

# HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA: LA CALIDAD Y LA SATISFACCION USUARIA, PILARES ESTRATEGICOS DE CAMBIO

Cuad. Méd. Soc. XXXVIII, 3, 1997/ 41-47

*Dr. Osvaldo Artaza (1), E.U. Ximena Cabello (2)  
E.U. Vilma Cortés (3), Dr. Ángel Fuentes (4)  
Dr. José Luis Guerrero (5), A. Soc. María de la Luz Mora (6),  
Dr. Hector Olguín (7),  
Klga. Matilde Osses (8)  
E.U. Sol Stranger (9), E.U. Gladys del Valle (10)  
Psic. Claudia Vásquez (11)*

## SUMMARY

In the context of its search for to achieve greater user satisfaction and better quality of its services, Luis Calvo Mackenna Hospital defined for itself –with full staff participation– a purpose and a plan.

Quality is one the strategic objectives of this plan. A multidisciplinary Quality Council has been organized, and its values been made explicit, namely: a commitment to life and to the human being.

Quality has been designated as the main instrument in striving for the level of social efficiency imposed upon us by the value commitment.

This implies a deep cultural change, requiring a long and patient process in order to consolidate a transformation of habits and behaviour.

The objectives are: to respond to our ethical requirements and to ensure the future viability of the public system of health care.

We mention, as examples of the foregoing, advances achieved in users participation, accessibility and technical quality of the services provided.

Key works: quality; user satisfaction; social efficiency.

## RESUMEN

El Hospital Luis Calvo Mackenna, inserto en un proceso de cambios relacionados con la búsqueda de la satisfacción del usuario y con la mejoría de la calidad de los servicios, construyó participativamente

- 
- (1) Director Hospital Luis Calvo Mackenna (HLCM)
  - (2) Enfermera Jefe Capacitación y Miembro Consejo Calidad HLCM.
  - (3) Enf. Supervisoría Unidad Infecciones-Miembro Consejo Calidad HLCM.
  - (4) Miembro Consejo Calidad - HLCM.
  - (5) Miembro Consejo Calidad - HLCM.
  - (6) Jefe Servicio Social. Miembro Consejo Calidad -HLCM.
  - (7) Subdirector Médico HLCM.
  - (8) Miembro Consejo Calidad HLCM.
  - (9) Miembro Consejo Calidad HLCM.
  - (10) Enfermera encargada sección Infecciosos Intrahospitalaria. Miembro Consejo Calidad HLCM.
  - (11) Jefe Unidad de Desarrollo y Estudio. Miembro Consejo Calidad HLCM.

una misión y un plan. En éste último, uno de los objetivos estratégicos es la calidad. El hospital ha constituido un consejo de calidad multidisciplinario, quien ha explicitado sus valores: compromiso con la vida y el ser humano. Y, a la calidad, la ha señalado como instrumento principal para el logro de la eficiencia social que nos impone ese compromiso valórico, lo que implica un cambio cultural profundo, que supone un proceso largo y paciente para consolidar una transformación de las costumbres y una modificación de los comportamientos, con el objetivo de responder a nuestros requerimientos éticos y asegurar la viabilidad futura del sistema público. Como ejemplo de lo anterior se señalan, entre otros, algunos avances en materia de calidad y satisfacción-usuario en áreas tales como participación usuaria, mejoría de la accesibilidad y de la calidad técnica de los servicios.

Palabras clave: Calidad, satisfacción del usuario, eficiencia social.

## I. INTRODUCCION

### **Por qué la calidad como instrumento fundamental del proceso de cambio del Hospital Luis Calvo Mackenna**

El Hospital Luis Calvo Mackenna está inserto en un proceso paulatino de reforma en el sistema de salud y más globalmente del rol del Estado. En este proceso se perciben ciertas tendencias de cambio relacionadas con: la búsqueda de satisfacción del usuario; mejoría continua de calidad de nuestros servicios; mayor eficiencia y priorización de recursos en servicios más costo-efectivos; énfasis en la descentralización y en el involucramiento de los equipos en la toma de decisiones y valorización de la gestión y de la profesionalización en la administración de los recursos.

En el año 1995, el Hospital Luis Calvo Mackenna construye una misión luego de un largo proceso participativo (dar servicio pediátrico de alta excelencia a los niños beneficiarios del sistema público de salud con humanidad, calidad y eficiencia, “una gran familia al servicio de los niños”) y una visión a cinco años, que para hacerse realidad, se traduce en un Plan Estratégico Institucional (1996-2001). Hoy el hospital empeñado en implementar exitosamente nuestro Plan para, fundamentalmente a través de un cambio cultural de la organización, lograr contribuir a la equidad social mejorando la accesibilidad a servicios pediátricos de alta complejidad, contribuir a validar el sistema público de salud, mejorando la percepción de satisfacción de nuestros usuarios. También –eventualmente dado el rumbo de las economías– afianzar nuestro posicionamiento en el mercado como hospital público pediátrico de alta complejidad, que por su “eficiencia, calidad y humanidad” pueda competir exitosamente con los demás hospitales del sector público y también con el sector privado y así asegurar la viabilidad en el

largo plazo de nuestros valores. Para esto, nos centraremos en: reorientar la organización hacia el usuario, introduciendo la filosofía de la calidad en el quehacer de toda la institución; proporcionar a la organización los elementos necesarios para descentralizar efectivamente hacia el interior; lograr la mejor gestión del recurso humano que nos permitan las condiciones actuales y futuras, tendientes a mejorar el desempeño, compromiso, clima laboral, adaptabilidad al cambio y aprendizaje continuo, en términos coherentes con nuestros principios estratégicos; lograr centrar nuestras energías en “el giro principal” (la atención directa del enfermo) explorando formas alternativas para obtener mejor calidad y menores costos de abastecimiento y apoyo logístico a la labor clínica. Identificar nuestras “ventajas competitivas” en el área clínica, a la docencia y la investigación. Detectar en que somos más eficientes socialmente y cómo lo demostraremos a nuestros financieros y a la comunidad nacional; mejorar y extender nuestro trabajo con las corporaciones de apoyo y, continuar con la exploración de trabajo colaborativo con el sector privado.

El hospital, en el cumplimiento de su plan, ha constituido un consejo de calidad, equipo multidisciplinario con el cual ha definido sus políticas de calidad y aporta apoyo metodológico para su implementación. Este consejo y el equipo directivo del hospital entienden a la gestión de la calidad como un instrumento y no un fin, como una palanca para la concreción de nuestros valores. Entendemos que la introducción de tecnologías empresariales (“empresas de servicios”) deben ser valoradas e implementadas llenas de contenido y sentido al ponerse al servicio de nuestros objetivos. Nuestra sensibilidad humanista debe modelar y conducir a todas las modernas técnicas de gerencia, las que deben entregarnos lo mejor de ellas comprometidas con nuestra ética: el hombre. Entendemos que el acto central de la provisión de

servicios en salud es la relación entre el equipo clínico (especialmente en el caso del médico) y la persona, el cual es un acto íntimo, único e irrepetible, y hacia dar apoyo a que ese acto se realice con humanidad, calidad y eficiencia va destinado todo el esfuerzo de nuestra gestión. Nuestros valores se pueden resumir en:

### **Compromiso con la vida y el ser humano**

El sustento básico de nuestra preocupación por la calidad es valórico. El compromiso con la vida nos da el impulso para mejorar continuamente la calidad de nuestros servicios, satisfacer con progresiva mayor integralidad las necesidades y expectativas de las personas, atendiendo al desarrollo de quienes trabajan al interior del sistema. Por esto, siempre el norte y principal motor de nuestro trabajo sanitario y lo que producirá involucramiento, compromiso y mística en sus trabajadores, será el llamado en torno a estos valores: respeto por el hombre.

### **Eficiencia social**

El compromiso con la vida y el ser humano debe traducirse en el mejor uso posible de los recursos disponibles. Es por esto, que continuamente deberemos replantearnos nuestro quehacer sanitario en términos de producir el mayor beneficio al mayor número de personas posible, en consonancia a nuestros objetivos de equidad.

### **Calidad**

La eficiencia social, encuentra su mejor expresión en la búsqueda de la mejoría continua de la calidad conjugando las visiones de calidad por parte del usuario; accesibilidad, oportunidad y humanidad (trato, información, respeto, comodidades, adecuada relación médico paciente), por parte del equipo de salud; tecnología y resultados biomédicos y la visión del “administrador”, resultados v/s costo. Es precisamente cuando los equipos sanitarios logran conjurar estas tres visiones cuando se abren las posibilidades de la eficiencia social. Es por ello que nuestra visión de la gestión hospitalaria requiere a la calidad (“los mejores resultados sanitarios, al mayor número de personas, al menor costo posible, logrando la plena satisfacción de los usuarios del sistema”) como instrumento central para el logro de la eficiencia social que nos imponen nuestros valores. Una gestión de calidad se entiende en continuo cambio

(círculo de la mejora permanente: problema-desafío, plan, proceso, evaluación, vuelta a empezar), en que el error se entiende como un substrato para el aprendizaje en organizaciones que desean proyectarse como “inteligentes” a través del desarrollo de su principal recurso: las personas.

El equipo directivo del Hospital Luis Calvo Mackenna entiende a la calidad como “hacer lo correcto en la mejor forma posible” y la hace su principal compromiso y objetivo estratégico institucional. Y al servicio de ello pone todos sus recursos; humanos, tecnológicos y de infraestructura. La mejoría continua de la Calidad, requiere de profundos cambios culturales y estructurales de nuestra organización, los que deberán tender a que una progresiva horizontalización o descentralización interna (autogestión clínica) y así lograr del hospital más sensibilidad a las necesidades de nuestros clientes y del entorno junto a un uso más eficiente de los recursos, y de las personas más disposición de un espíritu de permanente autocrítica sobre “cómo hacemos las cosas y cómo éstas pueden ser mejoradas”. Para así, permitir un real trabajo de continua Calidad.

La calidad asistencial, por tanto, constituye un objetivo prioritario de nuestra organización e inexcusablemente debemos abordarla de forma coherente y sistematizada. La progresiva asunción —en todo el mundo— por parte de las organizaciones hospitalarias de su papel de “empresas de servicios”, eleva la “satisfacción del cliente” al rango de objetivo primordial a conseguir. Si bien, tenemos la obligación de garantizar la calidad técnica de los procesos llevado a cabo en el hospital, dadas las limitaciones del cliente para juzgar la idoneidad y nivel de calidad de los mismos, no es menos importante la faceta subjetiva o de calidad percibida por el cliente, lo que ha sido sistemáticamente omitido en la práctica hospitalaria cotidiana.

Desde el punto de vista de la ética del uso de los recursos y de la satisfacción usuaria debe considerarse las consecuencias de la “no calidad”. Como ejemplo, podemos citar la pérdida de recursos por las infecciones intrahospitalarias, las cancelaciones de cirugías, las estadías hospitalarias prolongadas, los exámenes innecesarios, la tecnología inadecuadamente utilizada, la falta de estandarización de procesos clínicos por parte de un mismo equipo, la no utilización de la evidencia científica en forma crítica en la toma de decisiones, los cuales son sólo algunos aspectos más visibles de la no-calidad.

La implantación en nuestro hospital, de un modelo de mejoría continua de la calidad, implica

un cambio cultural profundo, que supone un proceso evolutivo de la propia filosofía y razón de ser de los hospitales públicos. Se traduce en cómo hoy dadas las condiciones económicas, políticas, epidemiológicas, del costo progresivo de la medicina, de los recursos limitados y de las expectativas crecientes de las personas, podemos vivir nuestros valores de compromiso con la vida y el ser humano y asegurar la viabilidad futura de estos mismos y de nuestro sistema público.

## II. QUE ESTA HACIENDO EL HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA EN MATERIAS DE CALIDAD Y SATISFACCION USUARIA Y CUALES SON NUESTROS DESAFIOS

### 1. Información y participación del usuario

**Objetivo:** *Lograr un sistema coherente de información e involucramiento del usuario que asegure una participación informada, colaborativa y responsable, que contribuya positivamente al ciclo salud-enfermedad y posiciones adecuadamente a la organización como proveedor eficiente y humano, al mismo tiempo que asegura el cumplimiento de los derechos del niño hospitalizado.*

#### Información

Se ha creado el SAC (Servicio de Atención al Cliente), el cual ya se ha ido consolidando, tiene colaboración del voluntariado además de sus propios funcionarios y tiene montada una red de información y orientación cada vez más eficiente. Aún falta mucho por avanzar. Con la ayuda del SAC, el hospital invirtió en un nuevo sistema de señalética y este servicio además de dar información global de la organización: deberes, derechos, procesos administrativos, da orientación en el edificio y ha contribuido a una telefonía más amable. Por otra parte el departamento de enfermería ha avanzado en informativos relacionados con las visitas e información general de las unidades clínicas.

Actualmente, nos hemos propuesto lograr información más específica de cada unidad, incluida la de patologías o procedimientos relevantes, diagnóstico, tratamiento y riesgos de complicaciones y muerte, también buscamos desarrollar mejores protocolos de consentimiento informado.

La entrega de información del estado del paciente se ha agilizado y pretendemos informatizarlo para que esté permanentemente actualizado y se pueda entregar las 24 horas.

### Programa de visita de los padres

Enfermería ya ha consolidado el programa de incorporación de los padres a la atención del niño hospitalizado. Como han surgido varios problemas especialmente de relación y "competencia" entre padres y auxiliares, además de un gran esfuerzo en capacitación al personal y a los propios padres, se está diseñando un "contrato" que será obligatorio entre los padres y el hospital. En aquel documento se señalan deberes y derechos mutuos y será firmado por ambas partes. El no cumplimiento del contrato por parte de los padres autoriza al hospital a sólo permitirles la visita formal y tradicional (una hora diaria y la mañana de los días domingo). El no cumplimiento por parte del hospital permite un reclamo de los padres y una "autoría" del proceso en dicha unidad. Ahora deberemos hacer un gran esfuerzo en mejorar nuestras infraestructuras para facilitar dicho programa, para esto se ha presentado un proyecto para crear salas de estar para padres.

Los padres ya están acompañando a sus niños hasta la sala de preanestesia. Ahora nos falta incentivar que todos los cirujanos se den el suficiente tiempo para explicar con detención que se le efectuó al niño, cuando éste sale del pabellón. Un próximo paso será que a todos los padres se les muestre la UCI antes de que el niño se opere para prepararlos para el postoperatorio y que esa visita sea guiada y educativa.

### Apoyo a los niños hospitalizados

Se está avanzando en el programa de apoyo espiritual. La presencia católica es muy fuerte ya que nuestra capilla es muy activa, tenemos misa semanal y un grupo de catequistas muy entusiasmada. Nos falta aun un mayor esfuerzo para involucrar a otros credos.

La biblioteca de los niños ha sido un gran proyecto. Tiene 6 mil volúmenes y además está integrada al programa computacional ENLACE del MINEDUC por lo que los niños están conectados con las escuelas del país. Además hay un "móvil" que lleva los libros a los niños que no se pueden desplazar y un grupo de voluntarias que les van a contar cuentos, las "Tías cuenta-cuentos".

Otro proyecto de excelente acogida entre los pacientes ha sido el "zoológico para niños". Todos los sábados viene un grupo de jóvenes con animales y los niños pueden jugar con ellos y tocarlos. Este proyecto está supervisado por un médico veterinario.

Estamos trabajando con la Universidad del Pacífico y educadoras de párvulos hacen su práctica en el hospital por lo que siempre tenemos asistencia para apoyo preescolar. Estamos deficitarios en apoyo escolar por lo que hoy estamos pensando en un proyecto en esta área.

Asimismo, creemos insuficiente el apoyo psicoterapéutico que actualmente damos a los niños y padres. Tenemos sólo iniciativas aisladas –aunque valiosas–. Aquí hay mucho que hacer para consolidar algo más coherente y persistente en el tiempo.

## Participación de los padres

En esta área se ha avanzado mucho, por el gran entusiasmo de nuestro servicio de asistentes sociales y de los equipos clínicos. Actualmente hay ocho organizaciones sólidas (agrupación de padres, muchas de ellas ya con personería jurídica). Estas se reúnen periódicamente y juegan en rol de progresiva importancia en la recepción y acogida de las nuevas familias, colaboran en la educación a los padres, adherencia a los tratamientos y colaboración económica solidaria. Muy exitoso ha sido la corresponsabilidad que se ha producido ante la introducción de nuevas técnicas y/o terapias. Además, hay que destacar la importante labor que el Servicio Social está efectuando en coordinar a los distintos voluntarios que colaboran en el hospital, con el fin de optimizar esa ayuda, hacerla coherente y sinérgica.

## 2. Procesos administrativos

**Objetivo:** *Satisfacer al cliente externo e interno aumentando la eficiencia.*

Lo que se busca es disminuir trámites y tiempos de espera. Para ello, el SOME ha logrado ya disminuir algunos trámites y simplificar otros. Nuestro proyecto informático “Daniela”, busca lograr en cinco años un hospital “sin papel”, actualmente nos estamos centrando en recaudar y simplificar nuestros procesos. Asimismo, en la atención ambulatoria ya se ha logrado que al menos el 50% de los policlínicos atiendan en la tarde, y en la mañana ya hay un sistema de horario diferido que debe perfeccionarse aún más.

Un gran esfuerzo se ha efectuado en disminuir el “tránsito” interno (que el familiar lleve las muestras para exámenes, busque su ficha o los resultados de exámenes, que la receta o la orden de exámenes debe ir a timbrarse, etc.)

Un área en la que estamos recién iniciándonos es en la identificación de procesos administrativos y su reconversión, en esto ha tenido gran importancia la implementación gradual y desde los propios equipos de nuestro proyecto informático.

## 3. Información para la gestión de calidad

**Objetivo:** *Conocer a nuestros clientes, identificar nuestra capacidad de respuesta, aprender de nuestros errores.*

ESAC nos está entregando mensualmente cada vez más información útil para la gestión basada en reclamos, sugerencias de los usuarios (recepción de reclamos, buzones de opinión y encuestas). El objetivo es lograr transformar la opinión de nuestros usuarios en capacidad de gestión. Más que el número de reclamos nos importa cuantificar la capacidad de resolución de éstos.

## 4. Procesos productivos de calidad

**Objetivo:** *Mejorar la accesibilidad. Mejorar los resultados médicos, y lograr que los equipos clínicos reorienten su labor productiva en términos de Calidad, hacia la satisfacción usuaria y hacia la eficiencia social (más que la mera eficacia).*

Desde 1993 a la fecha, la accesibilidad ha aumentado notoriamente. De cinco mil cirugías mayores, actualmente llegamos a las ocho mil. Los egresos hospitalarios han aumentado en forma significativa de doce mil a veinte mil en igual período, fundamentalmente por disminución de los días de estada. Las listas de espera han disminuido también significativamente, en especial en cirugía cardiovascular y en cirugía, siendo los tiempos de espera inferiores a los estándares de los programas de atención oportuna impulsadas por el Fondo Nacional de Salud. Actualmente persisten serios problemas en algunas áreas específicas como escoliosis, ecocardiografía entre otros que ameritan nuestros esfuerzos en el futuro. Las infecciones intrahospitalarias han disminuido hasta el 4% y la letalidad ha continuado descendiendo (0,75%) a pesar del aumento de la complejidad de nuestros pacientes. A través del Comité de Farmacia, del Comité de Abastecimiento y de las reuniones de jefes de servicio, se ha ido introduciendo una cultura de analizar costo/efectividad, contribución a la calidad y satisfacción usuaria de la nueva tecnología, nuevos procedimientos e insumos.

Además en esta área, los esfuerzos se han ido concentrando en las siguientes líneas de trabajo:

- Mejoría de la ficha clínica. Se identificaron los principales problemas y un grupo de trabajo ha iniciado sugerencias de mejoría.
- Programa de auditoría médica. Los jefes de servicio y jefes de unidad han conformado una fuerza de tarea que tiene como objetivo definir casos centinelas y porcentajes de egresos a quienes se auditará regularmente.
- Normalización y estandarización del consentimiento informado.
- Individualización del médico tratante, actualmente los padres pueden ver en tablillas informativas al ingreso de las unidades, junto al nombre de sus niños, el nombre de la enfermera y el médico responsable.
- Identificación de grupos de patología relevantes (grupos relacionados de diagnósticos), estudio de costo por grupo de patologías e identificación de protocolos y grado de cumplimiento. Esta tarea se está iniciando con el servicio de pediatría de nuestro hospital en forma piloto.
- Proyecto "red médica". Este proyecto está en fase inicial de ejecución. Todos los jefes clínicos quedarán conectados en red (PC en las salas médicas) a un Infocentro. Este Infocentro proveerá: a) Internet, b) acceso al programa de medicina basada en la evidencia inglés (Cochrane) y c) acceso a nuestro proyecto informático ("Daniela"), a través del cual podrán acceder a las bases de datos clínicos del hospital.
- Se inició recientemente, dependiente del comité de farmacia un pequeño equipo de tarea encargado de "control de calidad" de los insumos.
- Una excelente iniciativa de enfermería ha sido el registro de "incidentes". Se lleva diariamente un registro de "errores" (a los que se llama incidente), por unidades, según son por organización, infraestructura, fallas técnicas, etc. Se lleva un registro estadístico comparativo mensual y frente a cada "incidente" se coloca solución o requerimiento, en la filosofía de "aprender del error".

## 5. Infraestructura

**Objetivo:** *Hacer de nuestras instalaciones, lugares cómodos, cálidos y facilitadores de nuestros objetivos de calidad y satisfacción usuaria.*

Estamos trabajando en mejores salas de espera en urgencia y policlínicos, ya hay dos proyectos ejecutados y dos en diseño (uno de ellos es un

megaproyecto que parte el próximo mes en conjunto con Amicam y que nos permitirá remodelar "humanizadamente" el consultorio externo). Un proyecto muy exitoso fue "la sala de espera entretenida", al lado del SOME se habilitó un lugar donde se dan películas a los niños. Actualmente estamos impulsando un proyecto para la creación de salas de estar para los padres en los diferentes pisos del hospital que cuentan con baños, lockers y mudadores, ya que ésta es una gran deficiencia que actualmente dificulta nuestro programa de visita e incorporación efectiva de los padres en el cuidado de sus niños. De hecho gran parte de las sugerencias recibidas de los padres en encuestas y reclamos en el área infraestructura apuntan a la falta de facilidades mínimas en esta área.

## 6. Incentivos

**Objetivo:** *Estimular y compensar a los funcionarios que hagan esfuerzos en la mejoría de la calidad y la satisfacción usuaria.*

### Premios y recompensas

En este sentido se han iniciado los siguientes premios:

- Al funcionario amable, se entrega a todos los funcionarios del hospital que han recibido felicitaciones de nuestros usuarios, consiste en una chapita con el logo del hospital y la leyenda "funcionario amable".
- Premio a la "calidad en la satisfacción usuaria". Desde el año 1997, en la cena anual del hospital (octubre) se entregó un premio a los 10 mejores funcionarios en "acciones meritorias de satisfacción usuaria". El premio consistió en Resolución Exenta de nombramiento, anotación en hoja de vida, reconocimiento público y un regalo.
- Desde hace tres años estamos entregando dos estadías con acompañante a Foz de Iguazú por una semana con pasajes, estadía y dinero para gastos, a los dos "mejores funcionarios" y acompañante. En el proceso de selección de este año tiene progresiva importancia la "satisfacción usuaria".
- El premio a la "mejoría continua de la calidad del servicio". Este es un premio nuevo, en que se acaba de publicar las bases. Es un premio del equipo completo que presente un mejor proyecto de mejoría de la calidad. En las bases se ha puesto énfasis en la creatividad, el trabajo en equipo y en la satisfacción usuaria. El

premio consistirá en una cena de camaradería para todo el equipo ganador.

## Evaluación del desempeño

El año 1997 se comenzó a aplicar un nuevo sistema de precalificación del desempeño funcionario, en el cual se efectúan conversaciones entre calificador y supervisor, se planean compromisos en relación a las metas de equipo y se evalúa cada factor (rendimiento, condiciones personales, comportamiento funcionario) sobre frases conocidas por toda la organización, en cada frase constituye una agrupación de conductas objetivas relacionadas con una nota. Particular relevancia ha tenido el subfactor "calidad de la atención", donde las frases relacionadas con la nota de dicho subfactor han estado fuertemente relacionadas con conductas tendientes a mejorar la satisfacción usuaria. La aplicación de esa nueva pauta de precalificación durante 1997 produjo un fuerte conflicto al interior de la organización, ya que la costumbre tomaba a la calificación como un mero trámite en que el 90% de los funcionarios obtenía la nota máxima. Actualmente se está haciendo un gran esfuerzo por resolver este conflicto y obtener la comprensión del personal de la importancia de un proceso de evaluación del desempeño más justo, objetivo y coherente con nuestros objetivos estratégicos.

## 7. Capacitación

**Objetivo:** *Dar capacidad, apoyo y condiciones para que los propios equipos generen ideas y las implementen en calidad y satisfacción usuaria, produciéndose paulatino mayor involucramiento.*

En esta área, entre los años 1994 y 1997 se ha capacitado prácticamente una y media vez a los mil funcionarios del hospital.

Actualmente estamos desarrollando "talleres de calidad" en distintas unidades fundamentalmente enseñando a traducir la metodología de mejoría de la calidad en proyectos concretos y altamente factibles, para que la propia gente aprenda a identificar problemas y a resolverlos, especialmente en satisfacción usuaria. Donde tenemos mucho que avanzar es en la capacidad de seguir, monitorizar y controlar la implementación de estos "mini-proyectos" de la propia gente.

Actualmente estamos impulsando capacitación para equipos en distintas materias, según cada cen-

tro de responsabilidad estime prioritario. Es destacable que nuestro Servicio de Urgencia, donde más problemas de satisfacción usuaria tenemos según las encuestas y los reclamos, están ahora desarrollando un programa de capacitación en "planificación para mejorar satisfacción usuaria".

Nuestra intención para los próximos años, es centrarnos en capacitación para la acción, esto es, mejorar nuestra capacidad de apoyar a los propios grupos de trabajo en la labor cotidiana.

En la fase inicial de capacitación, especialmente en la formación de monitores tuvo un papel relevante la Dra. Gilda Gnecco, encargada de la Unidad de Calidad del Ministerio de Salud.

## III. CONCLUSION

El Hospital Luis Calvo Mackenna ha definido sus políticas de calidad dentro del marco de su Plan Estratégico institucional para los años 1996 a 2001. A través de ello pretende realizar su misión y alcanzar los objetivos planteados en su visión institucional. La Dirección del hospital ha explicitado claramente su convicción de que los valores que inspiran a nuestra organización: compromiso con la vida y el ser humano, podrán concretarse más plenamente y ser viables en el largo plazo fundamentalmente a través del desarrollo de la herramientas estratégicas de la autogestión y la mejoría continua de la calidad.

A través de la información y participación de los usuarios, de la mejoría de los procesos administrativos, contando con adecuada información de la opinión usuaria para la gestión, mejorando la calidad asistencial, nuestra infraestructura, incentivos adecuados al personal y capacitación, nuestra organización espera seguir mejorando nuestra calidad y conseguir mayores niveles de satisfacción usuaria y contribuir a validar el sistema público de salud y así continuar concretando nuestras opiniones valóricas, que han inspirado al Hospital Luis Calvo Mackenna desde sus orígenes.

## BIBLIOGRAFIA

"Políticas de Calidad y Documentos Anexos del Proceso de Desarrollo Organizacional del Hospital Luis Calvo Mackenna". Imp. Alerce. Santiago, Chile 1997.