



**UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES**  
**DEPARTAMENTO DE GESTIÓN EMPRESARIAL**

**“ Diseño de un modelo de atención para los usuarios ambulatorios AUGE en la Unidad de Admisión del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, Provincia de Ñuble, VIII Región del Bío-Bío, Chile ”**

**AUTORES** : Avilés Quijada, Edith del Carmen  
Bustamante Sobarzo, Ricardo Raúl  
Riveros Pino, Teresa de Jesús

**PROFESOR GUÍA** : Sr. ALEX MEDINA GIACOMOZZI

**SEMINARIO PARA OPTAR AL TÍTULO DE INGENIERO DE EJECUCIÓN EN  
ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS**

**CHILLÁN - 2012**

INDICE	
NOMENCLATURA.....	1
RESUMEN EJECUTIVO.....	2
INTRODUCCIÓN.....	4
CAPITULO I FORMULACIÓN GENERAL DEL PROYECTO.....	6
1.1 Antecedentes del problema.....	6
1.2 Justificación del tema.....	7
1.3 Objetivos del proyecto.....	9
1.3.1 Objetivo general del proyecto.....	9
1.3.2 Objetivos específicos del proyecto.....	9
1.4 Alcances del proyecto.....	9
1.5 Limitaciones del proyecto.....	9
1.6 Metodología de trabajo.....	10
1.6.1 Información General.....	10
1.6.2 Diagnóstico del problema.....	11
1.6.3 Diseño de la solución al problema.....	13
CAPITULO II: MARCO TEORICO.....	14
2.1 Antecedentes de la atención de público en servicios hospitalarios.....	14
2.2 Definición y niveles del concepto de calidad de atención de público en servicios públicos hospitalarios.....	
2.3 Definición de la atención con calidad a los clientes.....	16
2.3.1 La atención de público.....	16
2.3.2 La calidad.....	18
2.3.3 Para tener éxito en la atención de público.....	18
2.4 Reforma de salud, su impacto en el modelo de gestión.....	20
2.4.1 Reforma de salud en Chile.....	20
2.4.2 Análisis del Marco legal del proyecto.....	22
2.4.3 Hospital Clínico Herminda Martín de auto gestión en red.....	24
2.4.4 Contenidos atinentes al proyecto declarados en el plan estratégico del Hospital Clínico Herminda Martín.....	25
2.4.5 Antecedentes del modelo de atención.....	26
2.4.5.1 Principios y Características del modelo de gestión.....	26
2.4.5.2 Objetivos del nuevo modelo de gestión.....	29
2.4.5.3 Hacia una nueva organización.....	29
2.4.5.4 Plan auge.....	32
CAPITULO III: LA ATENCIÓN DE PÚBLICO ACTUAL EN ADMISIÓN DEL HCHM....	34
3.1. Introducción.....	34
3.2. Descripción del modelo actual de la atención de público en admisión.....	34
3.3. Evaluaciones de gestión actual.....	35
3.4. Unidad de análisis.....	41
3.5. Procedimiento recolector de datos.....	42

CAPÍTULO IV: ANTECEDENTES Y ELEMENTOS A CONSIDERAR EN EL DISEÑO DEL MODELO DE ATENCIÓN AL USUARIO DE ADMISIÓN AUGE.	44
4.1. Introducción.....	44
4.2. Elementos a considerar.....	47
4.2.1. Usuario o Cliente.....	47
4.2.2. Proveedor o Admisionista.....	49
4.2.3. Supervisor de Módulos de Atención.....	49
4.2.4. Componentes de los servicios ofrecidos.....	50
4.2.4.1 Horario de Atención de los módulos.....	51
4.2.4.2. Servicios Administrativos de Admisión Auge.....	52
4.2.4.3. Disponibilidad de los Servicios.....	52
4.2.4.4. Alternativas de comunicación con el usuario.....	53
4.3. Determinación de la demanda del servicio de atención de usuarios en Admisión AUGE.....	53
4.3.1. Medición del tiempo de atención de usuarios en Admisión.....	58
4.3.2. Medición del tiempo de espera en fila de los usuarios en Admisión.....	59
4.4. Relación Cliente - Proveedor.....	60
4.5. Entrevistas a Jefaturas Relacionadas con la Atención de usuarios en Admisión del Hospital Clínico Herminda Martin.....	64
4.5.1 Hitos relevantes.....	65
4.5.2. Jefaturas de Admisión.....	66
4.5.3. Jefaturas de SOME.....	69
CAPÍTULO V: DISEÑO DE MODELO DE ATENCIÓN PARA USUARIOS EN ADMISIÓN AUGE DEL HOSPITAL CLINICO HERMINDA MARTIN.....	71
5.1. Introducción.....	71
5.2. El Modelo de Atención.....	73
5.2.1. Del Módulo de Atención Integral.....	74
5.2.1.1 De la ubicación del módulo de atención integral.....	74
5.2.1.2. De la canasta de servicios del módulo de atención integral.....	75
5.2.1.3. De la implementación del módulo de atención integral.....	75
5.2.1.4. Del soporte tecnológico del módulo de atención integral.....	76
5.2.1.5. Del Recurso Humano para el módulo de atención integral.....	76
5.2.1.6. De la protección del Recurso Humano del Módulo de atención integral.....	77
5.3. Modelo de atención de usuarios en Admisión AUGE.....	77
5.3.1. Módulo Único ó Módulo de Atención Integral Unitario.....	78
5.3.2 Módulo de Atención Integral Múltiple.....	79
5.4. Protocolo de atención.....	79
CONCLUSIONES.....	91
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	93

INDICE DE CUADROS

Cuadro Nº 1	Pirámide de Población Ñuble 1992 - 2002.....	21
Cuadro Nº 2	Componentes de la Reforma de Salud.....	22
Cuadro Nº 3	Ley 19937 Autoridad Sanitaria.....	24
Cuadro Nº 4	Relación APS y Atención Especializada.....	27
Cuadro Nº 5	Modelo Tradicional vs Nuevo Modelo.....	28
Cuadro Nº 6	Estudio Opinión Usuarios FONASA - ISAPRE.....	36
Cuadro Nº 7	Sugerencias al Sistema de Salud en Chile.....	37
Cuadro Nº 8	Conocimiento sobre acreditación.....	37
Cuadro Nº 9	Satisfacción por género.....	38
Cuadro Nº 10	Atención Ambulatoria, satisfacción global y parciales.....	39
Cuadro Nº 11	Atención Hospitalaria, Satisfacción Usuaría por S.Salud....	39
Cuadro Nº 12	Cálculo de Índice de satisfacción Neta.....	40
Cuadro Nº 13	Organigrama del nuevo complejo Hospital de Ñuble.....	46
Cuadro Nº 14	Flujo de Interconsulta de Patología AUGE.....	50
Cuadro Nº 15	Flujo de usuarios con Modelo Actual de Atención.....	51
Cuadro Nº 16	Flujo de usuarios con Nuevo Modelo de Atención.....	51
Cuadro Nº 17	Patologías AUGE vigentes.....	54
Cuadro Nº 18	Cantidad de pacientes AUGE atendidos en ÑUBLE.....	55
Cuadro Nº 19	Estimación de la Demanda.....	56
Cuadro Nº 20	Patologías AUGE resueltas en el HCHM.....	57
Cuadro Nº 21	Tiempo Promedio de atención actual.....	58
Cuadro Nº 22	Tiempo actual de espera en filas.....	59
Cuadro Nº 23	Encuesta de opinión de los usuarios sobre Nuevo Modelo ..	61
Cuadro Nº 24	Relación de Jefaturas Admisión.....	65

ANEXOS

Anexo Nº 1	Organigrama Actual del Hospital Clínico Herminda Martin (2012)
Anexo Nº 2	Organigramas del Centro de Responsabilidad Orientación Médica y Estadística CROME del Hospital Clínico Herminda Martin ( 2011 y 2012)
Anexo Nº 3	Flujo Actual de Dación de Horas en Unidad de Admisión Debilidades del CROME y Admisión del HCHM (2011)
Anexo Nº 4	Propuesta Diseño para Módulo Piloto de Atención Integral en Admisión HCHM
Anexo Nº 5	Fácsimil de Encuesta Aplicada a Usuarios del HCHM (2012)
Anexo Nº 6	Hoja Interactiva de búsqueda de patologías AUGE vigentes al año 2012

### Agradecimientos

No ha sido fácil tomar la responsabilidad de un tema contingente a los avatares sociales y políticos de los últimos años de historia en nuestro país, y le damos gracias a Dios por señalarnos el camino lógico y estructurado para poder volcar nuestro conocimiento adquirido en la Universidad. Muchos han sido los desvelos, los reveses, pero siempre nuestro norte ha perdurado y definitivamente ahora se hace carne en este seminario de titulación. Poco habríamos podido hacer sin la dedicación de nuestros maestros de las cátedras, reciban ellos nuestro más sincero agradecimiento, porque en todas las ocasiones que estuvimos juntos, nunca quedó una duda por aclarar, hurtándole tiempo a sus propios quehaceres o al descanso merecido después de las arduas jornadas de trabajo docente.

No obstante lo anterior, no podemos dejar de hacer una mención especial de nuestro profesor guía Señor Alex Medina Giacomozzi, quien sin escatimar tiempos ni adversidades, ha resultado ser el faro fundamental en esta travesía. La imagen de su ser, de su atinado y certero consejo nos acompañará en toda nuestra vida profesional.

Especial mención para un amigo ineludible en todo este proceso, quien siempre estuvo pendiente y dispuesto a los más grandes sacrificios, tomando este desafío como suyo propio, con la solidaridad y entrega que hoy en día ya no se ven: Muchas Gracias a José Jara Pardo, por estar siempre, arriesgaste tu salud y tu reposo por acceder a ayudarnos. No lo podemos obviar.

Toda nuestra gratitud, hacia el Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, sus directivos y funcionarios que colaboraron al éxito de este proceso. Sin su ayuda, nada de esto hubiese sido posible. Mención especial a esas decenas de usuarios que nos entregaron su valiosa opinión y que la plasmamos en el modelo con el cual ellos esperan que se mejore su atención. El usuario ha sido nuestra inspiración guiadora.

Además, es de rigor agradecer a nuestra Universidad del Bío-Bío y a sus autoridades, quienes generando esta instancia de educación en programas especiales de continuación de estudios, también han hecho posible nuestra realización.

Por último, gracias a todos los compañeros que siempre estuvieron animosos de acompañarnos a aclarar procesos y consultas. Muchas Gracias a nuestras familias, madres, hermanos, esposos y esposas, tantas veces postergadas en pro de la idea de prosperar en los estudios. Nuestro esfuerzo se ve pleno de gratitud hacia todos nuestros amigos y seres queridos, por todo lo obrado a favor nuestro. Gracias a todos.

Teresa Riveros Pino, Edith Avilés Quijada y Ricardo Bustamante Sobarzo.-

Chillán, agosto de 2012.-

## NOMENCLATURA

Por tratarse de una tesis aplicada a una Institución del Sector de la Salud Pública, que utiliza un léxico muy particular, se incorporó al inicio de este informe las abreviaturas empleadas frecuentemente en él.

SIGLA		SIGNIFICADO
<b>ANITA IBM</b>	:	Soporte Informático de Gestión de Pacientes
<b>AUGE</b>	:	Acceso Universal con Garantías Explícitas
<b>CAE</b>	:	Consultorio Adosado de Especialidades
<b>CAPREDENA</b>	:	Caja de Previsión de la Defensa Nacional
<b>CR</b>	:	Centro de Responsabilidad
<b>CROME</b>	:	Centro de Responsabilidad de Orientación Médico y Estadística
<b>CRS</b>	:	Centro de Referencia de Salud
<b>DHCHM</b>	:	Director Hospital Clínico Herminda Martín
<b>DIPRECA</b>	:	Dirección Previsional de Carabineros
<b>EAR</b>	:	Establecimiento Autogestionado
<b>FONASA</b>	:	Fondo Nacional de Salud
<b>GES</b>	:	Garantías explícitas en salud
<b>HCHM</b>	:	Hospital Clínico Herminda Martín
<b>IC</b>	:	Inter consulta
<b>ISP</b>	:	Instituto de Seguridad Previsional
<b>ISAPRE</b>	:	Institución de Salud Previsional
<b>LE</b>	:	Lista de Espera
<b>MINSAL</b>	:	Ministerio de Salud
<b>NSP</b>	:	Paciente <b>no se</b> presentó
<b>OGLE</b>	:	Oficina de Gestión de Listas de espera
<b>PRAIS</b>	:	Programa de Reparación y Asistencia Social a perseguidos políticos
<b>RED</b>	:	Red Asistencial de Salud
<b>SDRFFYFF</b>	:	Subdirección de Recursos Físicos y Financieros
<b>SDM</b>	:	Subdirección Médica
<b>SEREMI</b>	:	Secretaría Regional Ministerial de Salud
<b>SSÑ</b>	:	Servicio de Salud de Ñuble

## RESÚMEN EJECUTIVO

Este seminario está enfocado a mejorar un problema que por muchos años afecta la satisfacción del usuario en los Establecimientos de Salud Pública de nuestro país en general, y en particular al Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, la cuál ha sido ratificada en la última encuesta aplicada en la Red asistencial de salud y que dice referencia a la mala percepción en la atención de admisión brindada por el servicio, lo que genera altos niveles de insatisfacción usuaria.

En su Primer capítulo se da a conocer los antecedentes de este problema, el cuál se ha ido acrecentando en el último tiempo, por diversos factores, entre los cuáles se ha podido identificar el mayor nivel de exigencia del público en demandar calidad en la atención, el marco legal que establece los derechos de los usuarios, la incorporación del Plan AUGE, entre otros, que ha llevado a un fuerte aumento en la cantidad de trabajo y mayores reclamos por una adecuada atención.

Considerando la realidad expuesta, el objetivo principal de este trabajo, es lograr un diseño de Modelo de Atención al usuario de Admisión AUGE, fijando su ubicación y límites circunscritos al área de Admisión, que permita una mejora ostensible en la calidad de atención al usuario, resguardando, a su vez, una mejora en el trabajo del personal y un más adecuado cumplimiento de los objetivos del servicio.

La metodología de trabajo está comprendida por la recopilación de toda la información que permitió formarse una impresión general de la problemática para hacer un diagnóstico y por consiguiente formular una solución.

Al definir el marco teórico, se reunieron aquellos antecedentes disponibles respecto de la atención de público en el sector público, se entregan definiciones de atención con calidad, que es la calidad y como lograr éxito en la atención de público.

También se expone sobre la importancia que ha revestido la implementación de la reforma de la Salud en los modelos de gestión, como se ha estado desarrollando, y su impacto en el Hospital Clínico Herminda Martin.

Se describe el modelo de atención propuesto para el nuevo Complejo Hospitalario de Ñuble, sus principios y características, objetivos y la nueva estructura organizacional.

El Capítulo III describe la atención actual del usuario en Admisión del Hospital Clínico Herminda Martin, demostrándose el colapso provocado por una demanda insatisfecha de atención oportuna, producto de una gran burocracia existente en los procedimientos establecidos tanto formalmente como informales.

Todos los antecedentes académicos y modelos de atención de público señalan que la opinión del “cliente” o “usuario” del servicio es lo más importante a la hora de decidir formular un modelo de atención, es así que, conjugando las opiniones recogidas en la encuesta nacional de satisfacción usuaria mas lo recopilado en la encuesta aplicada por los seminaristas en el Hospital Clínico Herminda Martin, se perfilan aquellos elementos mas importantes a considerar en el diseño de la solución: El perfil del usuario, del Admisionista, Supervisor de Módulos de atención, su planta física, los recursos tecnológicos, horarios de atención, privacidad y seguridad de los servicios ofrecidos.

También se determina la demanda de servicios de atención y se calcula la oferta que debiese existir para satisfacer dicha demanda.

El último capítulo desarrolla el Modelo de atención, el cuál contempla un módulo de atención integral, definiendo su ubicación, sus características arquitectónicas, los recursos humanos con que debe contar, los protocolos de atención, su soporte tecnológico, medidas de protección para los Admisionistas.

Se concluye que la oportunidad histórica presiona a que exista un nuevo modelo de atención de público, lo que permite que los costos que ello conlleva sean absorbidos por el nuevo proyecto del futuro Complejo Hospitalario de Ñuble, esto permite visualizar que este seminario puede ser un gran insumo al diseño del modelo de atención integral para el Hospital Clínico Herminda Martin.



## INTRODUCCIÓN

Se puede decir que el éxito de una Institución hospitalaria depende en gran medida de la satisfacción de la demanda de sus usuarios, y que en el caso específico de los Hospitales públicos son: los beneficiarios cotizantes del FONASA, beneficiarios legales del INP (Ley 16744 de Prevención de Riesgos Laborales), beneficiarios de la Ley Prais (Protección integral de los perseguidos políticos), el FONASA como ente financista de las prestaciones otorgadas, el Ministerio de Salud como ente regulador y fijador de las Políticas Sanitarias, usuarios particulares. Ellos son los principales clientes externos que intervienen en el desarrollo de la actividad sanitaria pública.

Si la institución no satisface las necesidades y expectativas de sus usuarios está sujeto a sanciones tanto legales como administrativas, según sea el caso. Podría tener una serie de consecuencias negativas tanto para su equipo directivo, como también perjuicio en los ingresos de los funcionarios por incumplimiento de compromisos de gestión.

Los esfuerzos deben estar orientados hacia el usuario beneficiario, porque él es el verdadero centro de todas las actividades de la institución y esta declarado por Ley, a diferencia de las empresas privadas donde el único juez de la calidad y oportunidad del servicio es el cliente y por tanto, su opinión debe ser considerada, en el caso de los Hospitales públicos está sujeto además al escrutinio de los entes reguladores y financieros del sistema de salud público.

Se está exigiendo un constante esfuerzo en orden a eliminar errores y lograr la excelencia en la atención de los usuarios. Ésta sólo se puede conseguir con la colaboración y el compromiso de todos los niveles de la organización, desde sus directivos hasta el último de sus funcionarios, de la buena coordinación y compromiso de toda la red asistencial, del uso consiente y responsable por parte de los usuarios y del apoyo logístico y financiero oportuno y en la magnitud real requerida (responsabilidad social del Estado).

Concretamente para este caso, la propuesta fue diseñar un modelo de atención de público para la Unidad de Admisión del Hospital Clínico Herminda Martín, utilizando un modelo de gestión progresivo y que permita la adecuación del

sistema actual de atención de usuarios a un modelo de servicio al cliente adecuado al modelo de gestión del nuevo complejo hospitalario de Ñuble, que además permita ir obteniendo resultados de disminución de los indicadores de pacientes no presentados a sus citas médicas en el Consultorio Adosado de Especialidades del Hospital Clínico Herminda Martín, una disminución en los indicadores de reclamos, que pueda ser un aporte para mejorar el indicador global de la calidad del servicio que entrega la institución, con una reducción de los costos existentes, tanto de manejo operativo como de recursos perdidos por no ser utilizados eficiente y eficazmente.

Hoy, el Hospital Clínico Herminda Martín, está en un proceso de acreditación, en el marco general al que están siendo sometidos todos los Establecimientos EAR, y este proyecto es una oportunidad histórica de poder aportar con un nuevo modelo de atención, basado en los conocimientos académicos y experiencia laboral.

Para lograr llegar al diseño de un nuevo modelo de atención de público, se revisó bibliografía relacionada con calidad, atención de clientes, normativa jurídica, normas ministeriales, declaraciones de misión, visión, valores, políticas institucionales, plan de desarrollo estratégico, proyecto del nuevo complejo hospitalario de ÑUBLE, manual del CROME, estadísticas de satisfacción usuaria, estadísticas de producción del HCHM, estadísticas de la OIRS HCHM, además se entrevistó a los últimos Jefes de Admisión del HCHM, se efectuó una encuesta a un grupo muestra de usuarios para consultarles por la calidad de la atención recibida en los puestos de admisión y sus sugerencias para un mejor servicio, Se efectúa una reunión con directivos del proyecto hospitalario y del CROME para definir los parámetros esenciales del modelo de atención, y con ello se diseña el prototipo que se discute con el Profesor Guía y se consolida como la propuesta que se describe en esta Tesis.-

## **1 FORMULACIÓN GENERAL DEL PROYECTO**

### **1.1 Antecedentes del Problema**

Históricamente, los hospitales han visto a las personas que concurren a solicitar los servicios asistenciales que allí se prestan como “pacientes”, o sea, individuos que tienen un problema de salud y que tendrán que aceptar la atención profesional que se les dé como la institución quiera y pueda darla.

Con la reforma de Salud iniciada en los años 90, el país da un vuelco en su mirada al problema de la Salud, y lo primero que hace es reclasificar a las personas y transformarlas en un “usuario” y aún más, lo califica como el “centro” de todo el quehacer sanitario.

Pero, cuesta desarraigar de la atención que se brinda a las personas en los Hospitales, y eso lo muestran claramente los indicadores de calidad de la atención que ha obtenido el FONASA respecto de la satisfacción usuaria, donde los usuarios del sistema público de salud se queja del mal trato recibido en la pre y post atención médica (Informe de satisfacción usuaria FONASA 2011).

Las Jefaturas, en su gran mayoría fueron adquiridas mediante los ascensos por mérito interno, y muchas veces sin analizarse las competencias y atributos necesarios para los cargos, en el área administrativa estas fueron asumidas por pares que una vez en posesión del cargo no ejercían autoridad para no enemistarse con sus colegas de años de servicio juntos, o en el peor de los casos para no entrar en conflicto con los gremios, situación que se ve con mucha fuerza en el modelo actual de administración, en el cuál se hace vista ciega a las deficiencias de atención solo para no despertar animosidades gremiales, pagando las consecuencias los usuarios.

La inversión pública en Salud ha sido cuantiosa, incluyendo modernos edificios, la más avanzada tecnología, médicos especialistas, una batería de leyes que regulan al sector, pero faltaba una de las más importantes y que solo se promulgó el recién mes de Abril, la de “Derechos y Deberes de los usuarios del sistema de Salud”, y que sin lugar a dudas va a presionar a las instituciones en mejorar la calidad de la atención.

## 1.2 Justificación del Tema

A raíz del gran terremoto del 27 de Febrero de 2010, la ciudad de Chillán observó que su flamante Torre Quirúrgica del Hospital Clínico Herminda Martin quedó totalmente inhabilitada, y con casi nula posibilidad de recuperarse totalmente, después de muchas evaluaciones, solo se contempló construir un hospital modular de construcción acelerada para recuperar parte de la capacidad quirúrgica y camas de hospitalización y un pequeño módulo de camas que permitió paliar la situación de hospitalización durante el invierno del año 2010-2011, adicionalmente se paralizó el proyecto ya evaluado y financiado de construcción del Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT), con la finalidad de buscar una alternativa que pudiese conjugar las dos necesidades al mismo tiempo: Un Hospital y un consultorio de especialidades nuevos, y así no distraer recursos financieros y humanos en dos proyectos separados, así nace el “Nuevo complejo hospitalario de Ñuble” a construirse en los terrenos del antiguo Hospital San Juan de Dios.

Esto trae consigo un nuevo modelo de gestión, y con ello una forma distinta en la relación usuario-funcionario.

Además la promulgación de la Ley 20.584 de “derechos y deberes de los pacientes en su atención en el sistema de salud”, es una potente herramienta que obligará a los establecimientos a acreditarse y entregar sus servicios en un exigente marco de calidad.

Ya señalábamos que los indicadores de satisfacción usuaria dejan en claro que lo más significativo era la mala atención en las ventanillas de atención de público (pre y post atención médica), y esto claramente es un reflejo de que a los funcionarios se les señala el “qué” deben hacer en sus puestos de trabajo, pero nada ni nadie les indica el “como” deben hacerlo, entonces no sólo se deben hacer “procesos” claros de los trámites que debe cumplir el usuario, también es muy importante establecer “protocolos” de “como” debe atenderse al público.

El nuevo complejo hospitalario de Ñuble, trae asociado un modelo de gestión distinto y habrá que adecuar los procesos a dicho patrón de conducta, además hay que considerar que a esa fecha el Hospital ya deberá estar

acreditado completamente y ya el reglamento que regirá la Ley de Deberes y Derechos del Usuario también estará publicado, lo que obligara sí o sí al establecimiento a alinear a todos sus funcionarios en un estilo de atención al usuario orientado a la calidad total.

El modelo de atención de público tendrá que considerar usar al máximo las tecnologías informáticas disponibles, ya que el usuario está requiriendo un uso mayor de ellas al irse familiarizando en sus potencialidades y masificación y mayor cobertura de ellas, entonces no será raro que dentro de un año el Hospital pueda enviar correos a sus usuarios notificándoles de sus citas, controles, resultados de exámenes, o recordándoles en sus celulares sus horas médicas más próximas, o quizás que al ir al mall, su municipio o consultorio pueda acceder al INFOHOSPITAL y ver en una pantalla de tecnología táctil, con solo poner su huella digital o RUT cuáles son sus próximas citas y situación de su lista de espera clínica.

Con todos esos desafíos de mejorar la gestión de la atención hospitalaria, porque no aprovechar la oportunidad histórica y plantearse el desafío de hacer un modelo de atención de usuarios para la Unidad de Admisión AUGÉ del Hospital Clínico Herminda Martín, aplicando técnicas de atención de clientes, adicionando los conocimientos académicos y el uso de tecnologías, los requerimientos de los propios usuarios, jefaturas y funcionarios, el nuevo modelo de gestión y la legislación vigente.

Otro tema relevante, es que el modelo entregará un protocolo de atención, por tanto, el funcionario sabrá de antemano como deberá actuar ante diversas situaciones que se le presenten, de esa forma, muchos eventos adversos y que hoy generan una gran carga de stress laboral van a tender a desaparecer, y al mejorar el clima laboral, ese elemento por si solo permite tener un funcionario entregando una atención más coloquial al usuario.

Eso es, lo que la presente Tesis abordará en los capítulos siguientes, con la solo finalidad de entregar una herramienta de gestión que sea útil al Hospital, pero que principalmente permita un trato digno, oportuno y eficaz al usuario, para que

sienta satisfacción al ser atendido por los funcionarios de admisión en su atención pre y post médica.

### **1.3 OBJETIVOS DEL PROYECTO**

#### **1.3.1 Objetivo General del Proyecto**

Diseñar un modelo de atención integral para los usuarios ambulatorios AUGE, en la Unidad de Admisión del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán, Provincia de Ñuble. (ver ANEXO 1)

#### **1.3.2 Objetivos Específicos del Proyecto**

**1.3.2.1** Identificar todas las actividades de Admisión relacionadas con la atención de usuarios AUGE ambulatorios del Hospital Clínico Herminda Martin.

**1.3.2.2** Diseñar un proceso de Atención de usuarios AUGE en Admisión, que sea coherente con el nuevo modelo de gestión definido para el nuevo complejo hospitalario de Ñuble.

**1.3.2.3** Establecer los requerimientos de Recursos Humanos, Planta Física y Recursos informáticos necesarios para este Modelo de atención.

**1.3.2.4** Diseñar un modelo piloto del Módulo de Atención Integral para implementarlo como centro de desarrollo de habilidades del personal de Admisión.

**1.3.2.5** Definir los perfiles y competencias específicas de los recursos humanos y la capacitación necesaria para formarlos en este nuevo enfoque de atención.

#### **1.4 Alcances del Proyecto**

El análisis abarcará los aspectos jurídicos, desarrollo organizacional, ámbito de la gestión, revisión de información estadística de indicadores tales como NSP, determinación de la demanda, variación de la dotación de recursos humanos en el área del proyecto y cargas de trabajo, revisión de utilización en el sector público de técnicas de atención de clientes en áreas administrativas, y evaluaciones de satisfacción usuaria en la atención pre y post médica.

#### **1.5 Limitaciones del Proyecto**

El estudio se abocará exclusivamente al aspecto de la gestión administrativa de la atención de público en la Unidad de Admisión Auge, no involucrándose en aspectos de calidad técnica de la atención de los usuarios, y solo se circunscribirá

al ámbito de gestión del Hospital Clínico Herminda Martín en su calidad de Establecimiento Autogestionado en Red.

## **1.6 Metodología de Trabajo**

Se revisó la Legislación vigente de la Reforma de Salud, bibliografía sobre atención de público, estadísticas de satisfacción usuaria en el sector salud en Chile.

Además, se efectuaron entrevistas tipo a ex Jefes y Jefatura actual de Admisión del establecimiento, funcionarios de atención de público en mesones de Admisión, y una muestra de usuarios.

Se midió tiempos de espera y se cuantificó el largo de filas de atención durante un día en distintos horarios

Se analizó el modelo actual de gestión de la atención de público descrito en el Manual del CROME, para posteriormente desarrollar un modelo de gestión administrativa de atención de público en la Unidad de Admisión AUGE del Hospital Clínico Herminda Martín, complementándose con un modelo de desarrollo progresivo de un módulo de atención integral.

### **1.6.1 Información General**

Los Servicios de Orientación Médica y Estadística, por intermedio de su Unidad de Admisión, es la encargada de la atención pre y post médica en el área administrativa, sus servicios están orientados a la entrega de horas de atención para médicos, distintos profesionales de apoyo, exámenes, procedimientos, derivación a la macrored asistencial, con la implementación de la legislación AUGE, se debió implementar organismos de control de las garantías de las patologías cubiertas por dicha ley, con la finalidad de no caer en incumplimientos.

La atención, en un modo muy general se otorga por intermedio de funcionarios administrativos, que en el caso del CAE del HCHM, se ubican en ventanillas de atención que han sido habilitadas en el centro de cada módulo de pasillos de determinadas especialidades, donde se les ha dotado de un

computador y una impresora para entregar los comprobantes de citación ó lista de espera.

Cada puesto de trabajo entrega su servicio en forma autónoma y con un solo funcionario por ventanilla, lo que en casos de imprevistos como ser llamado por su Jefatura, médicos, o tratar de solucionar algún problema de un usuario o algo tan humano como es realizar sus necesidades fisiológicas, significan detener la atención de público, y por consiguiente que la fila se agrande, con los consecuentes reclamos de las personas.

Este modelo ha permanecido casi inalterable en los últimos 25 años, siendo su más significativa intervención cuando se incorporó la informatización de los procesos de dación de horas y posteriormente con la creación de la Oficina Auge.

De 6 personas que históricamente habían atendido público, hoy se ha reducido a 5, a pesar del crecimiento de la demanda y de la complejidad de la atención, principalmente del AUGE, la Oficina de coordinación que atiende todas las solicitudes relacionadas con la macrored incorporó un funcionario más en horario parcial, pero no de atención directa a público, lo paradójal es que se ha decidido cerrar un mesón de atención y para complicar aún mas la situación de congestión de público se ha reducido el horario de atención, dejándolo solo hasta las 16 horas de Lunes a Jueves y hasta las 15 horas los Viernes, siendo que la atención médica en esos mismos días se prolonga por una hora mas diariamente, quedando mucha gente sin una atención administrativa, la que obviamente se traslada ya sea al día siguiente o posteriores aumentando la congestión.

### **1.6.2 Diagnóstico del Problema**

En el último tiempo no se aprecia la aplicación de ninguna estrategia que permita mejorar la atención de público, tanto en cantidad como en calidad.

Sin embargo, la realidad de un nuevo complejo hospitalario está mas cerca de lo que se pueden imaginar las jefaturas del área de atención de público, y la deficiente calidad del servicio prestado, asociado a un personal no capacitado en técnicas de atención de público, que tampoco tiene procesos claros de atención y menos protocolos de cómo deben atender, definen una situación actual de mucho



desorden en la atención y que solo subsiste por un esfuerzo individual de algunos admisionistas, que no cuentan con ningún soporte de supervisión que les permita salvar situaciones de conflicto con el público.

El usuario se ve enfrentado a horarios de atención que se acomodan al funcionario y no al público, además de tener que andar de ventanilla en ventanilla para poder realizar sus trámites, o sea hacer una y otra vez filas.

Para el caso específico de la Unidad de Admisión AUGE, en la que desde que se implementó dicha oficina sigue manteniendo solo una funcionaria a cargo de la atención de público, sin embargo en dicho lugar también se ubican los puestos de Control Auge, dación de horas auge a la Red Asistencial de Ñuble y el de avisos telefónicos de horas auge, esta situación distorsiona la percepción del público que ve que hay 4 personas en dicha oficina y que solo una los atiende.

Esta Unidad Auge, por las características de las patologías fue concebido como un lugar de atención personalizada y privada, no se puede atender a los usuarios como en el modelo de ventanilla, ya que son pacientes con fuertes cargas emocionales, son generalmente afectados por enfermedades catastróficas, y también se debiese consultar tener apoyo técnico en el mismo lugar, hoy está en otra oficina muy distante.

Por desaciertos de administración, Admisión ha sacado opciones de dación de horas desde esta oficina y las traslada a otro puesto de trabajo, después de un tiempo ve que eso no resulta y vuelve a devolver estas actividades a su lugar de origen, esta ha sido una constante en la estructuración de actividades, donde la presencia de Jefaturas sin experiencia han implementado cambios sin un previo análisis y conversación con el equipo de trabajo.

Hoy hay un gran desafío, la Unidad de Admisión AUGE debe prepararse para un nuevo modelo de gestión, y que deberá estar implementado y probado antes de la inauguración del nuevo complejo hospitalario de Ñuble, se debe diseñar un modelo de atención integral de usuarios que hoy no existe.-

### **1.6.3 Diseño de la solución al Problema**

Utilizando los conocimientos aportados por el Marketing relacional, las condicionantes psicológicas de atención de clientes, las expectativas que han manifestado los usuarios del Hospital, la experiencia de los admisionistas y profesionales encargados del diseño del nuevo modelo de gestión para el Complejo Hospitalario de Ñuble, mas las exigencias legales y compromisos de gestión institucionales, se diseña un modelo de atención integral de usuarios para la Unidad Admisión Auge del Hospital Clínico Herminda Martin, el que principalmente aborda la problemática actual de alta burocratización del sistema de atención, falta de supervisión y apoyo técnico y recursos humanos no adecuados a la carga de trabajo y a los estándares de calidad con que debe trabajar un establecimiento hospitalario acreditado.

La solución debe contemplar espacios físicos adecuados, modernos, iluminados, que otorguen privacidad, acogedores y con personal amable, cordiales, empáticos y bien informados de su quehacer, con un buen soporte tecnológico, una supervisión administrativa de apoyo permanente con comunicación directa en todo momento y la presencia en el módulo de atención del apoyo profesional técnico, además debe contemplar el uso de tecnologías de comunicación expeditas tanto con la Red Asistencial como con los usuarios.

Aunque este proyecto está diseñado para ser aplicado a la Unidad de Admisión AUGE (VER Anexo 2) del Hospital Clínico Herminda Martín, sin embargo dado los elementos que se han conjugado para dar origen al Modelo de Atención Integral, este podría ser utilizado en Admisión Ambulatoria No AUGE, además como el Modelo entrega entre sus insumos finales un Protocolo de atención de usuarios, que describirá el “como” se debe atender al público usuario, esta es una solución de gestión que podría ser fácilmente aplicable en otros establecimientos hospitalarios, ya que a todos se les hace imperativo contar con herramientas que permitan mejorar la calidad de la atención pre y post médica, la mayor falencia que muestra la totalidad de los hospitales públicos en relación con la satisfacción usuaria en la última encuesta aplicada por FONASA.

## **CAPITULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1 ANTECEDENTES DE LA ATENCIÓN DE PÚBLICO EN SERVICIOS HOSPITALARIOS.**

Se podría decir que de una improvisación en los inicios de la atención hospitalaria, en la cuál la recepción de pacientes la efectuaban preferentemente religiosas que apoyaban la atención médica, ya que los primeros hospitales fueron fundados por las ordenes religiosas que llegaron al país desde España, pasando posteriormente a ser atendidos en primera instancia por enfermeras ó damas de la alta sociedad que actuaban como voluntarias en los nosocomios.

Solo en los años 60, con la creación del Sistema Nacional de Salud, se da una estructura formal al proceso de atención, y se crean los SOME, la instancia administrativa encargada de los registros administrativos necesarios para otorgar las distintas prestaciones a los pacientes, tales como horas médicas, controles con diferentes profesionales de la salud, exámenes y procedimientos, pero con la falencia de no definir nunca un estilo de servicio al público, quedando su calidad supeditada al carácter y personalidad y cultura de quién la otorgaba, situación que se mantiene hasta el día de hoy en gran parte del aparato público de salud.

Los altos índices de insatisfacción usuaria en estas áreas de atención, están recién levantando la alerta de que hay que intervenir estos espacios de servicios, y con la reciente promulgación de la Ley de Deberes y Derechos de los usuarios del sistema de salud (Público y Privado) se hace prioritario mejorar los estándares de calidad de atención.

### **2.2 DEFINICIÓN Y NIVELES DEL CONCEPTO DE CALIDAD DE ATENCIÓN DE PÚBLICO EN SERVICIOS PÚBLICOS HOSPITALARIOS**

Con la creación de las OIRS por Decreto Supremo N°680 se da un fuerte impulso en el mejoramiento de la atención de público en todas las reparticiones públicas. La OIRS es un espacio de atención, en el cual las personas accedan e interactúen con la administración, que garantice su derecho a informarse, sugerir y reclamar para contribuir a la conformación de un Gobierno democrático, al servicio permanente y continuo de las personas.

Son Funciones de estas oficinas:

Informar

Atender a los interesados

Recibir y estudiar sugerencias

Recibir, responder y/o derivar los reclamos

Registrar las solicitudes ciudadanas

Realizar encuestas y mediciones

Establecer coordinación con dispositivos de información y comunicación

Ser un espacio en el cual se difunda la carta de Derechos Ciudadanos de la Institución

Su énfasis está enfocado a la Orientación e Información de los usuarios de los servicios públicos, es un instrumento de apoyo a la gestión de los Servicios Públicos, se basa en el desarrollo de áreas estratégicas comunes de la gestión pública y comprende etapas de desarrollo o estados de avance para cada una de ellas.

El cumplimiento de estas etapas permite que los funcionarios accedan a un incentivo monetario.

Las OIRS deben constituirse como espacios comunicacionales coordinados con otras reparticiones públicas, atendiendo a la ciudadanía sin discriminaciones, entregando a todos los ciudadanos y ciudadanas una atención oportuna y de calidad. Es decir aunar criterios de calidad de atención homogéneos a todo el Aparato Público. Es por tanto un sistema integral de atención al ciudadano

El flujograma de una OIRS tipo sería: Requerimiento del usuario/a - Teléfono de Información - Portal Web - Vía carta escrita Buzón Ciudadano - Correo electrónico OIRS - Consultas - Sugerencias – Felicitaciones- Reclamos - Opiniones Ciudadanos/as - Solicitudes ciudadanas - Espacios de Atención

Esta estrategia tiene por finalidad que no pueda ocurrir, que la forma de atender dependa del humor de la persona que atiende o que cuando cambien a esa persona, se atienda de una manera totalmente distinta. Se establecen metodologías de atención, hablamos de una forma determinada de hacer las

cosas, por ejemplo, no tiene la misma importancia los gestos cuando se está frente al usuario, que cuando se responde por teléfono, (SERNAC,2010).

Estos lineamientos oficiales se constituyen en la línea de base para este proyecto, ya que tanto a nivel Ministerial como del Establecimiento no existen protocolos de atención de público en la áreas de atención pre y post médica, solo se han definido procedimientos o procesos, o sea los funcionarios saben lo que tienen que hacer pero nadie les ha dicho el “como” deben hacerlo, y eso se refleja en las encuestas de satisfacción usuaria.

## **2.3 DEFINICIÓN DE LA ATENCIÓN CON CALIDAD A LOS CLIENTES**

### **2.3.1 LA ATENCIÓN DE PÚBLICO**

La atención desde el punto de vista psicológico es el acto de aplicar voluntariamente el entendimiento a un objeto o cuestión, concentrando la actividad mental sobre él con lo que penetra al campo de la conciencia.

Se pueden distinguir dos tipos de atención, activas o pasivas:

Activa y voluntaria: Cuando se orienta y proyecta mediante un acto consciente, volitivo y con un fin de utilidad práctica y en su aplicación se busca aclarar o distinguir algo.

Activa e involuntaria: Es la orientada por una percepción.

Pasiva: Es la que es atraída sin esfuerzo porque el objeto es grato y es este quien la orienta.

Las principales circunstancias de las que depende la atención son:

La ausencia de atracciones contrarias.

La tensión de la sensación.

El realce del estímulo.

La comprensión.

La atención al usuarios son el conjunto de actividades desarrolladas por las organizaciones con orientación al mercado, encaminadas a identificar las necesidades de los usuarios en la compra o requerimiento para satisfacerlas, logrando de este modo cubrir sus expectativas y, por tanto, crear o incrementar la satisfacción de los usuarios(BERRY, 1996).

Existen una serie de variables estrechamente relacionadas con los procesos de atención que influyen en la calidad de servicio percibida por los usuarios. Estas variables otorgan valor añadido tanto a la institución como a su cartera de servicios, influyendo también en el posicionamiento de la misma.

Estas variables pueden ser tangibles e intangibles

**a) Tangibles.** Son aquellos instrumentos materiales que influyen en la percepción de la imagen global de un establecimiento. Podemos agruparlas en dos categorías:

Ambientación del establecimiento. La decoración, la iluminación, el sonido o la estructura de un establecimiento influyen en las expectativas de satisfacción de los usuarios. La ambientación debe ser coherente con las políticas de marketing relacional de la institución, en especial con sus criterios de segmentación y posicionamiento y con sus acciones operativas de comunicación externa.

Colocación y presentación de los puntos de atención bajo criterios de comodidad, eficiencia, acceso, oportunidad, seguridad.

**b) Intangibles.** Conductas, aptitudes y actitudes individuales y grupales compartidas por los miembros de la organización que pueden incrementar valor y satisfacción a los clientes. Las principales variables intangibles son:

Valores corporativos. Incluyen las creencias de la organización, normas, formas de pensar, etc., y son los elementos que más influencia tienen sobre el servicio, las actividades de servicio de pre y post atención médica.

Concentración de los servicios, buena comunicación, acceso a información clara y oportuna, buena señalética (entendible al usuario externo, sin tecnicismos), lenguaje apropiado.

### 2.3.2 LA CALIDAD

Calidad de servicio. La calidad de servicio queda reflejada en numerosas ocasiones por el estilo de comunicación, el comportamiento y la motivación del personal, elementos que influyen en la imagen de la institución y la percepción de la calidad de sus servicios,(BERRY,1996).

Existen una serie de variables que intervienen en la prestación de servicios como dimensiones de la calidad percibida por los clientes:

- **Accesibilidad.** Los clientes deben contactar fácilmente con la empresa.
- **Capacidad de respuesta.** Predisposición a atender y dar un servicio eficiente sin tiempos muertos ni esperas injustificadas.
- **Cortesía.** Durante la prestación de servicios el personal debe ser atento, respetuoso y amable con los clientes.
- **Credibilidad.** El personal en contacto con el público debe proyectar una imagen de veracidad que elimine cualquier indicio de duda en los clientes.
- **Fiabilidad.** Capacidad de ejecutar la venta y el servicio que prometen sin errores.
- **Seguridad.** Los servicios prestados carecen de riesgos.
- **Profesionalidad.** La prestación de servicios debe ser realizada por profesionales

### 2.3.3. PARA TENER ÉXITO EN LA ATENCIÓN DE PÚBLICO

Para tener éxito en una entrevista con un usuario se debe tomar en cuenta factores que pueden distraer la atención del mismo, que nos puedan restar efectividad al momento de realizar el servicio.

Se tiene que cuidar de no hablar hasta tener toda la atención de la persona, ya que de no ser así el mensaje que se intenta transmitir será confuso y no tendrá el mismo impacto, por eso se necesita hacer algo para atraer su atención y evitar las distracciones que puedan distraerlo. El mensaje o la idea se debe transmitir en forma clara y concisa, evitando rodear el tema principal, entre menos tiempo se ocupe para transmitir el mensaje más efectiva será la atención(GONZALEZ,2008).

En cuanto a la apariencia es aconsejable utilizar colores fuertes y hasta cierto punto contrastantes, así como portar emblemas de la institución a la que se pertenece y tenerlos a la vista. Al exponer es conveniente matizar e inflexionar la expresión oral para que la charla no sea monótona, haciendo énfasis en los puntos más importantes ya sea subiendo un poco el tono de voz, o dándole un matiz distinto al resto de la conversación.

Los tecnicismos se deben evitar para que el usuario logre entender el mensaje más claramente y no se distraiga intentando descifrar lo que significan, también se debe guiar la conversación variando los tópicos tratados para no hacerla tediosa, de igual manera no se debe hablar todo el tiempo, hay que saber escuchar también, sobre todo para identificar las necesidades del interlocutor, y con base a estas dirigir la atención.

Cuando se está prestando el servicio se tiene que captar la atención del usuario, una vez conseguida lo difícil es mantenerla, si se logra crear emociones agradables va a ser mucho más sencillo captar el total de su atención motivándolo a que haga un buen uso de los servicios hospitalarios, siendo esto nuestro principal objetivo.



## 2.4 REFORMA DE SALUD, SU IMPACTO EN EL MODELO DE GESTIÓN

### 2.4.1. REFORMA DE SALUD EN CHILE

La historia de la Salud en Chile



El esquema anterior identifica los hechos principales del proceso de desarrollo del Sistema de Salud Chileno, desde sus inicios hasta el momento actual. Corresponde a la visión de la llamada “Medicina Occidental”, cuyo rol hegemónico se ha ejercido hasta nuestros días.

Desde los años noventa en adelante se ha avanzado en abrir el Sistema de Salud hacia otros modelos que dan cuenta de la Interculturalidad de la Sociedad Chilena, para comprender la situación actual del ambiente en que se enmarca este proyecto, revisaremos brevemente algunos hitos que marcan esta nueva era de la Salud en Chile.

1980. La Reforma neoliberal.

En el contexto de la modernización del Estado, desde la perspectiva de disminuir su tamaño y de privatizar los servicios sociales, la Reforma Neoliberal de los años 80 sigue los lineamientos estratégicos de la época, basados en las orientaciones del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional.

Fueron implementadas tres reformas:

- La desconcentración del SNS en Servicios de Salud (SS) Territoriales con atribuciones traspasadas del nivel nacional para gestionar recursos, dando origen al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS).

- La descentralización de la Atención Primaria de Salud (APS), traspasada a los Municipios, con el objetivo declarado de gestionar los recursos y tomar las decisiones más cerca del nivel local. Con la salvedad de que todos los Alcaldes eran designados por la Presidencia de la República.
- Creación de las Instituciones de Salud Provisional (ISAPRES) como entidades administradoras de la cotización obligatoria, mal llamadas “seguros de salud”

A partir del año 1990 se reconocen tres hitos relevantes:

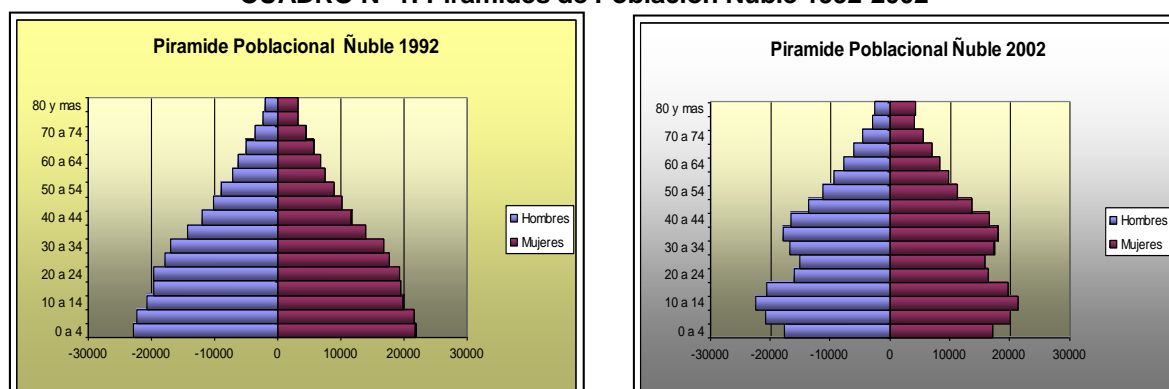
1990-1993. Recuperación del Sistema Público de Salud.

1994-1999. Modernización del Sistema de Salud.

1999 en adelante. Reforma de la Seguridad Social en Salud

La Reforma a la salud en Chile se inicia como una respuesta a la necesidad de resolver la brecha existente entre el acceso y oportunidad de atención de salud y a la facultad de adaptar el sistema de salud a los cambios que se han producido en el perfil epidemiológico y demográfico de nuestro país, como también a los avances científicos y tecnológicos. Muestra de ello es la evolución de la población de Ñuble durante la década de 1992 a 2002, como se muestra en la gráfica siguiente:

**CUADRO Nº 1: Pirámides de Población Ñuble 1992-2002**



Fuente: INE

La Reforma de Salud en Chile tiene sus bases o se inspira en un conjunto de valores compartidos por la ciudadanía, tales como:

- Equidad en el acceso a la atención de salud.
- Eficacia en las intervenciones destinadas a promover, preservar y recuperar la salud.

- Eficiencia en el uso de los recursos.

## CUADRO Nº 2 COMPONENTES DE LA REFORMA DE SALUD



Fuente: Modelo de Gestión HCHM

En consistencia con dichos principios la reforma de salud ha definido los siguientes objetivos estratégicos:

- Favorecer la integración de los subsistemas de salud público y privado.
- Mejorar el acceso a la salud de los grupos más desfavorecidos de la población.
- Adecuar el modelo de atención y los servicios de salud ofrecidos al actual perfil biodemográfico de la población, incorporando las tecnologías disponibles y sobre la base de una evidencia científica.
- Aumentando la seguridad y confianza de las personas en el sistema de salud.
- Modernizar la organización y gestión del sector público.

### 2.4.2. ANÁLISIS DEL MARCO LEGAL DEL PROYECTO

Para materializar estos objetivos, el Poder Ejecutivo ha impulsado cinco proyectos de ley que abordan diferentes materias y que en su conjunto

constituyen las bases de una propuesta de Reforma Global del Sistema de Salud, de los cuales 4 ya son Ley de la República, como se indica a continuación:

- **Financiamiento:** ley que permite aumentar impuesto como fuente de recursos sostenible del Plan AUGE.
- **Garantías Explícitas en Salud (GES) - (Ley N° 19.666):** proyecto que establece garantías de cumplimiento para los usuarios para el sistema público como privado de salud.
- **Autoridad Sanitaria y Sistema de Gestión - (Ley N° 19.337):** normativa que fortaleza el rol del Ministerio de Salud en la conducción sanitaria, en rol fiscalizador; pero también crea instrumentos para la mejor gestión en la red asistencial.
- **Modificación a ley de ISAPRES - (Ley N° 20.015):** que viene a establecer mayor regulación sobre éstas para proteger a usuarios que usan este sistema privado de salud.
- **Derechos y Deberes de la Personas – (Ley N° 20.584):** que transparenta los derechos y obligaciones que adquieren los usuarios de los sistemas de salud como de la de los prestadores.

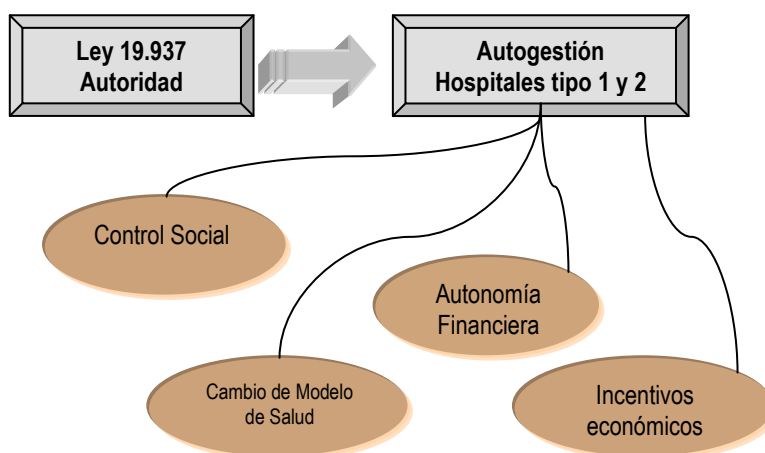
La ley clave de la Reforma es el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), que no sólo asegura acceso, oportunidad, y financiamiento, sino que garantiza la calidad de la atención en múltiples niveles. A través de procesos guiados de acreditación cada establecimiento público y privado entrega estándares mínimos en diversos ámbitos, tanto en actividades asistenciales como de apoyo clínico y logístico(MARTINEZ,2012).

Entre los temas que la normativa exige, está: la acreditación, la gestión de la calidad, la gestión clínica, el acceso, la oportunidad y continuidad de la atención, las competencias del recurso humano, los registros clínicos, la seguridad del equipamiento, infraestructura e instalaciones, los servicios de apoyo y por último acreditar estándares sobre la vigencia de la autorización sanitaria respectiva.

### 2.4.3 HOSPITAL CLINICO HERMINDA MARTIN DE AUTO GESTIÓN EN RED

Dentro de los proyectos de ley de la Reforma está la Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria (aprobada por el Congreso el año 2004) en cuyo título IV de los Establecimientos de Autogestión en Red se propone un nuevo Modelo de Gestión para los hospitales de mayor complejidad (tipo 1 y 2).

**CUADRO 3 Ley 19.937 “Autoridad Sanitaria” y sus consecuencias**



La Reforma a la Salud introduce en la gestión hospitalaria el concepto de eficiencia en la gestión, lo que obliga cada vez más a tener una mirada integradora entre gestión clínica y gestión administrativa(JARA,2005).

La autogestión, también debe proyectarse hacia el interior del hospital. Cada Centro de Responsabilidad debe autogestionarse, mediante el trabajo en equipo y la colaboración de los gestores técnico-administrativos. La orientación va hacia la consecución de la calidad técnica, hacia el logro de resultados oportunos, a costos razonables y con satisfacción usuaria.

A partir de esta estrategia nace la estructura organizacional (VER anexo 1) y de ésta derivan todas las relaciones verticales y transversales en la organización. En este sentido la apropiada aplicación del principio de “subsidiariedad”, impulsa a dejar que todas aquellas funciones que se pueden realizar eficientemente se efectúen en dicho nivel jerárquico y no más arriba. No obstante, los Centros de Responsabilidad deben armonizar sus decisiones particulares en función de las políticas y directrices emanadas desde el MINSAL,

la SEREMI de la Región, del Servicio de Salud de la provincia y desde la Dirección del establecimiento (EAR).

#### **2.4.4 CONTENIDOS ATINGENTES AL PROYECTO DECLARADOS EN EL PLAN ESTRATÉGICO DEL HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTIN**

Dado que el proyecto se considera implementarlo en una Unidad de este Establecimiento Asistencial, debe ajustarse en su diseño a la misión, visión y valores del Hospital Clínico Herminda Martín que guían el accionar del establecimiento, y que se describen a continuación:

##### **Misión**

El Usuario es nuestro centro. Por ello, el Hospital Clínico Herminda Martín, a través de sus trabajadores (as) y en coordinación con la red asistencial brindará a la comunidad de Ñuble acciones de salud oportunas y de calidad.

##### **Visión**

Llegar a ser uno de los mejores hospitales públicos del país, en atender y satisfacer las necesidades de sus usuarios de acuerdo a la realidad epidemiológica y demográfica de la provincia y los principios inspiradores de la reforma sanitaria en Chile.

##### **Valores**

- Satisfacción Usuaría
- Eficiencia
- Participación
- Efectividad
- Equidad

## **2.4.5 ANTECEDENTES DEL MODELO DE ATENCIÓN**

Para alcanzar los objetivos propuestos en la Reforma a la Salud, se requieren importantes cambios en los sistemas de atención y en las entidades que proveen dichos servicios. Hoy en día nuestro establecimiento, al igual que muchos otros, trabaja con un modelo centrado en el acceso a prestaciones médicas y medicina hospitalaria; para avanzar es imperante comenzar a mirar hacia la atención abierta, haciendo énfasis en actividades de promoción y prevención en salud.

El objetivo último del sistema es satisfacer las necesidades y expectativas de atención de las personas, optimizando las intervenciones en salud, mejorando su eficacia y eficiencia en el uso de recursos.

### **2.4.5.1 PRINCIPIOS Y CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE GESTIÓN**

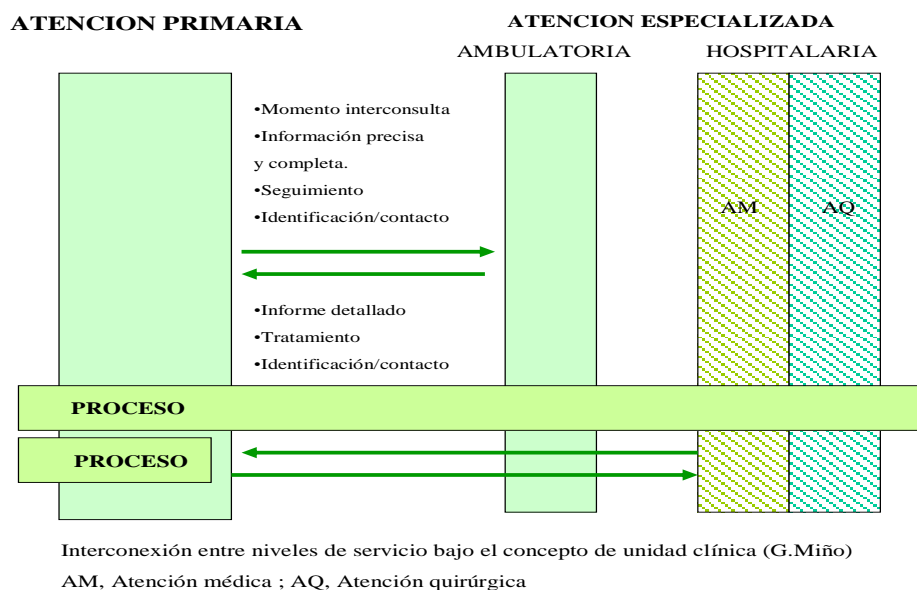
El sistema de atención que se propone construir a través de la Reforma a la Salud reconoce los siguientes principios y características fundamentales:

- Énfasis en la promoción y prevención de salud.
- Fortalecimiento de la capacidad resolutoria de la atención primaria.
- Relación fluida de la atención primaria con los consultorios de especialidades, centros de diagnóstico y centros de referencia.
- Consideración de la hospitalización como una excepción que obedece a emergencias, enfermedades graves o estudios diagnósticos que no pueden ser realizados de manera ambulatoria.
- Optimización de la hospitalización, complementándola con hospitalización domiciliaria, incorporando a la familia y a redes de apoyo comunitario en el cuidado y recuperación del paciente.

- Establecimientos de atención en salud operando coordinadamente dentro de un territorio asignado, con un fuerte énfasis en el trabajo en red asistencial.

El nuevo modelo de atención implica un cambio radical en la gestión hospitalaria hacia una cultura centrada en la cooperación en red, propiciando el cambio de modelo hacia la ambulatorización de la atención, promoviendo la salud, aplicando medidas preventivas, más que orientando la dedicación a las tareas puramente curativas y participando activamente en la capacitación de la red. En resumen, se realizará una gestión por procesos.

#### CUADRO N° 4 Relación entre la Atención Primaria y la Atención Especializada



Fuente: Proyecto Nuevo Complejo Hospitalario de Ñuble, 2012.

La actual distinción nítida entre niveles de atención primaria y especializada está llamada a desaparecer, al menos como hoy la conocemos. Organizar la atención de salud en torno al usuario supone que los diversos profesionales, sean odontólogos, médicos o enfermeras, especialistas de cirugía, cardiología, dermatología o medicina de familia, convivan en un mismo marco flexible de organización en el que habrán desaparecido viejos conceptos de medicina hospitalaria, ambulatoria, primaria o especializada, con el objetivo común de una



atención más rápida, eficaz y de mayor calidad, siendo éstas, las bases sobre las que hay que definir quién, cómo, cuándo y dónde se realiza la atención de salud.

En este sentido, el desarrollo del Proyecto de Normalización del Consultorio Adosado de Especialidades, no solo expresa los valores del Modelo de Gestión y Atención en la materialización de un edificio más funcional, con un mayor nivel de flexibilidad ante los avances de la medicina, tecnológicamente eficiente con el consumo energético, amigable tanto para el usuario como con el medioambiente. Su modelo buscará impactar en lo más profundo de la institución e influir lo más ampliamente posible en las redes que dependen de él, dando pie a los cambios que se proponen, incorporando en todo momento la participación de la comunidad.

La Reforma, reconoce y promueve a las redes - sean éstas de tipo comunitaria, intercultural e intersectorial-, como las que dan cuenta de mejor manera de la posibilidad de intervenir eficientemente en los determinantes de la salud, siendo las más cercanas a los múltiples ámbitos donde se desarrolla la vida de las personas, como son su familia, su vivienda, su trabajo y su comunidad.

CUADRO Nº 5 Modelo Tradicional v/s Nuevo Modelo



Fuente: División de Políticas y Gestión, Escuela de Salud Pública Universidad de Chile. O. Arteaga. "La Transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. OPS 2001

#### **2.4.5.2 OBJETIVOS DEL NUEVO MODELO DE GESTIÓN**

##### **Objetivos Generales:**

- a.- Orientar la normalización del complejo hospitalario hacia un modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y en red.
- b.- Lograr una gestión del complejo hospitalario orientado a la ambulatorización de la atención.
- c.- Informatizar todos los procesos clínicos con objeto de asegurar la continuidad de la atención en los distintos niveles de atención.

##### **Objetivos Específicos**

- a.- Implementar un Organigrama conformado por un equipo multidisciplinario de profesionales y de liderazgo horizontal que responda a una gestión flexible, oportuna y descentralizada.
- b.- Definir la cartera de servicios del establecimiento orientada a su resolución ambulatoria.
- c.- Diseñar herramientas focalizadas de gestión de apoyo clínico para disminuir brechas de oferta en la atención.
- d.- Aumentar la disponibilidad de horas médicas de atención abierta.
- e.- Aumentar la disponibilidad de camas de la atención cerrada.
- f.- Diseñar el hospital de día en el edificio ambulatorio.
- g.- Lograr una gestión clínica en red articulada con los diferentes servicios y que satisfaga las necesidades de las personas insertos en un contexto social y familiar.

#### **2.4.5.3 HACIA UNA NUEVA ORGANIZACIÓN**

Las líneas de desarrollo del nuevo modelo de gestión, apuntan en la dirección de unidades profesionales más flexibles y adaptadas a la práctica asistencial, con modelos de organización en función de los procesos asistenciales, que faciliten la gestión de casos clínicos(MARTINEZ,2012).

En el Nuevo Modelo de Atención se plantean dos líneas de acción:

- a) Atención a la Demanda: Realizada por profesionales de atención primaria o especialistas. Esto, en el caso de urgencias a demanda del propio usuario. El objetivo es procurar el diagnóstico y si procede, el tratamiento para el seguimiento del médico u odontólogo del establecimiento de la red que corresponda.
  
- b) Atención Programada: Planificada por el propio establecimiento aprovechando la división territorial por áreas. En el caso de la atención de mayor complejidad, una estructura de atención especializada permite desarrollar programas de promoción, prevención, detección precoz, tratamiento y seguimiento de patologías.

En cuanto a la calidad de los servicios y la satisfacción usuaria, la presión de la sociedad y el mercado, obligará al sistema y a los proveedores de servicios (médicos entre otros) de salud a aceptar plenamente las reglas del juego cliente – proveedor, ya extendidas en otros sectores.

El avance de las tecnologías de la información y comunicaciones, serán fundamentales como una alternativa al déficit de profesionales, especialmente en lo referente al uso de la telemedicina y teleasistencia. La historia clínica electrónica supondrá la posibilidad de un mayor control del usuario sobre la información de su propia historia clínica, así como una garantía de coordinación y continuidad entre niveles asistenciales.

Para éste nuevo modelo, el Servicio de Orientación Médica y Estadística (SOME) se transformará en Servicio de Admisión e Información Clínica y Estadística (SAICE) que a través de la gestión de pacientes constituye una necesidad de primer orden. En cualquiera de las líneas de producción se precisa la coordinación de las acciones proveniente de los diferentes procesos del hospital. Para realizar ésta tarea se proyectarán tres modelos básicos:

- Orientado a la Coordinación en Red
- Orientado al Usuario
- Orientado a la Informatización de los procesos.

El actual Servicio de Orientación Médica y Estadística (SOME), cambiará el nombre a Servicio de Admisión e Información Clínica y Estadística (SAICE). Este nombre será utilizado para el organigrama interno de la institución siendo el nombre para los usuarios simplemente Admisión.

Las TIC's sumadas a la profesionalización de la administración de los actuales SOME, cuyas áreas generalmente son las de Admisión, Hospitalización, Estadísticas, Archivos Clínicos, Recaudación y en estos últimos años la gestión relacionada al AUGE, posibilitarán simplificar su funcionalidad, centrándose en tres ejes funcionales:

- **Orientación a Coordinación de la Red;** posibilitará adecuados flujos de los pacientes desde y hacia los establecimiento de nivel primario, secundario y terciario, provocando el mínimo de trámites al usuario para obtener sus citas y atenciones en el nuevo CDT y desde éste último a las macro redes.
- **Orientación al Usuario y Trato Amable;** propiciará que los contactos con los usuarios sea el adecuado, a fin de entregar toda la información que éstos requieran para el más expedito tránsito por la red. Al mismo tiempo, se reforzarán los requerimientos administrativos y técnicos para permitir que el usuario llegue a realizarse un examen, procedimiento y/o consulta con todo lo que se requiera.
- **Orientación a la Informatización de los procesos;** Las TIC's posibilitarán que un usuario pueda solicitar una cita desde su consultorio de atención primaria y en aquel momento se le entregue su hora de cita. Asegurar este cupo de atención será posible fortaleciendo el cumplimiento de los protocolos de derivación.

El médico al atender el paciente en el box del nuevo CDT, podrá registrar el diagnóstico, pertinencia, altas, AUGE o no AUGE directamente en el sistema

informático que tendrá disponible en su box. Con el sistema además, en presencia del paciente podrá acceder a resultados de exámenes, generar Informes de Procesos Diagnósticos AUGE (IPD), entregarlos directamente al paciente, completar en el sistema solicitudes de nuevos exámenes, procedimientos y/o consultas de especialistas etc. En resumen la atención del médico en el box, será el motor fundamental de los procesos de optimización de flujo del usuario, incluyendo la información estadística inherente. Se genera entonces la Historia Clínica Electrónica de la cual se obtendrán en línea datos de morbilidad y producción para entregar información oportuna para la toma de decisiones tanto del Hospital como del Servicio de Salud, Ministerio y cualquier entidad que lo requiera (ABARCA, 2010).

Para materializar lo anterior, el SAICE contará con tres secciones para hacer operativo este sistema, pero en relación con este proyecto solo se consideró lo relacionado con atención directa de público:

**Admisión.** Funciones principales:

- Coordinar los flujos de los usuarios desde y hacia los establecimientos de APS, atención Intra hospitalaria y de la macro red.
- Poner a disposición la agenda ambulatoria para los requerimientos de la APS y del Hospital.
- Acoger la admisión de los usuarios en el nuevo CDT.
- Administrar el Centro de Llamadas. Desde aquí, el usuario podrá consultar desde una citación, hasta indagar sobre los preparativos para un examen.
- Velar por el cumplimiento de los plazos de oportunidad establecidos en los diferentes programas especiales. (AUGE, entre otros)
- Mantener publicadas en la web información de listas de espera y toda información relacionada a los diversos trámites de los usuarios.

**2.4.5.4 PLAN AUGE.**

El Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES), es un instrumento de regulación sanitaria que establece prestaciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos.

Contiene Garantías Explícitas de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, asociadas a un conjunto priorizado de problemas de salud, basados en estándares de atención, en gestión de tiempos de espera, y con recursos humanos, físicos y presupuestarios.

Es obligatorio para el Fondo Nacional de Salud (FONASA) e Instituciones de salud previsional (ISAPRES)

**Definiciones de las garantías:**

**Acceso.** Es la garantía de entrar a una red de servicios de salud cumpliendo requisitos específicos (quien y como). Cada administrador lo garantiza intermediando las relaciones entre los usuarios y los prestadores.

**Calidad.** Las prestaciones son otorgadas por prestadores acreditados, y cumplen los atributos técnicos establecidos por el Ministerio de Salud.

**Oportunidad.** Plazo máximo para la primera atención y para las etapas siguientes.

No hay incumplimiento en casos de fuerza mayor, caso fortuito o de causa imputable al beneficiario

**Protección Financiera.** Uno de los mayores problemas, antes de la Ley AUGE era que las enfermedades catastróficas causaban altos niveles de endeudamiento en las personas, con esta protección legal, los usuarios saben que sus patologías Auge tienen una estructura de co-pago definida, con tramos y límites de aporte:

Co-Pago no excede 20% del Arancel Referencial.

Beneficiario de FONASA A y B: 0%.

Beneficiario de FONASA C: 21 cotizaciones (31 por más de un evento).

Beneficiarios de ISAPRES Y FONASA D: 29 cotizaciones (máximo UF 122) y 43 cotizaciones por más de un evento (máximo 181 UF)

Este es el fundamento legal directo y esencial que motiva desarrollar el nuevo Modelo de atención de usuarios para la Unidad de Admisión AUGE, ya que aquí es donde se debe controlar administrativamente las patologías que son de resolución en el Hospital Clínico Herminda Martín y otorgar las citaciones para consultas y controles médicos, exámenes y procedimientos asociados a cada una de las patologías garantizadas por la Ley.

## **CAPÍTULO III: LA ATENCIÓN DE PÚBLICO ACTUAL EN ADMISIÓN DEL HCHM**

### **3.1. INTRODUCCIÓN**

En este capítulo se describe como se ha ido desarrollando el modelo actual de atención de público en Admisión del HCHM, además muestra los resultados de la última encuesta de satisfacción usuaria realizada por FONASA en toda la red asistencial del país.

El contenido indica como el modelo de atención también puede afectar otros aspectos de la gestión, como por ejemplo los NSP.

En la unidad de análisis se entregan los resultados de las observaciones efectuadas tanto in situ como en los informes estadísticos y su relación con la gestión de atención de público.

Por último se describe la metodología utilizada para efectuar la recolección de información ad hoc.

### **3.2. DESCRIPCIÓN DEL MODELO ACTUAL DE LA ATENCIÓN DE PÚBLICO EN ADMISIÓN.**

La atención de público actualmente obedece a un modelo que surge espontáneamente alrededor del año 1995, cuando se descentraliza la atención que se entregaba en un solo mesón central de Admisión que tenía 5 puestos de dación de horas.

El diseño obedece a la necesidad de atender en forma más ordenada de acuerdo a las Especialidades médicas que están dispuestas en cada batería de box y que se identifican por pasillos, y es así como surgen 5 ventanillas de atención, una por cada pasillo de especialidades y se mantiene una ventanilla para creación de HHCC y entrega de carnet de hospital

Con la llegada del PLAN AUGE y sus primeras 5 patologías GES, y por indicación ministerial se habilita un sexto puesto de atención exclusivo para la atención de los usuarios sujeto a garantías, y se diseña como una oficina en la

cual la atención debía ser personalizada y privada, situación que posteriormente se va desvirtuando ya que se incorporan mas patologías GES y se hace necesario habilitar un puesto de control de garantías y otro de dación de horas para la red asistencial de ÑUBLE, por último en el año 2010 se agrega otro puesto de trabajo destinado a efectuar los llamados telefónicos de aviso de horas a los usuarios y del envío de correos electrónicos de aviso de horas dadas a los consultorios de la APS.

Todos estos diseños nunca se han hecho considerando variables como oferta del CAE, cartera de servicios, horarios tanto altos como bajos de demanda de público, eliminación de burocracia, uso de apoyo de tecnologías, análisis tanto de psicología del usuario como de marketing relacional, comodidad y seguridad en la atención, opinión del usuario.

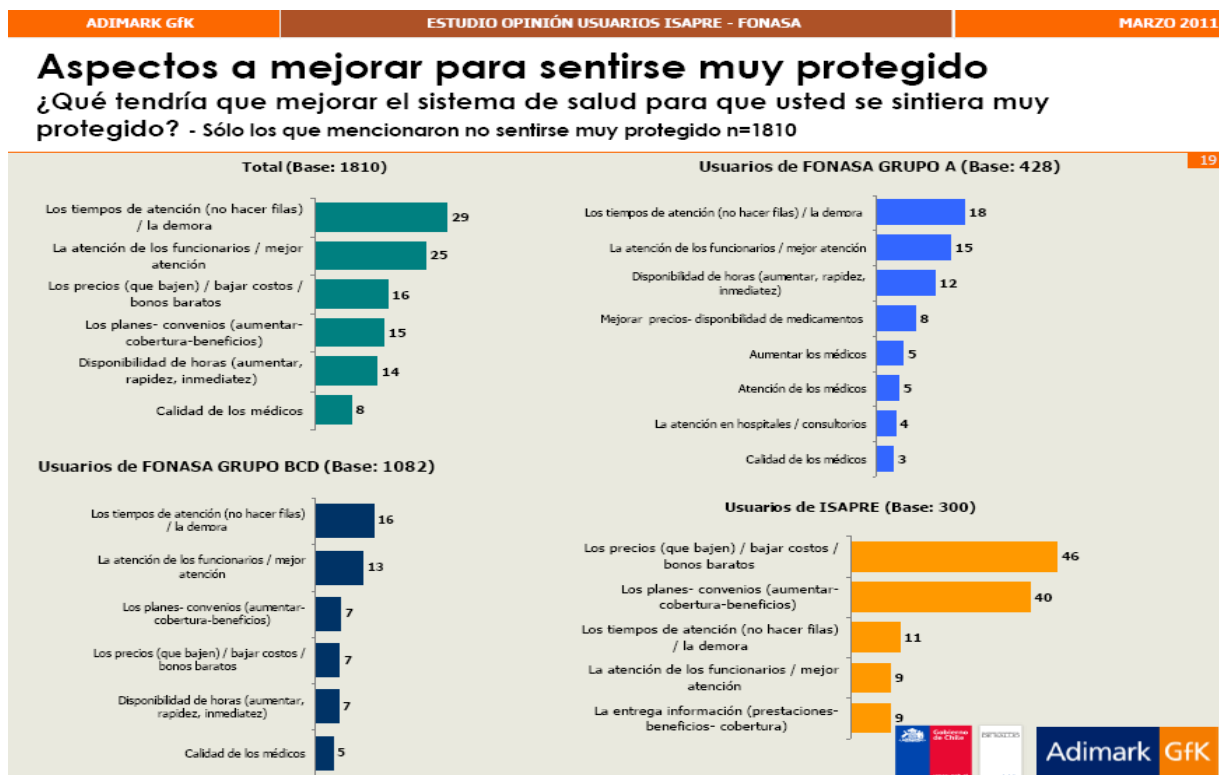
Tampoco el cuerpo directivo superior del establecimiento ha tenido un rol destacado en estos diseños, y solo han surgido como una tímida aventura de algunos jefes que tuvieron un pequeño grado de osadía de innovar, pero sin que hubiese existido un Plan de Desarrollo general de gestión para todo el establecimiento, ya que solo esto surge en los últimos años con la entrada en vigencia de las Leyes de la reforma, donde se institucionaliza un modelo de gestión mas estructurado, que va en pos de una mejor atención, más efectiva y con calidad.

### **3.3. EVALUACIONES DE GESTIÓN ACTUAL**

Diversos estudios y encuestas se han aplicado al sector salud en estos últimos años, y es que la reforma de salud está obligando a los prestadores a entregar una atención integral con calidad y oportunidad garantizada, de algunas de ellas se extraen algunos resultados atingentes al proyecto.



CUADRO N° 6 ESTUDIO OPINION DE USUARIOS FONASA - ISAPRE



FUENTE: ADIMARK GfK ESTUDIO OPINIÓN USUARIOS ISAPRE - FONASA MARZO 2011

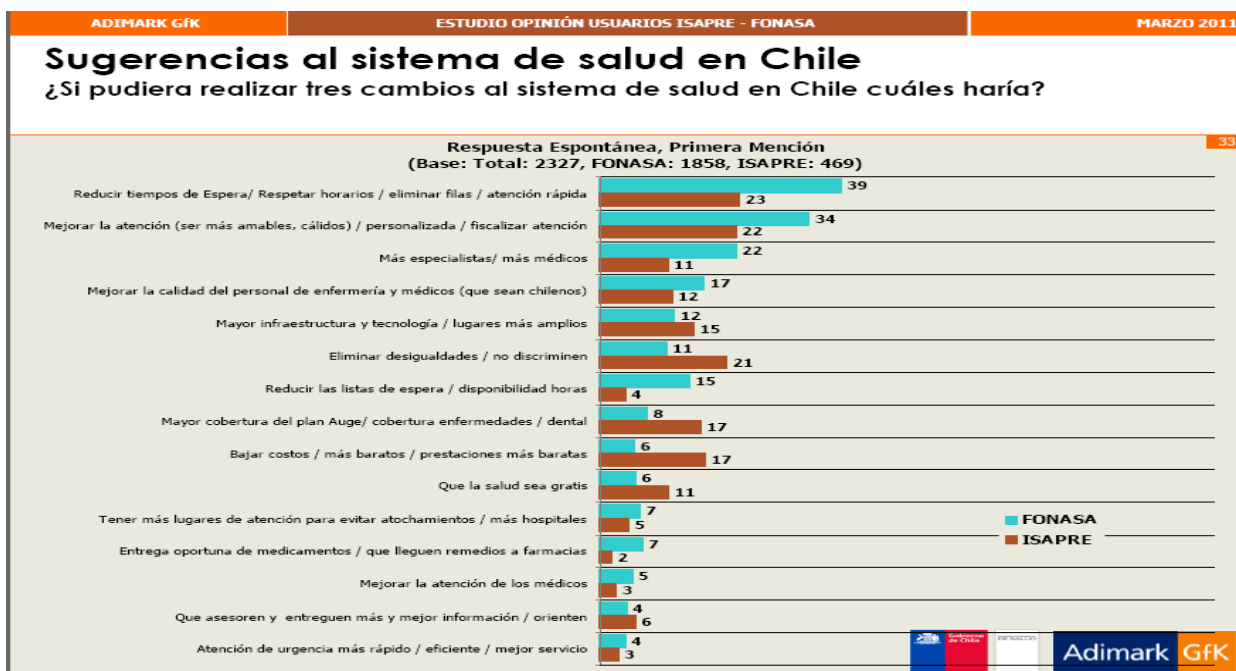
En este gráfico se ratifica la percepción general de que las largas esperas en filas es el mayor problema a solucionar principalmente en el sector público de salud, ya que según lo señalan los usuarios esto los hace sentirse desprotegidos, aunque en los clientes de ISAPRES este problema se señala en tercer lugar, si se descarta los factores relacionados con planes y costos, también es el primer problema relacionado con la atención de público.

En el CUADRO N° 7, los usuarios prioritariamente indican que se deben reducir los tiempos de espera, respeto de horarios, terminar con las filas y acelerar la atención, cuando son consultados sobre sugerir tres mejoras al sistema de salud.

En CUADRO N° 8 referente a la acreditación, los usuarios consultados y que reconocen saber en que consiste este factor, señalan que los establecimientos deberán entregar una atención de mejor calidad, y su observación es coincidente con lo estipulado legalmente, ya que eso es justamente lo que busca el proceso de acreditación de prestadores.

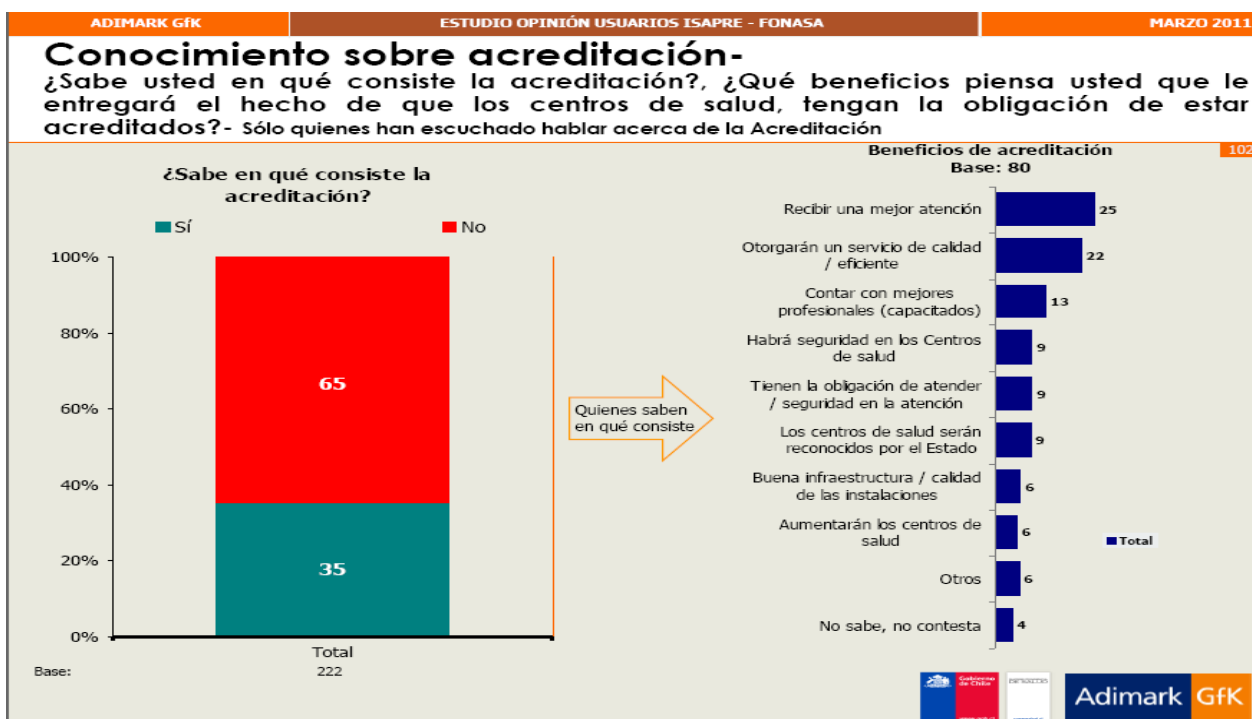
Se eligió estos tres cuadros, ya que son los más relacionados al proyecto.

Cuadro 7 SUGERENCIAS AL SISTEMA DE SALUD EN CHILE



FUENTE: ADIMARK GfK ESTUDIO OPINIÓN USUARIOS ISAPRE -FONASA MARZO 2011

Cuadro 8 CONOCIMIENTO SOBRE ACREDITACIÓN



FUENTE: ADIMARK GfK ESTUDIO OPINIÓN USUARIOS ISAPRE -FONASA MARZO 2011

El índice de Satisfacción promedio nacional de los Centros de Salud es de 80.9%. Los aspectos mejor evaluados son Acceso y Atención de Personal Profesional. Las menores evaluaciones se obtienen para la Infraestructura, baño y Sala-espera. También se observa que la Satisfacción previa es relativamente baja, especialmente en mujeres, 72.1%, sin embargo ésta aumenta después de revisar los aspectos específicos de la atención, llegando a 82 puntos promedio.

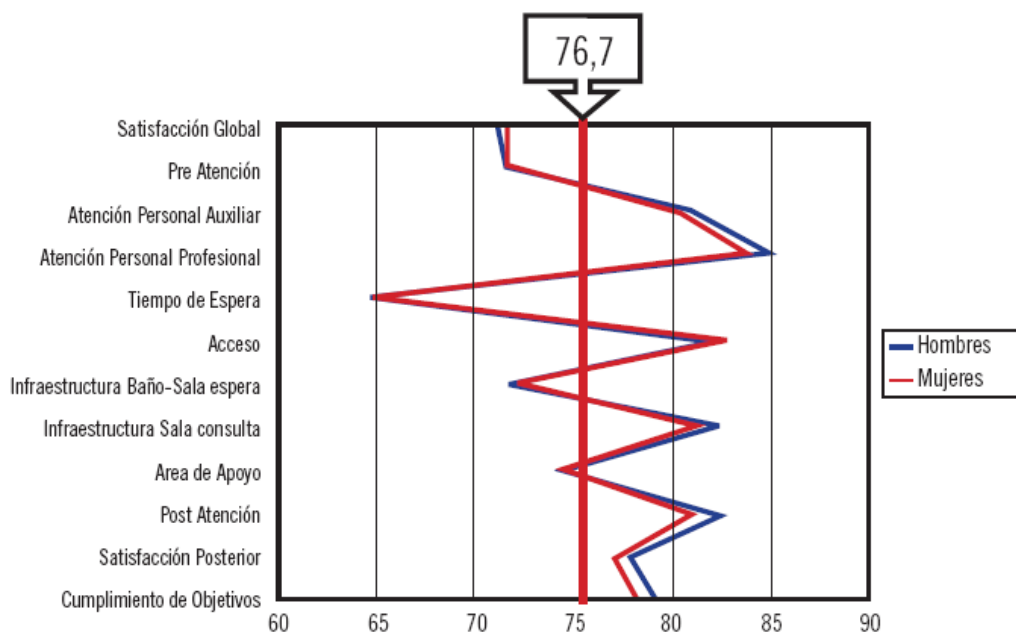
Cuadro 9 SATISFACCIÓN POR GÉNERO

Dimensiones	Hombre	Mujer
Satisfacción Global	74,4	72,1
Pre Atención	77,7	77,0
Atención TPersonal Administrativo	79,1	77,3
Atención Personal Profesional	87,7	88,2
Acceso	87,9	86,7
Infraestructura Baño-Sale espera	75,7	73,5
Infraestructura Sala consulta	85,9	84,8
Area de Apoyo	81,9	80,3
Post Atención	86,4	85,7
Satisfacción Posterior	80,9	80,0
Cumplimiento de Objetivos	82,2	81,6
Indice de Satisfacción	81,7	80,6

FUENTE: MEDICIÓN NACIONAL DE SATISFACCIÓN USUARIA EN LA RED PÚBLICA DE SALUD DE CHILE. APLICACIÓN 2009

Esta medición reafirma que es necesario mejorar los procedimientos de atención de público por parte del personal administrativo, que es el objetivo final de este proyecto.

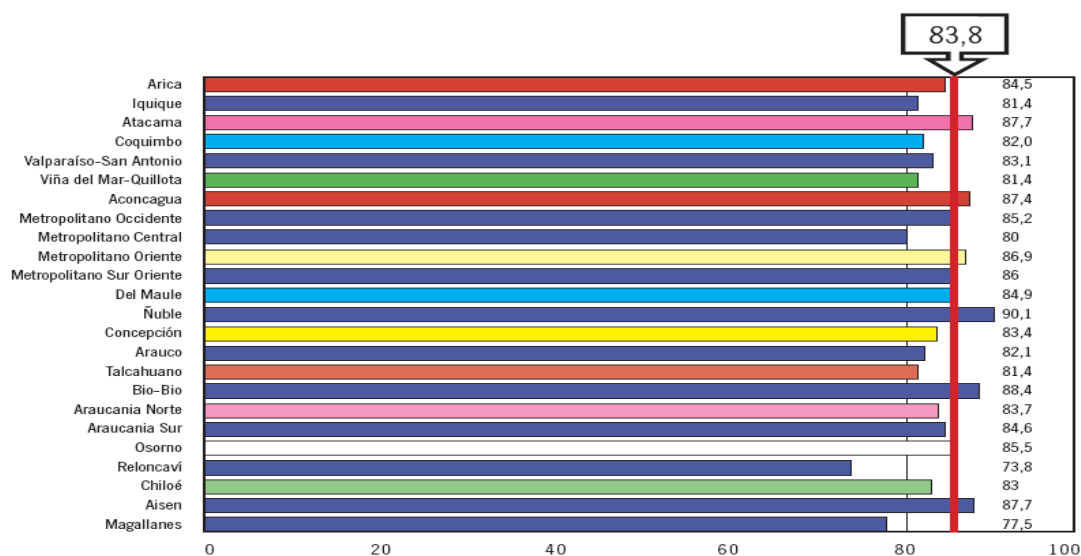
CUADRO Nº 10 ATENCIÓN AMBULATORIA. SATISFACCIÓN GLOBAL E ÍNDICES PARCIALES



FUENTE: MEDICIÓN NACIONAL DE SATISFACCIÓN USUARIA EN LA RED PÚBLICA DE SALUD DE CHILE. APLICACIÓN 2009

Esta gráfica también reafirma que los tiempos de espera y la preatención que son factores que están íntimamente relacionados son los peores evaluado.

CUADRO Nº 11 ATENCIÓN HOSPITALARIA. SATISFACCIÓN POR SERVICIO DE SALUD



FUENTE: MEDICIÓN NACIONAL DE SATISFACCIÓN USUARIA EN LA RED PÚBLICA DE SALUD DE CHILE. APLICACIÓN 2009

El análisis por Servicio revela que el Servicio de Ñuble, es el que presenta la mejor atención Hospitalaria con un índice promedio de 90.1, mientras que el servicio de Reloncaví es el que presenta, en términos relativos, la menor satisfacción.

En Cuadro 12 se muestra el Cálculo Índice de Satisfacción Neta Cálculo de Satisfacción. Para la muestra de usuarios se calcula el porcentaje de usuarios que califican como Satisfecho y Muy Satisfecho (nota 6 o 7).

Cálculo de Insatisfacción. Para la muestra de usuarios se calcula el porcentaje de usuarios que califican como Insatisfecho o Muy Insatisfecho. (notas menor o igual a 4).

Cálculo de Satisfacción Neta, definición del índice. Se calcula la diferencia entre la Satisfacción y la Insatisfacción. Este número representaría el índice de satisfacción Neta.

Cuadro 12 Cálculo de índice de satisfacción Neta

Servicio	Satisfacción	Insatisfacción	Satisfacción Neta
ARICA	79,6	-2,2	77,4
IQUIQUE	73,0	-5,6	67,4
ATACAMA	88,2	-2,4	85,8
COQUIMBO	71,0	-10,8	60,1
VALPARAISO- SAN ANTONIO	79,7	-2,5	77,2
VIÑA DEL MAR QUILLOTA	75,7	-6,3	69,4
ACONCAGUA	87,5	-0,6	87,0
METROPOLITANO OCCIDENTE	81,1	-4,5	76,6
METROPOLITANO CENTRAL	69,1	-4,4	64,7
METROPOLITANO ORIENTE	86,4	-1,8	84,6
METROPOLITANO SUR ORIENTE	86,4	-1,5	84,9
DEL MAULE	80,4	-4,9	75,5
ÑUBLE	92,2	-1,3	90,9
CONCEPCION	80,0	-4,4	75,6
ARAUCO	67,5	-3,6	63,9
TALCAHUANO	70,5	-4,1	66,4
BIO BIO	90,6	-1,1	89,5
ARAUCANIA NORTE	82,9	-1,6	81,3
ARAUCANIA SUR	82,9	-1,9	81,0
OSORNO	86,6	-3,6	83,0
REONCAVI	54,7	-16,1	38,6
CHILOÉ	76,2	-2,6	73,6
AISEN	89,9	-2,9	87,0
MAGALLANES	59,6	-8,0	51,5
Total	78,6	-4,1	74,5

FUENTE: MEDICIÓN NACIONAL DE SATISFACCIÓN USUARIA EN LA RED PÚBLICA DE SALUD DE CHILE. APLICACIÓN 2009

### **3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS**

Las encuestas que ha realizado el FONASA respecto de la satisfacción usuaria, nos muestran buenos indicadores generales respecto a la atención en los Hospitales Públicos, y en relación al Establecimiento en que radica este proyecto la evaluación esta alrededor del 90 % de aprobación, lo que sin lugar a dudas lo deja entre los lugares de privilegio en calidad de atención.

Sin embargo, los usuarios han indicado que el área de mayor falencia se encuentra en la atención de público y las largas filas para efectuar los trámites administrativos, y la mala calidad de la atención entregada por el personal administrativo.

Los resultados observados en todos los servicios de salud del país no dan lugar a equívocos, la falencia más importante apreciada por el usuario es la calidad de atención pre y post médica, o sea todos los trámites que deben realizar los pacientes antes de atenderse con el personal técnico de salud y los posteriores a dicha atención, son los que resultan muy burocráticos, lentos y con un mal servicio de atención.

La literatura especializada nos da luces de muchos aspectos de la atención de público que no se toman en cuenta para nada en el sector público de salud, y cuando hoy la legislación presiona para que los establecimientos asistenciales se acrediten, presten atenciones garantizadas (AUGE), se autogestionen, trabajen en red, se ve muy poco avance en lo que los usuarios están indicando con fuerza: que hay que mejorar la atención de público, hacerla más dinámica, con respeto, más informada.

La situación en el Hospital Clínico Herminda Martin, que a raíz del terremoto del 27F debe ser sometido a una reformulación de su ubicación y construcción de un nuevo edificio, presenta una enorme oportunidad de poder dar un giro en el diseño de un nuevo modelo de gestión, y así lo han entendido las autoridades del Servicio de Salud de Ñuble y de propio Hospital, y que además cuenta con el apoyo del Ministerio de Salud y del Gobierno, que ha destinado los recursos para este mega proyecto hospitalario, el que se construirá mediante el modelo de Hospital Concesionado.

A esto hay que sumar que el Ministerio de Salud está abocado a terminar con las listas de espera, y lograrlo, pasa por lograr hacer eficiente la gestión de la oferta de servicios, lo que hoy con los modelos de atención administrativos se entraban, y son poco eficientes, provocando además mucha pérdida de horas (NSP), los que sobrepasan un 12 % mensual, y eso significa que en un año se pierden de utilizar tantas horas médicas como las que se requieren para eliminar las listas de espera ambulatorias(JARA,2010).

Sin lugar a dudas poder diseñar un modelo de atención para la Unidad de Admisión AUGÉ del HCHM, podría permitir entregar una atención mas profesional, informada, con asistencia técnica, soporte de tecnologías, en un marco de mayor comodidad y privacidad para este tipo de pacientes, con personal especialmente preparado, correctamente uniformado e identificado y con un trato deferente, características que son las que solicitan los usuarios del sistema público de salud.

Los lineamientos que entregan el Marketing relacional, el Desarrollo Organizacional, las Políticas y Estrategias, referente a como diseñar un “producto” en este caso “servicio” que obedezca a los requerimientos que está solicitando el “cliente”, serán la base académica para lograr el objetivo principal de este proyecto.

### **3.5. PROCEDIMIENTO RECOLECTOR DE DATOS**

La información ha sido obtenida de diversas fuentes, por ejemplo los resultados de encuestas de satisfacción usuaria tienen su origen en la página web del FONASA, al igual que información atingente al modelo de atención en Red Asistencial, esto se complemento con el soporte legal analizado y que se encuentra en la página web del MINSAL y Congreso Nacional.

La literatura técnica fue seleccionada al revisar innumerables textos en Internet y que guardaban relación con Marketing Relacional, atención del cliente, características psicológicas del cliente, procesos y protocolos de atención de público, (páginas web de Servicio de Impuestos Internos, Servicios de Salud, Hospitales extranjeros, Universidades)

Además se tuvo acceso a dos tesis realizadas sobre cargas de trabajo y externalización en el Hospital Clínico Herminda Martín, las que aportaron información y datos sobre NSP y estructura orgánica del establecimiento, como también algunos procedimientos de admisión.

Se efectuaron reuniones y entrevistas con algunas jefaturas de secciones y unidades del Hospital, quienes aportaron sus experiencias y conocimientos respecto a la evolución histórica de la Unidad de Admisión, así como también algunos esquemas de protocolos que se están implementando en algunas áreas de atención de público (OIRS)

La Unidad de Informes Estadísticos entregó toda la información respecto a NSP y producción, que permitieron estructurar la oferta de servicios de la atención ambulatoria, que ha sido esencial para poder diseñar los puestos de trabajo en conformidad con las cargas de trabajo que estos van a tener, esto también permite conocer los días y horarios que podrían presentar los más altos niveles de requerimiento de atención por parte de los usuarios.

La Unidad Proyectos encargada de todo el diseño del Complejo Hospitalario de Ñuble, tanto en la parte arquitectónica como de procesos de atención, ha aportado con elementos tan valiosos como el nuevo modelo de gestión, conocer los partidos iniciales del proyecto, y como la tecnología debe ocupar un papel preponderante en la implementación del edificio como también en su rol como soporte de la gestión propiamente tal.



## **CAPÍTULO IV: ANTECEDENTES Y ELEMENTOS A CONSIDERAR EN EL DISEÑO DEL MODELO DE ATENCIÓN AL USUARIO DE ADMISIÓN AUGE**

### 4.1 Introducción.

La construcción del nuevo Complejo Hospitalario de Ñuble, trae aparejado un nuevo modelo de gestión, que debe conjugar la condición de ser un establecimiento construido bajo el modelo de Hospital Concesionado, a la vez Autogestionado en Red y además Acreditado, estos conceptos son condicionantes ineludibles a considerar en el diseño del Modelo de Gestión de Atención de Público, incorporando además lo más avanzado en tecnología.

La metodología utilizada para llegar a formular el Modelo de atención del usuario en la Unidad de Admisión Auge del Hospital Clínico Herminda Martín, consistió en revisar distintos modelos y protocolos de atención de clientes o usuarios tanto en servicios públicos como empresas privadas, principalmente bancarias. Este análisis permitió conocer los componentes y la importancia de cada uno de ellos en la construcción del modelo.

A continuación se detalla la estructura de los pasos o secuencia de actividades realizadas que permitieron lograr diseñar un modelo de atención integral al usuario y además definir un protocolo de atención para ser aplicados por los admisionistas que deban desempeñarse en los módulos de atención de Admisión del Complejo Hospitalario de Ñuble.

Secuencia de actividades realizadas:

- 1.- Revisión y análisis de estadísticas, antecedentes históricos, teorías de atención de clientes, resolución del problema de filas o colas, el perfil psicológico de la atención, calidad de atención, protocolos de atención, marco legal que influye en la problemática.
- 2.- Definición de los componentes esenciales que deben estar presentes en el modelo de atención y la descripción de cada uno de ellos.
- 3.- La opinión del usuario referente al tipo de atención que desea recibir en el nuevo complejo hospitalario.
- 4.- La opinión de las Jefaturas de Admisión y SOME del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán respecto a su experiencia y labor desarrollada en dichos cargos.

5.- Estudio del Proyecto del nuevo complejo Hospitalario de Ñuble y del modelo de gestión que contempla, las aplicaciones de tecnologías de información que utilizará, su diseño arquitectónico y distribución de servicios en sus distintas plantas.

6.- Análisis de procesos de atención actuales y confrontación con las nuevas exigencias de atención en el nuevo complejo hospitalario, que requiere eliminar al máximo la burocracia existente.

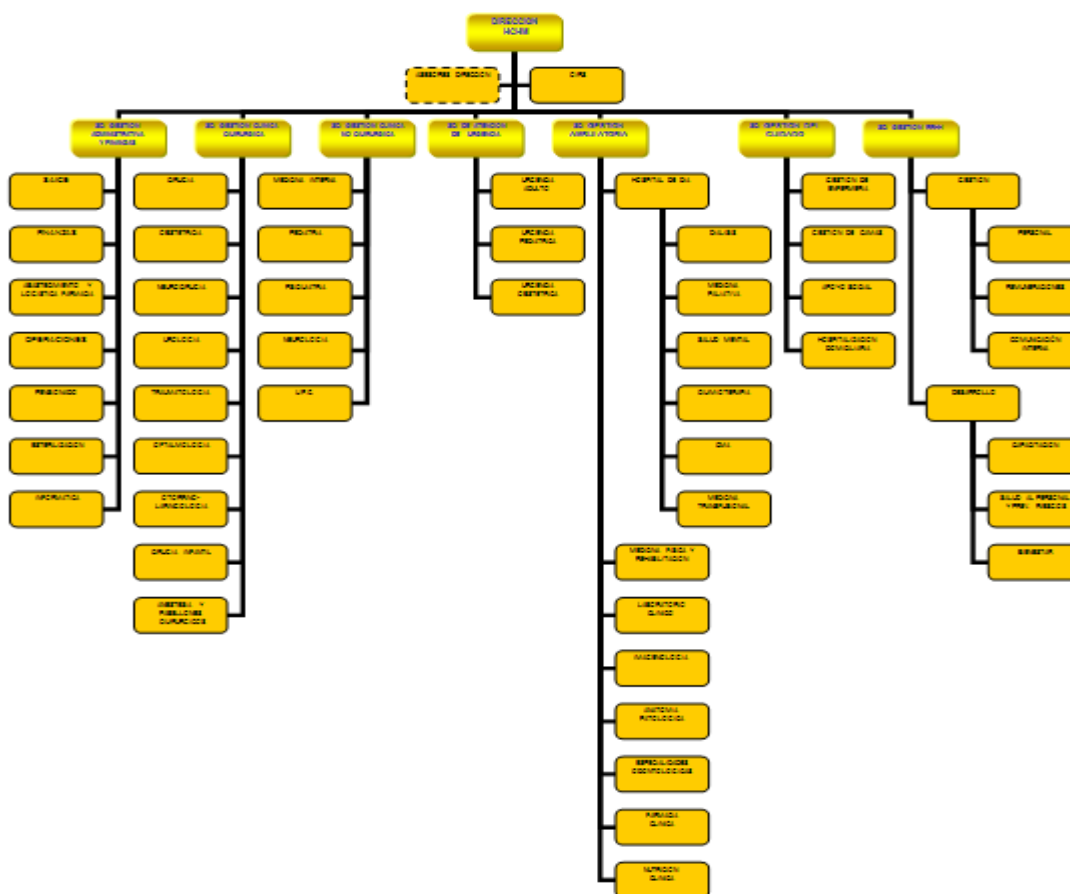
7.- Incorporación de técnicas de marketing relacional, psicología de la atención, técnicas de negociación con un fuerte apoyo tecnológico, agregando la presencia de recursos humanos profesionales tanto del área técnica como administrativa para apoyar la gestión de atención de público.

Una vez concluidos estas etapas se dio paso a la del diseño de un modelo que debía cumplir en primer lugar que fuese integral, o sea, todo lo relacionado con la atención pre y post médica debe ser solucionado en un solo lugar para evitar los traslados a distintos lugares de los usuarios, además, con el apoyo de un software clínico avanzado permitirá la disminución de trámites, y para evitar atacamientos en los puestos de atención se crea la figura del supervisor de mesones que es quién debe absorber los “casos complicados de resolver” derivándolos a lugares especiales de atención o resolviendo el mismo dichas situaciones. Lo mismo ocurre con el apoyo técnico a cargo de una enfermera altamente capacitada en todo lo referente a garantías AUGE.

Una vez logrado el diseño del Modelo de Atención de Público, se aboca a estructurar un Protocolo de atención del admisionista, que será la pauta guía del “como” brindar una atención de calidad al usuario, que logre una mejoría en la satisfacción usuaria y la fidelización del mismo.

El nuevo organigrama del Hospital, nos da señales de este nuevo Modelo de Gestión, con la creación de siete Subdirecciones y con una gran parte de los servicios de apoyo en la modalidad de outsourcing.

CUADRO Nº 13 ORGANIGRAMA COMPLEJO HOSPITALARIO DE ÑUBLE



FUENTE: Proyecto Nuevo Modelo de Gestión Complejo Hospitalario de Ñuble - 2012

Con el desafío inicial del proyecto de construcción del CDT del Hospital Clínico Herminda Martín, en el año 2005 se hace una propuesta de gestión de atención de usuarios para la Unidad de Admisión que consistía en considerar el diseño de mesones de atención integral (MAI) (Jara, J 2005), incorporando una gran gama de servicios presentes en ese momento y en un escenario de gestión del Establecimiento totalmente distinto a lo que será el nuevo Complejo Hospitalario, pero que en atención a la estructura general que se proponía es un pilar en el cuál se sustentará este nuevo diseño de atención.

Varios son los conceptos generales que se ha evaluado tener presente en su diseño, tales como ya le hemos dicho, las variables de ser Concesionario, Autogestionado y Acreditado, pero lo más importante y objetivo central de la propuesta es el Usuario (cliente), la canasta de servicios que se ofrecerán en los

módulos de atención, las patologías AUGE existentes y su posibilidad de crecimiento, las garantías que presionarán al sistema de atención, la cantidad de usuarios previstos, la tecnología a utilizar, el diseño arquitectónico de los módulos, el recurso humano requerido y sus perfiles, los cargos que requiere el modelo, la señalética, y los protocolos de atención de público, los elementos de control y evaluación del modelo.

Este modelo no es obra de la casualidad, para lograrlo se ha considerado principalmente la opinión de los usuarios del Hospital Clínico Herminda Martín, a quienes se les encuestó respecto de los aspectos más importantes que se deben contemplar en el modelo de atención en el nuevo Hospital, estos anhelos se conjugan y amalgaman con el marco legal, teórico y de gestión.

Valioso también es el aporte de las Jefaturas presentes y pasadas de la Unidad de Admisión y CROME que han aportado su visión y experiencia en haber dirigido un sistema de atención y la mirada a futuro que entrega los elementos críticos a considerar en el modelaje.

## 4.2 ELEMENTOS A CONSIDERAR

### 4.2.1 USUARIO O CLIENTE

Una definición general de CLIENTE muy útil para el desenvolvimiento personal en todos los planos, es la que considera al cliente como “la persona que pide algo” o “la persona a quien le ofrecen algo”, como aún hay discrepancias en el sector público de salud de como denominarlo, en este modelo se le describirá como USUARIO (TALERO, 2008).

Este concepto de CLIENTE es una poderosa herramienta para facilitar el trabajo, generar buenas relaciones con las personas, conocer dónde están las fallas de coordinación y desarrollar una identidad confiable frente a los demás; colegas, familiares, amigos y todos con quienes se debe establecer algún tipo de relación. Ahora, dado que hay alguien que satisface las peticiones del cliente, a éste se le denomina “proveedor”, también en un sentido amplio, y que en el modelo se le denominará como ADMISIONISTA.

La característica más importante del cliente es que es él quien fija los estándares de satisfacción. Esto significa que es el cliente el que decide si el proveedor hizo bien su trabajo o no, si satisfizo o no su demanda.

Cuando el cliente pide algo tiene siempre una expectativa sobre lo que quiere. Puede no tener completamente claros ciertos aspectos del pedido, pero siempre sabe si queda conforme o no. Por lo tanto no puede estar equivocado sobre lo que siente. Si no queda conforme no podemos impugnar algo que corresponde a una apreciación de él sobre el grado de satisfacción que experimenta al recibir lo que pidió (DESATRICK,1990).

En el sector Salud hoy aún no hay claridad si las personas que requieren de estos servicios son para ellos un Cliente, Usuario, Paciente, Requirentes, etc. En cambio las personas si tienen muy claro que ellos están requiriendo usar un servicio que no les entrega lo que ellos esperan, y lamentablemente esta apreciación ha perdurado por años.

El problema que se analiza en este seminario es justamente motivado por esa insatisfacción usuaria, y que es transversal al sistema público o privado de salud: La deficiente atención pre y post médica.

Tratar de solucionarlo pasa ineludiblemente por conocer las expectativas del usuario (cliente), quién, tal como lo hemos dicho, es quién debe fijar los satisfactores que debe contener un nuevo modelo de atención, sin su opinión cualquier intento de diseño va directo al fracaso.

Gestionar la confianza supone un gran esfuerzo. En primer lugar, supone no defraudar jamás. En segundo lugar, supone dar al cliente, cada vez, más de lo que éste espera. En tercer lugar, supone dar más que la competencia. En cuarto lugar, supone mejorar incansablemente. En quinto lugar supone, sintonizar con los clientes y sus nuevas y cambiantes necesidades. En sexto lugar, supone no mentir jamás. En séptimo lugar, supone respetar al cliente. En octavo lugar, supone

volver a ganarse la confianza cada vez. En noveno lugar, supone establecer un diálogo con el cliente. Y, en décimo lugar, supone velar por los intereses del cliente y no solo por los propios,( PRIETO, 2009)

#### 4.2.2 PROVEEDOR O ADMISIONISTA

Aquí, claramente hay que desmarcarse de la Institución en sí, sin perder de vista las directrices que ella fija respecto al modelo de gestión y marco regulatorio, pero debe estar siempre presente que el modelo se centra en “como” debe efectuarse la prestación del servicio por parte de los admisionistas.

Este funcionario (a) deberá tener un perfil muy particular y cumplir con determinadas cualidades, tales como: ser una persona con un buen desarrollo cultural, nivel educacional a lo menos de técnico en administración, cursos de capacitación en atención de público, garantías AUGE, establecimientos EAR, agenda médica, resolución de conflictos, técnicas de negociación, desarrollo de competencias en uso de distintas tecnologías.

Aspectos como la amabilidad, cordialidad, empatía, respeto, buen manejo comunicacional y de técnicas de negociación, responsabilidad, honesto son esenciales en el trato al usuario(JARA, 2005).

#### 4.2.3 SUPERVISOR DE MÓDULOS DE ATENCIÓN

Este cargo deberá ser desempeñado por un Profesional Universitario del área de la Administración, y contar con especialización en atención de público, marketing relacional, comunicación efectiva, técnicas de negociación y manejo de conflictos, dominio absoluto de política de garantías AUGE, buena dicción, amable, cordial, demostrar autoridad y tener poder de resolución y toma de decisiones, ser asertivo, oportuno en sus intervenciones, amplio dominio de las herramientas informáticas y tecnológicas de que dispondrá, líder indiscutido de su

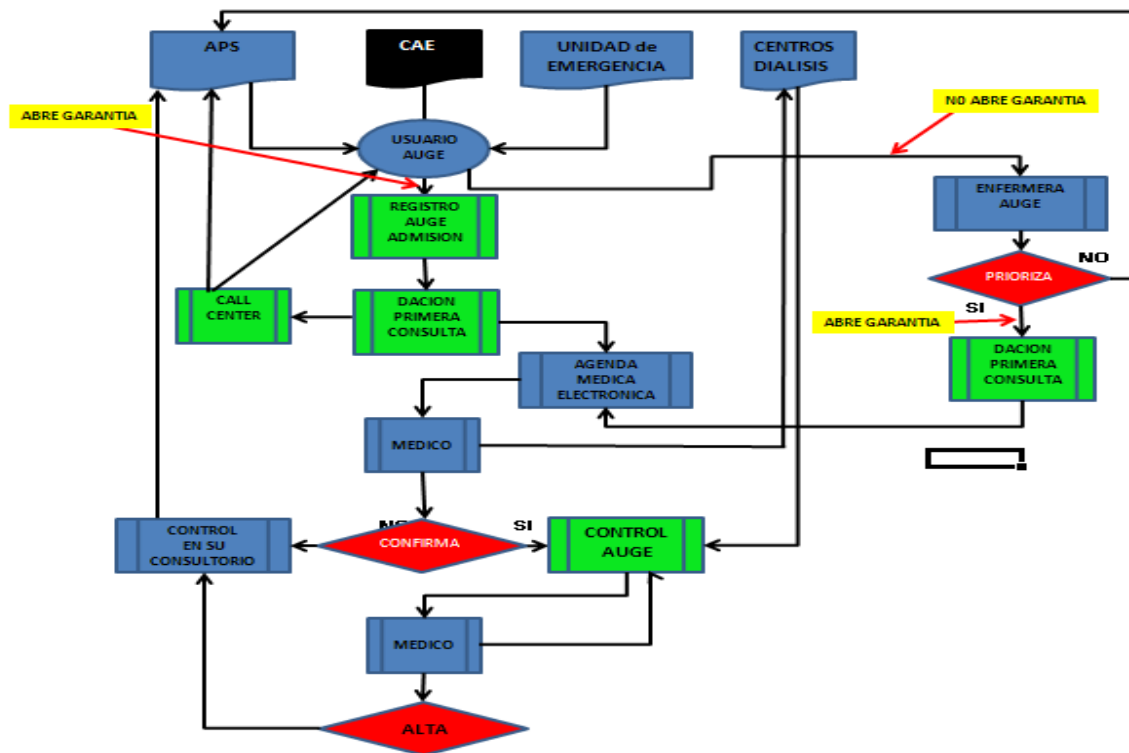
equipo de trabajo, respetado por ellos y con respaldo a su gestión por parte de sus superiores, él será el principal responsable de que se logre el objetivo de mejorar la satisfacción usuaria (JARA,2005).

#### 4.2.4 COMPONENTES DE LOS SERVICIOS OFRECIDOS

Hoy los servicios son entregados a los usuarios en varios puntos de atención, con distintos horarios y disponibilidades inciertas, el objetivo de este nuevo Modelo de Atención es también reunir en un solo punto todas estas necesidades administrativas de los usuarios, para ello las identificaremos y se evaluará la factibilidad de que ello así ocurra.

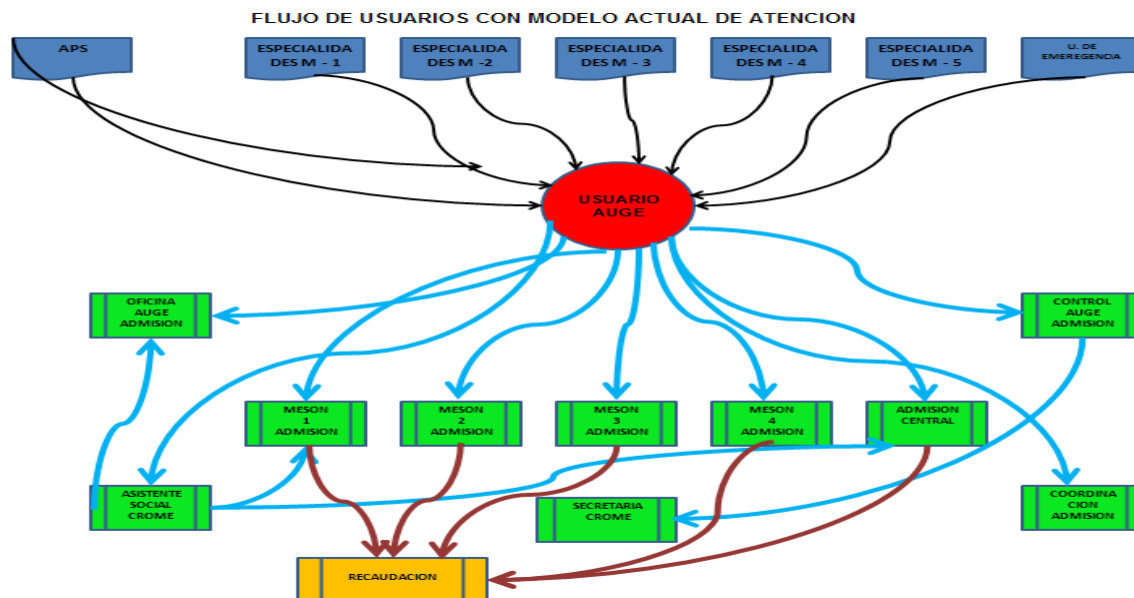
En Anexo N° 3 es posible apreciar la complejidad del flujo existente para dar horas médicas, controles y exámenes en la Unidad de Admisión del HCHM.

CUADRO N° 14 FLUJO DE INTERCONSULTAS DE PATOLOGÍAS AUGE



FUENTE: Diseño propio- 2012

CUADRO Nº 15



FUENTE ELABORACION PROPIA

CUADRO Nº 16



FUENTE: ELABORACION PROPIA 2012

#### 4.2.4.1 HORARIO DE ATENCIÓN DE LOS MÓDULOS

Después del terremoto del 27F (2010), se ha producido una fuerte migración de población hacia la zona interurbana Chillán- Chillán Viejo, aparte de un sostenido desarrollo habitacional en el corredor Chillán-Pinto-Las Termas, esto



ha significado que la población en Chillán esté superando las 250.000 personas y en continuo crecimiento. Se asocia el incremento del sector retail y comercial, que con sus exigentes horarios dificulta el acceso a trámites de sus empleados, los cuáles han manifestado y se refleja también en los resultados de la encuesta de usuarios, que desean se implementen horarios más amplios de atención de público en los módulos de Admisión.

El nuevo modelo de gestión del Complejo Hospitalario de Ñuble, contempla un mayor uso horario de las instalaciones del área ambulatoria, por lo que readecuar los horarios de atención de usuarios en esos módulos son parte imperativa del Modelo de Atención. (Modelo de Gestión y Atención Complejo Hospitalario -2012)

#### 4.2.4.2 SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE ADMISIÓN AUGE

Los servicios que debe otorgar Admisión Auge son:

- Primeras consultas
- Controles Médicos
- Horas para exámenes con Profesionales de apoyo al diagnóstico
- Horas para exámenes de laboratorio
- Horas para exámenes de imagenología
- Horas para exámenes en prestadores externos públicos
- Horas para exámenes en prestadores externos privados
- Gestionar horas de atención en Hospitales de la macrored
- Informar horas de citación emitidas a la APS
- Entrega de cuentas corrientes para Recetas Médicas

#### 4.2.4.3. DISPONIBILIDAD DE LOS SERVICIOS

Hoy se pierde una gran cantidad de horas médicas por distintos motivos, de los cuáles podemos identificar algunos:

- \* Tardanza en generar agendas médicas
- \* Confirmación deficiente de la hora asignada al usuario
- \* Falta de compromiso de los Establecimientos de la APS en informar y

confirmar las horas a los usuarios.

- \* Exclusividad de disponibilidad de horas médicas para el cumplimiento de Garantías es vulnerado por funcionarios no autorizados de usarlas.
- \* Falta de procedimientos rigurosos en la reasignación de horas.
- \* Reasignación de horas a usuarios que las perdieron sin ningún criterio de Priorización, lo que incentiva la falta de responsabilidad del usuario.

#### 4.2.4.4 ALTERNATIVAS DE COMUNICACIÓN CON EL USUARIO

Se debe ampliar la gama actual de medios de comunicación con el usuario, incorporando más variables disponibles de tecnologías de comunicación, como por ejemplo (JARA,2005):

- Avisos de horas emitidas por mensaje de texto a los celulares.
- Habilitar página web interactiva.
- Infomédico, equipos instalados en malls, municipios, consultorios, en los Cuáles el usuario pueda autoconsultar por sus horas.
- Implementar Call Center profesionalmente constituido y supervisado permanentemente, con apoyo de motociclista mensajero para entrega en radio urbano de citas.
- Avisos mediante e-mail.
- Señalética audiovisual en los diversos sectores de atención

#### 4.3. DETERMINACIÓN DE LA DEMANDA DEL SERVICIO DE ATENCIÓN DE USUARIOS EN ADMISIÓN AUGE

La demanda actual de usuarios hacia esta unidad está condicionada por la cantidad de patologías AUGE vigentes y la frecuencia que por cada una de ellas debe requerir atención cada uno de sus pacientes, situación que difiere tanto entre patologías como entre cada paciente dentro de cada patología, ya que pueden haber distintos tipos de evolución dependiendo de los tipos de tratamientos a que son sometidos, por lo que es muy complejo e incierto buscar un modelo matemático exacto de la demanda, por eso se opta por un análisis histórico de atenciones y en base a estos datos se harán las estimaciones pertinentes para el Modelo de Atención.

En el Cuadro N° 17 se muestra el total de Patologías AUGE vigentes al año 2012, dejando en claro que el crecimiento en el número de patologías AUGE es incierto, ya que dependerá de los estudios epidemiológicos que realice el Ministerio de Salud y concuerde con el Ministerio de Hacienda cuáles se podrían incorporar a futuro.

### CUADRO N° 17 PATOLOGÍAS AUGE VIGENTES

<b>PROBLEMAS DE SALUD QUE ACTUALMENTE TIENEN COBERTURA AUGE PRIMER RÉGIMEN DEL AUGE (Julio 2005 - Julio 2006)</b>	
1	Insuficiencia Renal Crónica Terminal.
2	Cardiopatías Congénitas Operables en menores de 15 años.
3	Cáncer Cervicouterino.
4	Alivio del Dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos.
5	Infarto Agudo del Miocardio con supradesnivel del segmento ST
6	Diabetes Mellitus tipo 1.
7	Diabetes Mellitus tipo 2.
8	Cáncer de Mama (mayores de 15 años).
9	Disrafias Espinales.
10	Tratamiento quirúrgico de la Escoliosis (menores de 25 años).
11	Tratamiento quirúrgico de cataratas (congénitas y adquiridas).
12	Fisura Labiopalatina
13	Cánceres (Menores de 15 años).
14	Linfoma y tumores sólidos
15	Leucemia
16	Esquizofrenia (tratamiento desde el primer episodio)
17	Cáncer de testículo en personas de 15 años y más
18	Linfoma en personas de 15 años y más
19	VIH/SIDA
20	Infección Respiratoria Aguda Baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años.
21	Neumonía Adquirida en la Comunidad de Manejo Ambulatorio en personas de 65 años y más.
22	Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más.
23	Epilepsia en el niño
24	Salud Oral Integral para niños y niñas de 6 años
	Guías Clínicas de Prematurez.
26	Retinopatía del prematuro
27	Displasia broncopulmonar del prematuro
28	Prevención parto prematuro
<b>SEGUNDO RÉGIMEN DEL AUGE (Julio 2006 - Julio 2007)</b>	
29	Colecistectomía preventiva en adultos de 35 a 49 años
30	Cáncer gástrico
31	Cáncer de próstata en personas de 15 años y más
32	Vicios de refracción en personas de 65 años y más
33	Estrabismo en menores de 9 años
34	Retinopatía diabética.
35	Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático.
36	Hemofilia
37	Tratamiento de personas con Depresión
38	Tratamiento quirúrgico de la Hiperplasia benigna de próstata en personas sintomáticas.
39	Ortesis (o ayudas técnicas para personas de 65 años y más)
40	Ataque cerebrovascular isquémico del adulto (15 años y más).
41	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de Tratamiento Ambulatorio.
42	Diagnóstico y Tratamiento del Asma en el menor de 15 años.
43	Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido.
<b>TERCER RÉGIMEN DEL AUGE (Julio 2007 - Julio 2008)</b>	
44	Hemorragia Subaracnoidea a rotura de aneurismas cerebrales.
45	Tratamiento de tumores del Sistema Nervioso Central en adultos.
46	Hernia del Núcleo Pulposo Lumbar.
47	Leucemia en personas de 15 años y más
48	Urgencia odontológica ambulatoria.
49	Salud oral integral para adultos de 60 años.
50	Politraumatizado
51	Atención de urgencia del traumatismo craneoencefálico.
52	Trauma ocular
53	Fibrosis quística.
54	Artritis reumatoidea.
55	Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años.
56	Analgesia del parto.
57	Gran Quemado.
58	Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono.
59	Endoprótesis total de cadera, en personas de 65 años y más, con Artrosis de cadera con limitación
60	Trastornos de Generación del impulso cardíaco y su conducción en personas de 15 años y más, que
61	Tratamiento médico en personas de 55 años y más con Artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada
<b>GUÍAS CLÍNICAS 2010</b>	
62	Artritis idiopática juvenil/Artritis reumatoidea juvenil
63	Asma bronquial en adultos
64	Diálisis Peritoneal
65	GPC Displasia Cadera
66	GPC Parkinson
67	Epilepsia en el adulto
68	GPC Esclerosis Múltiple
69	Manejo y tratamiento de la infección por virus de la Hepatitis B (VHB)
70	Manejo de la infección por virus de la Hepatitis C (VHC)
71	Prevención enfermedad Renal Crónica
72	Atención Odontológica integral de la embarazada
<b>GUÍA CLÍNICA EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA</b>	
73	Examen Medicina Preventiva

FUENTE: Diseño Propio 2012, antecedentes en Patologías AUGE MINSAL - 2012

Este cuadro indica el número de usuarios que son AUGE pero no refleja el número de veces que este usuario requirió los servicios de atención en Admisión HCHM.

CUADRO Nº18 CANTIDAD DE PACIENTES AUGE ATENDIDOS EN ÑUBLE

PATOLOGIA AUGE	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1 I. Renal Crónica	14	80	67	60	77	89	61	79	73	80
2 Cardiopatía Congénita	6	25	44	45	63	179	27	39	33	31
3 Cánceres Infantiles	8	7	8	3	10	0	4	6	3	4
4 C. Cervicouterino		147	119	142	219	824	352	257	96	128
5 Cuidados Paliativos (Cáncer)		309	403	287	426	599	362	371	398	476
6 Infarto Agudo del Miocardio			46	163	157	179	121	123	144	188
7 Diabetes Tipo 1			77	19	8	17	7	7	11	11
8 Disrrafias Espinales			1	1	2	1	2	1	0	2
9 Escoliosis			4	1	0	0	9	11	21	23
10 Cáncer de Mama			46	62	85	216	92	83	86	120
11 Cataratas			526	738	703	745	1,222	2,120	1,138	1,991
12 Endoprótesis de Cadera			41	50	49	34	50	58	74	68
13 Fisura Labiopalatina			1	2	2	16	3	8	0	0
14 Esquizofrenia			6	13	9	27	35	92	81	66
15 Cáncer Testicular			8	16	21	34	16	21	11	24
16 Linfoma Adulto			16	5	0	0	27	26	35	29
17 VIH / Sida			6	34	16	20	33	34	18	22
18 Implantación Marcapaso				39	53	52	58	61	55	59
19 Epilepsia no Refractaria				34	40	35	15	26	15	28
20 Prematurez				321	466	810	572	390	410	457
21 Hipertensión Arterial				5,844	4,777	4,626	3,035	5,769	4,929	5,118
22 Diabetes Tipo 2				2,006	1,725	1,732	1,617	2,462	2,671	3,232
23 Neumonía				835	729	576	340	432	498	524
24 Salud Oral 6 años				5,805	4,596	3,059	1,723	3,682	3,340	2,466
25 Infección Respiratoria Aguda Infantil				20,733	13,579	10,439	6,764	7,318	6,571	6,472
26 Colecistectomía					370	658	614	659	487	634
27 Cáncer Gástrico					27	20	32	36	45	66
28 Cáncer de Próstata					34	75	68	86	93	177
29 Vicios de Refracción					3,731	5,185	4,703	3,943	3,671	5,250
30 Estrabismo					73	320	159	126	84	89
31 Retinopatía Diabética					209	310	204	165	89	132
32 Desprendimiento de Retina					14	75	23	38	24	1
33 Hemofilia					19	0	10	13	4	8
34 Depresión					6,170	5,981	5,105	3,986	3,513	3,013
35 Hiperplasia de Próstata					114	61	81	210	42	104
36 Ortesis					1,676	2,223	2,822	2,969	3,359	3,570
37 Accidente Cerebrovascular					675	1,067	982	738	930	914
38 Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica					618	468	587	395	186	288
39 Asma Bronquial					587	686	406	733	616	581
40 S. Dif. Respiratoria Recién Nacido					32	44	40	25	21	31
41 Artrosis Cadera/Rodilla						1,055	2,635	3,017	2,847	2,947
42 Hemorragia Subaracnoidea						11	7	4	4	5
43 Tumor Sist. Nervioso Central						15	7	6	4	1
44 Hernia del Núcleo Pulposo Lumbar						64	79	72	78	61
45 Leucemia						0	12	0	10	8
46 Urgencia Odontológica						21,288	21,792	19,503	18,737	16,923
47 Salud Oral 60 años						660	1,246	1,331	1,913	1,182
48 Politraumatizado grave						99	67	38	41	34
49 Traumatismo Encefalocraneano						192	210	141	153	128
50 Trauma Ocular						54	30	29	57	123
51 Fibrosis Quística						0	2	0	0	0
52 Artritis Reumatoidea						446	368	148	147	126
53 Tratamiento Consumo Alcohol y Drogas						78	84	84	47	49
54 Analgesia del Parto						663	1,798	1,756	1,629	1,401
55 Gran Quemado						80	35	55	86	60
56 Hipoacusia Bilateral						381	1,338	1,092	700	1,248
57 Hernia Abdominal							836	474	-	-
58 Asma Adulto							556	2,795	1,018	1,213
59 Enfermedad de Parkinson							23	270	55	176
60 Epilepsia no Refractaria Mayores 15 años							90	1,048	191	232
61 Enfermedad de Gaucher							0	0	-	-
62 Artritis Ideopática Juvenil							1	5	2	11
63 Prevención Secundaria Insuficiencia Renal							7	425	223	721
64 Atención Odontológica Integral Embarazada								3,318	3,681	4,064
65 Displasia Luxante de Cadera en el Recién Nacido y Menor de 1 Año								218	183	332
66 Retinopatía del Prematuro									0	0
67 Displasia Broncopulmonar del Prematuro									16	2
68 Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro									0	0
69 Esclerosis Múltiple Recurrente Remitente									11	2
70 Hepatitis B									0	2
71 Hepatitis C									5	40
TOTAL	28	568	1,419	37,258	43,492	66,568	63,606	73,427	65,524	67,568

Fuente: Diseño Propio – 2012, antecedentes aportados por GIP HCHM 2012

Para obtener un acercamiento a la realidad se trabajará con la programación anual de actividades del Establecimiento, lo que nos señalará cuantas Consultas, Controles, Exámenes y procedimientos están programados para el año 2012.

En el siguiente cuadro se muestra el cálculo de la demanda de atención general de usuarios en meses de Admisión actualmente, en base a la programación del Hospital de Consultas médicas, otros profesionales, y compras de consultas en compras de servicios, cuando se aplican los tiempos medidos en los distintos meses, se obtienen tres alternativas de las cuales solo en una se podría atender esa cantidad de demanda de atención de público, en las otras dos se sobrepasa la capacidad de atención largamente.

Solo considerando el tiempo promedio, se requiere hoy de 9,17 meses de atención, si se quiere mejorar la calidad de atención debiese considerarse una atención promedio de unos 3 minutos por persona, lo que exigiría hoy contar con Al menos 10 puntos de atención, y con un funcionario volante que pueda reemplazar cada dos horas en cada mesón para provocar pausas de descanso.

**CUADRO N° 19 ESTIMACION DE LA DEMANDA**

ESTIMACION DE LA DEMANDA TOTAL DE ATENCION DE PUBLICO EN ADMISION DEL HCHM AÑO 2012		
CONSULTAS MEDICAS ESPECIALIDADES	141,975	
CONSULTAS MEDICAS ESPECIALIDADES NUEVAS	53,984	
CONSULTAS MEDICAS ESPECIALIDADES NUEVAS IC APS	32,339	
CONSULTAS MEDICAS ESPECIALIDADES POR COMPRAS SERVICIOS	28,884	
CONSULTAS OTROS PROFESIONALES	102,986	
TOTAL CONSULTAS PROGRAMADAS	360,168	
TOTAL PERCAPITA POR PUESTO DE ATENCION	60,028	
TOTAL PERCAPITA POR PUESTO DE ATENCION DIARIO	250	
TOTAL MINUTOS SEGÚN MINIMO DEMORA EN ATENCION	250	1,00
TOTAL MINUTOS SEGÚN MAXIMO DEMORA EN ATENCION	2,001	8,00
TOTAL MINUTOS SEGÚN PROMEDIO DEMORA EN ATENCION	688	2,75
CONSIDERANDO QUE CADA MESON ATIENDE SOLO 450 MINUTOS DIARIAMENTE		
NO SE CONSIDERA LAS CONSULTAS TELEFONICAS, SOLICITUDES DE DUPLICADOS DE CUENTAS CORRIENTES, RECETAS DE CLINICAS DE DIALISIS, RESOLUCION DE LISTAS DE ESPERA PROGRAMADAS EXTRAORDINARIAMENTE POR EL MINSAL, HORAS DE EXAMENES HORAS DE PROCEDIMIENTOS, HORAS DE EXAMENES EN COMPRAS DE SERVICIOS, HORAS DE ATENCION EN MACRORED, HORAS ODONTOLOGICAS, REPROGRAMACION DE HORAS MEDICAS O DE EXAMENES PERDIDAS POR NSP O POR AUSENTISMO MEDICO		

FUENTE: RECURSOS PROPIOS, Antecedentes aportados por GIP HCHM 2012

Del total de patologías AUGE vigentes al año 2012, hay algunas de ellas que se resuelven íntegramente en la APS, por lo tanto su incidencia en la demanda de Admisión AUGE es cero, en el Cuadro siguiente se señalan todas las Patologías que se resuelven en el Hospital Clínico Herminda Martin, y por consiguiente esos usuarios requerirán ser atendidos en Admisión AUGE

**CUADRO N° 20 PATOLOGÍAS AUGE RESUELTAS EN HCHM**

	<b>PROBLEMAS DE SALUD QUE ACTUALMENTE TIENEN COBERTURA AUGE Y SE RESUELVEN EN EL HOSPITAL CLINICO HERMINDA MARTIN PRIMER RÉGIMEN DEL AUGE (Julio 2005 - Julio 2006)</b>	<b>NIVEL DE RESOLUCION</b>
1	Insuficiencia Renal Crónica Terminal.	HOSPITAL
2	Cardiopatías Congénitas Operables en menores de 15 años.	HOSPITAL
3	Cáncer Cervicouterino.	HOSPITAL
4	Infarto Agudo del Miocardio con supradesnivel del segmento ST	HOSPITAL
5	Diabetes Mellitus tipo 1.	HOSPITAL
6	Cáncer de Mama (mayores de 15 años).	HOSPITAL
7	Disrafias Espinales.	HOSPITAL
8	Tratamiento quirúrgico de la Escoliosis (menores de 25 años).	HOSPITAL
9	Tratamiento quirúrgico de cataratas (congénitas y adquiridas).	HOSPITAL
10	Fisura Labiopalatina	HOSPITAL
11	Cánceres (Menores de 15 años).	HOSPITAL
12	Linfoma y tumores sólidos	HOSPITAL
13	Leucemia	HOSPITAL
14	Esquizofrenia (tratamiento desde el primer episodio)	HOSPITAL
15	Cáncer de testículo en personas de 15 años y más	HOSPITAL
16	Linfoma en personas de 15 años y más	HOSPITAL
17	VIH/SIDA	HOSPITAL
18	Retinopatía del prematuro	HOSPITAL
19	Displasia broncopulmonar del prematuro	HOSPITAL
20	Prevención parto prematuro	HOSPITAL
	<b>SEGUNDO RÉGIMEN DEL AUGE (Julio 2006 - Julio 2007)</b>	
21	Colecistectomía preventiva en adultos de 35 a 49 años	HOSPITAL
22	Cáncer gástrico	HOSPITAL
23	Cáncer de próstata en personas de 15 años y más	HOSPITAL
24	Vicios de refracción en personas de 65 años y más	HOSPITAL
25	Estrabismo en menores de 9 años	HOSPITAL
26	Retinopatía diabética.	HOSPITAL
27	Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático.	HOSPITAL
28	Hemofilia	HOSPITAL
29	Tratamiento de personas con Depresión	HOSPITAL
30	Tratamiento quirúrgico de la Hiperplasia benigna de próstata en personas sintomáticas.	HOSPITAL
31	Ortesis (o ayudas técnicas para personas de 65 años y más)	HOSPITAL
32	Ataque cerebrovascular isquémico del adulto (15 años y más).	HOSPITAL
33	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de Tratamiento Ambulatorio.	HOSPITAL
34	Diagnóstico y Tratamiento del Asma en el menor de 15 años.	HOSPITAL
35	Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido.	HOSPITAL
	<b>TERCER RÉGIMEN DEL AUGE (Julio 2007 - Julio 2008)</b>	
36	Hemorragia Subaracnoidea a rotura de aneurismas cerebrales.	HOSPITAL
37	Tratamiento de tumores del Sistema Nervioso Central en adultos.	HOSPITAL
38	Hernia del Núcleo Pulposo Lumbar.	HOSPITAL
39	Leucemia en personas de 15 años y más	HOSPITAL
40	Urgencia odontológica ambulatoria.	HOSPITAL
41	Politraumatizado	HOSPITAL
42	Atención de urgencia del traumatismo craneoencefálico.	HOSPITAL
43	Trauma ocular	HOSPITAL
44	Fibrosis quística.	HOSPITAL
45	Analgesia del parto.	HOSPITAL
46	Gran Quemado.	HOSPITAL
47	Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono.	HOSPITAL
48	Endoprótesis total de cadera, en personas de 65 años y más, con Artrosis de cadera con limitación	HOSPITAL
49	Trastornos de Generación del impulso cardiaco y su conducción en personas de 15 años y más, que	HOSPITAL
50	Tratamiento médico en personas de 55 años y más con Artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada	HOSPITAL
	<b>GUÍAS CLÍNICAS 2010</b>	
51	Artritis idiopática juvenil/Artritis reumatoidea juvenil	HOSPITAL
52	Asma bronquial en adultos	HOSPITAL
53	Diálisis Peritoneal	HOSPITAL
54	GPC Displasia Cadera	HOSPITAL
55	GPC Parkinson	HOSPITAL
56	Epilepsia en el adulto	HOSPITAL
57	GPC Esclerosis Múltiple	HOSPITAL
58	Manejo y tratamiento de la infección por virus de la Hepatitis B (VHB)	HOSPITAL
59	Manejo de la infección por virus de la Hepatitis C (VHC)	HOSPITAL
60	Prevención enfermedad Renal Crónica	HOSPITAL

FUENTE: RECURSOS PROPIOS, ANTECEDENTES PATOLOGIAS AUGE MINSAL – 2012 Y GIP HCHM

#### 4.3.1 MEDICIÓN DEL TIEMPO DE ATENCIÓN DE USUARIOS EN ADMISIÓN

Para poder estimar el tiempo que demora la atención de cada usuario, en los distintos mesones de atención de Admisión, se efectuó una medición de tiempo, que consistió en un documento testigo que se entregaba al último usuario ubicado en la fila de atención, se anotó la hora en que se entrega el testigo al usuario y la cantidad de personas presentes en ese momento en la fila, al llegar su turno de atención el usuario lo entregaba a la admisionista al momento de llegar a la ventanilla, quién registraba la hora en que lo recepcionaba, esto dividido por el número de personas que estaban en la fila al momento de entregarse el testigo entrega un tiempo promedio de atención por cada usuario.

CUADRO N° 21 TIEMPO PROMEDIO DE ATENCIÓN ACTUAL

<b>TABLA CALCULO TIEMPO PROMEDIO DE ATENCION ACTUAL</b>						
	hora inicial	hora final	n° personas	t° espera máx	Minutos	T° Prom
meson 1	10:03	10:15	5	00:12	12	2.40
meson 2	10:04	10:19	3	00:15	15	5.00
meson 3	12:00	12:10	10	00:10	10	1.00
meson 4	10:06	10:16	3	00:10	10	3.33
meson central	10:00	10:07	2	00:07	7	3.50
meson auge	10:07	10:09	2	00:02	2	1.00
meson 1	15:35	15:36	1	00:03	3	3.00
meson 2	16:03	16:06	2	00:03	3	1.50
meson 2	12:00	12:01	1	00:01	1	1.00
meson 3	16:05	16:15	4	00:10	10	2.50
meson 4	15:36	15:41	2	00:05	5	2.50
meson central	11:58	12:00	2	00:02	2	1.00
meson auge	11:59	12:07	1	00:08	8	8.00
					Suma Prome	35.73
					T° Prom Gral	2.75
<b>RESUMEN</b>						
TIEMPO MINIMO DE ATENCION POR USUARIO				1 MINUTO		
TIEMPO MAXIMO DE ATENCION POR USUARIO				8 MINUTOS		
TIEMPO MINIMO DE ESPERA EN FILA				1 MINUTO		
TIEMPO MAXIMO DE ESPERA EN FILA				15 MINUTOS		
PROYECCION DE TIEMPO MAXIMO DE ESPERA EN FILA				80 MINUTOS		
PROYECCION DE TIEMPO MINIMO DE ESPERA EN FILA				10 MINUTOS		
MEDICION EFECTUADA EL DIA 27 DE JUNIO 2012						
FUENTE: ANTECEDENTES PROPIOS						

#### 4.3.2 MEDICIÓN DEL TIEMPO DE ESPERA EN FILA DE LOS USUARIOS EN ADMISIÓN.

Con el mismo instrumento con que se midió el tiempo de atención de usuarios, nos entrega directamente el tiempo de espera en fila de cada último usuario que se encontraba en ella, obviamente esto depende exclusivamente del número de personas que se encontraba en cada fila, pero si se utiliza el promedio general obtenido se puede deducir que si la fila tuviese 25 personas, la última de la fila obtendría su atención después de haber esperado aproximadamente 50 a 60 minutos, esto nos señala que el rol que jugará el Supervisor de módulos es esencial en la eliminación del factor más mal evaluado en las encuestas de satisfacción usuaria y que es justamente las largas esperas en filas de atención.

Esto nos indica claramente que siendo los tiempos de atención del usuario muy breves, el problema está en la disponibilidad de puntos de atención en los horarios pick ó en cuando surge algún problema en resolver la situación particular de algún usuario, ya que al no tener alternativas de apoyo, la admisionista muchas veces debe abandonar su puesto de atención lo que significa un rápido incremento en fila, ya que evidentemente los puntos de atención son insuficientes, esta falencia también puede ser abordada desde otras perspectivas, y es por ejemplo identificando a que trámites innecesarios están siendo sometidos los usuarios, obtención de cuentas corrientes que pueden ser generadas automáticamente con la recetas o agendamiento on-line del examen solicitado, re solicitud de interconsultas siendo que se pueden obtener directamente por el Médico en el sistema en RED, (“Una mirada al futuro SOME”, Jara, J 2005).

CUADRO N° 22 TIEMPO DE ESPERA EN FILA

<b>TABLA CALCULO TIEMPO DE ESPERA EN FILA</b>	
<b>RESUMEN</b>	
TIEMPO MINIMO DE ATENCION POR USUARIO	1 MINUTO
TIEMPO MAXIMO DE ATENCION POR USUARIO	8 MINUTOS
TIEMPO MINIMO DE ESPERA EN FILA	1 MINUTO
TIEMPO MAXIMO DE ESPERA EN FILA	15 MINUTOS
PROYECCION DE TIEMPO MAXIMO DE ESPERA EN FILA	80 MINUTOS
PROYECCION DE TIEMPO MINIMO DE ESPERA EN FILA	10 MINUTOS
MEDICION EFECTUADA EL DIA 27 DE JUNIO 2012	
FUENTE: ANTECEDENTES PROPIOS	



#### 4.4 RELACIÓN CLIENTE PROVEEDOR


Administrando la relación cliente-proveedor de manera estructurada y sin dejar nada al azar se puede lograr buenos resultados en la obtención de satisfacción usuaria y de paso fidelizarlos

Esta relación cliente-proveedor describe un “ciclo de acción” que comienza con el pedido (o la oferta) y termina con la “declaración de aceptación” del cliente.

El ciclo consta de 4 etapas:

Etapa 1: PREPARACIÓN del pedido u oferta. Corresponde al conjunto de actividades previas al pedido. Ya sea que se vaya a encargar la construcción de un puente o pedir que paguen la cuenta telefónica, siempre hay actividades previas al pedido. En el caso del puente hay que hacer prospecciones, cálculos, realizar proyectos de factibilidad, hacer cotizaciones, etc. En el caso del pago de la cuenta la cosa es sencilla pero cualitativamente similar. Hay que buscar la cuenta, hacer el cheque, buscar quién la pague, etc., en este caso, se ha indagado en los anhelos del usuario respecto de cómo y por quién quiere ser atendido, en qué tipo de lugar, en que horarios, comodidades, y utilización de tecnología entre otros aspectos, para eso se utilizó una encuesta de 26 preguntas (ver ANEXO N° 5) agrupadas en 5 campos relacionados a la atención directa en Admisión en el futuro Complejo Hospitalario de Ñuble, la que se muestra en el Cuadro N° 23, ella nos entrega una ratificación a lo ya expresado en las encuestas aplicadas al sector salud en todo el territorio nacional, ya que el usuario en un claro 93 % señala que debe mejorarse el sistema de atención Pre y Post Médico, solo un 1% manifiesta que no es necesario hacer cambios y a un 6% le es indiferente algunos aspectos de el sistema actual, tal como lo recomiendan los textos relacionados con la atención de clientes, este será el principal insumo a considerar en el diseño del modelo de atención del usuario AUGE del Hospital Clínico Herminda Martín.

CUADRO N° 23 ENCUESTA APLICADA

<b>ENCUESTA PARA CONOCER OPINION DE USUARIOS RESPECTO MODELO DE ATENCION</b>					
<b>PREGUNTA DE INDUCCION A LA ENCUESTA</b>					
<b>¿ COMO LE GUSTARIA QUE FUESE LA ATENCIÓN DE PUBLICO EN EL NUEVO HOSPITAL DE CHILLAN?</b>					
<b>EN RELACION AL FUNCIONARIO</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>INDIFERENTE</b>	<b>TOTALES</b>
1	PREFIERE QUE SEA MUJER	7		38	45
2	SER AMABLE, EMPATICO	45			45
3	CONOCER SU TRABAJO	45			45
4	SEA RESPETUOSO	45			45
5	TENGA UN LENGUAJE CLARO	45			45
6	QUE TENGA IDENTIFICACION	44		1	45
7	QUE ESTE CON VESTUARIO INSTITUCIONAL	45			45
<b>EN RELACION A SISTEMA DE ATENCION</b>					
8	HACER TODOS LOS TRAMITES EN UN SOLO LUGAR	42	1	2	45
9	PERSONALIZADO, PRIVACIDAD, DISCRECION	41		4	45
10	CLARIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS	45			45
11	LAS HORAS DE CITACIONES RETIRARLAS EN SU CONSULTORIO	40		5	45
12	LUGARES DE ATENCION PREFERENCIAL	45			45
13	BUENA ORIENTACION Y SEÑALETICA CLARA	45			45
14	ELIMINAR BUROCRACIA, FILAS	44		1	45
<b>EN RELACION AL LUGAR DE ATENCION PUBLICO</b>					
15	COMODO, ACOGEDOR, BIEN ILUMINADO	45			45
16	BOX AISLADO CON MESON A NIVEL	44		1	45
17	ATENCION SENTADO	41	1	3	45
18	SALA DE ESPERA Y BAÑOS PUBLICOS APROPIADOS	45			45
<b>EN RELACION A LAS TECNOLOGIAS</b>					
19	AVISO X MNS A CELULARES	42	1	2	45
20	AVISO MEDIANTE E-MAIL	35	4	6	45
21	SALUDMATICOS EN MALL, MUNICIPIOS,CONSULTORIOS	43		2	45
22	PAGINA WEB INTERACTIVA	42	1	2	45
<b>EN RELACION A LOS SERVICIOS</b>					
23	HORARIOS MAS AMPLIOS DE ATENCION ADMINISTRATIVA DE PUBLICO	44	1		45
24	SUPERVISOR PERMANENTE QUE ORIENTE Y ASEGURE BUENA ATENCION	45			45
25	BUENA DISPONIBILIDAD DE HORAS	45			45
26	QUE LO QUE SE PROMETA POR EL FUNCIONARIO SE CUMPLA	45			45
<b>TOTALES DE RESPUESTAS OBTENIDAS</b>		<b>1094</b>	<b>9</b>	<b>67</b>	<b>1170</b>
<b>PARTICIPACION PORCENTUAL DE LAS ALTERNATIVAS</b>		<b>93%</b>	<b>1%</b>	<b>6%</b>	<b>100.00</b>
FUENTE: RECURSO PROPIO, ESTUDIO OPINIÓN USUARIOS HCHM JUNIO 2012					

Respecto del “producto” en sí, se ha determinado toda la canasta de servicios que incluirá.

Se ha estudiado el comportamiento del crecimiento de la demanda de la atención por parte de los usuarios AUGE, ya que año a año se han ido aumentando las patologías cubiertas por las Garantías GES, y tal como se muestra en cuadro respectivo, en lo que va de vigencia de esta Ley, se ha atendido una cantidad de pacientes GES equivalente a casi toda la población de ÑUBLE.

No todas las patologías se resuelven en el HCHM, algunas de ellas (las menos) se resuelven en la APS, pero hay que tener presente que cada enfermedad cubierta por la Ley AUGE tiene características propias y garantías específicas, por lo que alguna de ellas bastará con agendar una consulta y un control para que quede superada la canasta de garantías prevista, pero otras (especialmente enfermedades crónicas) requerirán de un servicio permanente de atención para agendar controles o entrega de medicamentos, exámenes, interconsultas o tratamientos en otros Establecimientos de la RED Asistencial.

Teniéndose claro que esta área de atención es la más crítica en la percepción del usuario, se ha tenido especial cuidado en el diseño del cómo se le debe atender, por quién y donde.

Esta etapa termina cuando se hace el “pedido u oferta”.

Etapa 2: NEGOCIACIÓN. Durante esta etapa se establecen y negocian las condiciones de satisfacción, es decir, aquellas condiciones que deben cumplirse para que el cliente quede conforme con lo recibido. Esto incluye la oportunidad de entrega de lo solicitado. Es necesario cuidar aquellas condiciones que no se expresan pero que están implícitas en el pedido. A esto se le llama “contexto de obviedad”. (Ningún restaurante servirá un café frío, aunque esa característica no se negocia cuando se pide el café. Si un trabajador se presenta desnudo a su primer día de trabajo no se puede decir al jefe “no se ha acordado que se venga a

trabajar con ropa; es obvio que se irá vestido). La etapa de negociación termina con la “declaración de aceptación” en que “cliente” y “proveedor” declaran aceptar las condiciones establecidas, (Medina, A. UBB, 2012).

Los servicios ofrecidos en el Modelo deben ser los que son atingentes a la atención Pre y Post médica y por ningún motivo los admisionistas pueden inmiscuirse en temas que no son de su responsabilidad, ya que estarían “contaminando” su canasta de servicios, y lo más seguro es que lograrán una insatisfacción en el usuario, aquí lo correcto es derivar a quién corresponda resolver esos temas.

Al entregar las agendas de citas deben estar completamente validadas ya que no se puede jugar con el tiempo y disponibilidad del usuario, se debe considerar que la gran mayoría de ellos son mayores de edad, de muy escasos recursos, gran parte son de alejadas zonas rurales, y hacerles perder el tiempo en una visita al Hospital donde no van a ser atendidos es una situación simplemente inaceptable

**Etapa 3: EJECUCIÓN.** Aquí el protagonista central es el proveedor o admisionista. Durante esta etapa se desarrollan las actividades orientadas a satisfacer las condiciones pactadas. Frecuentemente el admisionista deberá hacer sub-pedidos, es decir, se coordinará con terceros para ayudarse, por ejemplo, se le término la disponibilidad de horas para radiografías, entonces deberá solicitar al supervisor que se le desbloquee un sobrecupo para poder cumplir con alguna garantía. La ejecución termina con la “declaración de cumplimiento”. El admisionista declara cumplidas las condiciones o sea le informa al usuario en forma clara y con cordialidad que le ha atendido en lo que él necesitaba.

**Etapa 4: EVALUACIÓN Y ASEGURAMIENTO:** Es la etapa más olvidada de todas, aunque reviste gran importancia. Aquí el cliente evalúa si se han cumplido las condiciones de satisfacción y el proveedor se asegura de la conformidad del cliente pidiéndole expresamente que declare su satisfacción. Si el cliente no declara satisfacción el ciclo no se cierra. En este caso es posible que el proveedor

tenga que hacer algunos ajustes, renegociar, en fin. El ciclo de acción sólo termina con la “declaración de satisfacción” que hace el cliente, esto es de suma importancia para también lograr fidelización de cliente (DEATRICK, 1990).

Suele suceder que el admisionista no consideró el lugar de origen del usuario, y la hora que le entrego no se ajusta al viaje que debe realizar para llegar a atenderse y no se atreve a reclamar pero se queda en espera de una oportunidad para plantear su problema, se le debe escuchar y tratar de solucionar su problema, si hay que negociar una nueva hora con el supervisor se debe hacer, y se tendrá un usuario satisfecho y con toda seguridad esa hora de atención no se perderá, se habrá ganado además un usuario responsable que cumple con sus obligaciones con el Establecimiento.

Hay que considerar que el Cliente y Proveedor siempre están representados por personas de carne y hueso que se comprometen.

Toda acción realizada adecuadamente cumple con este ciclo. A su vez, toda acción deficiente o incompleta falla en alguna de las etapas del ciclo.

#### 4.5 ENTREVISTAS A JEFATURAS RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN DE USUARIOS EN ADMISIÓN DEL HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTIN

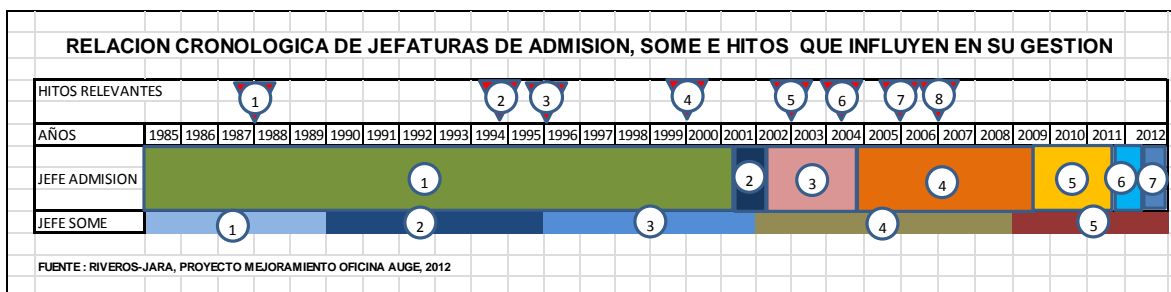
Es inevitable relacionar a personas con el resultado de una gestión determinada, ya que la misma debe ser ejecutada o liderada por un ser humano, más aún cuando el servicio es de atención directa a personas, y tratándose de una institución de larga data de funcionamiento podemos ir recabando como ha sido su evolución en el tiempo, sin lugar a dudas los quiebres o hitos que van marcando el desarrollo de los sistemas son puntos importantes de conocer, ya que dan luces de aspectos muchas veces que no se dimensionaron en una justa medida al aplicarse.

Este set de entrevistas o conversaciones sostenidas con distintas personas que en algún momento tuvieron injerencia en el liderazgo de la Unidad de Admisión del Hospital Clínico Herminda Martin, son un insumo que nos permite

conocer a grandes rasgos lo que ha ocurrido en los últimos 25 años de gestión de atención de público.

El período de tiempo abarca desde el año 1987 al año 2012, y como se muestra en la siguiente escala de tiempo, se marcan los cambios de jefaturas, muchos de ellos sin ninguna fundamentación de una mejora estructural sino solo pensando en las personas que eran ubicados en dicha responsabilidad, se marcan los hitos tanto internos como externos que afectan o demuestran la capacidad de gestión de cada uno de ellos.

CUADRO N° 24 RELACIÓN DE JEFATURAS ADMISIÓN



Como solo interesa conocer aspectos generales de la gestión del período, no se indica nombres de personas que han servido en dichos cargos, de igual forma se han elegido sólo hitos relevantes que influyen o han influido en la capacidad de gestión de atención de público.

4.5.1. Hitos Relevantes:

- 1.- Instalación de dos mesones de apoyo a la atención de público (Mesón 1 y 2)
- 2.- Diseño del proceso informatización de agendas y registro de usuarios (Proyecto IBM-SSÑ-HHM “ANITA”)
- 3.- Puesta en marcha de la TI “Anita”
- 4.- Inicio de la Nueva Reforma de SALUD
- 5.- Puesta en marcha de 5 patologías pilotos AUGE, y en el HCHM la oficina de

casos especiales de Admisión es reconvertida a Oficina AUGE con una funcionaria a cargo.

6.- Inicio oficial de la LEY AUGE con 15 patologías que deben cumplir garantías,

En el HCHM la Oficina AUGE continúa con una sola funcionaria a cargo.

7.- Se incorpora a Oficina AUGE el puesto de Control AUGE, pero sin atención de

Público, continúa una sola funcionaria en esta labor, ya se han incorporado 10

Patologías más.

8.- Se incorpora un puesto de trabajo para dar las horas de citación de primeras

Consultas que se envían a la APS, ya hay 40 patologías AUGE vigentes y con-

tinúa una sola persona para atender los usuarios AUGE en Admisión.

Se llega al año 2012, en que la Oficina AUGE debe atender a las 69 Patologías AUGE vigentes, con una sola persona que atiende directamente al usuario AUGE, habiéndose incorporado en forma part time una persona para efectuar llamados telefónicos para informar citaciones y confirmarlas.(ver Anexo 6)

#### 4.5.2. JEFATURAS DE ADMISIÓN:

1.- Primera Jefatura, es funcionaria de carrera, con gran experiencia previa en la misma Unidad, de ella dependían Admisión, Coordinación, Archivo, Informaciones y Hospitalización, en sus inicios solo funcionaba un mesón central con 4 ventanillas de atención, con el aumento de demanda esta jefatura opta por abrir 2 ventanillas de atención adicionales (mesón 1 y mesón 2 actuales), con la implementación del Programa Anita, crea los mesones 3 y 4 que actualmente aún funcionan.

2.- Segunda Jefatura, profesional del área de enfermería, poseía experiencia en manejo de equipo de trabajo técnico pero no de atención de público, durante este

período no se efectúa ningún tipo de mejoras y la gestión de atención de público se ve resentida.

3.- Tercera Jefatura, profesional Ingeniero, con experiencia en manejo de equipos de trabajo y atención de público, con la inminente puesta en marcha de la Ley AUGE, se prepara una Oficina de casos especiales, que posteriormente se transformaría hasta hoy en la actual Oficina AUGE del HCHM, se crea el mesón 5 de atención, para los usuarios de Psiquiatría, Neurología, especialidades infantiles y Salud Mental. Se implementa rotación en los puestos de trabajo, se atiende por número a los usuarios, quienes esperan sentados su turno de atención, Se implementa el comprobante de lista de espera, y así no se coarta la posibilidad que el usuario pueda resolver su situación en el extrasistema, se autoriza a la RED APS a que puedan generar en forma remota el Historial Clínico, se implementa además los turnos de suplencia en los horarios de colación, para permitir una atención continuada de los mesones.

Se da inicio a una política de manejos de estadísticas de dación de horas y actualización de datos de usuarios, también se inicia con un proceso de descentralización de agendas para aquellas especialidades que no son críticas en el hospital, para que la APS disponga de esos cupos en forma directa y así disminuir en parte la necesidad del usuario de concurrir al Hospital a retirar su hora.

4.- Cuarta Jefatura, asume profesional universitario, sin experiencia en la Unidad de Admisión y sin conocimiento del proceso de atención de público, cede a presiones internas y procede a cerrar el mesón central a la atención de público y solo deja un puesto para emitir carne de hospital y consultar por horas de listas de espera. El resto del público que aquí se atendía pasa a aumentar la demanda de atención de los otros mesones ( 1 al 5), se mejora sistema de estadísticas de Admisión, se reestructura la Sección SOME, separándose en Unidades de Estadística, Archivo, Hospitalización y Admisión (con Coordinación e Informaciones a cargo), con la vigencia de la Ley AUGE de prestadores se vuelve a reorganizar el SOME y pasa a llamarse CROME, entrega la Unidad de



Informaciones a lo que hoy es la OIRS, se crea la GIP que reúne a Estadísticas y Digitación y Monitoreo AUGE, surge la Unidad de Archivo de HHCC como ente de dependencia directa del Jefe de CROME, Hospitalización y Admisión.

5.- Quinta Jefatura, asume profesional universitario sin experiencia en la Unidad y en el manejo de equipos de trabajo de atención de público, procede a cerrar el mesón N° 5, lo que incrementa la demanda en los otros mesones, en forma especial en el N° 4, paralelamente se incorpora también una funcionaria con roles muy difusos a cargo del control AUGE, que con sus omisiones crea situaciones complejas de resolver a dichos usuarios, se agregan rol de dar horas a usuarios que requieren de un determinado examen, pero que al no estar permanentemente en su puesto de trabajo causan alteración a la normal atención de usuarios AUGE, producto de una nueva reestructuración del CROME para ajustarse a los requerimientos de un Hospital EAR, se da la organización actual, que contempla la Sección GIP, la Unidad de Archivo, la Oficina de Informes Medico Legales, La oficina de Asistencia Social, La Unidad de Admisión (con la Oficina AUGE y de Coordinación) y la oficina de Profesionales CROME. Se incorpora el costeo ABC en el control de gestión del Establecimiento, se llega a las 69 patologías AUGE y a la fecha no se incorpora ninguna mejora o estrategias de atención de público.

6.- Sexta Jefatura, se incorpora profesional universitario que prestaba funciones como asesoría, sin experiencia en la Unidad de Admisión, sin experticia en el manejo de los sistemas computacionales en uso en dicha Unidad y sin experiencia en manejo de equipos de trabajo, en los 7 meses de trabajo no se vislumbra ningún cambio en la gestión de atención de público. Se le incorpora una profesional universitaria con experiencia en Estadística y control GES, pero es desestimada su permanencia en la Unidad, se le asigna una profesional Ingeniero Comercial para apoyo en manejo de informes de admisión, control de costeo ABC, apoyo de la gestión de hoja electrónica diaria, manejo transitorio de agendas de compras de servicios, también se le asigna una profesional universitaria con algunos años de experiencia en el monitoreo GES ambulatorio para que asuma su

sub-rogancia, tampoco tiene experiencia alguna en la Unidad de Admisión y ninguna experiencia en manejo de equipos de atención de público.

En este último tiempo se aprecia un acrecentamiento de la mala atención y la no adopción de medidas paliativas a los aumentos de demanda, desorden en la emisión de agendas médicas, continuos reclamos de mala atención, cierre de mesones de atención a partir de las 16 horas, lo que no obedece a justificación alguna, dejando muchos usuarios que se atienden hasta pasadas las 20 horas sin posibilidad alguna de obtener horas de controles o exámenes, debiendo volver obligatoriamente en otro día.

7.- Séptima Jefatura, profesional universitario, sin experiencia previa en Unidad de Admisión ni en equipos de trabajo de atención de público, solo con un mes a cargo, no ha demostrado aún ningún tipo de intervención que sea coherente con el mejoramiento de la atención de público.-

#### 4.5.3. JEFATURAS DEL SOME O CROME

Aquí solo se hace una visión general, ya que ellos influyen fuertemente en la designación de las Jefaturas de la Unidad de Admisión, y ha podido observarse que en muchos de los casos en que han debido decidir por una nueva Jefatura de dicha Unidad no ha prevalecido un criterio técnico para efectuar dicha elección, tampoco a posterior se ha velado porque dicha jefatura adquiriera competencias relacionadas con la atención de público, una excepción es la designación de la primera Jefatura (funcionaria de carrera) y tercera Jefatura analizadas donde primó la experiencia como factor para su designación, demostraron su capacidad para irse adaptando a los desafíos que les imponían el progreso y los aumentos de demanda de atención por parte de los usuarios y además por la incorporación de más especialidades y profesionales de apoyo clínico.

Las largas filas, la demora en la atención, las dificultades que se tienen a diario en los distintos puestos de trabajo no ha sido un tema significativamente presente en sus preocupaciones en gran parte del período analizado.

En la Jefatura actual del CROME(2012) hay claramente algunas prioridades que directamente o indirectamente influirán en que los trámites a que hoy son sometidos los usuarios por el área administrativa puedan minimizarse, para ello se encuentra abocada a desarrollar procesos informatizados, se ha incorporado cada vez mas la tecnología al box médico, y al ir creciendo con el uso de herramientas interconectadas que permiten que muchas gestiones se puedan ir generando en la medida que el médico va llenando sus formularios.

Con la elaboración de protocolos de la atención médica se van clarificando aquellos pasos en los cuáles el uso de la tecnología puede ir supliendo trámites administrativos, todo apunta a que la atención en la Unidad de Admisión de un futuro muy cercano sea lo más integral posible.

Se puede concluir, que la búsqueda de una persona adecuada para desempeñar el cargo de Jefe de Admisión es una tarea esencial, si se quiere mejorar la calidad de la atención al usuario.

## **CAPITULO V: DISEÑO DE MODELO DE ATENCIÓN PARA USUARIOS EN ADMISIÓN AUGE DEL HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTIN.**

### **5.1 Introducción**

Plantearse un desafío de inferir un cambio trascendental en la modalidad de atención de público en una institución del estado en el área de la salud es sin lugar a dudas una actitud transgresora, pero alienta el conocer las experiencias desarrolladas en otras instituciones estatales, como por ejemplo el Servicio de Impuestos Internos, el SERNAC, y muchas otras que se han atrevido a ser irreverentes con una histórica tradición de mala atención al público.

El sector salud ha sido indicado permanentemente como una de las instituciones que atiende mal a sus usuarios, sus funcionarios muestran falta de trato deferente, son poco amables, los lugares de atención no tienen el menor indicio de respeto por quién debe recibir atención, la que en muchas situaciones debería hacerse en un marco de absoluta privacidad, son incómodos, poco iluminados.

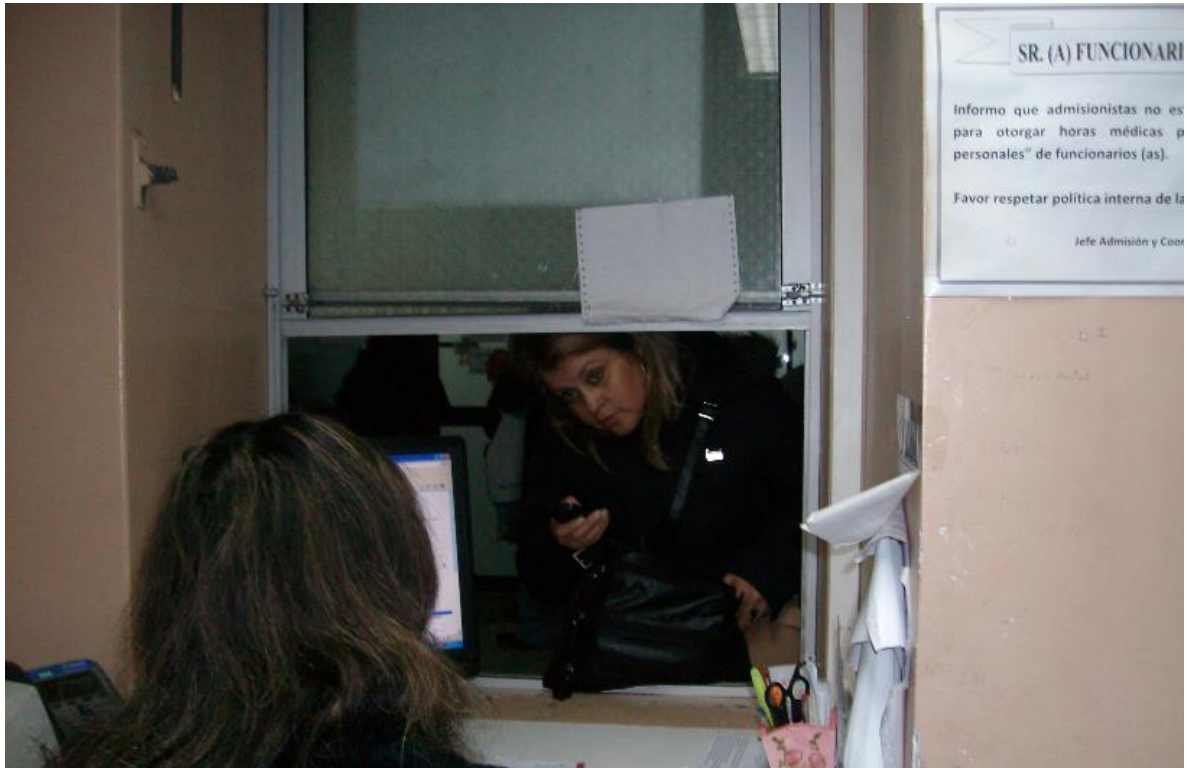


La atención de público requiere que los usuarios deban destinar mucho tiempo a la burocracia hospitalaria, muchos establecimientos aún no desarrollan buenos soportes de tecnologías de información, abunda el papeleo y funcionarios que se auto asignan jerarquías y autoridad que nadie les ha entregado, por ejemplo en el hospital se dan las horas de atención médicas en una ventanilla y además se debe pasar a ventanilla de recaudación para pagar el copago cuando corresponde.



Un mal tan profundo y arraigado en nuestra idiosincrasia, que nos predispone a que al tener que asistir a un hospital público debemos soportar todo tipo de malas atenciones y pérdidas de tiempo, no podía ser atacado tan simplemente, y parte importante de la Reforma de Salud ha sido el garantizar la atención hospitalaria, propendiendo a que esta sea oportuna, de calidad, segura, eficiente y eficaz, en un marco de equidad, respeto y con garantía financiera.

Vencer estigmas, convencer autoridades, lograr que el funcionario conozca que su trabajo bien hecho es de mucha importancia para el usuario, ya que el anhela un buen trato, que se le considere como persona, que el ya sufrir una enfermedad es una carga emocional que no debe ser acrecentado con una mala atención.



Esta absolutamente claro que en el nuevo complejo hospitalario de Ñuble estas situaciones no pueden seguir presentándose, hay tiempo suficiente para poder enfrentar el desafío de ser un Hospital pionero en dejar atrás la deficiente atención Pre y Post Médica, los usuarios del sistema de salud se lo merecen y anhelan.

Es unánime la opinión a nivel de Jefaturas Administrativas del Hospital Clínico Herminda Martín que la futura atención del usuario a nivel de Admisión debe tener la característica de ser integral, o sea, evitar al máximo la burocracia que afecta hoy al usuario, y esa prioridad se considerará en este diseño.

## 5.2. EL MODELO DE ATENCIÓN

Ya se ha conocido la opinión de los usuarios respecto de los elementos que desea estén presentes en el nuevo modelo de atención, también el consenso en las jefaturas que esta atención debe ser lo más integral posible, y que el apoyo de la tecnología será primordial, también que hay una oportunidad histórica para dejar

atrás de una vez por todas que la atención en los hospitales es deficiente en lo que respecta a los trámites pre y pos atención médica, que incluso hay la posibilidad cierta de poder diseñar los espacios adecuados para este tipo de atención y además hay tiempo para preparar los recursos humanos necesarios para hacer realidad este proyecto.

A continuación se describirá los elementos constituyentes esenciales de este nuevo modelo, considerando la parte física, humana, protocolos, canasta de servicios, tecnologías requeridas, procesos, organigrama (JARA, 2005).

Todo lo que a continuación se describa apunta a un solo objetivo: que los funcionarios que tendrán la tarea de atender a los futuros usuarios en el nuevo Complejo Hospitalario de Ñuble sepan el “COMO” lo van a realizar, para poder lograr tener una real satisfacción usuaria.

## 5.2.1 DEL MÓDULO DE ATENCIÓN INTEGRAL

### 5.2.1.1 DE LA UBICACIÓN DEL MÓDULO DE ATENCIÓN INTEGRAL

En el nuevo complejo Hospitalario de Ñuble la atención ambulatoria estará ubicada en un bloque de atención que constará de dos pisos, esto ya obliga a definir al menos dos puntos de atención, uno en cada piso.

La ubicación se definirá en conjunto con el equipo de diseño arquitectónico, para poder dotar a los módulos de buena iluminación natural, amplios espacios, que permitan contar con salas de espera cómodas, ojalá queden ubicadas en el sector central del hall principal de distribución de público, para que así puedan ser fácilmente identificadas por el usuario.

Este módulo constará de un mesón semicircular en media altura, separado con un separador de ambiente entre cada puesto de trabajo de los admisionista, el muro que separe estas dependencias de una sala posterior deberá tener una ventanilla en toda su extensión y a media altura, para que pueda observarse desde la parte posterior.

En la sala posterior se ubicará la oficina de una enfermera de apoyo para el soporte técnico de la atención y además la oficina de la supervisora de piso, para cuando deba atender casos especiales (JARA, 2005).

La cantidad de puestos de trabajo dependerá de las especialidades que se ubiquen en cada piso, ya que hay algunas de ellas que no requieren tanta frecuencia de controles, que es una condicionante de mayor carga de trabajo, y de los accesos a personas con discapacidad, adultos mayores y embarazadas.

#### 5.2.1.2 CANASTA DE SERVICIOS DEL MÓDULO DE ATENCIÓN INTEGRAL

Para el nuevo modelo de gestión se ha definido como prioritario evitar la burocracia en la atención del usuario, por eso en los módulos de atención se podrá resolver todos los trámites inherentes a una atención ambulatoria, o sea cuando un usuario realice un requerimiento ya no tendrá que trasladarse de un punto a otro para obtener lo que necesita. En cada módulo estará la posibilidad de obtener Horas de primera consulta, controles médicos, exámenes específicos, procedimientos, petición de horas a la macrored asistencial ya sea pública o privada, si tiene que efectuar un copago el puesto de atención tendrá habilitada la opción, lo mismo ocurre con la entrega de pasajes, ya que solo bastará la autorización inicial de la asistente social de atención ambulatoria para que posteriormente con la consulta en línea se entregue el comprobante de canje de pasajes, los resultados de todos los exámenes estarán on line con el Historial Clínico Digital de cada usuario, por lo que este no tendrá que requerir resultados en mesones para presentárselos al médico (JARA , 2005).

#### 5.2.1.3 DE LA IMPLEMENTACION DEL MÓDULO DE ATENCIÓN INTEGRAL

Cada módulo estará compuesto por varios puestos de trabajo de admisionistas, los cuáles atenderán en un mesón a nivel con dos sillones enfrente de él para la comodidad de los usuarios, estará separado de los otros puestos de trabajo por separadores de ambiente, para cautelar la privacidad de la atención.

Cada puesto tendrá un equipo de hardware de última generación, sólo con los accesos a programas institucionales permitidos para evitar los distractores al personal, además contará con teléfono multi-línea, un equipo de radiocomunicación, botón de accionamiento del control de atención de personas, además de los accesorios de escritorio habituales. (ver ANEXO 4)



#### 5.2.1.4 DEL SOPORTE TECNOLÓGICO DEL MÓDULO DE ATENCIÓN INTEGRAL

Las tecnologías de información son uno de los elementos que se han considerado esenciales en el nuevo proyecto hospitalario, solo en equipamiento médico se invertirá una suma cercana a los 21.000 millones de pesos, todo el establecimiento contará con un sistema computacional integrado e integral, ya que todas las acciones que se realicen serán registradas por los distintos actores en forma inmediata y on-line, la gestión se enfocará en un modelo de ambulatorización de la atención, habrá medicina por teleconferencia con la red asistencial, los proveedores internos y externos de servicios de apoyo al diagnóstico y logístico deberán estar conectados al sistema para entregar sus servicios o resultados de exámenes, así el usuario ya no perderá horas de citación porque sus exámenes no están en su ficha médica, o porque su Historial Clínico no le llegó al box médico (habrá historial virtual), Los profesionales podrán utilizar el correo electrónico o video conferencia para comunicarse con los módulos de ser necesario.

En cada módulo habrá un digitador GES para prestar apoyo ante cualquier omisión u error en el registro del usuario y así solucionar de inmediato cualquier problema de índole administrativo.

El sistema de apoyo computacional estará cruzado con sistemas de control en FONASA, Registro Civil, Servicio de Impuestos Internos, Recaudación, etc.

#### 5.2.1.5 DEL RECURSO HUMANO PARA EL MÓDULO DE ATENCIÓN INTEGRAL

Cada módulo constará de un cargo de Supervisor de Módulo de Atención, que será un profesional del área de Administración, y estará encargado de evaluar la carga de trabajo del módulo y tener la capacidad de ir ajustando la oferta de atención a la demanda que se presente durante el transcurso del horario de atención, además deberá hacerse cargo de inmediato de todos aquellos casos de alta complejidad que se presenten para evitar atochamientos en algún puesto de

trabajo, derivando a quién corresponda resolver la situación si no ha sido posible que el la resuelva.

Además se contará con una Profesional de Enfermería para poder entregar soporte técnico a la atención, cuando el usuario tenga algún tipo de duda sobre si su condición es AUGE o no, su proceso de cumplimiento de garantías está correcto o cualquier otra consulta de índole técnica.

Los puestos de admisionistas serán ocupados por profesionales de nivel técnico con formación en secretariado o ventas, con cursos de reforzamiento en su especialización en la atención de público, para que puedan desempeñarse con pleno conocimiento de su función, deberán ser sometidos a una exigente evaluación psicológica pertinente al cargo que desempeñaran.

#### 5.2.1.6 DE LA PROTECCIÓN DEL RECURSO HUMANO DEL MÓDULO DE ATENCIÓN INTEGRAL

Sin lugar a dudas, la atención de público es una de las actividades más estresantes en las empresas, esto se acrecienta cuando se trata de la atención en Hospitales Públicos, como una forma de paliar este factor negativo queda contemplado establecer pausas en la atención y asignar un reemplazo cada dos horas de atención que supla por media hora al funcionario(a) para que descanse o realice otra actividad que no involucre la atención con personas, en este lapso podrá efectuar sus ejercicios ergonómicos.

#### 5.3 MODELO DE ATENCIÓN DE USUARIOS EN ADMISIÓN AUGE

Definido el modelo de gestión, el cuál es enfocado a la ambulatorización de la atención, y a una fuerte incorporación de apoyo de la tecnología informática en la atención médica, estos dos elementos son factores que afectan la demanda de atención pre y post médica significativamente, ya que de la consulta médica se generan controles médicos y dación de ordenes de exámenes de laboratorio, radiológicos, procedimientos y tratamientos, los cuáles en el nuevo sistema informático estará previsto que muchos de ellos se agenden en forma automática y ya el usuario no deberá concurrir a los módulos a solicitar horas.

Sin embargo, la atención del usuario no desaparecerá por completo, siempre habrá un apoyo y orientación, y para eso se diseña un Modelo de Atención de usuarios Integral, o sea, la persona podrá encontrar en un solo módulo todo el apoyo administrativo que requiera su atención en el complejo hospitalario.

El usuario llegará a módulos de admisión donde podrá obtener sus horas de consulta médica, ratificar controles, exámenes o cualquier otro trámite relacionado con su atención.-

Ya se ha descrito tanto el requerimiento físico, ubicación, recursos humanos, canasta de servicios, requerimientos informáticos, todo lo cuál obedece en gran parte a lo que el usuario está requiriendo, pero además se ha tomado en cuenta lo que la Institución requiere para cumplir con el marco legal y desarrollo estratégico exige.

Tal como se formuló al comienzo, este es un modelo de atención adaptable, por lo tanto, podrá utilizarse como puesto de atención único o puesto de atención múltiple, todo va a depender finalmente de los requerimientos técnicos y de diseño del nuevo complejo.

### 5.3.1. Módulo Único ó Módulo de Atención Integral Unitario

Estará constituido por un Admisionista, un digitador GES, una Enfermera de Especialidad, aquí la diferencia está dada en la ausencia en el lugar del Supervisor de módulos, ya que este tendrá un accionar como apoyo volante, es decir estará rotando por el Hall de atención o vigilará por el Circuito Cerrado de TV Vigilancia (CCTV), apoyando cuando sea necesario o cuando sea llamado desde el módulo de atención (JARA , 2005).

En esta alternativa el funcionario OIRS no está en el módulo individual, está en su Unidad OIRS.

Este modelo considera también las acciones relacionadas con la Hospitalización del usuario cuando el médico lo señale.

La ventaja de este módulo es que será una opción más cercana a la salida del usuario desde el box médico y por ende mucho más especializada, ya que se

abocará solo a resolver las situaciones inherentes a la o las especialidades que tenga asignadas.

### 5.3.2 Módulo de Atención Integral Múltiple

En esta alternativa, el módulo cobija la cantidad de puestos de Admisionistas que ha determinado la carga de trabajo, la cuál será coherente con la totalidad de Especialidades Médicas del Piso en que se encuentre ubicado y los servicios de apoyo Clínico que deba cubrir (JARA, 2005).

De acuerdo a lo estimado actualmente el módulo debería contar con 5 puestos de Admisión, 2 Digitadores AUGE, 1 Funcionario OIRS, una Enfermera GES, 1 Supervisor de Módulo de atención, 2 Enfermeras de Gestión Quirúrgica, 2 paramédicos de apoyo Gestión Quirúrgico.

Este es un módulo de atención de alta complejidad, ya que deberá resolver todas las necesidades de los usuarios respecto de todas las especialidades y profesionales de apoyo clínico presentes en el piso.

El usuario se atenderá indistintamente en cualquier puesto de trabajo de los admisionistas presentes, la diferencia está solo en cuando deban intervenir los digitadores AUGE para solucionar algún problema, ya que solo actuará el que tenga a cargo la patología que se este requiriendo.

El Supervisor de Módulo tendrá un rol activo en resolver de inmediato situaciones con aumento de demanda, y poder canalizar o solicitar apoyo de otros módulos para poder aumentar la oferta de servicio y neutralizar el delta de atención.

### 5.4 Protocolo de atención

El Objetivo principal de la Unidad de Admisión es estar al servicio permanente y continuo de las personas que requieren atención Pre y Post Médica.

- Informar

- Atender a los interesados y resolver su petición
- Recibir y estudiar sugerencias
- Recibir, responder y/o derivar los reclamos
- Registrar las solicitudes no resueltas en Listas de Espera
- Realizar encuestas y mediciones de satisfacción usuaria
- Establecer coordinación con las áreas técnicas y apoyo clínico y logístico
- Ser un espacio en el cual se difundan los Deberes y Derechos del Usuario.

Énfasis:

Orientación, Resolver peticiones de horas de atención e Información

La Unidad de Admisión en el programa de mejoramiento de la gestión apoya siendo:

- Un instrumento de apoyo a la gestión de los Servicios Médicos.
- Se basa en el desarrollo de áreas estratégicas comunes de la gestión pública hospitalaria y comprende etapas de desarrollo o estados de avance para cada una de ellas.
- El cumplimiento de estas etapas permite que los funcionarios accedan a un incentivo monetario.

Flujograma:

Contiene la canalización del Requerimiento del usuario para resolver sus necesidades de horas de atención, ya sea estas en el Complejo Hospitalario o en la Macro red asistencial (ver Cuadro N° 14)

Metodología de atención por espacio:

No puede ocurrir, que la forma de atender dependa del humor de la persona que atiende o que cuando cambien a esa persona, se atienda de una manera totalmente distinta.

- Cuando hablamos de metodología, hablamos de una forma determinada de hacer las cosas.
- Por ejemplo, no tiene la misma importancia los gestos cuando estoy frente al usuario, que cuando respondo por teléfono.
- En tal sentido se justifica el uso de este “ Protocolos de Atención ” que define las etapas del servicio a entregar;
- como se realizará la acogida,
- la obtención de datos,
- en que momento se registrará,
- en qué forma se responde ,
- cuánto tiempo se demorara en responder la institución en caso de no tener disponibilidad de horas o que está deba resolverse en la Macro Red,
- cómo debe ser entregada la información inmediata, la despedida, etc.

Comunicación:

- Para expresar ideas. sentimientos,
- dar y recibir información,
- conocer necesidades, expectativas ...
- La comunicación esta comprendida por :
  - Un componente racional (Contenido) qué sé dice
  - Un componente emocional (Relacional) Cómo se dice

Como comunicarse con los usuarios:

Se debe tener presente que cuando se entabla una comunicación con otra persona (receptor) las palabras significan un 7% de participación en la percepción final del receptor en este proceso comunicacional, el tono de voz un 38%, el lenguaje corporal 45% y el contexto un 10%. Los componentes emocionales tienen un fuerte impacto en la percepción del mensaje. No importan las palabras que se usen, el tono de voz revela lo que uno está pensando o sintiendo, importa mucho volumen, tonalidad y postura al comunicarse con otra persona.

Cómo realizar una buena acogida:

- Expresión Agradable
- Postura relajada, que puede ser con un rostro sonriente o de invitación.
- Un rostro amable calma a la persona nerviosa, ayuda a esperar al que tiene prisa y suaviza a alguien que viene a quejarse.

Acogida:

Son los primeros instantes en los que se contacta con el público y por tanto es el momento en que se transmite la primera impresión del proveedor de servicios como profesionales y de la institución para la cual trabaja.

- Prioridad al usuario:
- Siempre se debe conceder prioridad al usuario ante cualquier otra tarea. Se debe evitar seguir una conversación con un compañero de trabajo o continuar con cualquier asunto que estuviéramos realizando.
- Si cuando estamos atendiendo un usuario suena el teléfono, se pedirá disculpas al usuario, descolgar y presentarse, atender la llamada con rapidez y si es una consulta extensa, hacer esperar o volver a llamar.

### El saludo:

- Siempre que se reciba a alguien debe ser el proveedor el que pronuncie las primeras palabras de bienvenida,
- Es recomendable iniciar el saludo con una declaración de buenos deseos y de aclaración de intenciones.
- Buenos días, ¿en que puedo ayudarlo?
- Buenas tardes, pase por favor y siéntese, ¿qué puedo hacer por usted?
- Buenos días, ¿sería tan amable de esperar un momento? Enseguida estoy con usted.
- Buenas tardes, siento haberle hecho esperar, ¿en que puedo ayudarlo?
- En todo momento, a no ser que nuestro interlocutor expresamente nos indique lo contrario, el trato debe ser de usted, independiente de los factores de edad, sexo o estatus social.
- Si es pertinente y según las circunstancias, saludar estrechando la mano con firmeza y manteniendo la mirada en nuestro interlocutor.

### Intolerancia y no discriminación, cuidado con la primera impresión:

Cuando se establecen modelos rígidos con las personas, de modo que a partir de ciertos rasgos del ser, se anticipan conductas potencialmente dañinas y en las cuales no hay que caer en apreciaciones preestablecidas.

- ESTIGMAS
- PREJUICIOS
- ESTEROTIPOS

### Escucha activa y detección de necesidades:



Cuando el visitante se dispone a hablar, se debe escuchar con absoluta atención y nunca adelantarse a responder una pregunta antes de que termine de formularla.

Saber escuchar:

- Mantener silencio y prestar máxima atención
- Atemperar los impulsos personales y no interrumpirlo
- Brindar incentivos verbales y no verbales
- Evitar emitir juicios de valor o opiniones personales
- Pedir aclaración si algo lo amerita
- Brindar información útil de cómo voy entendiendo

Factores que afectan nuestro escuchar:

- El estado emocional: Por ejemplo, si estoy enojado, es probable que escucharé quejas y reclamos del público, más que problemas o necesidades de información.
- La historia personal: Hace que las personas puedan tener distintos significados para el que habla, como para el que escucha. Por ejemplo, “estudiar en la universidad puede ser para unos una máxima aspiración y para otros una experiencia traumática.

El trasfondo histórico cultural:

Puede ser muy diverso entre las personas, pensemos en una persona de campo y otra nacida en Santiago, el tiempo y espacio tendrán un significado muy distinto para uno y otro.

Para detectar la necesidad del usuario:

- Fomentar que el usuario se explaye y no interrumpirlo con presunciones precipitadas sobre lo que desea.

- Se debe iniciar el dialogo, a través de preguntas abiertas, para que el usuario pueda explicar en sus propios términos lo que necesita y llegar a un dialogo mas fluido y amplio.
- Si no queda claro el motivo de su consulta, realizaremos preguntas abiertas que interroguen sobre el sentido de la demanda y el contexto desde donde surge la necesidad de la información.
- Tener cuidado de indagar sobre el motivo de la consulta, no debe convertirse en un interrogatorio inquisitivo.
- Es recomendable ir resumiendo o parafraseando lo que el usuario nos dice para aclarar y confirmar la necesidad.

Tipificar y buscar información:

Este procedimiento es interno y se realiza una vez que se comprendió a cabalidad la necesidad del usuario. Las solicitudes de los usuarios se pueden tipificar de la siguiente manera:

- CONSULTA
- PETICIÓN
- OPINIÓN
- SUGERENCIA
- RECLAMO O QUEJA

El Admisionista resolverá directamente las dos primeras solicitudes, respecto a las otras tres, en forma muy amable deberá canalizarlas a quién corresponda.

Cuando hablamos de Módulo de atención Integral, nos referimos al lugar donde se entrega la información, a cómo y qué se entrega. Siempre la información entregada debe ser completa, aunque no tenga relación directa con los quehaceres de nuestro servicio. Es por ello que en este módulo debiese incorporarse un funcionario OIRS, para que asuma el rol de informaciones y así no retrasar la atención de los usuarios

Recordar:

Cuando un/a usuario/a se acerca a un servicio público:

- No conoce a cabalidad cuales son las tareas que realiza el Servicio,
- Tiene múltiples problemas sociales

Respuesta inmediata:

En esta actividad, lo habitual es que se deba recurrir a responder inmediatamente por los requerimientos planteados por el usuario, al dar la respuesta se debe asegurar que:

- Debe dominar la información antes de transmitirla
- Ordenar bien los datos y el material a ofrecer
- Conseguir que el usuario asimile mientras escucha.
- Adecuar el tono de voz y la velocidad utilizada para transmitir la información
- Realizar las pausas adecuadas para dar posibilidad de que la persona intervenga
- Ayuda siempre que sea posible de material gráfico (impresos, volantes guía, planos de ubicación...)
- En caso de citas en macrared o compras de servicios, es preciso entregar la descripción, requisitos documentación, costo asociados que no se cubren (alimentación, transporte local, hospedaje, etc.) y lugar de atención y hora.
- Evitar el lenguaje técnico y utilizar un vocabulario estándar

*“EN CASO DE NO PODER ENTREGAR UNA SOLUCIÓN INMEDIATA, SE DERIVA O SE BUSCA APOYO PERO, TODA DEMANDA DEBE SER RESPONDIDA”*

Recordar que el registro de información personal del usuario es siempre importante:

- Es la acción de recolectar los datos del usuario y de la atención que le brindamos.
- ¿Para que sirve? Sirve para sistematizar la información sobre el perfil de nuestros usuarios y el tipo de información que más requieren.
- ¿Quién lo debe realizar? El mismo funcionario que está atendiendo a la persona. (Para las atenciones virtuales, debería haber un pequeño cuestionario previo con los datos que nos interese recopilar.)
- ¿En que momento? Algunos datos van surgiendo de la misma conversación y otros hay que preguntarlos directamente, por lo general eso se realiza en el momento de la despedida.
- Siempre es importante explicarle al usuario porque estamos registrando la atención.

#### Despedida

- La despedida es importante, ya que es la última impresión que tendrá el usuario del servicio prestado, por ello es importante dar una despedida cordial.
- Gracias, ya está todo resuelto.
- Me alegro que hayamos resuelto el tema
- Gracias por venir. No dude en llamar si lo necesita
- Cuidar la entonación y la expresión, y mirar a los ojos
- Identificarlo por su nombre, ofreciéndonos para posteriores requerimientos.
- Ser extremadamente delicados cuando la visita no ha sido eficaz, pidiendo disculpas o enfatizando algún punto de la respuesta (por ejemplo, donde lo derivamos)
- Transmitir siempre la sensación de que hemos hecho todo lo que está en nuestras manos

### Quejas mas frecuentes del público:

- Sus expectativas no se satisfacen mediante el servicio que recibe.
- Se encuentra disgustado con otro/a funcionario/a que los atendido mal y asumen que usted los va atender de la misma forma.
- Está cansado o agobiado por su situación y siente que nadie lo ayuda.
- Se siente víctima de las circunstancias generales “siempre me atienden así...”
- Siente que si no reacciona en forma brusca, no lo van atender.
- Siempre recibe promesas que no se cumplen.
- Se le trata con indiferencia y falta de cortesía (actitudes de desagrado y/o prejuicios).
- Primero se le dice una cosa y luego otra.
- No es escuchado.
- Se le dio una respuesta rápida pero deficiente.
- Se le avergüenza por sus reclamos o por algo que ha hecho en forma incorrecta.
- Se le agredió y se discute con él.
- No se tiene experiencia en manejar el tipo de situación que presenta, de forma rápida y precisa

### Errores frecuentes de admisionistas ante usuarios alterados

- Pedirle al usuario que se calme
- Buscar excusas, intentando explicar porque ocurrió dicha situación
- Discutir sobre quien tiene la razón
- Alterarse, subir la voz, hacer otras cosas mientras el usuario manifiesta su molestia

Ante esta situación el Admisionista debe ser inmediatamente apoyado por el Supervisor de Módulo, o por el funcionario de OIRS, ellos están capacitados para enfrentar esa situación, en caso de haber sido una

situación muy agresiva y que deje en mala situación psicológica al admisionista, este puesto debe ser inmediatamente reemplazado por el funcionario de alternativa de rotación, para permitir que se calme y pueda continuar después con su desempeño normal.

### Búsqueda de la solución

Es común que ocurra situaciones en las cuáles no podrá satisfacerse lo solicitado por el usuario, o habrá equivocaciones por parte del admisionista, ante esas situaciones se debe actuar:

- Asumiendo el problema planteado por el usuario como propio.
- En caso de ser necesario, pedir disculpas; aceptar errores no quita autoridad sino que ofrece confianza y responsabilidad en la tarea. Aunque no haya sido su error, usted se esta disculpando a nombre de la institución y no en forma personal, por tanto tampoco responsabilice a terceros.
- Trate de buscar una solución de común acuerdo, Ofrézcale servirle en todo lo que esté a su alcance. Si la solución de su problema no refiere directamente a su ámbito solicitar apoyo del Supervisor de Módulo.
- Sea preciso: Las respuestas evasivas, poco claras, dilatan el problema y no ayudan a mejorar el estado de ánimo del usuario.
- Cumplir lo prometido: Cuando se establece un acuerdo, y se ofrece una respuesta o plazos, es necesario cumplir lo prometido, a fin de prevenir la generación de un problema mayor.

*“NUNCA SE DEBE PROMETER LO QUE NO SE PUEDA CUMPLIR”*

### Despedida Final

La despedida es importante, por cuanto es la última impresión que tendrá el usuario sobre el servicio entregado.

- Se interpela a la persona por su nombre.
- Se mira a los ojos y se extiende la mano, es señal de aprecio y confianza
- Se le recuerda el acuerdo establecido (“nos volvemos a ver el miércoles” o “en 30 días recibirá su respuesta o confirmación de su hora de citación”).

*“LAS PERSONAS QUE USTED ATIENDE QUIZÁS OLVIDEN LAS PALABRAS QUE DIJO, PERO NUNCA OLVIDARÁN COMO USTED LOS HIZO SENTIR”*

## CONCLUSIONES

En el mundo empresarial ya sea comercial o industrial, la búsqueda de la satisfacción del cliente es un norte permanente en el actuar diario de las empresas, para poder buscar el éxito en esta tarea se debe gestionar la relación con el usuario, que es la instancia especializada en identificar los satisfactores que debe tener el producto o servicio con el cuál se llega o se pretende llegar al cliente, una vez ganado ese cliente es tarea poder fidelizarlo y que siga utilizando el producto, la marca o el servicio entregado.

Pero otra cosa es lograr satisfacción usuaria en un área tan contaminada emocionalmente como lo son los Hospitales y más aún cuando se trata de Establecimientos Estatales, ya que los estigmas de mala atención crean una predisposición en el usuario a que siempre tendrán un trato deficiente, lamentablemente las encuestas corroboran esta situación y justamente la atención pre y post médica son las mas mal evaluadas.

El estudio de antecedentes, las mediciones efectuadas, observaciones de metodología utilizada en la atención, asociada a lugares muchas veces inhóspitos, mal iluminados, sin ventilación, con excesiva burocracia, ratifican que lo que arrojan las encuestas son hechos verídicos.

La ratificación de lo sostenido en los párrafos anteriores se puede encontrar en varias Tesis o Seminarios de Títulos que han sido efectuadas en el Hospital Clínico Herminda Martín, y dan cuenta de esta falencia (Ver Anexo N° 1)

La atención de Admisión en el Hospital Herminda Martin está muy lejos de ser un servicio al usuario de calidad.

Un factor importante en lograr una mejor atención son las Jefaturas, primero que estas sean elegidas de entre postulantes con experiencia en atención de público, experticia en manejo de equipos de trabajo, con conocimientos de marketing relacional, capacidad de autoridad y liderazgo, buen nivel de lenguaje y comunicación, alta capacidad de empatía, perfil psicológico de alta resistencia al stress, lamentablemente esta situación en los últimos años no se ha dado en este Establecimiento y eso ha provocado un deterioro sostenido en la atención de público, ya que por malas decisiones se han desechado buenos procedimientos,



se han cerrado mesones de atención, provocando una fuerte disminución en la oferta del servicio de atención.

El admisionista debe ser una persona que reúna un perfil psicológico especial, resistente al trabajo pesado de atención de público, empático, con un buen nivel cultural, buena dicción y tener una formación técnica en secretariado o cursos de especialización en atención de público.

El marco legal regulatorio y el Plan de desarrollo organizacional presionan al sistema de atención de público a ser mas eficiente y cordial con el usuario, quién hoy tiene una poderosa herramienta legal a su favor, la Ley de deberes y derechos del usuario de instituciones de salud.

Por último, la oportunidad histórica que tendrá Ñuble de contar con un moderno complejo hospitalario, con todo el adelanto tecnológico y profesional al servicio de la comunidad, también obligan a contar con un modelo de atención acorde al nivel de institución que resolverá los problemas de salud de la población de esta Provincia.

Crear este nuevo modelo de atención, sin lugar a dudas significa romper paradigmas y estigmas que tiene este servicio público en general, no tener restricciones al tener que evaluar las prácticas para designar Jefaturas y romper con tradiciones de atención enquistadas en un modelo probado y reconocido como deficiente.

Sin lugar a dudas la propuesta incorpora lo más avanzado en tecnología y conceptualmente reúne posturas que amalgaman tanto la psicología, marketing relacional y sociología en la atención de público.

La entrega en su parte final de un protocolo de atención que sirva de guía para como debe actuar el funcionario a lo largo del proceso de atención, indicándose cada paso en detalle y las alternativas de acciones a seguir en situaciones especiales, se espera sea un insumo que permita mejorar esa distante relación actual entre Usuario y Admisionista.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

### Documentos Impresos

- ABARCA Elizabeth, Jefe de Centro de Responsabilidad de Orientación Médica y Estadística (CROME), Manual de Organización del Centro de Responsabilidad de Orientación Médica y Estadística, Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, última actualización septiembre de 2010.
- ALVEAR Acuña Paula Alejandra, MARÍN Parra Hernán Patricio, Formalización de los procesos Administrativos del Centro de Responsabilidad de Orientación Médico Estadístico C.R.O.M.E perteneciente al Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, memoria de título. Chillán, Chile. Universidad del Bío Bío, Depto. de Gestión Empresarial, 2011. 158p.
- ASENJO, M.A., Las Claves de la Gestión Hospitalaria. Barcelona: Editorial Gestión 2000, S.a. (1999)
- BERRY, T. Calidad del Servicio. Una Ventaja Estratégica para Instituciones Financieras. Editorial Díaz de Santos. Caracas.(1996)
- CHIAVENATO, I. Introducción a la Teoría General de la Administración. Editorial Mc Graw Hill. Colombia. (1995)
- CORREA Flores Olga., ROMÁN Moraga Nancy., VENEGAS Castilla Mabel. Calidad en el servicio del Hospital Clínico Herminda Martín. Tesis. Chillán, Chile. Universidad del Bío Bío, Depto. De Auditoria e Informática, 2007. 115p.
- DESATRICK, R. Cómo conservar su Clientela. El Secreto del Servicio. Editorial Legis IESA. Caracas. (1990)
- JARA Pardo José María, Estudio de Factibilidad para Externalizar la Administración de Gestión de Listas de Espera Ambulatoria del Consultorio Adosado de Especialidades del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán. . Tesis (Ingeniería de Ejecución en administración de empresas). Chillán, Chile. Universidad del Bío Bío, 2010.
- JARA Pardo José María, Encargado Convenios CROME Hospital Clínico Herminda Martín, Una Mirada al Futuro CROME HCHM, Documento, Junio 2005.
- LIZANA Parra Karina., NIZZA Friz Marco., VENEGAS Illesca Paola. Aprendizaje Organizacional en el Hospital Clínico Herminda Martín. Tesis (Ingeniería de Ejecución en administración de empresas). Chillán, Chile. Universidad del Bío Bío, Depto. De Auditoria e Informática, 2003. 100p.

- MARTINEZ, Fernando, FRANCO, Raúl, Modelo de Gestión y Atención Complejo Hospitalario, Proyecto: "Construcción nuevo complejo hospitalario Provincia de Ñuble, MINSAL, Servicio de Salud de Ñuble, HCHM, Junio 2011
- TOBAR, Federico, "Herramientas para el análisis del sector salud", Medicina y Sociedad. Volumen 23 N. 2, Julio 2000.

### Referencias Web

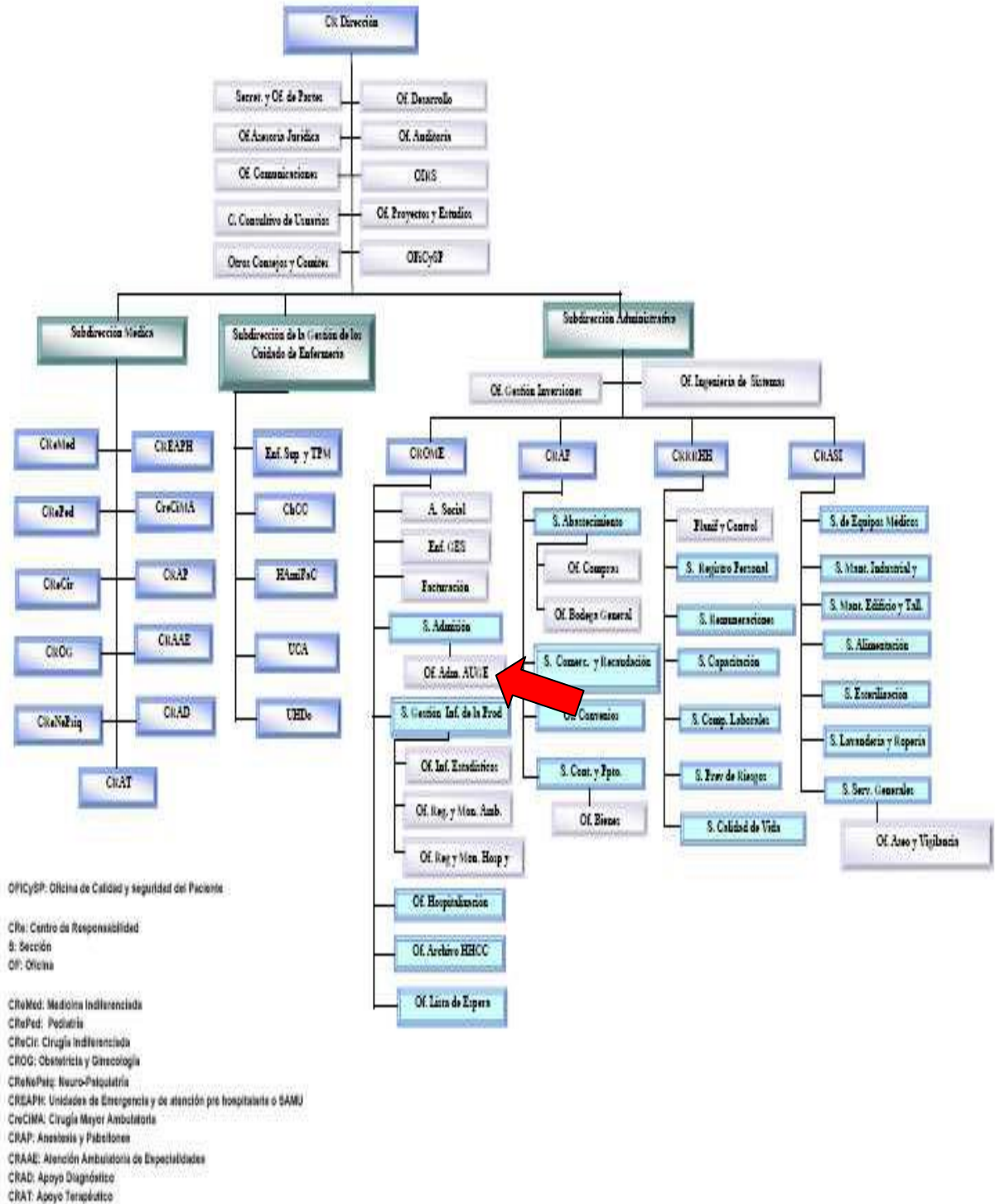
- ALTAMIRANO, O. Silvia, Jefa Unidad de Admisión Hospital Sotero del Río, Manual de Organización de la Unidad de Admisión, Agosto 2009.  
[http://www.hospitalsoteroelrio.cl/intranet/files/web\\_intranet/admision/Manual\\_de\\_Organizacion\\_Admision.pdf](http://www.hospitalsoteroelrio.cl/intranet/files/web_intranet/admision/Manual_de_Organizacion_Admision.pdf), [consulta 18.04.2012]
- Estudio Opinión Usuarios del Sistema de Salud Conocimiento y Posicionamiento de la Superintendencia de Salud, GES-AUGE y otros aspectos de la Reforma. GfK, Growth from Knowledge, Santiago, Marzo 2011.  
[http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-6953\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-6953_recurso_1.pdf) [consulta 17.04.2012]
- Estudio de Caso SERNAC *facilita* Ventanilla Única Ciudadano Consumidor. FLACSO Chile, Abril 2012. <http://www.sernacfacilita.cl>, [consulta 17.04.2012]
- Hacia la Gestión de Excelencia en Redes de Salud. (Ministerio de Salud, 2004). <http://www.minsal.cl>. [consultada el 15.03.2012]
- GONZALEZ, C. José Enrique, Fundamentos Básicos Política de Mejoramiento a la Calidad en la Atención del Cliente desde el Mesón. Abril 2008, [http://www.docirs.cl/atencion\\_cliente cola.htm](http://www.docirs.cl/atencion_cliente cola.htm), [consulta 18.04.2012]
- Guía del Usuario del Hospital A Coruña, Marzo 2010  
<http://www.hospitalcoruna.sergas.es> [ consulta 26.04.2012]
- HERRERA Zgaib Miguel A., Participación y control social de la ciudadanía en la gestión de lo público, (2007). <http://es.scribd.com/doc/61548332/Sociedades-complejas-politicas-publicas-y-democracia-Miguel-Angel-Herrera-Zgaib>, [consultada 25.04.2012]
- Hospital El Carmen, Huancayo, Perú, Manual de Organización y Funciones, Marzo 2009.  
[http://www.hospitalelcarmen.gob.pe/documentos/manual\\_organizacion\\_funciones.pdf](http://www.hospitalelcarmen.gob.pe/documentos/manual_organizacion_funciones.pdf), [ consulta 22.04.2012]
- KURTZ, Olga Myriam, Centro Tecnológico de atención al ciudadano, Universidad Nacional de Misiones, Argentina, Junio, 2005.  
<http://exa.unne.edu.ar/depar/areas/informatica/SistemasOperativos/ProyectoVersionFinal.pdf>, [consulta 22.04.2012]
- Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria. (Gobierno de Chile, Ministerio de

- Salud).(2004). <http://www.minsal.cl>. [consultada el 15.03.2012]
- Ley 19.966 de Régimen General de Garantías en Salud. (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud). <http://www.minsal.cl>. [consultada 15.03.2012]
  - Ley 20015 de Modificación de Ley de Isapres. (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud). <http://www.minsal.cl>. [consultada el 17.03.2012]
  - Ley número 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud”. (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud). (2012) <http://www.minsal.cl>. [consultada 15.05.2012, 04.07.2012]
  - Lopez Sobejano Juan J.,Marketing relacional: De la satisfacción a la fidelización del cliente turístico, <http://www.eumed.net/ce/2005/jjls-mkt.htm>, [consultada 10.05.2012]
  - Manual de Organización. (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, 2007). <http://www.minsal.cl>. [consultada el 18.04.2012]
  - Ministerio de Salud (2005) “Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud” Decreto 140 de 2004. <http://www.minsal.cl>. [consultada el 15.03.2012]
  - Norma Técnica de Certificación y Evaluación Anual de Hospitales Autogestionados. (M. Drago, 2006). <http://www.minsal.cl>. [consulta 18.04.2012]
  - Plan Estratégico del Servicio de Salud Ñuble. (Servicio de Salud Ñuble, 2007) <http://www.minsal.cl>. [consulta 17.04.2012]
  - PEZOA G., Marcela., ROJAS Cristián. , Propuesta metodológica para medir calidad percibida y satisfacción en la atención de salud hospitalaria, Departamento de Estudios y Desarrollo, Diciembre 2011 [http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-7516\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-7516_recurso_1.pdf). [consulta 26.04.2012]
  - Plan Estratégico de Desarrollo Hospital Herminda Martín de Chillán. <http://www.minsal.cl>. [consulta 17.04.2012]
  - Programa de Evaluación de la Calidad de Atención Hospitalaria. <http://www.acschile.cl> [consulta 19.04.2012]
  - TALERO, Una noción alternativa de cliente, Abril 2008, [http://www.articulo.org/articulo/2833/una\\_nocion\\_alternativa\\_de\\_cliente.html](http://www.articulo.org/articulo/2833/una_nocion_alternativa_de_cliente.html), [consulta 25.04.2012]

## Links Institucionales de Consulta frecuente

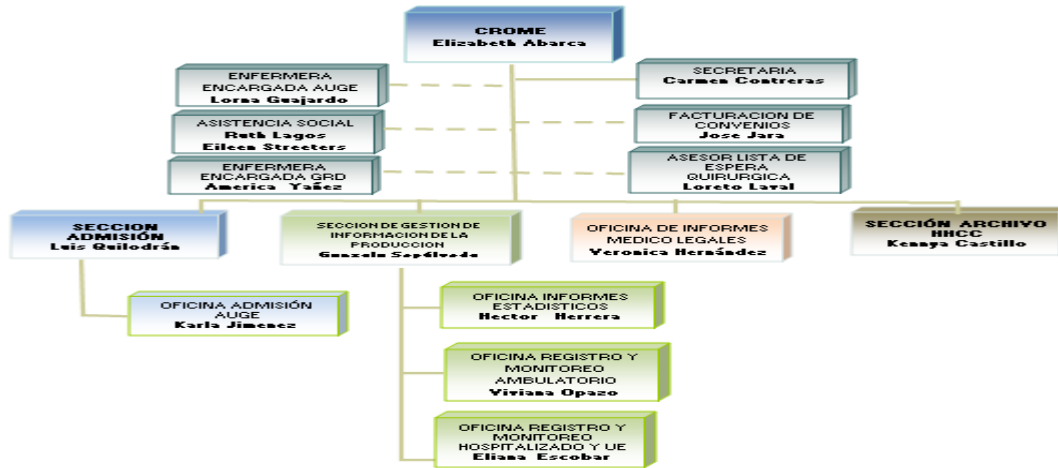
- Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, [www.hospitaldechillan.cl](http://www.hospitaldechillan.cl) [consultas 13.03.2012 al 09.07.2012]
- Ministerio de Salud, [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl) [consultas 13.03.2012 al 09.07.2012]
- Servicio de Salud de Ñuble [www.ssnuble.cl](http://www.ssnuble.cl) [consultas 13.03.2012 al 09.07.2012]

## Anexo N°1 Estructura Organizacional HCHM



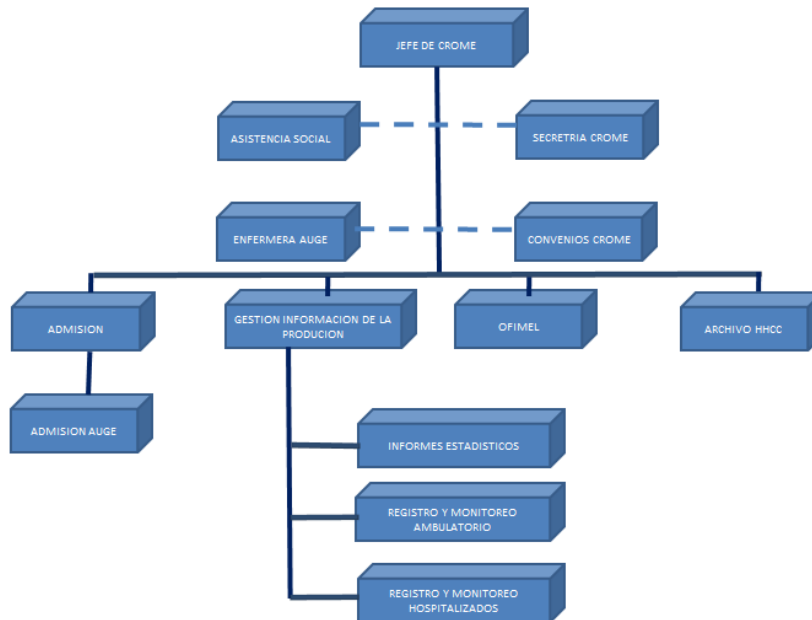
Fuente: Hospital Clínico Herminia Martín

ANEXO N° 2  
Estructura Organizacional CROME.  
Estructura al 30.06.2011



Fuente: Hospital Clínico Herminia Martín

Estructura al 30.06.2012



Fuente: Diseño Propio 2012

**ANEXO N° 3** Extractos de Memoria de Título “Formalización de los procesos Administrativos del Centro de Responsabilidad de Orientación Médico Estadístico C.R.O.M.E perteneciente al Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán.

**FLUJOGRAMA SECCIÓN ADMISIÓN**



Fuente: Formalización de los Procesos administrativos del CROME HCHM, Alvear P, Marín H., 2011

PRINCIPALES DEBILIDADES POR SECCIÓN DEL CROME.

DEBILIDADES DEL CROME CENTRAL

- Falta organización en los tiempos diarios, ya que todos apuntan a la falta de tiempo para cumplir con labores diarias, lo que genera hacer horas extras de trabajo.
- Falta de un mecanismo de control interno para ver el cumplimiento de los funcionarios.
- Existencia de cargos que no ajustan a sus perfiles de trabajo.
- Falta de compromiso de algunos funcionarios, ya que esto provoca quiebres en el clima laboral.
- Falta de comunicación, esto se refiere a que cuesta que la comunicación baje porque existen muchas labores extraordinarias que sacan a los jefes de sus rutinas.

DEBILIDADES DE LA SECCIÓN ADMISIÓN

- Calidad de atención deficiente.
- Poca estabilidad de los sistemas computacionales.
- Falta de compromiso con el trabajo del colega.
- Existencia de líderes negativos, los cuales, perjudican el clima laboral.
- Lugares de trabajos dispersos, lo cual impide la convivencia diaria entre funcionarios de la sección.
- Falta de organización, para adherir nuevas funciones.

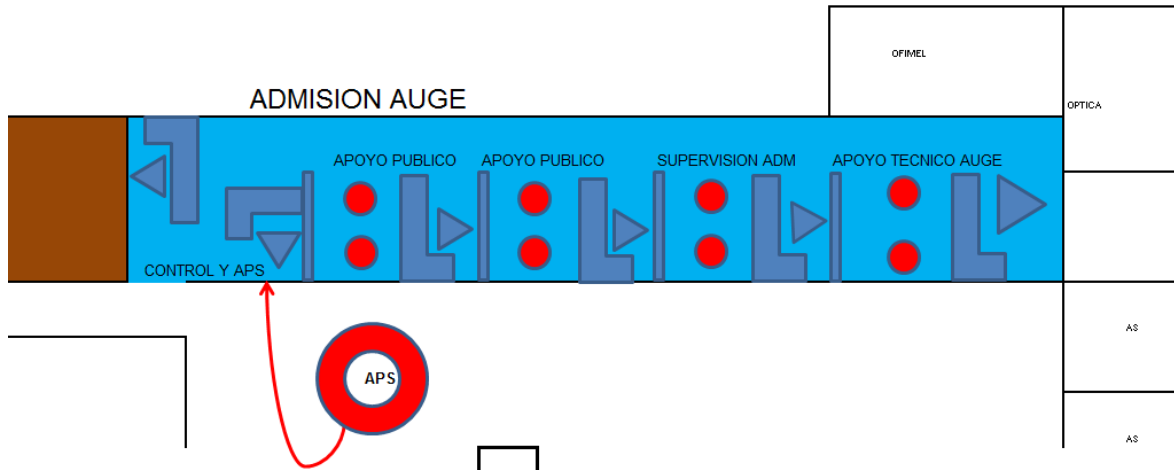
PROPUESTAS DE MEJORAS POR SECCIÓN PERTENECIENTES AL C.R.O.M.E.

Sección Admisión

- Rotación de Personal en la Atención de Público en Mesones de 1 a 5, esto por por el desgaste emocional que produce la presión del público a los funcionarios que atienden mesones. (según Dra. Marta Muñoz Fuentes, Presidente Comisión Médica Preventiva de Invalidez COMPIN NUBLE, Chillán).
- Mejora en la Calidad del Trato al Paciente; esto se nota en los reclamos que existen por este motivo dirigidos a esta sección, principalmente porque esta es la encargada de interactuar directamente con el paciente. Este tema del trato al paciente es uno de los principales problemas a nivel nacional que aqueja al sistema público de salud, por lo que es necesario realizar una reestructuración para mejorar el actual sistema.
- Mejorar el Clima Laboral Interior de la Sección; esto se explica por tratar de eliminar los roces que existen entre algunos funcionarios, lo que provoca un clima laboral poco agradable para el resto del equipo de trabajo, que no sabe cómo mediar la situación para mantener un clima laboral adecuado al desempeño de las funciones.
- Buscar Equidad de Funciones Para los Funcionarios; esta recomendación es porque existe una notable diferencia entre la cantidad de carga laboral de algunos

funcionarios respecto a otros.  
ANEXO 4

Propuesta para habilitar Módulo de Atención Integral en Admisión AUGE HCHM,  
en actual ubicación de Oficina de Gestión Quirúrgica.



FUENTE: Diseño Propio (2012)



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO  
FACULTAD DE CIENCIAS  
EMPRESARIALES

## ANEXO N° 5

# ENCUESTA A USUARIOS ADMISIÓN HCHM

FECHA APLICACIÓN: JUNIO 27 2012.-

### CUESTIONARIO

<b>EN RELACIÓN AL FUNCIONARIO</b>	SI	NO	INDIFERENTE
PREFIERE QUE SEA MUJER			
SER AMABLE, EMPATICO			
CONOCER SU TRABAJO			
SEA RESPETUOSO			
TENGA UN LENGUAJE CLARO			
QUE TENGA IDENTIFICACION			
QUE ESTE CON VESTUARIO INSTITUCIONAL			
<b>EN RELACIÓN A SISTEMA DE ATENCIÓN</b>			
HACER TODOS LOS TRAMITES EN UN SOLO LUGAR			
PERSONALIZADO, PRIVACIDAD, DISCRESION			
CLARIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS			
LAS HORAS DE CITACIONES RETIRARLAS EN SU CONSULTORIO			
LUGARES DE ATENCION PREFERENCIAL			
BUENA ORIENTACION Y SEÑALETICA CLARA			
ELIMINAR BUROCRACIA, FILAS			
<b>EN RELACIÓN AL LUGAR DE ATENCIÓN PÚBLICO</b>			
COMODO, ACOGEDOR, BIEN ILUMINADO			
BOX AISLADO CON MESON A NIVEL			
ATENCION SENTADO			
SALA DE ESPERA Y BAÑOS PUBLICOS APROPIADOS			
<b>EN RELACIÓN A LAS TECNOLOGÍAS</b>			
AVISO X MNS A CELULARES			
AVISO MEDIANTE E-MAIL			
SALUDMATICOS EN MALL, MUNICIPIOS,CONSULTORIOS			
PAGINA WEB INTERACTIVA			
<b>EN RELACIÓN A LOS SERVICIOS</b>			
HORARIOS MAS AMPLIOS DE ATENCION ADMINISTRATIVA DE PUBLICO			
SUPERVISOR PERMANENTE QUE ORIENTE Y ASEGURE BUENA ATENCION			
BUENA DISPONIBILIDAD DE HORAS			
QUE LO QUE SE PROMETA POR EL FUNCIONARIO SE CUMPLA			

FUENTE: Diseño Propio (2012)

ANEXO N° 6 Hoja Interactiva de Links de Consulta de Patologías AUGE vigentes a 2012

<b>PROBLEMAS DE SALUD QUE ACTUALMENTE TIENEN COBERTURA AUGE</b>	
<b>PRIMER RÉGIMEN DEL AUGE (Julio 2005 - Julio 2006)</b>	
1	<input type="radio"/> Insuficiencia Renal Crónica Terminal.
2	<input type="radio"/> Cardiopatías Congénitas Operables en menores de 15 años.
3	<input type="radio"/> Cáncer Cervicouterino.
4	<input type="radio"/> Alivio del Dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos.
5	<input type="radio"/> Infarto Agudo del Miocardio con supradesnivel del segmento ST
6	<input type="radio"/> Diabetes Mellitus tipo 1.
7	<input type="radio"/> Diabetes Mellitus tipo 2.
8	<input type="radio"/> Cáncer de Mama (mayores de 15 años).
9	<input type="radio"/> Disrafias Espinales.
10	<input type="radio"/> Tratamiento quirúrgico de la Escoliosis (menores de 25 años).
11	<input type="radio"/> Tratamiento quirúrgico de cataratas (congénitas y adquiridas).
12	<input type="radio"/> Fisura Labiopalatina
13	<input type="radio"/> Cánceres (Menores de 15 años).
14	<input type="radio"/> Linfoma y tumores sólidos
15	<input type="radio"/> Leucemia
16	<input type="radio"/> Esquizofrenia (tratamiento desde el primer episodio)
17	<input type="radio"/> Cáncer de testículo en personas de 15 años y más
18	<input type="radio"/> Linfoma en personas de 15 años y más
19	<input type="radio"/> VIH/SIDA
20	<input type="radio"/> Infección Respiratoria Aguda Baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años.
21	<input type="radio"/> Neumonía Adquirida en la Comunidad de Manejo Ambulatorio en personas de 65 años y más.
22	<input type="radio"/> Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más.
23	<input type="radio"/> Epilepsia en el niño
24	<input type="radio"/> Salud Oral Integral para niños y niñas de 6 años
	<input type="radio"/> Guías Clínicas de Prematurez.
26	<input type="radio"/> Retinopatía del prematuro
27	<input type="radio"/> Displasia broncopulmonar del prematuro
28	<input type="radio"/> Prevención parto prematuro
<b>SEGUNDO RÉGIMEN DEL AUGE (Julio 2006 - Julio 2007)</b>	
29	<input type="radio"/> Colectectomía preventiva en adultos de 35 a 49 años

30	🔍 Cáncer gástrico
31	🔍 Cáncer de próstata en personas de 15 años y más
32	🔍 Vicios de refracción en personas de 65 años y más
33	🔍 Estrabismo en menores de 9 años
34	🔍 Retinopatía diabética.
35	🔍 Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático.
36	🔍 Hemofilia
37	🔍 Tratamiento de personas con Depresión
38	🔍 Tratamiento quirúrgico de la Hiperplasia benigna de próstata en personas sintomáticas.
39	🔍 Ortesis (o ayudas técnicas para personas de 65 años y más)
40	🔍 Ataque cerebrovascular isquémico del adulto (15 años y más).
41	🔍 Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de Tratamiento Ambulatorio.
42	🔍 Diagnóstico y Tratamiento del Asma en el menor de 15 años.
43	🔍 Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido.
<b>TERCER RÉGIMEN DEL AUGE (Julio 2007 - Julio 2008)</b>	
44	🔍 Hemorragia Subaracnoidea a rotura de aneurismas cerebrales.
45	🔍 Tratamiento de tumores del Sistema Nervioso Central en adultos.
46	🔍 Hernia del Núcleo Pulposo Lumbar.
47	🔍 Leucemia en personas de 15 años y más
48	🔍 Urgencia odontológica ambulatoria.
49	🔍 Salud oral integral para adultos de 60 años.
50	🔍 Politraumatizado
51	🔍 Atención de urgencia del traumatismo craneoencefálico.
52	🔍 Trauma ocular
53	🔍 Fibrosis quística.
54	🔍 Artritis reumatoidea.
55	🔍 Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años.
56	🔍 Analgesia del parto.
57	🔍 Gran Quemado.
58	🔍 Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono.
59	🔍 Endoprótesis total de cadera, en personas de 65 años y más, con Artrosis de cadera con limitación funcional severa
60	🔍 Trastornos de Generación del impulso cardíaco y su conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapaso
61	🔍 Tratamiento médico en personas de 55 años y más con Artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada
<b>GUÍAS CLÍNICAS 2010</b>	
62	🔍 Artritis idiopática juvenil/Artritis reumatoidea juvenil
63	🔍 Asma bronquial en adultos
64	🔍 Diálisis Peritoneal
65	🔍 GPC Displasia Cadera
66	🔍 GPC Parkinson
67	🔍 Epilepsia en el adulto
68	🔍 GPC Esclerosis Múltiple
69	🔍 Manejo y tratamiento de la infección por virus de la Hepatitis B (VHB)

70	🔗 Manejo de la infección por virus de la Hepatitis C (VHC)
71	🔗 Prevención enfermedad Renal Crónica
72	🔗 Atención Odontológica integral de la embarazada
	<b>GUÍA CLÍNICA EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA</b>
73	🔗 Examen Medicina Preventiva