad Centro Adosado de Especialidades del HCHM de la ciudad de Chillán, se pretende que se puedan implementar durante el segundo semestre del año 2018. Por lo tanto lo que persigue nuestra propuesta es lograr la Satisfacción de los usuarios, y que se cumplan sus expectativas, para que la Unidad CAE entregue un servicio de calidad y excelencia a todos los usuarios de la provincia de Ñuble.

A nivel de objetivos específicos se propusieron las siguientes mejoras para dar cumplimiento a este punto.

- **Objetivo específico 1** (Identificar los requerimientos de los pacientes respecto de las prestaciones ambulatorias que le entrega la unidad CAE del Hospital Herminida Martín de Chillán).

Para dar cumplimiento a este objetivo, por intermedio de levantamiento de información, y a la aplicación de la encuesta se pudo detectar que los requerimientos de los usuarios están estrechamente ligados a que sus expectativas sean cubiertas tanto en el buen trato como en la buena atención que reciban del servicio. Por lo tanto, dentro de los planes de acción que se proponen están el de capacitar a los funcionarios en aspectos de entregar un trato amable a los usuarios.

Realizar 1 vez al año la intervención de un usuario incognito que mida a través de parámetros de referencia como es la atención que recibió, y con los resultados tomar un levantamiento para mejorar las falencias entregadas en esa atención.

- **Objetivo específico 2** (Establecer atributos de calidad esperada y valorada desde la perspectiva de los pacientes, que sirvan como base para la elaboración del Plan de Calidad)

Este Objetivo se detectó a través de la encuesta realizada, se logró establecer los atributos de calidad que los usuarios demandaban en relación con el servicio que ellos esperaban recibir del CAE.

Los usuarios valoran que se logre un alto cumplimiento a sus requerimientos, es por intermedio de la encuesta aplicada la que nos da a conocer las dimensiones de la calidad que más valoran los usuarios.

Dentro de las dimensiones más importantes están la Confiabilidad y Responsabilidad.

- **Objetivo específico 3**(Proporcionar a los usuarios una tramitación cómoda y sencilla de los principales procedimientos administrativos necesarios para recibir de forma adecuada la atención que precisen)

Este objetivo se cumple en el Plan de calidad Incipiente propuesto, ya que dentro de los planes de acción están el de mejorar los procedimientos administrativos para que el usuario, puede mejorar su percepción frente a este proceso.

- **Objetivo específico 4** (Elaborar propuestas de mejora para eliminar las brechas detectadas en el análisis de las expectativas versus las percepciones de los clientes).

Este objetivo se cumple en el análisis de las brechas encontradas en la encuesta Servqual, por lo tanto se toman planes de acción para cada una de estas brechas, con la finalidad de ser un aporte a esta Institución para lograr mejorar los aspectos fundamentales en la satisfacción de los usuarios del CAE.

## BIBLIOGRAFÍA

1. *Hospital de Chillán*. (12 de Septiembre de 2017). Obtenido de [www.hospitaldechillan.cl](http://www.hospitaldechillan.cl)
2. *Instituto de Salud Pública de Chile*. (12 de Septiembre de 2017). Obtenido de [www.ispch.cl](http://www.ispch.cl)
3. *Organización Mundial de la Salud*. (12 de Septiembre de 2017). Obtenido de [www.who.int/es/](http://www.who.int/es/)
4. *Servicio de Salud*. (12 de septiembre de 2017). Obtenido de [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)
5. *Servicio de Salud Bio Bio*. (12 de Septiembre de 2017). Obtenido de [www.ssbiobio.cl](http://www.ssbiobio.cl)
6. *Superintendencia de Salud*. (12 de Septiembre de 2017). Obtenido de [www.supersalud.gob.cl](http://www.supersalud.gob.cl)
7. *Ministerio de Salud*. (2008). *Ley N° 19.937. Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión* (pág. 8). Santiago.
8. *Ministerio de Salud*. Donabedian, A. (2005). *Integración de sistemas de gestión de calidad en salud: norma iso 9001:2000 y el sistema único de acreditación en la clínica CES de la ciudad de Medellín*.
9. Baeza, H. (1995) *En busca de un lenguaje para la ética médica*. *Revista Médica de Chile*. 123: 1418-22.
10. Bastías, G. & Valdivia, G. (2007). *Reforma de salud en Chile; el plan AUGE o Régimen e Garantías Explícitas en Salud (GES), su origen y evolución*. *Boletín Escuela de Medicina Universidad Católica*. 32, 51-58.
11. Valdivieso, (2000). "La reforma de salud en Chile y el rol de las Facultades de Medicina: un intento de Síntesis", *Revista Médica de Chile*, 128, 10.



12. Delgado-Gallego, M.E. & Vázquez, M.L. (2009). "Percepciones de usuarios y líderes comunitarios sobre su capacidad para influenciar en la calidad de los servicios de salud: un estudio de casos de Colombia y Brasil", *Cad. Salud Pública*, 25, 169-178.
13. Ministerio de Salud. (2010). *Estrategia Nacional de Salud 2011 - 2020*. En M. d. Salud. Santiago: Ministerio de Salud.
14. OES. (24 de 09 de 2012). *Organización para la excelencia de la salud*. Recuperado el 08 de 07 de 2013, de <http://www.cqh.org.co/temas/calidadensalud.php>
15. Valenzuela, L. (2005). *Filosofía Empresarial y del Marketing Orientada en el Valor del Cliente*. *Horizontes Empresariales* N° 4, p. 17-30
16. Carvajal, F. González, C. Parra, P. (2013). *Análisis de satisfacción usuaria, aplicada a los cuentas correntistas de la banca personas del Banco Santander, sucursal Concepción*.
17. Kotler, P. Amstrong, G. (2008). *Principios de Marketing, duodécima edición*. España. Pearson Educación
18. Losada, M., Rodríguez, A.. (2007). *Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing*. *Cuad. Adm. Bogotá (cuaderno administración Bogotá)*, 20, 237-258.
19. Botero, M. Peña, P.. (2006). *Calidad en el servicio: El cliente incógnito*. *Suma Psicológica*, 13, 217-228.
20. AITECO Consultores. (2013). *SERVPERF: Alternativa al SERVQUAL para medir la calidad de servicio*. Recuperado de <http://www.aiteco.com/servperf-una-alternativa-al-servqual/>.

21. José Begazo Villanueva. (2006) *¿Cómo medimos el servicio?* Recuperado de [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/administracion/n18\\_2006/a09.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/administracion/n18_2006/a09.pdf)
22. Duque, E.. (2005). *Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición.* INNOVAR, 25, 64-80.
23. *Implantación de un sistema de gestión de la calidad según UNE-EN ISO 9001:2015 en una empresa de fabricación de grifería*
24. *Manual del Sistema de Gestión de Calidad, Referencia a la Norma ISO 9001:2015*

## ANEXO 1. INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

### ÍNDICE DE TABLAS

▪ TABLA 1 RESULTADO TAMAÑO MUESTRA.....	45
▪ TABLA 2 DIMENSIONES DE LA ESCALA MULTIDIMENSIONAL SERVQUAL.....	47
▪ TABLA 3 ESCALA LIKERT.....	49
▪ TABLA 4 CATEGORIA DE NIVEL DE SERVICIO DE SALUD.....	59
▪ TABLA 5 COMPARACIÓN Y EXPECTATIVAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS.....	77
▪ TABLA 6 COMPARACIÓN PERCEPCIONES ABSOLUTAS Y RELATIVAS.....	80
▪ TABLA 7 BRECHAS ENTRE PERCEPCIONES EXPECTATIVAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS.....	81
▪ TABLA 8 LISTA DE LA VERIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN.....	93
▪ TABLA 9 ANÁLISIS FODA.....	100
▪ TABLA 10 SISTEMA MATRICIAL DE PROBABILIDADES PARA CALCULAR EL NIVEL DE RIESGO .....	102
▪ TABLA 11 ANÁLISIS DE RIESGOS PARA LA ORGANIZACIÓN.....	103
▪ TABLA 12 PLAN DE ACCIONES PARA ABORDAR LOS RIESGOS.....	104
▪ TABLA 13 PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS.....	109
▪ TABLA 14 CARTA GANTT.....	123
▪ TABLA 15 PLANIFICACIÓN DE OBJETIVOS DE CALIDAD.....	124

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

▪ GRÁFICO 1 PREPONDERANCIAS DIMENSIONES CALIDAD DE SERVICIO .....	72
▪ GRÁFICO 2 EXPECTATIVAS ABSOLUTA POR DIMENSIÓN.....	73
▪ GRÁFICO 3 EXPECTATIVAS ABSOLUTA POR AFIRMACIÓN.....	74
▪ GRÁFICO 4 EXPECTATIVA RELATIVA POR AFIRMACIÓN.....	75
▪ GRÁFICO 5 PROMEDIO EXPECTATIVA POR DIMENSIÓN.....	76
▪ GRÁFICO 6 PERCEPCIONES POR AFIRMACIÓN.....	78
▪ GRÁFICO 7 PERCEPCIÓN ABSOLUTA POR DIMENSIÓN.....	79
▪ GRÁFICO 8 PROMEDIO PERCEPCIONES POR DIMENSIÓN VALORES RELATIVOS.....	80
▪ GRÁFICO 9 EXPECTATIVAS, PERCEPCIONES Y BRECHAS POR DIMENSIÓN ABSOLUTAS.....	83
▪ GRÁFICO 10 EXPECTATIVAS, PERCEPCIONES Y BRECHAS POR DIMENSIÓN RELATIVAS.....	83
▪ GRÁFICO 11 BRECHAS RELATIVAS POR AFIRMACIÓN.....	84

## ÍNDICE DE FIGURAS

▪ FIGURA 1 MODELO DEMING.....	28
▪ FIGURA 2 REPRESENTACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE UN PROCESO.....	38
▪ FIGURA 3 ESTRUCTURA CICLO PHVA.....	38
▪ FIGURA 4 HOSPITAL EN CIFRAS.....	68
▪ FIGURA 5 ORGANIGRAMA CAE.....	71
▪ FIGURA 6 ESTRUCTURA ISO NORMA 9001:2015.....	92
▪ FIGURA 7 MAPA PROCESO CAE.....	108
▪ FIGURA 8 FORMULARIO DE DIFUSIÓN POLÍTICA DE CALIDAD.....	117
▪ FIGURA 9 CROQUIS VIAS DE EVACUACIÓN HCHM.....	127
▪ FIGURA 10 CROQUIS INFRAESTRUCTURA HCHM.....	128
▪ FIGURA 11 PROCESO SERVQUAL.....	148

## ANEXO 2 ENCUESTA SERVQUAL

### Evaluación de las percepciones sobre calidad de servicios

#### 1.- Instrucciones

Piense en como lo hace la Unidad Centro Adosado de Especialidades del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán (CAE) cuando se trata de brindar servicios al usuario / usuaria e indique su **percepción** en cada afirmación del cuestionario.

Por favor, indique el grado que usted piensa que la Unidad Centro Adosado de Especialidades del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán (CAE) tiene respecto a las características descritas en cada uno de los enunciados. Si usted siente que la característica no es totalmente satisfecha, encierre el número 1. Si cree que la característica es absolutamente satisfecha por la organización en estudio, encierre el número 7. Si su decisión no es muy definida, encierre uno de los números intermedios.

No existen respuestas correctas ni incorrectas, sólo interesa obtener un número que realmente refleje lo que usted piensa respecto a las empresas que ofrecen una excelente calidad en el servicio.

<i>Cuestionario sobre percepciones de calidad de servicios</i>													
<b>Declaraciones sobre percepciones de la dimensión de confiabilidad</b>													
						Total desacuerdo		Total Acuerdo					
						1	2	3	4	5	6	7	
1	Cuando el CAE promete hacer algo en un tiempo determinado, lo cumple												
2	Cuando un usuario tiene un problema, el CAE muestra sincero interés por resolverlo.												
3	El CAE desempeña el servicio de manera correcta a la primera vez												
4	El CAE proporciona sus servicios en la oportunidad en que promete hacerlo												
5	El CAE mantiene informados a los usuarios sobre el momento en que se van a desempeñar los servicios												
<b>Declaraciones sobre percepciones de responsabilidad</b>													
						Total desacuerdo		Total Acuerdo					
						1	2	3	4	5	6	7	
1	El personal del CAE brinda el servicio con prontitud a los usuarios												
2	El personal del CAE siempre se muestra dispuesto a ayudar a los usuarios												
3	El personal del CAE nunca está demasiado ocupado como para no atender a un usuario/usuaria												

## Evaluación de las expectativas sobre calidad de servicios

### 1.- Instrucciones

Piense en cómo lo hace la Unidad Centro Adosado de Especialidades del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán (CAE) cuando se trata de brindar servicios al usuario / usuaria e indique su **expectativa** en cada afirmación del cuestionario.

Por favor, indique el grado que usted piensa que la Unidad Centro Adosado de Especialidades del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán (CAE) tiene respecto a las características descritas en cada uno de los enunciados. Si usted siente que la característica no es totalmente satisfecha, encierre el número 1. Si cree que la característica es absolutamente satisfecha por la organización en estudio, encierre el número 7. Si su decisión no es muy definida, encierre uno de los números intermedios.

No existen respuestas correctas ni incorrectas, sólo interesa obtener un número que realmente refleje lo que usted piensa respecto a las empresas que ofrecen una excelente calidad en el servicio.

*Cuestionario sobre expectativas de calidad de servicios*

<b>Declaraciones sobre expectativas de la dimensión de confiabilidad</b>								
		Total desacuerdo			Total Acuerdo			
		1	2	3	4	5	6	7
1	Cuando el CAE promete hacer algo en un tiempo determinado, lo cumple							
2	Cuando un usuario tiene un problema, el CAE muestra sincero interés por resolverlo.							
3	El CAE desempeña el servicio de manera correcta a la primera vez							
4	El CAE proporciona sus servicios en la oportunidad en que promete hacerlo							
5	El CAE mantiene informados a los usuarios sobre el momento en que se van a desempeñar los servicios							
<b>Declaraciones sobre <u>expectativas de responsabilidad</u></b>								
		Total desacuerdo			Total Acuerdo			
		1	2	3	4	5	6	7
1	El personal del CAE brinda el servicio con prontitud a los usuarios							
2	El personal del CAE siempre se muestra dispuesto a ayudar a los usuarios							
3	El personal del CAE nunca está demasiado ocupado como para no atender a un usuario/usuario							

<b>Declaraciones sobre expectativas de la dimensión de seguridad</b>								
		Total desacuerdo			Total Acuerdo			
		1	2	3	4	5	6	7
1	El comportamiento del personal del CAE le inspira confianza							
2	Los usuarios se sienten seguros con la atención que reciben en el CAE							
3	El personal del CAE trata a los usuarios siempre con cortesía							
4	El personal del CAE cuenta con el conocimiento para responder las consultas de los usuarios/ usuarias							
<b>Declaraciones sobre expectativas de la dimensión de empatía</b>								
		Total desacuerdo			Total Acuerdo			
		1	2	3	4	5	6	7
1	El CAE le brinda atención individual							
2	El CAE cuenta con funcionarios(as) que le brindan atención personal							
3	El CAE se preocupa de cuidar los intereses de sus usuarios(as)							
4	El personal del CAE entienden sus necesidades específicas							
<b>Declaraciones sobre expectativas de la dimensión de bienes tangibles</b>								
		Total desacuerdo			Total Acuerdo			
		1	2	3	4	5	6	7
1	La apariencia de los equipos del CAE es moderna							
2	Las instalaciones físicas del CAE son visualmente atractivas							
3	La presentación del personal del CAE es impecable							
4	Los materiales comunicacionales asociados con el servicio (como folletos, recetas, orden de exámenes, etc) del CAE, son visualmente atractivos							
5	Los horarios de atención del CAE son convenientes							





