



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

MODELO DE GESTIÓN PARA LA EXPERIENCIA DEL CLIENTE EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN LA CLÍNICA RED SALUD PROVIDENCIA

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE INGENIERO CIVIL INDUSTRIAL

DANIEL AMÓS ANCÁN MARIFIL

PROFESORA GUÍA:
MARÍA JOSÉ CONTRERAS ÁGUILA

MIEMBROS DE LA COMISIÓN:
JAVIER SUAZO SAEZ
RENÉ LAGOS BARRIOS

SANTIAGO DE CHILE
2020

**RESUMEN DE LA MEMORIA PARA
OPTAR AL TÍTULO DE:** Ingeniero Civil
Industrial
POR: Daniel Amós Ancán Marifil
FECHA: 17/08/2020
PROFESOR GUÍA: María José Contreras
Águila

**MODELO DE GESTIÓN PARA LA EXPERIENCIA DEL CLIENTE EN LOS
SERVICIOS DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN LA CLÍNICA RED SALUD
PROVIDENCIA**

El trabajo presentado a continuación, refleja el diseño y la aplicación de metodologías para la detección de problemas en los procesos internos de la Clínica Red Salud Providencia, además de presentar una metodología para generar iniciativas de solución a dichos problemas, permitiendo abordar la mejora en la satisfacción del paciente, todo esto en el contexto de un modelo de gestión de la experiencia del paciente.

La clínica cuenta con varios recursos analíticos a disposición, como son el caso de índices de satisfacción al paciente, información que es obtenida mediante la realización de encuestas.

Las metodologías propuestas para la detección de problemas y generación de iniciativas, fueron aplicadas en sesiones de trabajo con los equipos de urgencia, hospitalizados, consultas médicas y diagnóstico. Esto permitió generar una agenda de mejoras a implementar en cada una de estas áreas, abordando problemas internos, con el objetivo de aumentar la satisfacción de los pacientes en la atención.

De forma adicional se propone un diseño de proceso y un sistema, que permite el control, seguimiento y mejora continua en los procesos, con el foco en la satisfacción del paciente y en la detección de problemas operacionales.

Las metodologías resultan finalmente útiles al momento de estudiar los procesos internos de la clínica, permitiendo extraer información no detectada sin la aplicación de estas. Se obtuvo de forma satisfactoria una agenda de implementaciones, con asignación de responsables, lo que permite el trabajo programado y cooperativo de las distintas áreas, sean clínicas o ingenieriles.

La información de los índices muestra un comportamiento satisfactorio en cuanto a cifras. En particular, el índice IBB (Índice Boca a Boca), que es un Net Promoter Score, resultados por sobre el valor de 50 en la mayoría de las áreas, lo que muestra un desempeño excepcional.

Los beneficios de la implementación (no contemplada en este trabajo), van desde un mejor desempeño en la gestión de la satisfacción del paciente, como en resultados monetarios favorables al aumentar los pacientes satisfechos.

Agradecimientos

En primer lugar, agradezco a Dios, porque su ayuda me ha permitido llegar hasta acá y ha estado presente a lo largo de toda mi vida. Mi gratitud es para Dios ahora y siempre.

En segundo lugar, agradezco profundamente a mis padres porque su formación, apoyo, amor y cariño, me ha moldeado y sus esfuerzos en mi crianza, me han hecho el hombre que soy. Desde antes que yo pronunciara palabra, ustedes velaban por mí. Elevaron mis expectativas, mis sueños y me permitieron desear cosas que jamás pensé que iba a lograr. Ahora finalizando esta etapa, les agradezco. Mi deseo es poder retribuir el enorme esfuerzo y el sin número de sacrificios que han hecho por mí. Los amo.

Quiero agradecer a mis hermanos, Patricio y Ester, por ser los mejores amigos que alguien podría desear. Su apoyo, su compañía y su amor, me han acompañado desde siempre, siendo fundamental en muchos momentos tristes. Son mi alegría. Mi deseo es poder ayudarlos siempre y brindarles las cosas que yo no pude tener. Son y serán siempre mis mejores amigos. Los amo.

Agradezco a Patricia, mi compañera de vida, que llegó a mí en los momentos más complejos de este viaje. Agradezco tu apoyo incondicional. Con mucha alegría aguardo lo que nos espera.

Agradezco a Carolina Contreras por el enorme apoyo y la oportunidad que me brindó de poder realizar este trabajo en la clínica.

También agradezco a mi profesora guía María José Contreras, por su meticulosa ayuda y apoyo. Han sido de una ayuda enorme en la elaboración de este trabajo.

De igual forma, agradezco a mi profesor coGuía Javier Suazo, quien me ha empujado a mirar siempre desde una perspectiva más amplia este trabajo. Muchas gracias.

Tabla de contenido

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 2: ANTECEDENTES GENERALES DE LA ORGANIZACIÓN	2
2.1 Rubro y antecedentes	2
2.2 Misión y Visión	2
2.3 Organigrama	3
2.4 Producto y/o Servicio.....	4
2.5 Dimensionamiento de la actividad.....	4
2.6 Ventaja Competitiva	5
2.7 Actores relevantes y estructura de mercado.....	5
2.8 Clientes	6
2.9 Desempeño organizacional	7
2.10 Benchmarking de calidad de servicio y satisfacción paciente	9
CAPÍTULO 3: DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO	11
3.1 Motivos del trabajo	11
3.2 Causas y/o Hipótesis	15
3.3 Propuesta.....	16
CAPÍTULO 4: OBJETIVOS Y ALCANCE	17
4.1 Objetivos.....	17
4.2 Resultados esperados y alcances.....	17
CAPÍTULO 5: MARCO TEÓRICO	19
5.1 Descripción de IBB e Índice de Prioridad	19
5.2 Modelo de Gestión.....	20
5.3 Sistema de Gestión de Calidad y Ciclo DMAIC.....	20
5.4 Diagrama Ishikawa	22
5.5 Matriz de Evaluación de Factores Internos.....	23
5.6 Método Hanlon de Priorización de Problemas	24
5.7 Priorización Factibilidad-Importancia	24
CAPÍTULO 6: METODOLOGÍA	26
CAPÍTULO 7: ANÁLISIS DEL ESTADO ACTUAL	28
7.1 Análisis situación actual	28
7.2 Matriz de evaluación de factores internos.....	30
7.3 Análisis de MEFI.....	34
CAPÍTULO 8: DETECCIÓN DE PROBLEMAS	35
8.1 Descripción del trabajo	35

8.2 Detección de problemas en área de diagnóstico	36
8.2.1 Resultados de identificación de problemas en diagnóstico	37
8.2.2 Priorización de problemas en área de diagnóstico.....	38
8.3 Detección de problemas en centro médico	39
8.3.1 Resultados de identificación de problemas en centro médico	39
8.3.2 Priorización de problemas en centro médico.....	40
8.4 Detección de problemas en área de urgencia	41
8.4.1 Resultados de identificación de problemas en área de urgencia.....	41
8.4.2 Priorización de problemas en área de urgencia	43
8.5 Detección de problemas en área de hospitalizados	44
8.5.1 Resultados de identificación de problemas en área de hospitalizados.....	44
8.5.2 Priorización de problemas en área de hospitalizados	45
8.6 Conclusiones	46
CAPÍTULO 9: GENERACIÓN DE INICIATIVAS.....	48
9.1 Descripción del trabajo	48
9.2 Resultado de Generación de Iniciativas en diagnóstico.....	49
9.2.1 Índice de prioridad en diagnóstico.....	49
9.2.2 Priorización de iniciativas generadas en diagnóstico	50
9.3 Resultado de generación de iniciativas en centro médico.....	52
9.3.1 Índice de prioridad en centro médico	52
9.3.2 Priorización de iniciativas generadas en centro médico	54
9.4 Resultados de generación de iniciativas en centro médico	55
9.4.1 Índice de prioridad en urgencia	55
9.4.2 Priorización de iniciativas generadas en urgencia	57
9.5 Resultado de generación de iniciativas en centro médico.....	58
9.5.1 Índice de prioridad en hospitalizados	58
9.5.2 Priorización de iniciativas generadas en hospitalizados	60
9.6 Conclusiones	61
CAPÍTULO 10: CONTROL Y SEGUIMIENTO	62
10.1 Asignación de responsabilidades y seguimiento.....	62
10.2 Control	63
10.2.1 Comportamiento IBB e índice de prioridad.....	63
10.3 Seguimiento	64
10.3.1 Nuevas prácticas de gestión.....	65
10.3.2 Propuesta de diseño	66
10.3.3 Objetivo del nuevo esquema.....	68
10.4 Recomendaciones para posterior implementación.....	70
10.5 Sugerencias Adicionales	72
CAPÍTULO 11: BENEFICIOS POTENCIALES	75
CAPÍTULO 12: CONCLUSIONES.....	78
CAPÍTULO 13: DISCUSIÓN DE RESULTADOS	80
Bibliografía	82

Anexos.....	84
Anexo A. Protocolo de atención urgencia	84
Anexo B. Análisis FODA	84

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. ORGANIGRAMA DE EQUIPO DIRECTIVO DE CLÍNICA RED SALUD PROVIDENCIA.....	3
FIGURA 2. ORGANIGRAMA DIRECCIÓN MÉDICA DE LA CLÍNICA RED SALUD PROVIDENCIA	3
FIGURA 3. ESQUEMA ORGANIZACIONAL GERENCIA DE OPERACIONES E INTERDEPENDENCIA DE ÁREAS.	3
FIGURA 4. NÚMERO DE PRESTACIONES POR MES EN CLÍNICA RED SALUD PROVIDENCIA AÑO 2019	4
FIGURA 5. ACTORES EN SISTEMA DE SALUD CHILENO	6
FIGURA 6. PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN DE ASEGURADORES A NIVEL CLÍNICA RED SALUD PROVIDENCIA PARA EL AÑO 2019	6
FIGURA 7. PARTICIPACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA CLÍNICA EN LAS VENTAS ANUALES EN 2019	7
FIGURA 8. EVOLUCIÓN FINANCIERA	8
FIGURA 9. COMPARACIÓN DE PRESTACIONES 2018/2019 EN CLÍNICA RED SALUD PROVIDENCIA	8
FIGURA 10. ÍNDICE NACIONAL DE SATISFACCIÓN CLIENTE EN SALUD, PRIMER SEMESTRE 2019	9
FIGURA 11. ÍNDICE DE PRIORIDAD DE URGENCIAS EN EL MES DE SEPTIEMBRE 2019	11
FIGURA 12. IBB URGENCIA EN CLÍNICA RED SALUD PROVIDENCIA AÑO 2019	12
FIGURA 13. EVOLUCIÓN IBB POR LAS DIFERENTES ÁREAS DE LA CLÍNICA RED SALUD PROVIDENCIA AÑO 2019	13
FIGURA 14. ÍNDICE DE PRIORIDAD DE URGENCIA EN LOS MESES DE SEPTIEMBRE Y OCTUBRE 2019	19
FIGURA 15 CICLO DMAIC	22
FIGURA 16. EJEMPLO DE DIAGRAMA ISHIKAWA	23
FIGURA 17. DISTRIBUCIÓN EN EVALUACIÓN DE FACTIBILIDAD - IMPACTO.....	25
FIGURA 18 MODELO DE GESTIÓN DE RECOMENDACIÓN.....	27
FIGURA 19. ESQUEMA DE IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS	35
FIGURA 20. ÍNDICE DE PRIORIDAD EN ÁREA DE DIAGNÓSTICO AÑO 2019	50
FIGURA 21. DISTRIBUCIÓN DE INICIATIVAS EN ÁREA DE DIAGNÓSTICO	51
FIGURA 22. ÍNDICE DE PRIORIDAD DEL CENTRO MÉDICO PARA EL AÑO 2019	53
FIGURA 23. DISTRIBUCIÓN DE INICIATIVAS EN CENTRO MÉDICO	54
FIGURA 24. ÍNDICE DE PRIORIDAD ÁREA DE URGENCIA AÑO 2019.....	56
FIGURA 25. DISTRIBUCIÓN DE INICIATIVAS EN URGENCIA.....	57
FIGURA 26. ÍNDICE DE PRIORIDAD PARA EL ÁREA DE HOSPITALIZADOS, AÑO 2019	59
FIGURA 27. DISTRIBUCIÓN DE INICIATIVAS EN URGENCIAS	60
FIGURA 28. VARIACIONES IBB CLÍNICA RED SALUD PROVIDENCIA 2019.....	63
FIGURA 29. NUEVAS PRÁCTICAS DE GESTIÓN PARA LA EXPERIENCIA PACIENTE.	66
FIGURA 30. PROPUESTA DE DISEÑO DE DETECCIÓN CONTINUA DE PROBLEMAS EN TURNOS.	67
FIGURA 31. ESQUEMA DE FLUJO DE INFORMACIÓN PIRAMIDAL EN LA DETECCIÓN DE PROBLEMAS.....	69
FIGURA 32. NÚMERO DE RESPUESTAS A ENCUESTA POR ÁREA AÑO 2019.....	73
FIGURA 33. PORCENTAJE DE ENCUESTAS RESPONDIDAS DEL TOTAL DE ENCUESTAS ENVIADAS	73
FIGURA 34. ESCALA DEL NET PROMOTER SCORE	74
FIGURA 35. NÚMERO DE FELICITACIONES, SUGERENCIAS Y QUEJAS PARA LOS SERVICIOS DE LA CLÍNICA EN 2019.....	80

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. PARTICIPACIÓN ACCIONARIA HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2018.....	2
TABLA 2, MEFI DEL ÁREA DE OPERACIONES, CLÍNICA RED SALUD PROVIDENCIA	31
TABLA 3. PARTICIPACIÓN Y MAGNITUD POR ÁREA	36
TABLA 4. PRIORIZACIÓN ÁREA DE DIAGNÓSTICO	38
TABLA 5. PROBLEMAS PRIORIZADOS EN DIAGNÓSTICO.....	38
TABLA 6. PRIORIZACIÓN DEL CENTRO MÉDICO.....	40
TABLA 7. PROBLEMAS PRIORIZADOS EN CENTRO MÉDICO	41
TABLA 8, PRIORIZACIÓN DEL ÁREA DE URGENCIA.....	43
TABLA 9. PROBLEMAS PRIORIZADOS DE ÁREA DE URGENCIA.....	43
TABLA 10. PRIORIZACIÓN EN HOSPITALIZADOS	45
TABLA 11. PROBLEMAS PRIORIZADOS DE HOSPITALIZADOS	46
TABLA 12. SATISFACCIÓN Y CORRELACIÓN POR PREGUNTA DE ENCUESTA EN EL ÁREA DE DIAGNÓSTICO AÑO 2019	49
TABLA 13. INICIATIVAS PRIORIZADAS EN ÁREA DE DIAGNÓSTICO.....	51
TABLA 14. SATISFACCIÓN Y CORRELACIONES DE ENCUESTA EN CENTRO MÉDICO	52
TABLA 15. PRIORIZACIÓN DE INICIATIVAS CENTRO MÉDICO	54
TABLA 16. SATISFACCIÓN Y CORRELACIÓN POR PREGUNTA DE ENCUESTA EN EL ÁREA DE URGENCIA AÑO 2019.....	55
TABLA 17. PRIORIZACIÓN DE INICIATIVAS ÁREA DE URGENCIA	57
TABLA 18. SATISFACCIÓN Y CORRELACIÓN POR PREGUNTA DE ENCUESTA DE HOSPITALIZADOS, AÑO 2019	58
TABLA 19. PRIORIZACIÓN DE INICIATIVAS ÁREA DE HOSPITALIZADOS	60
TABLA 20. FICHA DE SEGUIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE INICIATIVAS	62
TABLA 21. PACIENTES ATENDIDOS Y TICKET PROMEDIO POR ÁREA.....	76
TABLA 22. BENEFICIOS MONETARIOS ADICIONALES.....	76

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, la satisfacción del paciente ha cobrado relevancia en las decisiones de gestión de las empresas, guiando no tan sólo sus decisiones operacionales sino también sus estrategias corporativas. Este es el caso de la Clínica Red Salud Providencia que pertenece a Red Salud, en la cual la satisfacción del paciente motivó el trabajo realizado. La red que posee 9 clínicas de las cuales, 3 están en Santiago y el resto en regiones. Adicionalmente la red cuenta con 26 centros médicos y dentales, y 39 clínicas dentales.

La red pertenece a la Cámara Chilena de la Construcción, lo que le permite contar con una gran infraestructura y respaldo financiero para sus operaciones, además de contar con el apoyo de varias consultoras que proveen del servicio de manejo de información en todos los aspectos tratados en las clínicas.

Dentro de la información que proveen diferentes organismos que brindan servicios a las clínicas de la red, se encuentra la consultora FBA Consulting que, desde mayo del 2017, entrega a las clínicas información relacionada con la satisfacción del cliente en los diferentes servicios que estas ofrecen. Dentro de los muchos y variados datos e información que entrega la consultora en relación con la satisfacción del paciente, se encuentra el Índice Boca a Boca que representa más gráficamente la probabilidad de recomendación. Este índice es un NPS (Net Promoter Score), que permite medir la lealtad, la disposición a recomendar y conocer los atributos que valoran los clientes (a quienes llamaremos frecuentemente como pacientes) siendo una de las mediciones más relevantes para la clínica, al momento de medir el desempeño en la calidad de servicio.

Actualmente, a pesar de toda la información a disposición, no existe una forma o método establecido para tomar esta información, sintetizarla, compactarla y entregar nueva información útil que permita tomar decisiones en virtud de la satisfacción del cliente y que permita establecer un control de indicadores.

En relación con lo anterior, el presente trabajo describe tanto la red, como la clínica (que es el objeto de estudio), en cuanto a sus dimensiones y funcionamiento además de proponer un marco conceptual en base al cual se elaboró un modelo de gestión de la experiencia del paciente, que se hace cargo de la satisfacción de este y que se ocupa de la gestión de procesos al interior de la clínica.

CAPÍTULO 2: ANTECEDENTES GENERALES DE LA ORGANIZACIÓN

2.1 Rubro y antecedentes

La **Clínica Red Salud Providencia** es un centro clínico que brinda atención médica de urgencias, consultas médicas, diagnóstico y hospitalización.¹

La clínica pertenece a la red de empresas Red Salud S.A (usualmente conocida como “Red Salud” o la “Sociedad” al interior de la organización) conformada por clínicas, centros médicos y clínicas dentales. Red Salud S.A es controlada por la Cámara Chilena de la Construcción A.G. (“CChC”) que opera sus inversiones a través de su matriz de negocios Inversiones la Construcción S.A. (“ILC”). La Tabla 1, muestra la participación accionaria de Red Salud.

Por su parte, la CChC es una asociación gremial y privada que no tiene fines de lucro y cuyo objetivo es contribuir al bienestar de los chilenos mediante el desarrollo y perfeccionamiento del sector construcción.

Accionista	Rut	Nº de Acciones	Participación
Inversiones La Construcción S.A.	94.139.000-5	2.752.327.164	99,99
Cámara Chilena de la Construcción	81.458.500-K	1	0,01
Total		2.752.327.165	100

Tabla 1. Participación accionaria hasta el 31 de diciembre de 2018 (Fuente: Memoria Anual Red Salud 2018)².

2.2 Misión y Visión

Misión: Contribuir a que las personas vivan más y mejor, a través de una atención integral de salud médica y dental centrada en el paciente y su familia. Nuestro compromiso es entregar amplio acceso, con altos estándares de calidad, según los principios y valores de la Cámara Chilena de la Construcción.

Visión: Ser un referente en salud médica y dental privada del país, reconocida por su amplia accesibilidad y prestigio; ser un muy buen lugar para trabajar, y resolver las necesidades de salud de gran parte de la población.

¹ La organización cuenta con 9 clínicas (3 en Santiago y el resto en regiones), 26 centros médicos y dentales ex Megasalud (5 en Santiago y el resto en regiones) y 39 clínicas dentales (5 en Santiago y el resto en regiones).

²Véase: <https://www.redsalud.cl/acerca-de-redsalud/inversionistas/memorias>

2.3 Organigrama

El organigrama de la Clínica Red Salud Providencia es el siguiente:

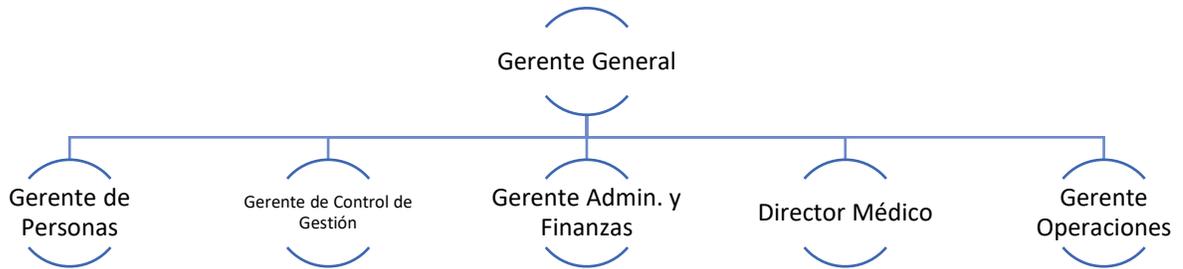


Figura 1. Organigrama de equipo Directivo de Clínica Red Salud Providencia

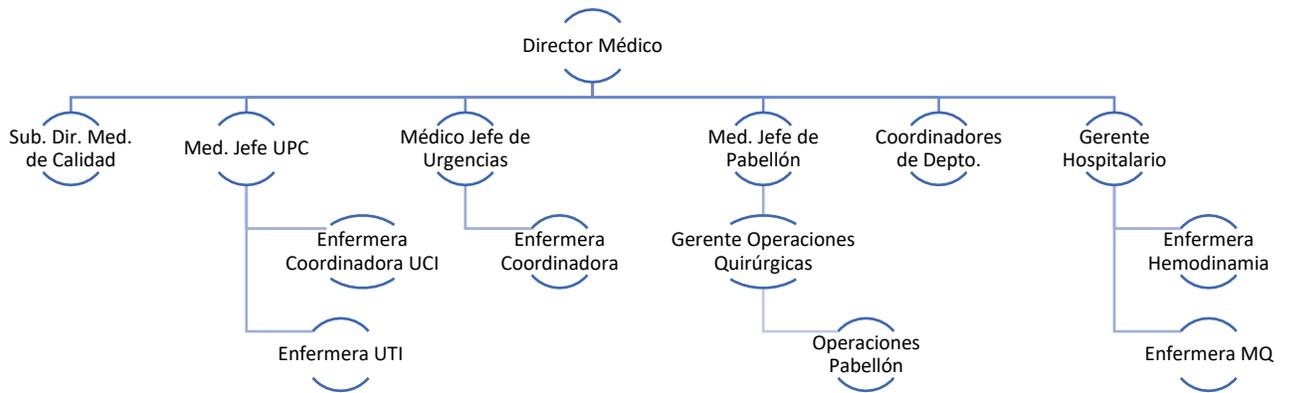


Figura 2. Organigrama Dirección Médica de la Clínica Red Salud Providencia

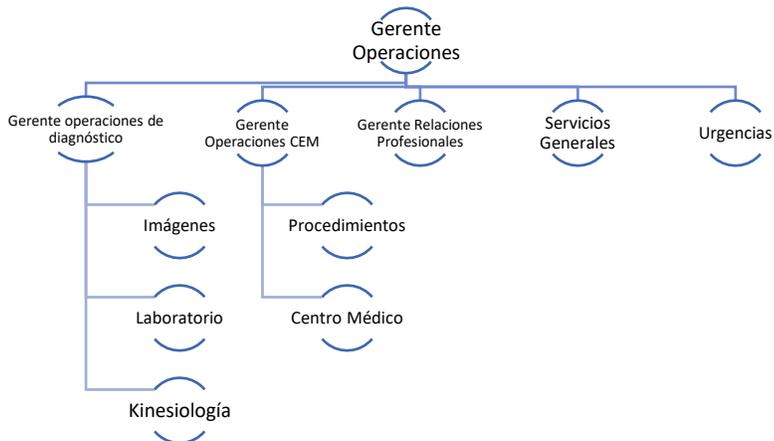


Figura 3. Esquema organizacional Gerencia de Operaciones e interdependencia de áreas.

2.4 Producto y/o Servicio

La Clínica Red Salud Providencia ofrece actualmente seis áreas de atención:

1. Centro de Especialidades Médicas y Procedimientos ambulatorios, que incluye consultas en todas las especialidades, tanto en adultos como en niños.
2. Área Diagnóstica, que cuenta con equipamiento de última generación, aptos para realizar exámenes de mediana y alta complejidad.
3. Área Quirúrgica, donde se realizan tanto cirugías mini invasivas y también cirugías de alta complejidad.
4. Área de Hospitalización y Paciente Crítico (UTI-UCI), que cuenta con más de 100 camas.
5. Servicio de Urgencia, compuesta de 16 boxes de atención las 24 horas a público adulto (mayores de 14 años).
6. Unidad de Hemodinamia, donde se realizan procedimientos diagnósticos y terapéuticos de mediana y alta complejidad.

2.5 Dimensionamiento de la actividad

Para dimensionar la actividad, la Figura 4 muestra el número de las prestaciones realizadas durante el año 2019 a través de los meses del año. En la figura se aprecia que el mayor nivel de actividad se alcanzó en el mes de julio donde se realizaron 168.952 prestaciones y el mes de más baja actividad, fue el de febrero con 116.017 prestaciones. Se aprecia adicionalmente que, desde los meses de septiembre en adelante, la actividad bajó.

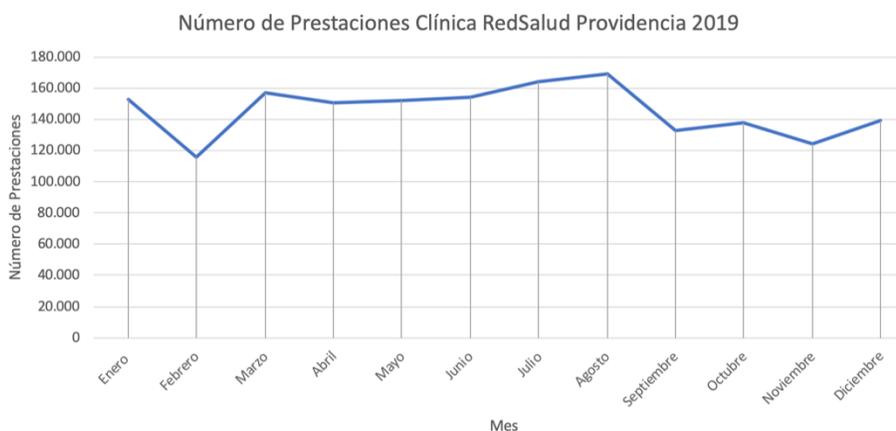


Figura 4. Número de prestaciones por mes en Clínica Red Salud Providencia año 2019

2.6 Ventaja Competitiva

Una de las principales ventajas competitivas de la empresa en el ámbito de la salud privada, es que la Clínica Red Salud Providencia pertenece a una red cuyo propietario es la Cámara Chilena de la Construcción. Esto le permite por un lado tener acceso al financiamiento y los equipos médicos necesarios de primer nivel para competir con otras clínicas.

Adicionalmente, estar en red, permite la posibilidad de generar estrategias de negociación con proveedores de insumos médicos, y de sistemas o softwares necesarios para el manejo de distintos aspectos de la clínica, dado que, al ser varios centros de salud, se pueden negociar mejores precios.

Por otro lado, el ser parte de una red, es una ventaja desde el punto de vista del desempeño interno de cada clínica, ya que estas pueden compartir estrategias de gestión e implementación de ciertas medidas o buenas prácticas. Si bien es cierto, la evaluación de desempeño de cada clínica coloca a estas en la posición de competidores, es también correcto que son colaboradores y las estrategias son abiertas y transparentes. Se realizan comités semanales de las distintas gerencias en las diferentes clínicas, lo que permite establecer estos lazos colaborativos.

2.7 Actores relevantes y estructura de mercado

El sistema de salud en Chile está compuesto por un sector público y otro privado en relación con el aseguramiento y la provisión de servicios, donde sus políticas y normativas son elaboradas por el sector público. Un actor de importancia acá es el Ministerio de Salud, quien elabora políticas de salud en el país, que sirven para abordar las prioridades sanitarias, permitiendo definir cursos de acción en el ámbito mixto de la estructura del sistema de salud de Chile. Así, en adición con generar un marco normativo en el sistema, genera garantías para los participantes.

En relación con el financiamiento, el sistema de salud, lo componen aportes tanto públicos como privados, pudiendo ser estos, directos o indirectos. Los aportes públicos directos son las asignaciones presupuestarias derivadas desde el Gobierno Central y la contribución municipal. Los aportes indirectos provienen de las cotizaciones obligatorias de los trabajadores. Por otro lado, los aportes privados directos lo componen los copagos por atenciones médicas, medicamentos y atenciones médicas particulares. Los aportes privados indirectos son las cotizaciones adicionales voluntarias de los afiliados a ISAPRES y el pago de las primas de seguros privados de salud.³

Los servicios involucrados en el sistema de salud chileno son la industria de seguros de salud (Fonasa e ISAPRES)⁴ y una industria de prestadores de servicios asistenciales con menor participación de Mutuales, Compañías de Seguro y Cajas de Compensación. Estas instituciones tienen por objetivo recaudar, administrar y distribuir recursos de los cotizantes. Todo esto este esquema de participantes en la Figura 5 a continuación: actores en sistema de salud chileno.

³ Para un detalle más acucioso de la implicancia del Ministerio de Salud y los aportes públicos y privados proyectados y analizados entre el 2013 y 2050, véase “*Sistema Público de Salud. Situación actual y proyecciones fiscales 2013-2050*”. Paula BENAVIDES S., Rubén CASTRO L, Ingrid JONES J. Publicación de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda. ISBN: 978-956-8123-69-7. Registro de propiedad Intelectual: 238691. Diciembre 2013

⁴ En virtud de lo señalado por TITULO IV “Del Financiamiento del Régimen”, el 158 y ss. del DFL N°1 de 2005 del Ministerio de Salud.



Figura 5. Actores en sistema de salud chileno (Fuente: Clínicas de Chile A.G.)

2.8 Clientes

Los segmentos de clientes por asegurador en la Clínica Red Salud Providencia, se muestran en el gráfico de la Figura 6: Porcentaje de Participación de Aseguradores a Nivel Clínica Red Salud Providencia para el Año 2019. Se observa predominancia del segmento de Fonasa con un 36%, Consalud con un 30% y Cruz Blanca con un 13%.

En relación con la distribución de las prestaciones de mayor demanda y mayor participación en las ventas anuales, se aprecia en la Figura 7, la participación en las ventas anuales durante 2019, de los diferentes servicios de la clínica. En este, se aprecia que la cirugía mayor representa el punto más fuerte en los ingresos, seguido del área de diagnóstico y hospitalizados.

PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN DE LOS DISTINTOS SERVICIOS EN LAS VENTAS ANUALES CLÍNICA REDSALUD PROVIDENCIA AÑO 2019

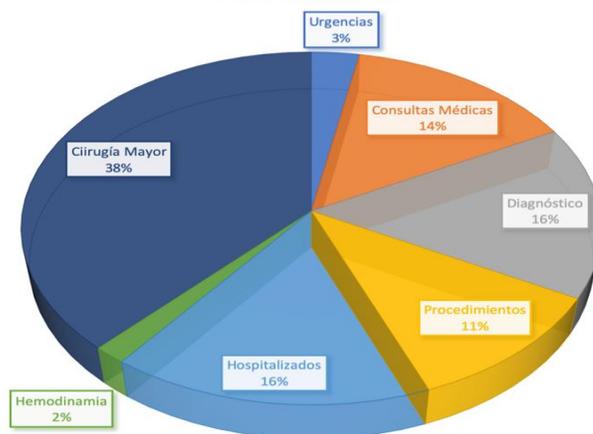


Figura 6. Porcentaje de Participación de Aseguradores a nivel Clínica Red Salud Providencia para el año 2019 (Fuente: Elaboración Propia)

ASEGURADORES SEGÚN ACTIVIDAD CLÍNICA REDSALUD PROVIDENCIA 2019

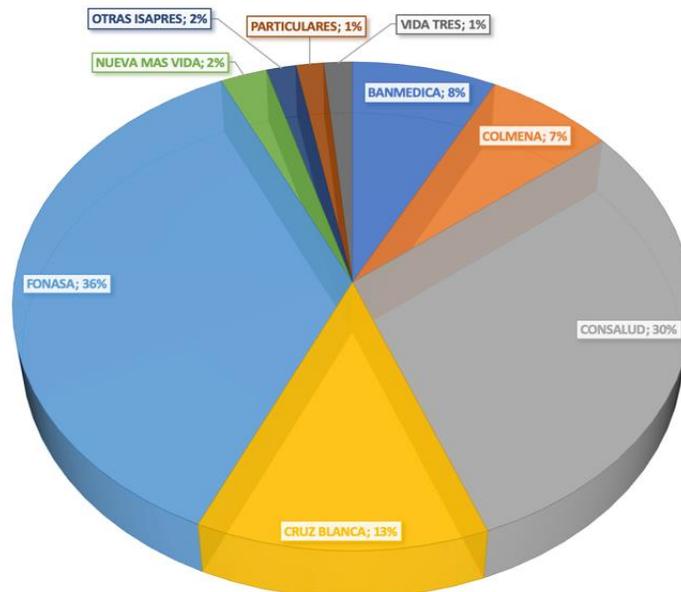


Figura 7. Participación de los servicios de la clínica en las ventas anuales en 2019

2.9 Desempeño organizacional

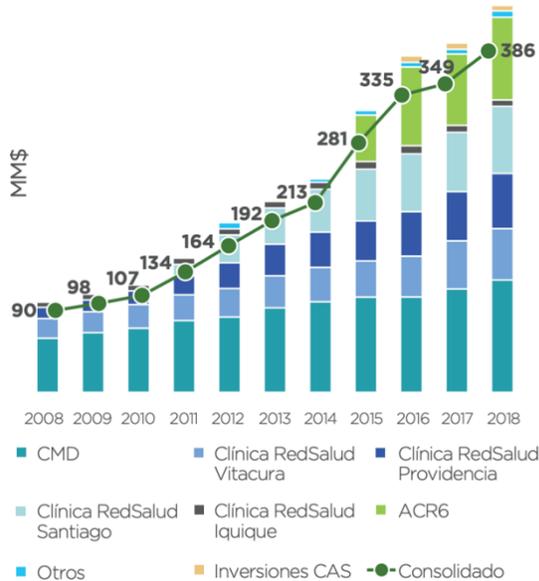
En relación con la evolución financiera que refleja la Figura 8 a continuación, los ingresos de explotación han ido en aumento, tanto en la red como en la Clínica Red Salud Providencia. Es importante mencionar que la clínica está funcionando como red de manera más estructurada y sólida, lo que ha permitido negociar con proveedores los insumos médicos a precios convenientes. En relación con los datos presentados en la Figura 8: Análisis de la Estructura del Ingreso hasta 2018, se podría considerar que tanto la red como la clínica de Providencia muestran, hasta 2018, crecimiento en los ingresos.⁵

Por otro lado, al comparar el número de prestaciones de 2018 y 2019 como muestra el gráfico de la Figura 9, se observó un comportamiento similar hasta septiembre en ambos años, pero a partir de octubre hubo una baja en 2019 en comparación con 2018. La comparativa en el número de prestaciones entre el 2018 y 2019 da como resultado una cantidad de 24.925 menos prestaciones para el año 2019 en relación con lo observado en 2018.

⁵ Es de advertir que desde la incorporación de ACR6, que en nomenclatura de la organización en estudio corresponde a la apertura de Clínica Elqui, Clínica Valparaíso, Clínica Red Salud Rancagua, Clínica Red Salud Temuco y Clínica Magallanes, el crecimiento de la Red Salud y su inyección de ingresos es notoria. Así queda reflejado en su Memoria Anual Red Salud 2016, p. 26, que explica que como parte del plan de desarrollo que nace en abril de 2018 con la creación de Red Salud S.A. y su posicionamiento a nivel regional, demuestra un resultado exitoso. Véase: https://www.RedSalud.cl/assets/archivos/memorias/14/memoria_RedSalud_2016.pdf

Ingresos de Explotación

Red Salud Consolidado



EBITDA

Red Salud Consolidado y Subsidiarias



Figura 8. Evolución Financiera (Fuente: Memoria Anual Red Salud 2018)

Se concluye así que la compañía no está en una etapa de expansión ni crecimiento, aunque este es siempre el objetivo perseguido tanto por la red como por la organización. Por el contrario, la clínica está en una etapa de consolidación.

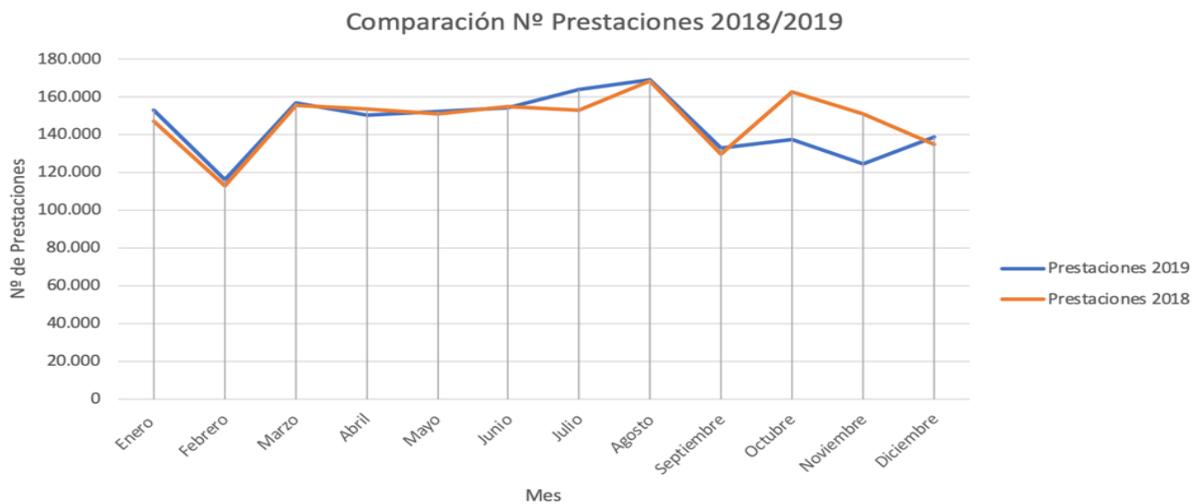


Figura 9. Comparación de prestaciones 2018/2019 en Clínica Red Salud Providencia

2.10 Benchmarking de calidad de servicio y satisfacción paciente

Para establecer una comparación en cuanto a calidad de servicio y satisfacción de clientes en el área de la salud, es pertinente aplicar una metodología común para establecer comparaciones confiables. Para ello, se hace uso de dos fuentes de información relevantes en cuanto a calidad de servicio en Chile.

La primera de ellas es el índice nacional de satisfacción de cliente, realizada por ProCalidad⁶, que encuesta de forma semestral en relación con satisfacción general, satisfacción dado precio, experiencia de problemas, intención de recomendaciones, entre otras. Evalúa 33 sectores y más de 130 marcas mediante llamado telefónico.

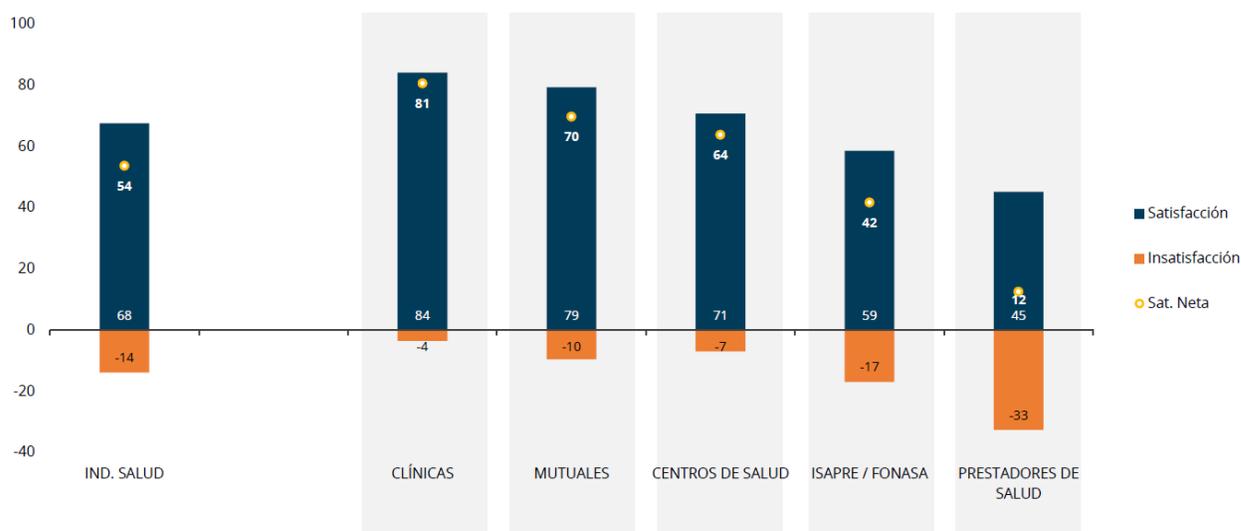


Figura 10. Índice nacional de satisfacción cliente en salud, primer semestre 2019 (Fuente ProCalidad)

Este índice nacional de satisfacción de cliente, permite entender el comportamiento de la satisfacción según las diferentes industrias. En la Figura 10 muestra el índice para primer semestre 2019. En este se observa que las clínicas son las que presentan mayor satisfacción, seguidas de las mutuales y los centros de salud (que se diferencian con los prestadores de salud en cuanto al tamaño de las operaciones, siendo algunos de los prestadores de salud, individuos particulares).

Por otro lado, se tiene el Praxis Xperience Index⁷, que se realiza de forma anual y estudia la experiencia de los pacientes desde la perspectiva de la marca creando un índice que clasifica las diferentes empresas de todas las industrias, de acuerdo experiencias excelentes (con una puntuación

⁶ ProCalidad, es una organización sin fines de lucro creada por esfuerzos de la Universidad Adolfo Ibáñez y Praxis Human Xperience en el año 2001.

⁷ Es un ranking que de Chile realizado de forma anual que mide experiencia de clientes. Se determina mediante 45.000 encuestas que se realizan a 120 marcas grandes de servicio.

de 100 a 80 puntos), muy buenas (de 79 a 70 puntos), regulares (69 a 50 puntos), bajas (de 49 a 40 puntos) y deficientes (de 39 puntos o menos).

De acuerdo a este índice, la Clínica Alemana es la que se encuentra en primer lugar de experiencia paciente. Las siguientes empresas del área de la salud en el índice son Red de Salud UC en lugar número 5, al igual que Clínica Las Condes seguidos de Clínica Indisa en el lugar 13, Clínica Santa María en lugar 16 y Red Salud en lugar 37, siendo consideradas estas últimas dos como experiencias muy buenas.

Red Salud se alza por sobre marcas como IntegraMédica (en lugar 48 con experiencia regular) y centros médicos Vidaintegra (en lugar 55 y con experiencia regular).

La gran diferencia con las clínicas que se están por sobre Red Salud en el índice, es que la mayoría son clínicas individuales (a excepción de Red de Salud UC), y Red Salud está compuesto de clínicas, centros médicos y dentales.

CAPÍTULO 3: DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

3.1 Motivos del trabajo

La Gerencia de Operaciones de la Clínica Red Salud Providencia, brinda apoyo operacional a 4 áreas principales de la clínica: Urgencia, Hospitalizados, Centro Médico y Diagnóstico. Una de las labores primordiales de esta gerencia, es garantizar el buen funcionamiento de todas estas áreas, resolviendo cualquier tipo de inconvenientes que puedan presentarse en los procesos de funcionamiento de la clínica, tanto en aquellos que inciden directamente en la atención al paciente como también en los que, tangencialmente, repercuten en la calidad del servicio.

El objetivo es generar eficiencia en los procesos asegurando la calidad de la atención, por lo que, para la Gerencia de Operaciones, uno de los puntos centrales mediante los cuales se mide el desempeño del trabajo, es a través la satisfacción del paciente.

La eficiencia en los procesos de atención de todas las áreas incide directamente en la percepción que el paciente tiene de la organización y en su misma satisfacción. En la Figura 11, se muestra el índice de prioridad de parte del proceso de atención en el área de urgencia. Se observa que en ítems como el 14, tiempo dedicado por el médico para atender sus preguntas e inquietudes, o el 17 que señala la eficacia en la resolución de problemas, se asocia a un nivel de importancia y satisfacción. Sin embargo, hay muchos procesos internos, de los cuales el paciente no tiene conocimiento ni control, que también lo afectan, tales como la hora de llegada de doctores a sus consultas, o el agendamiento apropiado de pabellones para cirugía o los protocolos supervisados en la atención al interior de la urgencia para doctores, enfermeros y técnicos de enfermería, entre otros.

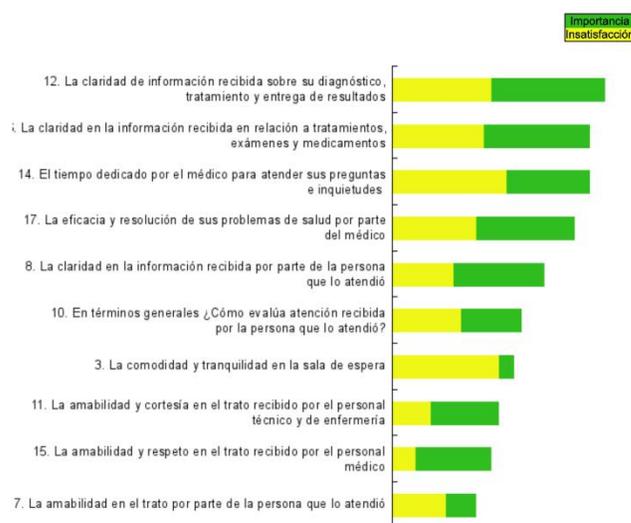


Figura 11. Índice de prioridad de Urgencias en el mes de septiembre 2019(Fuente: plataforma Indaga)

La red posee un indicador que le permite medir el porcentaje de pacientes que pueden realizar una recomendación de la misma clínica y sus servicios. En otros términos, permite identificar a usuarios promotores y usuarios detractores. Este índice es uno de los más relevantes a la hora de medir resultados al interior de la clínica, y al medir el desempeño de las distintas clínicas de la red.

Debido a que el indicador es cada vez más relevante en la medición de resultados, se advierte que pese a observar el indicador, no se realiza mucha investigación en torno a los resultados en los diferentes servicios. Aunque la cantidad de información que entregan las encuestas realizadas es bastante amplia y detallada, no existe actualmente una metodología ni modelo que permita de forma sistemática, interpretar los resultados que el indicador señala para las diferentes áreas de la clínica, ni tampoco logra interpretar los problemas en los procesos operativos que podrían incidir en los resultados ni en las soluciones.

En el proceso de gestión de la satisfacción del paciente se advierten los siguientes problemas y/o oportunidades:

1. Insatisfacción de pacientes: Al interior de los centros de atención en el área de la salud, es cada vez más relevante medir y estudiar la satisfacción del paciente. Cobra fuerza este factor al evaluar la calidad del servicio brindado y mejorar los procesos. Por este motivo, se observa que existe un grado de insatisfacción en la atención de los diferentes servicios que ofrece la clínica.

La Figura 12, muestra el Índice IBB (Índice Boca a Boca) del área de urgencias para el año 2019, que es un Net Promoter Scorer (NPS), obtenido mediante encuesta a los pacientes atendidos. Éste busca medir la lealtad de los pacientes en las áreas operativas de la clínica diferenciando los pacientes en 2 clases principales: promotores (muy satisfechos) y detractores (neutros e insatisfechos). El índice varía de -100 a 100, y se obtiene de la resta de los porcentajes de pacientes muy satisfechos y los neutros o insatisfechos. A mayor nivel de IBB, mayor satisfacción general.

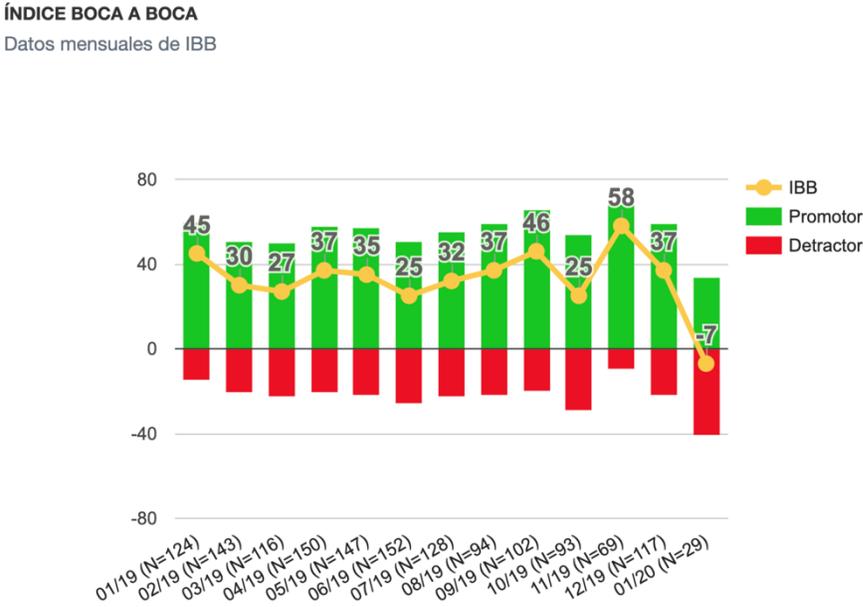


Figura 12. IBB Urgencia en Clínica Red Salud Providencia año 2019 (Fuente: plataforma Indaga)

Se observa en la Figura 12 el cambio en el índice a través de los meses del año 2019, indicando variaciones en la satisfacción y un fuerte aumento de la insatisfacción en los primeros días de enero 2020. En el año 2019, la cantidad de promotores fue superior a los detractores en todos los meses, sin embargo, persiste un número de detractores que representan a aquellos pacientes que tienen un nivel de insatisfacción.

Los niveles de insatisfacción afectan tanto la imagen como la percepción de la marca Red Salud en el corto y mediano plazo. La asociación que se genere entre la calidad del servicio ofrecido y la misma clínica impacta directamente en la visión que tiene la clínica (descrita en la sección 1.2 Misión y Visión), donde se menciona que uno de los objetivos que persigue la clínica es ser un referente en la salud médica a nivel país, siendo reconocida con prestigio. Niveles altos de insatisfacción persistentes en el tiempo, pueden afectar la reducción del flujo de pacientes en la clínica en el mediano y largo plazo, por lo que impacta en las posibilidades de crecimiento de la actividad en la clínica.

2. No se sabe cómo mejorar la satisfacción del paciente: Aunque actualmente la clínica ocupa las encuestas para obtener datos como los presentados en la Figura 12, entre otras estadísticas que buscan estudiar la satisfacción del paciente durante los procesos de atención, esto sólo arroja luces de la existencia de la insatisfacción y la variación de sus niveles.

Se observa falta de análisis al interior de los procesos de los factores que afectan la satisfacción, para de esta forma, dar solución a los problemas que se detecten y reducir la insatisfacción. Esta falta de análisis, entorpece los esfuerzos que realizan los equipos de trabajo para mejorar la satisfacción de los pacientes, dado que la ausencia del análisis genera interpretaciones inexactas cuando se busca dar razón a las variaciones de los niveles de satisfacción.

En la Figura 13 se muestra la evolución del IBB en las áreas de la clínica durante el año 2019. Según se muestra en la Figura 13 durante el año se dan variaciones al indicador que representan los cambios en la probabilidad de recomendación de los servicios de la clínica. Algunas de esas variaciones son drásticas como, por ejemplo, en el área de urgencia a partir del mes de octubre, se aprecian cambios fuertes, terminando en un descenso del indicador por debajo de cero. La ausencia de un método claro para el análisis y la interpretación de este y otros indicadores, representa un problema, dado que favorece la confusión al momento de buscar explicaciones. Esto hace difícil el suavizar las variaciones observadas y generar un plan para proyectar una subida sostenida en el tiempo de la satisfacción del paciente.

ÍNDICE BOCA A BOCA

Evolución del IBB (se muestran solo los meses con más de 30 respuestas)

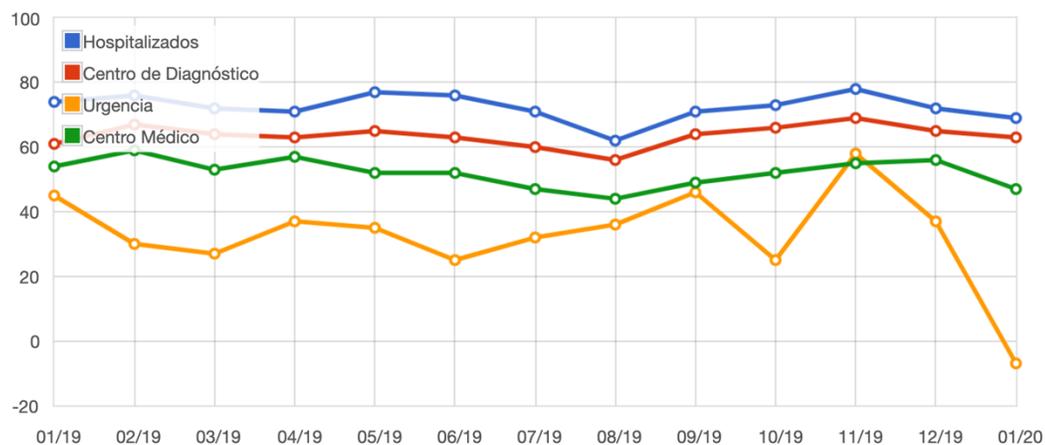


Figura 13. Evolución IBB por las diferentes áreas de la Clínica Red Salud Providencia año 2019 (Fuente: plataforma Indaga)

Adicionalmente a las interpretaciones inexactas del comportamiento de la satisfacción de los pacientes, está el hecho que existe un retraso en la detección de la insatisfacción y la revisión de esta. Actualmente la clínica busca abordar la satisfacción de sus pacientes como un punto de gran relevancia para el avance de la clínica y su crecimiento.

Semanalmente, se realiza una reunión en la clínica, donde todas las áreas muestran sus resultados y se revisan desde los aspectos operativos hasta los aspectos monetarios. Entre otras cosas, se evalúa el desempeño del indicador IBB por área y se da una interpretación intuitiva dando cuenta de sus variaciones. Sin embargo, en este punto, falta identificar valores críticos para el indicador, que permitan dar voz de alerta en cuanto al desempeño en la satisfacción del paciente, tal que la reunión semanal de la clínica sea productiva en ese sentido. Esto representa una oportunidad desaprovechada, dado que un análisis metodológico del paciente y su satisfacción en los procesos de atención, sería apropiado en estas instancias de reunión, dado que permitiría tomar decisiones de gestión mucho más rápidas y bajo el respaldo de las personas a cargo de las áreas operativas.

3. Ausencia de control y evaluación de funcionamiento de procesos internos: Se observó en las reuniones sostenidas con los equipos de trabajo de las áreas de la clínica, si existía un control sistemático del funcionamiento de los procesos internos de la clínica y no había. Por control sistemático de procesos internos, se hace referencia a control del funcionamiento de los aspectos de los procesos de los cuales el paciente no es testigo directo pero que puede afectar su satisfacción.

A modo de ejemplo, se observa recurrentemente que los pacientes atendidos en urgencias muestran insatisfacción en relación a el avance de sus exámenes realizados. A pesar que desde el momento en que a un paciente se le realiza un examen, el funcionamiento es casi continuo sin interrupciones, existe un tiempo en el cual el paciente no tiene noticias del avance de estos, lo que es interpretado por este como una negligencia y retraso mejorable. La revisión de procesos como este, que, en el caso de este ejemplo, toca directamente el protocolo de atención al paciente por parte del personal de enfermería, no está establecido mediante un control sistemático aplicado en todas las áreas.

Actualmente, se detectan los problemas cuando estos hacen ruido y son recurrentes, lo que no permite abordar problemas menores que afectan el buen desempeño de los equipos de atención y la satisfacción del paciente además de favorecer la persistencia del mal funcionamiento de los procesos afectados debido al retraso en la detección y posterior solución.

El análisis de estos procesos internos puede resultar de utilidad al momento de analizar e interpretar la satisfacción de los pacientes y sus razones, que son aspectos que los indicadores no logran capturar.

Por otro lado, una vez detectado un problema y generado una solución, no existe un control ni seguimiento de la solución que se iba a implementar generando así un retraso en la solución efectiva del problema.

4. Nuevos lineamientos corporativos: Desde el comienzo del funcionamiento como red, ha sido progresiva la integración de ciertas informaciones entre clínicas. Actualmente existe información del funcionamiento de todas las áreas de las clínicas y esta información está a disposición de todos. Esto genera una ventaja al momento de realizar análisis de procesos y de negocios por la envergadura de la información a disposición.

La integración progresiva ha tenido como resultado, entre otras cosas, la medición de indicadores como el IBB, que mide la lealtad y otros parámetros de satisfacción. Esto ha facilitado el establecimiento de nuevas metas, objetivos a mediano y largo plazo que ha forzado a considerar la satisfacción del paciente como algo muy relevante para la clínica. En particular, uno de los objetivos principales en el funcionamiento de las clínicas, es mejorar la probabilidad de recomendación del servicio.

Se hace hincapié desde la red a los diferentes centros de salud de considerar sus niveles de satisfacción al momento de evaluar la calidad de su servicio y en general, como medida de desempeño. Esto favorece la aceptación de nuevas metodologías, métodos, modelos, etc., que busquen abordar la satisfacción del paciente.

3.2 Causas y/o Hipótesis

Derivado de lo anterior, se sostiene que no se realiza una gestión adecuada de la satisfacción del paciente. Lo anterior se debe en primer lugar a la mala interpretación de indicadores, que proviene de la falta de un análisis más profundo de la satisfacción del paciente. La satisfacción del paciente debiera ser estudiada desde la perspectiva de los factores y aspectos en los procesos de atención que inciden en ella.

La ausencia de este tipo de análisis, genera malas interpretaciones de las variaciones de los indicadores de satisfacción del paciente, ocasionando que no se detecten problemas en los procesos de atención y que puedan ser mejorados. Se obtienen, por lo tanto, interpretaciones que guían a decisiones de gestión poco ajustadas en vez de implementar medidas que intervienen los puntos en el proceso de atención que generan insatisfacción. Adicionalmente, se observa que no existe una metodología para analizar estos puntos.

Por otro lado, la medición de los índices de satisfacción del paciente remonta su inicio a mayo del 2017, por lo que es un índice relativamente reciente. Actualmente es conocido y su uso está siendo cada vez más frecuente, sin embargo, la adopción del uso de este y otros indicadores ha tardado en alcanzar las prácticas de gestión en los procesos de todas las clínicas y centros médicos. Falta un protocolo de adecuación de prácticas que permita adoptar nuevos focos, prácticas que faciliten implementar en los equipos nuevas metodologías y un modelo para gestionar los indicadores y la información que se obtiene de la satisfacción del paciente. Por el contrario, el uso de los indicadores ha quedado a libertad de cada clínica y cada gerencia. Esto explica, la ausencia de metodología para su estudio y la falta de unificación de prácticas.

Finalmente, a pesar que la gerencia de operaciones es la encargada de revisar los índices de satisfacción del paciente e implementar protocolos que busquen mejorar este aspecto, el proceso de atención al paciente involucra muchas áreas que se extienden más allá del área de operaciones, lo que implica que no existe un equipo interdepartamental al interior de la clínica, que se ocupe de

manera efectiva de la satisfacción del paciente y que se encargue de analizar y tomar acción de tal forma de llevar un control.

3.3 Propuesta

Actualmente, no existe al interior de la clínica un modelo de gestión que aborde de forma esquemática la mejora de procesos de forma continua y que tenga como propósito el incrementar la satisfacción del paciente. De forma más específica, no existe un método de detección de problemas en los procesos internos de atención, que puedan afectar de forma directa o indirecta la satisfacción del paciente a través de un servicio deficiente. Por otro lado, tampoco existe una metodología que permita generar un análisis a partir de indicadores de satisfacción y experiencia del paciente, mediante el cual se puedan mejorar los procesos.

Lo anterior plantea la utilidad de desarrollar e implementar un modelo de gestión de la experiencia del paciente que identifique problemas en los procesos de atención al paciente, que no están reflejados en los indicadores y de los cuales actualmente no se realiza una gestión apropiada, bajo el objetivo de mejorar la satisfacción del paciente.

El modelo de gestión permite administrar de forma más eficiente la información entregada por índices como el IBB e información adicional relacionada con la satisfacción del paciente en los diferentes servicios de la Clínica, permitiendo generar iniciativas de mejora. Esta administración más eficiente, pondrá a disposición información útil y compacta, que permitirá una ruta de implementación de modificaciones y mejoras a los servicios de la clínica (Hospitalizados, Urgencias, Centro Médico y Diagnóstico) que irán en virtud de reducir la insatisfacción y mejorar la probabilidad de que quienes se atiendan en los servicios de la clínica los recomienden.

El modelo de gestión, permitirá abordar la identificación de problemas y la generar iniciativas, combinando los aspectos internos de los procesos, además de considerar los índices de satisfacción del paciente.

De forma adicional, el modelo busca establecer un esquema para la mejora continua de los procesos, considerando como foco la satisfacción del paciente.

CAPÍTULO 4: OBJETIVOS Y ALCANCE

4.1 Objetivos

El objetivo principal es favorecer el aumento en la satisfacción de los pacientes en un 10 %, mediante la elaboración de un modelo de gestión de la experiencia del paciente que permita un trabajo continuo en la revisión y mejora de los aspectos que inciden directa o indirectamente en los índices de satisfacción del paciente, en las distintas áreas de la clínica.

Los objetivos específicos son:

1. Realizar un benchmarking, de satisfacción del paciente, entre los competidores de Red Salud y la Clínica Red Salud Providencia.
2. Determinar y medir la fortaleza del equipo operativo de la clínica, para adoptar e implementar un modelo de gestión que imponga nuevas prácticas operativas y un nuevo esquema.
3. Determinar y aplicar una metodología para la detección de problemas con los equipos de médicos (Hospitalizados, Urgencias, Centro Médico y Diagnóstico), donde se obtenga una lista de problemas priorizados por cada área.
4. Determinar y aplicar una metodología para la generación de iniciativas de mejora por área, donde se genere una pauta de implementación, con una pauta para la asignación de responsabilidades y seguimientos.
5. Determinar parámetros de control mediante el cual interpretar tanto el desempeño y la evolución del índice IBB.
6. Generar un diseño de proceso, que permita que la metodología aplicada sea permanente y que garantice una mejora continua de los procesos, además de un seguimiento de las implementaciones de iniciativas previamente acordadas.
7. Brindar un esquema con sus objetivos y beneficios.
8. Brindar una estimación económica de una posterior implementación del modelo de gestión.

4.2 Resultados esperados y alcances

Los resultados esperados, son la propuesta y diseño de un modelo de gestión, con sus etapas claramente definidas, de tal modo que este sea efectivo en la recomendación de iniciativas y sea sostenible en el tiempo, con control de los indicadores además de estándares detallados para los niveles de aceptación del IBB por área de la clínica y el seguimiento de iniciativas. Además de un esquema organizacional y un diseño de proceso que permita y garantice, sostener la persecución de los buenos resultados del IBB por parte de la clínica, facilitando así la supervisión de los resultados. Actualmente no existe un equipo encargado del seguimiento constante de los indicadores, por lo que esto será parte del producto final.

Los alcances de este proyecto, contemplan el diseño del modelo de gestión y la propuesta de diseño de proceso que permita la continuidad de las mejoras. Sin embargo, este trabajo no contempla la implementación de este modelo y se restringe a dar recomendaciones para su aplicación.

Es importante mencionar, que no se busca desarrollar una implementación web o un software, dado los costos que tendría dicha implementación serían muy elevados y requerirían de amplia discusión

en cuanto a permisos, además de involucrar áreas de la clínica que dependen de presupuestos que son autorizados muy rigurosamente y de forma anual y que son trazados prioritariamente desde Red Salud. En este caso, plataformas como Indaga, entre muchas otras que maneja la clínica para el desarrollo de sus procesos internos, son resultado de una adquisición como red y no propias de una gestión individual de las clínicas. Son estos, por lo tanto, considerados como los recursos a disposición, los cuales deben ser utilizados.

La clínica maneja plataformas que permiten gestionar un flujo de datos que van desde la cantidad de cirugías hasta la tasa de derivación desde el área de Urgencias hasta el área de Hospitalizados, por poner un ejemplo. La idea, por tanto, es que los alcances de los resultados esperados tengan relación con algo que sea replicable, dados los recursos con los que ya dispone la red, y la clínica, en cuanto a software y manejo de información, no sólo en la clínica Red Salud Providencia, sino en todas las clínicas de la red.

Finalmente, se dará un diagnóstico en relación a la calidad de la información que la plataforma entrega y la representatividad de las encuestas que son realizadas.

CAPÍTULO 5: MARCO TEÓRICO

El problema debe ser abordado desde el área de dirección estratégica, ya que el foco principal de la Clínica Red Salud Providencia es brindar un servicio satisfactorio enfocado en la experiencia del cliente. Por este motivo, es central un modelo de gestión que permita administrar la satisfacción del paciente. A continuación, se detallan las herramientas, metodologías, conceptos y base teórica a utilizar en la elaboración del modelo de gestión.

5.1 Descripción de IBB e Índice de Prioridad

El Índice Boca a Boca es un indicador neto basado en las respuestas a la pregunta "Probabilidad de recomendar este centro a familiares o amigos" o en pregunta equivalente. Al porcentaje de pacientes que responde "5" (muy satisfecho) se le sustrae el porcentaje de pacientes que responde "1", "2" ó "3" (es decir, que están insatisfechos o neutros, y por lo tanto harán un mal boca a boca).

El IBB, por tanto, puede ir entre -100 (si todos los pacientes en el período analizado responden "1", "2" ó "3" en la pregunta de probabilidad de recomendar) y +100 (si todos los pacientes en ese período responden "5" en la misma pregunta).

El índice de Boca a Boca es, por lo tanto, una representación del porcentaje de pacientes del centro médico donde es aplicada la encuesta de satisfacción, que pueden realizar un boca a boca positivo, y por tanto una promoción de la organización. Esta encuesta es realizada posterior a la atención y de ella se obtienen resultados relevantes como satisfacción, reclamos o recomendaciones, lo que permite evaluar de esta forma los puntos centrales que influyen con el IBB, que es el índice central.

El Índice de prioridad, por otro lado, indica los parámetros a los que se le debe dar más importancia en la gestión según los resultados de la encuesta para aumentar la satisfacción global de los pacientes. El índice de prioridad es un ranking basado en las medias de satisfacciones y de correlaciones donde cada ítem de la encuesta es identificado como prioritario fundamentalmente si su correlación con la satisfacción global es alta y si su satisfacción es baja. En la Figura 14 se muestra un ejemplo del índice de prioridad del área de urgencia para los meses de septiembre y octubre del 2019.

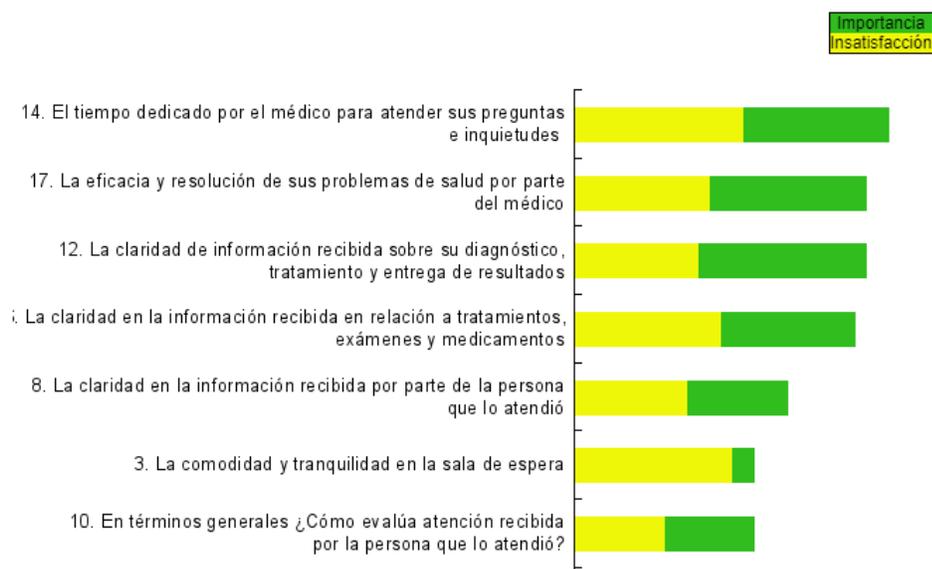


Figura 14. Índice de prioridad de urgencia en los meses de septiembre y octubre 2019

5.2 Modelo de Gestión

Un modelo de gestión, puede entenderse como un esquema o marco de referencia que señala las estructuras organizacionales, procesos y sistemas con que son gestionados los recursos, bajo el propósito de facilitar la productividad y el cumplimiento de objetivos organizacionales, mediando la relación entre las personas y los recursos, procurando eliminar los errores y fallas en los procesos, y no desperdiciar recursos innecesarios.

Bajo la lógica que los procesos requieren de personas y recursos a través del tiempo, el propósito principal de un modelo de gestión, es gestionar los procesos al interior de una organización de tal modo de alcanzar objetivos particulares enfocando los recursos a dicho propósito.

El foco de dirigir los recursos disponibles (sean estos económicos, recursos humanos, recursos de infraestructura, etc.) hacia la obtención de resultados esperados y de esta forma, detectar desperdicios de recursos y eliminarlos, para que de esta forma la organización genere valor.

Es relevante señalar que el modelo de gestión que describe este trabajo, busca como objetivo principal, favorecer el aumento en la satisfacción del paciente (para más detalle, revisar la sección 4.1 de objetivos), detectando problemas en los procesos de funcionamiento interno de los servicios de atención de la clínica, además de brindar soluciones a estos para la mejora de los procesos considerando parámetros de satisfacción de paciente como parámetro central (para mayor detalle del esquema de trabajo para la estructuración del modelo de gestión, revisar el capítulo 6 de metodología). De forma adicional, el modelo de gestión, propone un diseño para garantizar la mejora continua de los procesos (la sección 4.1 describe en mayor detalle los objetivos específicos del trabajo de elaboración del modelo de gestión).

5.3 Sistema de Gestión de Calidad y Ciclo DMAIC

Con el propósito de analizar el contexto de la organización y generar análisis en torno al problema, se considera como marco de referencia el sistema de gestión de calidad (SGC), que posee principios y requisitos en algunas de sus normas, que permiten generar un análisis y/o evaluación preliminar del estado actual de la clínica. De forma particular, es de especial interés la gerencia de operaciones quien es la encargada de gestionar la satisfacción del paciente al interior de la Clínica Red Salud Providencia y es el foco de interés para el análisis preliminar.

Un sistema de gestión de calidad (SGC), es una herramienta que engloba varios procesos que tienen por objetivo que una organización pueda planificar sus actividades y controlarlas en torno a un objetivo común, que regularmente, es la satisfacción del paciente, cumpliendo a la vez con los requerimientos de este de forma efectiva bajo estándares de calidad que son medidos mediante indicadores de satisfacción.

Siguiendo la línea anterior, algunos conceptos que resultan útiles, provienen de la norma ISO 9001 (2015), que encuadra un conjunto de estándares que, al ser adoptados por las organizaciones, le permiten a esta satisfacer las necesidades de los clientes con un nivel de servicio determinado mediante el cumplimiento de ciertos requisitos. La norma establece que antes de la implementación

de cambios, es necesario que la organización acuerde los procesos necesarios para el Sistema de Gestión de la Calidad y su aplicación a través de la organización:

- a) Determinar y aplicar los criterios y métodos necesarios para asegurar la eficacia de la operación y el control de estos procesos.
- b) Estipular los recursos necesarios para estos procesos y asegurar que están disponibles.
- c) Asignar responsabilidades y autoridades para estos procesos.
- d) Evaluar tales procesos e implementar los cambios necesarios para asegurar que estos procesos logran los resultados previstos.
- e) Mejorar los procesos y el Sistema de Gestión de la Calidad.

DMAIC, por otro lado, es una herramienta utilizada bajo el propósito de mejorar de forma incremental los procesos. Esta metodología es parte esencial de la estrategia de mejora de procesos, Six Sigma, que está centrada en la reducción en la variabilidad en los procesos, reduciendo o eliminando los defectos o fallos en la entrega de un producto y/o servicio.

La metodología DMAIC cuenta con un ciclo de 5 pasos relevantes: definir, medir, analizar, mejorar y controlar. La Figura 15 muestra el ciclo.

1. Definir: La primera parte del ciclo, busca definir el problema, sus alcances y aquellos que se ven involucrados en la generación del problema y sus efectos, además de definir los objetivos.
2. Medir: se define el proceso en su totalidad, su funcionamiento y se determina la forma de medir los efectos del problema o medir los elementos que inciden en este.
3. Analizar: se busca determinar las causas reales del problema. Usualmente se utilizan herramientas estadísticas y/o herramientas metodológicas para la identificación de causas raíces. Una herramienta útil es el diagrama Ishikawa, descrito en la siguiente sección.
4. Mejorar: Se determinan las mejoras a implementar. Regularmente involucra diseño e implementación de procesos.
5. Controlar: Se basa en la toma de medidas que buscan dar continuidad a las mejoras implementadas.

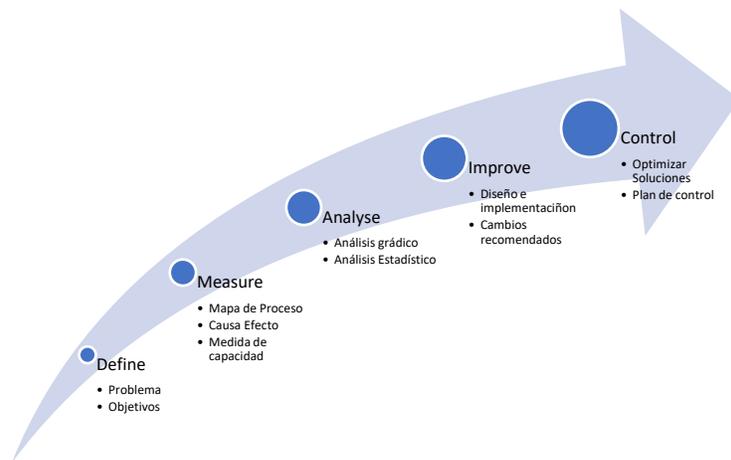


Figura 15 Ciclo DMAIC

5.4 Diagrama Ishikawa

El diagrama Ishikawa, también conocido como diagrama de espina de pez, diagrama de Grandal o diagrama causal, representa de forma gráfica un problema central a analizar (cabeza del diagrama) y la relación que tiene este problema central con sus causas raíces o problemas raíces (espinas principales). Estas últimas, pueden ser clasificadas por tipos de causas. La figura 16, ejemplo de diagrama Ishikawa, permite visualizar la estructura de la herramienta.

A través de la aplicación de esta metodología se pretende conseguir la mayor cantidad de ideas, identificando muchas causas raíces. De esta forma, el análisis de los procesos se realiza desglosando su funcionamiento, permitiendo extraer la mayor cantidad de información.

Es probable que el resultado incluya causas repetidas y/o muy similares que aluden a una misma causa, por lo que, luego de identificar las causas raíces y clasificarlas, se procede a agruparlas y sintetizar de tal forma de ir de lo particular, a lo general, identificando una lista de problemas raíces que en este caso inciden en la satisfacción del paciente.

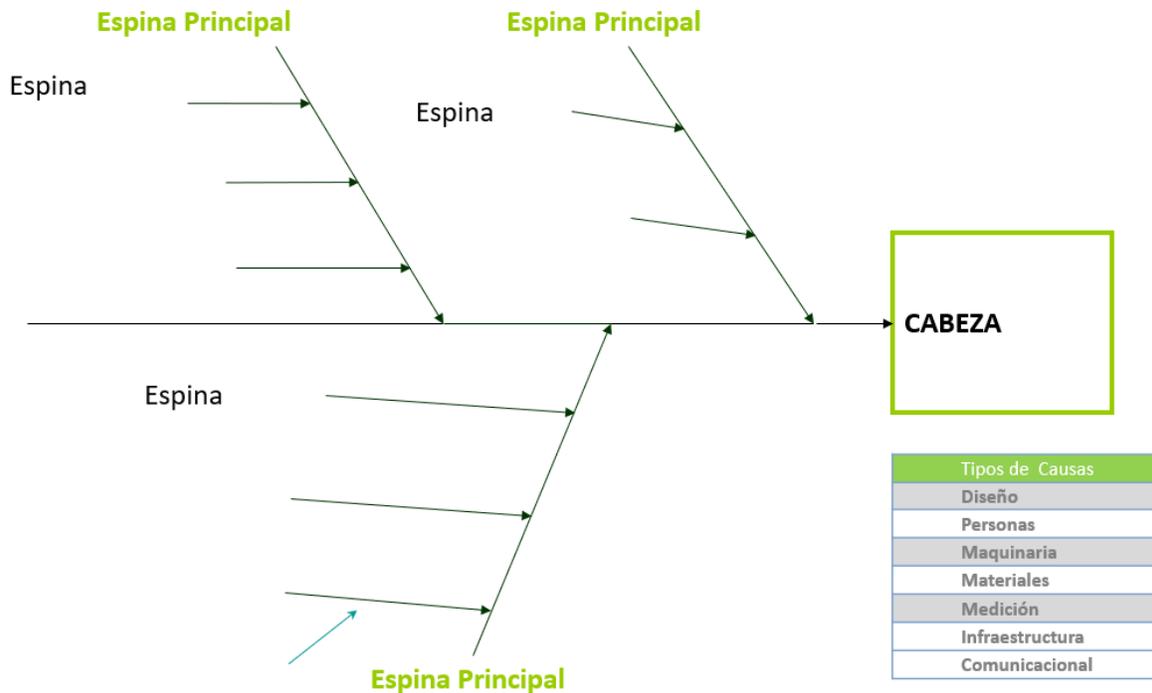


Figura 16. Ejemplo de Diagrama Ishikawa

5.5 Matriz de Evaluación de Factores Internos

La matriz de evaluación de factores internos (MEFI), es una herramienta de gestión usada con el propósito de entender la situación de una empresa o área de esta, en términos de fortalezas y debilidades. Usualmente, la herramienta es utilizada para tener una visión general y clara de la empresa y generar así una planificación estratégica, lanzar un nuevo producto al mercado o implementar un nuevo sistema interno en la organización.

La herramienta identifica en primera instancia una lista de fortalezas y debilidades, las cuales son evaluadas y puntuadas con un sistema específico, para obtener un puntaje ponderado que nos permite medir la fortaleza del área.

Los ponderadores se componen de peso relativo y calificaciones. El peso relativo es un factor que va de 0.0 (menos relevante) a 1.0 (más relevante). La asignación del peso relativo a las fortalezas y debilidades se hace de tal forma que la suma de los pesos relativos de todas las fortalezas y debilidades debe sumar 1.0.

El segundo factor es uno de 4 posibles valores: 1 (para debilidad mayor), 2 (debilidad menor), 3 (fuerza menor) y 4 (fuerza mayor). El producto de ambos factores da la calificación ponderada. Si el valor ponderado final está por sobre 2.5, el área de la organización analizada es fuerte, más particularmente si el valor ponderado de las fortalezas supera el valor ponderado de las debilidades, el área es especialmente fuerte.

5.6 Método Hanlon de Priorización de Problemas

El Método Hanlon (revisar el punto 7 de la bibliografía), es una herramienta utilizada para clasificar problemas y recursos, de tal forma de generar una priorización de estos. Este método es utilizado particularmente en servicios de salud, laboratorios clínicos y otros, para dar solución a un conjunto de problemas y generar un cronograma que permita identificar qué problemas abordar primero, además de medir el impacto de tales problemas y tomar mejores decisiones de gestión al considerar las limitaciones de implementación.

El método Hanlon basa la puntuación en una ponderación de 4 factores relevantes:

1. Magnitud del Problema (A): Evaluado usualmente de 0 a 10, de acuerdo a la población afectada o de acuerdo al porcentaje de población afectada (por ejemplo, enfermedades que afectan a la población).
2. Severidad del Problema (B): Evaluado usualmente de 1 a 10, de menos severidad a más severidad. Usualmente se consideran componentes como gravedad, pérdida económica, número de personas afectadas, para generar una evaluación cualitativa llevada a una valoración numérica.
3. Re solubilidad del problema (C): Llamado también eficacia o vulnerabilidad, evalúa cuán efectiva es una solución además de determinar la capacidad de la organización para generar la solución.
4. Factibilidad de Intervención (D): Este componente se evalúa de acuerdo a una serie de elementos que permiten estudiar la viabilidad de una solución implementada. Esta evaluación se realiza de acuerdo a la regla PERLA⁸, es decir, pertinencia o grado de importancia, factibilidad económica, recursos disponibles, legalidad y aceptabilidad. Cada uno de estos factores son evaluados con 0 si no es factible o 1 si lo es. La factibilidad definitiva debe ser considerada con todos los componentes PERLA con valor 1.

La ponderación final viene da por $(A+B) \times D$, que permite generar una priorización entre problemas.

5.7 Priorización Factibilidad-Importancia

Un método usado para la priorización de iniciativas generadas, es la evaluación factibilidad-importancia, donde cada uno de estos factores son evaluados en una escala de 1 a 5, donde 1 es muy poco importante o factible y 5 muy importante o muy factible. De acuerdo a esto, se pueden tener la siguiente distribución de iniciativas en un plano cartesiano: Iniciativas fáciles de hacer, pero poco importantes, las iniciativas difíciles de hacer, pero importantes, las iniciativas difíciles de hacer y poco importantes y finalmente, las iniciativas importantes y factibles. La Figura 17, muestra esta distribución.

⁸ Félix Morales González y Maura Cabrera Jiménez (2018). The Hanlon Method, a methodological tool for prioritizing needs and health problems. An operational perspective for health diagnosis

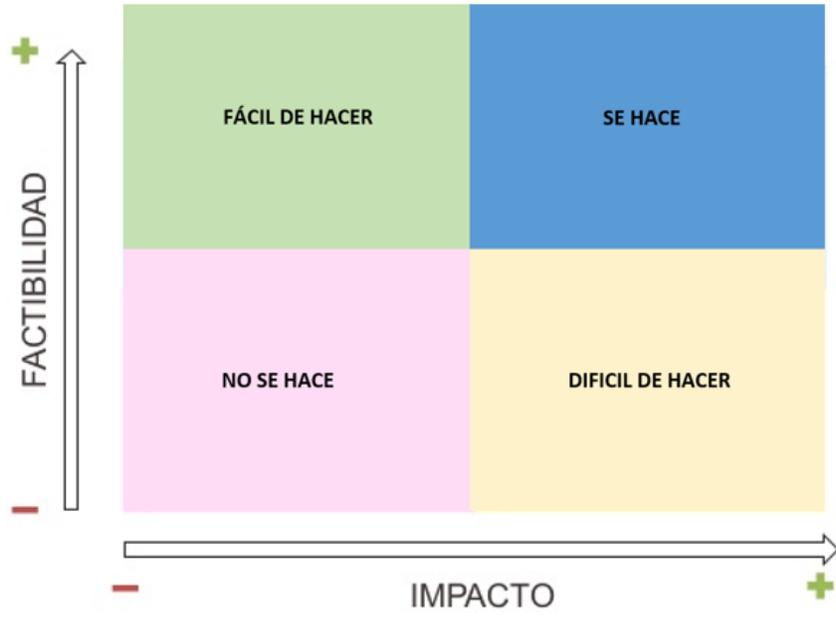


Figura 17. Distribución en evaluación de factibilidad - Impacto

CAPÍTULO 6: METODOLOGÍA

En términos generales, el modelo de gestión de la experiencia del paciente debe permitir obtener información relevante en relación con la calidad de la atención, utilizando los recursos e información que la clínica dispone ya en sus plataformas (como es el caso de Indaga y su medida de lealtad y satisfacción), además de analizar de forma interna el funcionamiento de las operaciones de la clínica para detectar problemas que incidan en la calidad del servicio. El alcance del modelo de gestión se extiende a las áreas de urgencias, centro médico, centro de diagnóstico y hospitalizados.

Se realiza un análisis de la situación actual del área de operaciones desde la perspectiva del sistema de gestión de calidad (descrito en la sección 5.3) y de forma adicional se estudia la capacidad del área de operaciones, que es la encargada de la satisfacción del paciente en la Clínica Red Salud Providencia y de implementar en última instancia el modelo de gestión en sus operaciones (este último análisis se hace en términos de fortalezas y debilidades). Para ello, se hace uso de la matriz de evaluación de factores internos que es aplicada de forma directa, al área de operaciones.

Se propone, en segunda instancia, una metodología para la detección de problemas, que busca revisar de forma interna los problemas que entorpecen la calidad del servicio y la satisfacción del paciente.

Para la detección de problemas, se sugiere un trabajo colaborativo que siga la línea de la metodología DMAIC, que busca la mejora incremental de los procesos existentes. La detección de problemas sigue los objetivos del tercer paso de la metodología de la Figura 16 analizar la información disponible y/o recolectada, para determinar las causas raíces, los problemas y oportunidades de mejora.

Mediante workshops y el trabajo colaborativo, se busca identificar causas raíces a un problema central que es el descenso de la satisfacción del paciente haciendo uso del diagrama Ishikawa. Se destaca que mediante el trabajo colaborativo de los equipos involucrados (Hospitalizados, Urgencias, Centro Médico y Diagnóstico), se capturan aspectos de procesos internos, como deficiencias, errores y oportunidades, que los indicadores no capturan. Es parte del trabajo ejecutar la aplicación de la metodología sugerida en el modelo de gestión para la identificación de problemas y obtener causas raíces, de tal forma de evaluar su funcionamiento, por lo que son necesarias sesiones de trabajo con los equipos médicos antes mencionados.

Luego de detectados los problemas, se hace uso del método Hanlon para la priorización de problemas que permita tomar los problemas detectados por cada área y estimar su prioridad.

Posterior a la detección de problemas, se propone y aplica una metodología en conjunto con los equipos de trabajo de las áreas que son parte del modelo, para la generación de iniciativas que considere la información de los indicadores y la revisión de la satisfacción de los pacientes en el proceso de atención. La metodología para la generación de iniciativas incluye una modalidad de

trabajo cooperativo, además de la priorización de iniciativas para generar un plan de acción o agenda, que permita una mejora de los procesos, con el fin de estimular la buena calidad de servicio.

Finalmente, se propone un modelo de gestión de experiencia paciente a Clínica Red Salud Providencia, una propuesta de diseño, que permite un control y seguimiento de las iniciativas y en un plano más amplio, una mejora continua de los procesos.

El propósito del modelo de gestión, es definir una esquema o estructura que permita la identificación de problemas, generación de alternativas de solución, control y seguimiento, definiendo estándares de calidad y objetivos, además de estructuras de trabajo. El modelo debe cumplir con los hitos presentados en la Figura 18, Modelo de gestión de recomendación, es decir:

1. Indicadores de Experiencia: donde se define qué se mide y cuáles son las variables relevantes, que, en este caso, son las que contribuyen o destruyen la lealtad de los clientes.
2. Sistema de gestión: Se definen las herramientas de gestión y los KPI's que hay que seguir.
3. Causas Raíces: Identificación de problemas y causas raíces que generan tales problemas. Proponer metodología de trabajo.
4. Planes de Acción: Seleccionar un plan de acción que ejecute iniciativas de solución y método de implementación.
5. Mejora continua: Se da seguimiento a las metas y los indicadores relevantes, existe una retroalimentación, resultados y se generan informes de gestión.



Figura 18 Modelo de gestión de recomendación

CAPÍTULO 7: ANÁLISIS DEL ESTADO ACTUAL

Dentro de las funciones que tiene la gerencia de operaciones, está la de ser responsable de idear estrategias de gestión relacionadas con la satisfacción del paciente y de transmitir estas estrategias a los equipos que dependen de ella, ya sea urgencias, centro médico, centro de diagnóstico u hospitalizados. Las sub áreas que trabajan en conjunto con la gerencia de operaciones, se muestran en la Figura 3 en el capítulo 2 (antecedentes generales de la organización), que muestra el organigrama del área de operaciones de la Clínica Red Salud Providencia. Este organigrama, muestra que existe equipo gerencial trabajando en conjunto con equipo médico y de enfermería, en los diferentes servicios.

7.1 Análisis situación actual

Según lo descrito previamente en la sección 5.3 (sistema de gestión de calidad) en el capítulo 5 (marco teórico), se analizará la situación actual de la gerencia de la Clínica Red Salud Providencia, desde la perspectiva del sistema de gestión de calidad. Para ello, la norma ISO 9000, es de utilidad ya que esta plantea algunos requisitos que serán usados para el análisis considerando que el objetivo de utilizar la gestión de calidad y algunos de los principios de la norma ISO 9001:20015, no es aplicar los requisitos que solicita la norma en los procesos de la clínica, sino más bien, analizar la situación actual de la clínica.

Según lo anterior, se analizarán la el contexto de la organización desde la perspectiva de la dirección estratégica, la planificación desde la perspectiva de la evaluación de riesgos y la mejora continua:

1. Dirección estratégica: En la sección 2.2 (misión y visión de la organización). Se distingue en la misión, el compromiso de la clínica con los altos estándares de calidad en su servicio, lo que resulta ser una aspiración central al momento de trazar las estrategias de gestión.

De forma similar, se aprecia en la visión, que la clínica, bajo el amparo corporativo de Red Salud, tienen como dirección el ser un referente en la salud médica del país destacándose por su prestigio y por la capacidad para resolver las necesidades de salud de gran parte de la población.

Lo anterior, plantea la necesidad de revisar los esfuerzos que actualmente se realizan en la clínica y que apoyan esta dirección estratégica de la red, de generar prestigio. Es particularmente central, considerar factores relevantes en la misma línea, tales como la satisfacción del paciente y qué se hace actualmente, para mejorar estos puntos.

A partir del año 2017, la clínica brinda información relacionada con la satisfacción del cliente con parámetros previamente descritos tales como el índice boca a boca, índice de prioridad, entre otros (para mayor detalle, revisar la sección 5.1). Esto lo realiza mediante la consultora FBA Consulting que brinda servicios a clínicas, hospitales y otras organizaciones del área de la salud con el propósito de mejorar la satisfacción tanto de pacientes como de trabajadores, brindando herramientas que facilitan la toma de decisiones de gestión.

Esto significó para la red y para la Clínica Red Salud Providencia en particular, un gran avance en el proceso de medir los parámetros de satisfacción al interior de la clínica y desde el comienzo de estas mediciones hasta la fecha, la penetración de la plataforma Indaga (plataforma que visualiza estos parámetros antes mencionados) ha sido progresiva y su uso, ha sido gradual.

Es importante mencionar, que existen claros lineamientos por parte del corporativo de considerar estos parámetros de satisfacción, en las decisiones de gestión. La gradualidad del uso de esta información se debe en parte a que los equipos o áreas de trabajo suelen ser multidisciplinarios. Quienes son los principales analistas de datos que comprenden y dan uso a estos parámetros ahora medidos, son los equipos gerenciales. No obstante, los equipos gerenciales trabajan en conjunto con equipos médicos y principalmente, equipos de enfermería.

Según lo mostrado en la Figura 3, se muestra la dependencia de varias áreas operativas tales como urgencia, hospitalizados, centro médico, diagnóstico, entre otras, con respecto a la gerencia de operaciones. Este trabajo conjunto, requiere que el uso de la información, la interpretación de estos parámetros medidos y la comunicación del diagnóstico que estos muestran en relación con la satisfacción del paciente y la calidad del servicio brindado, sea un trabajo progresivo. En este sentido, se observa mediante el trabajo realizado con los equipos de atención, que son cada vez más los usos que se dan a la información obtenida de los pacientes y los equipos operativos de atención son cada vez más retroalimentados estos resultados de sus respectivos turnos.

Es también relevante, que las prácticas de gestión y las diferentes estrategias que las distintas clínicas y centros médicos ejecuten con el objetivo de mejorar la gestión de la calidad de atención, la satisfacción del paciente y resolución de problemas, son compartidos entre las áreas gerenciales, generando un ambiente colaborativo. Por otro lado, los esfuerzos corporativos por contratar los servicios de la consultora y así obtener esta información, dan paso a libertad a los equipos de trabajo para buscar e implementar mejoras que permitan mejorar la calidad del servicio.

2. Evaluación de Riesgos: En relación con la evaluación de riesgos que corresponde al requisito de planificación de la norma ISO 9001, se identifican algunas deficiencias claras.

La evaluación de riesgos dice relación con la determinación de problemas internos y externos al interior de la organización. En este punto se distingue que no existen procesos destinados a la detección de problemas tanto internos como externos, lo que da paso a que los problemas sean visibles sólo cuando estos han persistido a través del tiempo y su efecto es ya muy notorio en el funcionamiento de los equipos y en la calidad de la atención.

Cabe mencionar, que actualmente se dan soluciones a los problemas operativos que se presenten y se realizan esfuerzos puntuales que buscan impactar positivamente en la calidad de servicio y la atención del paciente, sin embargo, no existe un proceso de detección de problemas sistemático que permita un control de los procesos (para un mayor detalle, revisar la sección 3.1 que habla de los motivos del trabajo, específicamente el tercer punto que habla de ausencia de control y evaluación de funcionamiento de procesos internos).

3. Mejora continua: Debido a la ausencia del control y evaluación del funcionamiento de los procesos internos, no existe tampoco una mejora sistemática y continua de dichos procesos. Esto plantea la pertinente necesidad de generar una mejora continua, partiendo por generar control de los procesos con el objetivo de detectar problemas, para luego relacionar la importancia de estos problemas en la satisfacción del paciente.

En este punto se distinguen los problemas operativos que tienen relación con lo que el paciente no observa que es propio del funcionamiento interno de la clínica y, por otro lado, los problemas que puedan surgir de la percepción del servicio recibido por parte de pacientes. La consideración de estos dos aspectos en la detección de problemas y generación de iniciativas de mejora, permite generar implementaciones de un impacto no tan solo en la satisfacción del paciente, sino también en el buen funcionamiento de los equipos de trabajo.

Al detectar y medir la importancia de los problemas, se hace posible la generación de iniciativas y mejoras a implementar a los distintos procesos. Sin embargo, el ciclo de detección de problemas, generación de soluciones y su implementación, debe ser permanente debido a que pueden surgir nuevos problemas.

7.2 Matriz de evaluación de factores internos

Debido al funcionamiento multidisciplinario del área de operaciones, es pertinente evaluar la fortaleza de esta para hacer frente a cambios que signifiquen un nuevo foco, que guíe reestructuraciones en protocolos de atención, estándares de calidad e indicadores además de los esfuerzos desplegados por los equipos de atención y que van orientados cada vez a mejorar la satisfacción del paciente.

En relación con lo anterior, la implementación de un modelo de gestión de la experiencia paciente, es un elemento nuevo que cambia el foco de los esfuerzos de gestión que son trazados desde la gerencia y ejecutados por los equipos de atención médica. Por esto, antes de revisar las metodologías que se ven involucradas en el modelo de gestión de satisfacción del paciente, es necesario determinar las fortalezas y debilidades que posee el área de operaciones para hacerse cargo de un modelo que impondrá un trabajo continuo por la mejora de procesos para la satisfacción del paciente.

Para evaluar las fortalezas del área de operaciones, se hace uso de la matriz de evaluación de factores internos, que es una herramienta usualmente utilizada en auditorías internas a administraciones de organizaciones, que permiten evaluar la efectividad de las estrategias que son aplicadas y conocer el impacto, detectando fortalezas y debilidades relevantes. De esta manera, se puede optimizar aquellos procesos internos que no permiten que las estrategias generen un impacto relevante.

La descripción técnica de esta herramienta, se encuentra en el marco teórico y la metodología del proyecto descrita en los capítulos 5 y 6. Esta identifica en primera instancia una lista de fortalezas y debilidades (trabajo conjunto con la gerencia de operaciones), las cuales son evaluadas y puntuadas con un sistema específico, para obtener un puntaje ponderado que nos permite medir la fortaleza del área.

La Tabla 2, MEFI del área de operaciones, Clínica Red Salud Providencia, muestra el resultado de este análisis del área de operaciones de la clínica. Se observa en la Tabla 2, que la suma ponderada de las fortalezas (2.31) supera a las debilidades (0.57), por lo que el área de operaciones tiene fortalezas cuyo peso es mayor al de sus debilidades. Adicionalmente, la suma ponderada total es de 2.88, superando ampliamente el estándar mínimo de 2.5 que define un área u organización como fuerte.

Esto permite identificar puntos fuertes que facilitarían las estrategias de gestión que se puedan implementar, así como las debilidades que pueden retrasar o entorpecer su eficacia. A continuación, se muestra la descripción de estas fortalezas y debilidades. De forma adicional, revisar Anexo B, con un análisis FODA de la organización generado a partir de un análisis de la organización.

Factor Crítico del Éxito	Peso	Clasificación	Puntuación
FORTALEZAS			
Personal calificado en la atención médica con experiencia	0,06	4	0,24
Personal unificado en cuanto a objetivos	0,06	4	0,24
Buena comunicación de equipo (Reuniones semanales)	0,03	3	0,09
Retroalimentación inter-clínicas de buenas prácticas de gestión	0,02	3	0,06
Personal comprometido con el buen funcionamiento de sus áreas	0,11	4	0,44
Gerencia ampliamente capacitada en Business Analytics	0,06	4	0,24
Integración progresiva de la experiencia cliente en el management	0,07	4	0,28
Libertad para ejercer cambios en prácticas de gestión	0,18	4	0,72
Subtotal Fortalezas			2,31
DEBILIDADES			
Personal en áreas médicas con poco conocimiento de gestión	0,02	2	0,04
Personal en áreas médicas con poco conocimiento de TI o Excel	0,02	2	0,04
Falta de lineamientos médicos en la atención	0,08	1	0,08
Ausencia de penalizaciones a médicos por incumplimientos en horarios	0,1	1	0,1
Frecuentes limitaciones presupuestarias para aumento de personal	0,04	2	0,08
Gerencia con personal generalmente insuficiente para responder a todos los requerimientos	0,05	2	0,1
Recursos tecnológicos (computadores, pantallas, escritorios) limitados	0,03	2	0,06
Software de manejo de datos y licencias de Excel	0,07	1	0,07
Subtotal Debilidades			0,57

Tabla 2, MEFI del área de operaciones, Clínica Red Salud Providencia

Fortalezas:

- Personal calificado en atención médica: Hablando de las áreas médicas de urgencias, centro médico, centro de diagnóstico y hospitalizado, áreas dependientes de la gerencia de operaciones (para más detalle, revisar Figura 3 que muestra el organigrama), están a cargo

de enfermeras que asumen las gerencias y subgerencias de las respectivas áreas mencionadas y que cuentan con una amplia experiencia y trayectoria en el servicio de salud privada. Todas ellas, han estado a cargo de diferentes posiciones en otras clínicas en las áreas de las que actualmente lideran en la Clínica Red Salud Providencia.

- Personal unificado en cuanto a objetivos y lineamientos: El área de operaciones define focos importantes a los cuales es necesario prestar atención y cuidado para el correcto funcionamiento de los procesos. En este sentido, las directrices de qué hacer y cómo hacerlo, son claras para todos quienes trabajan en la parte de operaciones de la clínica en las áreas que dependen de la gerencia de operaciones o trabajan en conjunto con ella.
- Buena comunicación de equipo: Los antecedentes del funcionamiento, logros y mejoras por realizar, son de conocimiento general en el área, ya que semanalmente se realizan reuniones donde se dan cuenta de estos asuntos y se tratan.
- Retroalimentación inter-clínicas de buenas prácticas de gestión: Es también un evento establecido, la reunión de los gerentes de operaciones de todas las clínicas de Santiago, donde se comparte el desempeño de en sus respectivas clínicas compartiendo estrategias exitosas y fallas en procesos de ser solucionadas, con el fin de estimular la cooperación. Esta es una instancia de retroalimentación que permite compartir buenas prácticas de gestión, compartir soluciones a ciertos problemas de procesos que ha funcionado en otras clínicas, entre otros.
- Personal comprometido con el buen funcionamiento de sus áreas: Este es un punto cualitativo, que es de gran importancia a la hora de ejecutar los procesos bajo los objetivos definidos en el área corporativa de la red, o en la misma gerencia. Sin este compromiso, los errores y fallas son más difícil de detectar debido a la falta de motivación a cooperar en el cumplimiento de los objetivos.
- Gerencia ampliamente capacitada en Business Analytics: Actualmente la gerencia de operaciones, la componen la gerenta de operaciones Carolina Contreras, ingeniera civil industrial de la Universidad de Chile, que cuenta con más de 10 años en el área de salud, gestionando procesos de mejora de procesos en salud, además de ser profesora en diplomado de gestión en Salud, de la Universidad Católica de Chile. De forma adicional, el equipo cuenta con un ingeniero industrial a partir de abril del año 2019, que ha permitido introducir herramientas de gestión y procesos que han sido de utilidad para la mejora en el desempeño de los equipos médicos y de enfermería.
- Integración progresiva de la experiencia cliente en el management: Desde el 2017 se cuenta con la medición del IBB ⁹, que busca evaluar la lealtad de los clientes además de tener información con respecto a la satisfacción del paciente en el proceso de atención. Desde la introducción de estos indicadores, se ha buscado que los procesos de atención sean cada vez más evaluados desde la perspectiva de la satisfacción del paciente.

⁹ IBB, NPS (Net Promoter Scorer) que busca medir la probabilidad de recomendación. Es una medida de lealtad de los clientes.

- Libertad para ejercer cambios en prácticas de gestión: Debido a la creciente importancia del customer experience en la red, hay libertad para implementar estrategias que promuevan la calidad del servicio.

Debilidades:

- Personal en áreas médicas con poco conocimiento de gestión: A pesar que la experiencia del personal médico y de enfermería, en cuanto a la atención del paciente es amplia, no existe conocimiento de gestión de procesos, de mejora de procesos o de estrategias que permitan buscar la efectividad en la ejecución de estos. Esto genera una división clara en las funciones que dificulta la comunicación desde la gerencia hacia las áreas médicas.
- Personal en áreas médicas con poco conocimiento de TI o Excel: La clínica trabaja a nivel gerencial con Excel principalmente. La mayor parte de la información y el flujo de esta al interior de la clínica, se mueve a través de esta herramienta, por lo que se dificulta el traspaso de información desde la gerencia a las áreas médicas debido a esta deficiencia o falta de conocimientos al respecto. La mayor parte del trabajo o la manipulación de datos, debe realizarla la gerencia de operaciones, aun cuando sea algo relativamente básico.
- Falta de Lineamientos médicos en la atención: De forma transversal en las áreas, existen ausencias de ciertos lineamientos y protocolos en algunos puntos del proceso, tales como la entrega de resultados, diagnóstico, entre otros, que dificultan la buena calidad en el servicio, empeoran la satisfacción del paciente y retrasan los procesos.
- Ausencia de penalizaciones a médicos por incumplimientos en horarios: los incumplimientos de horarios ocurren con frecuencia, especialmente en las consultas médicas del centro médico, y son habituales porque no existe penalización a menos que el problema sea muy evidente.
- Frecuentes limitaciones presupuestarias para aumento de personal: El aumento de personal está limitado y sujeto al presupuesto que se evalúa de forma anual. La incorporación de un miembro más a un equipo debe ser muy bien justificado de un año para otro.
- Gerencia con personal generalmente insuficiente para responder a todos los requerimientos: A pesar que existe amplia capacidad y conocimientos de gestión, la gerencia de operaciones cuenta con 2 miembros, que usualmente no son suficientes para el cumplimiento de los requerimientos.
- Recursos tecnológicos (computadores, pantallas, escritorios) limitados: Se dispone actualmente de 2 notebooks y un monitor adicional para el procesamiento de datos. Para la magnitud de las bases de datos trabajadas, estos recursos suelen ser insuficientes.
- Software de manejo de datos y licencias de Excel: Para el año 2020, se anticipó que la clínica ya no contaría con licencias de Excel, lo que dificulta el trabajo a nivel gerencial.

7.3 Análisis de MEFI

De los resultados que muestra la matriz de evaluación de factores internos aplicados al área de operaciones de la Clínica Red Salud Providencia, destaca particularmente las debilidades de personal generalmente insuficiente para responder a requerimientos y la ausencia de penalizaciones a médicos por incumplimiento en horarios (limitando el alcance de las estrategias de la gerencia de operaciones).

En relación con el personal insuficiente en la gerencia, se hace referencia a la cantidad de ayuda técnica, sean herramientas de gestión, planillas de Excel, solicitud de reportes y datos, etc., que se levantan desde las áreas que componen el área de operaciones de la clínica hacia la gerencia. Usualmente, varias de estas solicitudes esperan días, semanas o meses incluso antes de poder ser atendidas, debido a la carga de trabajo.

De igual forma, la ausencia de penalizaciones de médicos por incumplimiento en horarios, es un punto relevante al momento de considerar la calidad del servicio brindada. Destaca negativamente el área de centro médico, donde la estructura del negocio favorece un escenario donde se dan retrasos de los médicos en las atenciones. Los médicos que no están sujetos a la clínica mediante un contrato sino más bien, ellos pagan su propio espacio de oficina para la atención, y se obtienen ganancias, principalmente por la cantidad de consultas realizadas, favoreciendo de esta forma, el aumento de sobrecupos, incumplimiento en los horarios de consulta, lo que propicia los retrasos en el cronograma.

Puntos particularmente débiles son la falta de conocimiento de gestión y de herramientas como Excel, por parte del personal médico y de enfermería lo que entorpece la comunicación y el trabajo autónomo por parte del personal, usualmente encargado de los procesos. Esto supone una mayor carga para el equipo de gerencia, dado que se elevan solicitudes de análisis básicos que, de haber mayor manejo técnico en herramientas digitales, no se harían.

Dentro de los puntos fuertes que refuerzan el área de operaciones, se encuentra la integración progresiva de la experiencia cliente en la gestión. Como se ha mencionado previamente, la Red comenzó el análisis de la experiencia cliente en el año 2017 y la medición de algunas métricas relacionadas y a partir de allí, ha cobrado creciente importancia el considerar estas métricas de lealtad, satisfacción del paciente, entre otras, para hacer gestión, aunque todo esto, sin una metodología unificada clara.

Por otro lado, la fortaleza más relevante para el área, es la libertad para generar e implementar estrategias de gestión que permitan abordar de forma esquemática y metodológica la experiencia del paciente. Frente a la ausencia de metodologías, existe libertad para evaluar estrategias de gestión que permitan hacerse cargo de este punto. De allí vienen las instancias en las cuales los gerentes de las clínicas comparten sus estrategias y resultados.

Lo anterior, facilita un escenario favorable para adoptar un modelo de gestión de la experiencia del paciente y según el análisis MEFI realizado, el resultado general es favorable, teniendo que el área de operaciones de la Clínica Red Salud Providencia es robusta, predominando en ella fortalezas que favorecen la puesta en marcha de las estrategias de gestión.

CAPÍTULO 8: DETECCIÓN DE PROBLEMAS

8.1 Descripción del trabajo

La primera sección del modelo de gestión es la detección de problemas, la cual es aplicada a las áreas operativas de la clínica (Hospitalizados, Urgencias, Centro Médico y Diagnóstico) bajo la metodología DMAIC (descrita en la sección 5.3, en el capítulo 5 de marco teórico), en trabajos individuales con cada área y en conjunto con los gerentes y sub gerentes de cada sección señalada.

El objetivo es hacer una revisión de los puntos que representan un problema al funcionamiento eficiente de los procesos y que afectan de forma directa o indirecta la satisfacción del paciente.

Fue previamente descrito en la metodología, el proceso de aplicación de las herramientas a utilizar. La Figura 19 muestra el esquema de trabajo para la detección de problemas.

Cada área tuvo su propia sesión de trabajo, donde mediante reunión de trabajo, se reunieron los principales responsables de las áreas antes descritas (gestionado por la gerencia de operaciones), y se hizo uso de la lluvia de ideas para exponer los principales problemas detectados en el trabajo diario. Es importante destacar que el foco es extraer los problemas que afecten al paciente de forma directa o indirecta y que repercutan en su satisfacción. Si bien es cierto, en los procesos de atención, son muchos los problemas que pueden coexistir con el trabajo, no todos estos repercuten en la satisfacción y bienestar del paciente. En este sentido, el foco es siempre detectar los problemas que impactan la satisfacción del paciente.

Para guiar el levantamiento de problemas, se aplica la estructura del diagrama Ishikawa, donde el problema central es el descenso de la satisfacción del paciente. El objetivo es identificar los problemas raíces que llevan al descenso en la satisfacción según tipos de causas (diseño, personas, maquinaria, materiales, medición, infraestructura y comunicación).

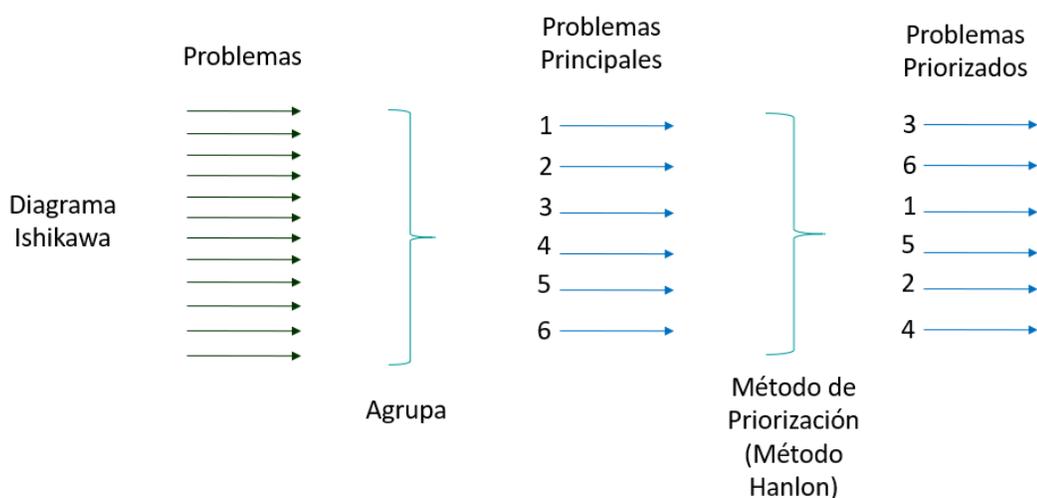


Figura 19. Esquema de Identificación de Problemas

El objetivo de aplicar el diagrama Ishikawa no es obtener el esquema en sí, sino guiar la detección de problemas. El resultado es una serie de ideas que es necesario tabular, resumir, agrupar de tal forma de obtener una lista de problemas centrales por área que puedan ser priorizados.

Una vez tabulados y agrupados los problemas, se procede a aplicar el método Hanlon para la priorización de estos. El método está basado en los factores de magnitud del problema (A), severidad del problema (B), re solubilidad del problema (C) y factibilidad de intervención (D).

En relación con las escalas de los factores del método, se tiene que la magnitud (A) es adaptable a la circunstancia de estudio. Usualmente es determinada por la cantidad de habitantes o personas que son afectadas por problemas, sin embargo, en el caso de los servicios de la clínica, la escala estará determinada por el ranking de cantidad de pacientes atendidos por servicios los cuales se muestran en la Tabla 3, donde se muestra que el área de consultas médicas es la que atiende mayor flujo de pacientes y, por otro lado, se muestra la escala de magnitud (señalada en el cuadro por la letra A, que representa una magnitud adimensional que busca categoriza):

Área	Pacientes Atendidos [2019]	Magnitud (A)
Consultas Médicas	379.193	10
Diagnóstico ¹⁰	97.096	8
Hospitalizados	29.446	6
Urgencia	19.374	4

Tabla 3. Participación y magnitud por área

El resto de los factores será definido en las secciones siguientes.

8.2 Detección de problemas en área de diagnóstico

En la sesión de trabajo con el área de diagnóstico, participaron la gerenta de operaciones, la gerenta de diagnóstico y las sub gerentas de imágenes, laboratorio y kinesiología, que son las sub áreas que componen el área de diagnóstico de la Clínica.

La sub área de imágenes, está a cargo de diagnóstico de enfermedades mediante el uso de radiografías, ecografías, mamografías, scanner y resonancia magnética, entre otras. El área de laboratorio, por otro lado, está a cargo de toma de muestras y exámenes tales como biología molecular, citogenética, hematología, inmunología y citometría de flujo, entre otras. Y finalmente, el área de kinesiología a cargo de la medicina física y rehabilitación entre otras.

¹⁰ Se considera para el área de diagnóstico, sólo el número de pacientes atendidos y no la cantidad de prestaciones que el paciente puede requerir, como exámenes médicos, en el área. Esto se debe que el parámetro de magnitud busca identificar a la cantidad de personas que se ven afectadas por los problemas.

El proceso de atención es convencional, es decir, el paciente llega con la orden médica, toma un número de atención y luego de realizar su registro y pago, espera hasta la realización del examen.

8.2.1 Resultados de identificación de problemas en diagnóstico

A continuación, se describen los principales problemas detectados en el área de diagnóstico:

1. Problemas estructurales y de mantención: Fue de acuerdo general que el estado de los techos, pisos y pintura es deficiente y tiene relación con la mantención de estos.

De forma similar, está el problema de la sala de espera, donde los pacientes deben permanecer hasta ser atendidos ya sea en caja o para la realización del examen. En este sentido, la falta de comodidad afecta la experiencia del paciente, particularmente en los días de alta congestión.

Por otro lado, se detectó confusión en las señaléticas que orientan a los pacientes al servicio que buscan. Esto genera retraso en el tiempo de atención del paciente. Los problemas de infraestructura son los siguientes:

- Mantención de infraestructura de techos y pisos
 - Pintura desgastada
 - Sillones incómodos
 - Señalética confusa
 - Falta de aseo en baños
2. Problemas Informáticos: Se detectaron fallas en el nivel de respuesta del equipo de TI de la clínica, cuando existe un problema de naturaleza informática o computacional. Que los equipos fallen o el sistema presente intermitencias, son problemas frecuentes, falta una solución. Por otro lado, se tiene que los computadores usados para la atención en caja y al interior de los servicios de diagnóstico, son lentos lo que alarga los tiempos de atención. Este último problema en particular, ha estado bajo solicitud de solución por mucho tiempo. Los problemas informáticos son:
 - Falta de soluciones informáticas
 - Computadores lentos
 3. Problemas comunicacionales: Existe una comunicación deficiente entre los servicios de la clínica, lo que complica la efectividad y fluidez de los procesos cuando se requiere establecer comunicación, por ejemplo, desde el área de diagnóstico hacia el área de consultas médicas o al revés.
 4. Problemas de puntualidad del personal: Existe un problema de atrasos al inicio de la jornada, debido a retraso de llegada del personal. Este es un problema que ha persistido y no se ha obtenido solución debido a la falta de sanciones.
 5. Problemas de diseño y/o planificación: Los principales problemas que se generan en relación con el funcionamiento del área, son los altos tiempos de espera para la realización de exámenes,

además de la demora en la reposición de insumos médicos necesarios para la realización de estos.

- Altos tiempos de espera para la realización de los exámenes
- Demora en reposición de insumos

8.2.2 Priorización de problemas en área de diagnóstico

Según lo mostrado en la Tabla 3, Participación y magnitud por área, el factor magnitud (A) para el área de diagnóstico es de 10, que representa la mayor magnitud en relación con las otras áreas médicas. El factor B, que es severidad del problema, se evaluó de acuerdo al nivel de impacto que tiene en la satisfacción del paciente. Los resultados se muestran en la Tabla 4 que muestra los factores en el proceso de priorización.

N°	Centro de Diagnóstico	A	B	C	D	(A+B)CxD
1	Mal estado de infraestructura de techos y pisos	8	4	0,8	1	9,6
2	Pintura desgastada	8	4	1	1	12
3	Sillones incómodos / Comodidad Sala de espera	8	7	1	1	15
4	Señalética confusa	8	5	1,2	1	15,6
5	Falta de soluciones informáticas	8	2	1,4	1	14
6	Computadores lentos	8	1	1,5	1	13,5
7	Comunicación deficiente entre servicios de la clínica	8	2	1	0	0
8	Aseo en baños	8	5	1,5	1	19,5
9	Altos tiempos de espera para la realización de los exámenes	8	8	1,2	0	0
10	Atrasos personal inicio de jornada	8	3	1,2	0	0
11	Demora en reposición de insumos	8	2	1,1	1	11

Tabla 4. Priorización Área de Diagnóstico

De acuerdo a los resultados de la priorización, los problemas en orden priorizado de mayor prioridad a menor, son los siguientes:

N°	Problema
8	Aseo en baños
4	Señalética confusa
3	Sillones incómodos / Comodidad sala de espera
5	Falta de soluciones informáticas
6	Computadores lentos
2	Pintura desgastada
11	Demora en reposición de insumos
1	Mal estado de infraestructura de techos y pisos

Tabla 5. Problemas priorizados en diagnóstico

Destaca la eliminación de los problemas 10 y 11, que representan el atraso del personal al inicio de la jornada y los altos tiempos de espera para la realización de exámenes respectivamente, debido a

un tema de factibilidad. Por un lado, el atraso del personal tiene su raíz en el respaldo que le da al personal de diagnóstico el participar en sindicato, lo que genera conflictos políticos al interior de la clínica, dificultando asignar sanciones o medidas relevantes.

Por otro lado, está el hecho de que los tiempos de espera para la realización de exámenes requiere inmediatamente una ampliación de instalaciones y aumento del personal, debido a que esta área funciona de forma intensa todo el día. Esto descarta intervenir de forma directa este problema a pesar de ser el de mayor severidad en el área.

Dentro de las medidas priorizadas, la que presenta mayor prioridad es el aseo de baños, que, a pesar de no ser el problema más severo, representa un resolubilidad muy alta siendo un problema muy fácil de abordar.

La falta de comodidad en la sala de espera, por otro lado, muestra una alta prioridad y representa la mayor severidad dentro de los problemas priorizados, dado que se determinó que afecta de forma directa la experiencia del paciente al permanecer en la sala de espera.

8.3 Detección de problemas en centro médico

La sesión involucró a la gerenta de operaciones, además de las sub gerentas del personal médico y personal de enfermería. Adicionalmente, fue citado parte del personal que trabaja en la reserva de horas.

El centro médico representa la segunda área con más participación en las ventas anuales de la clínica, después del área de diagnóstico. La reserva de horas se realiza por internet o mediante llamado telefónico, según la especialidad requerida. Al llegar a la consulta, se procede a pagar y esperar el turno. El flujo de pacientes es alto, y se relaciona de forma estrecha con el flujo en el área de diagnóstico, debido a que gran parte de los requerimientos de exámenes, provienen de las consultas médicas.

8.3.1 Resultados de identificación de problemas en centro médico

A continuación se describen los principales problemas detectados en el área de diagnóstico:

1. Problemas de infraestructura: El problema relacionado con la infraestructura es la falta de mobiliario en la sala de atención. Debido a que la frecuencia de pacientes es elevada y los tiempos de espera son un punto central, el mobiliario actualmente disponible facilita la congestión de personas de pie.
2. Problemas de medición: Un problema relevante detectado en el centro médico, es el poco control en los sobrecupos que los médicos permiten en sus consultas. Los médicos no están atados a contrato en el centro médico, por el contrario, ellos arriendan el espacio que utilizan lo que permite programar la oferta médica. Sin embargo, el negocio para los médicos proviene de la cantidad de horas de atención que realizan, por lo que les conviene incluir más sobrecupos en un día de consulta, generando así la inclusión de pacientes que no estaban contemplados en las reservas de horas, provocando atrasos y acortando el tiempo dedicado a cada paciente.

3. Problemas informáticos: El problema principal es la lenta respuesta ante la caída del sistema interno que utiliza el centro médico relacionado con las reservas de horas y realización de pagos, lo que retrasa la atención.
4. Problemas de calidad de atención del personal: Uno de los problemas detectados es el atraso de los médicos al momento de comenzar la consulta, siendo este un problema regular, hasta el momento sin sanción en el corto plazo. Por otro lado, está el trato hacia los pacientes por parte de médicos y recepcionistas, que han traído quejas, espacialmente relacionadas al trato al momento de hacer consultas y resolver dudas. Los problemas del personal son:
 - Médicos atrasados al comienzo de su horario de consultas
 - Trato y atención a pacientes por parte de médicos
 - Trato y atención a pacientes por parte de recepcionistas
5. Problemas de diseño: Los problemas de diseño tienen relación con los tiempos de espera, la congestión en cajas y recepción, relacionadas con la distribución de las consultas que no está pensada ubicarlas espacialmente conforme al nivel de demanda de cada especialidad. Por otro lado, frecuentemente no son suficientes la cantidad de recepcionistas para el número de pacientes en los momentos de alta demanda. Los problemas detectados son:
 - Tiempos de espera altos
 - Distribución de consultas en áreas CM
 - Congestión cajas y recepción
 - Falta cubrir a recepcionistas ausentes.

8.3.2 Priorización de problemas en centro médico

Los resultados de la priorización de los problemas detectados en el centro médico se muestran en la Tabla 6.

N°	Centro Médico	A	B	C	D	(A+B)CxD
1	Tiempos de espera altos	10	8	1	1	18
2	Médicos atrasados	10	5	0,5	1	7,5
3	Respuesta ante caída del sistema	10	3	1	1	13
4	Distribución de consultas en áreas CM	10	2	1,5	1	18
5	Congestión cajas y recepción	10	4	1	1	14
6	Trato y atención a pacientes por parte de médicos	10	10	1,2	1	24
7	Trato y atención a pacientes por parte de recepcionistas	10	6	1,3	1	20,8
8	Poco control de sobrecupos	10	5	1,1	1	16,5
9	Sistema muy lento	10	2	1	1	12
10	Falta cubrir a recepcionistas	10	3	1,3	1	16,9
11	Falta de mobiliario en sala de atención	10	4	1	1	14

Tabla 6. Priorización del centro médico

De acuerdo a los resultados de la priorización, los problemas en orden de mayor prioridad a menor, son los siguientes:

N°	Problema
6	Trato y atención a pacientes por parte de médicos
7	Trato y atención a pacientes por parte de recepcionistas
1	Tiempos de espera altos
4	Distribución de consultas en áreas CM
10	Falta cubrir a recepcionistas
8	Poco control de sobrecupos
5	Congestión cajas y recepción
11	Falta de mobiliario en sala de atención
3	Respuesta ante caída del sistema
9	Sistema muy lento
2	Médicos atrasados

Tabla 7. Problemas priorizados en centro médico

En el caso del centro médico el problema con menor prioridad es el de los médicos atrasados. Esto se debe a que no resulta fácil generar una solución, dado la naturaleza del vínculo que une a los médicos con el centro médico de la clínica. Debido a que los médicos son los que arriendan su espacio, es difícil generar iniciativas y/o medidas disciplinarias que incentiven a un horario adecuado. Por otro lado, está el hecho de que, entre más consultas tengan los médicos, mayor será su beneficio y debido a la ausencia de contrato que los ligue estrictamente con la clínica, la mayoría de ellos tiene consultas en otros centros de salud. No obstante, el problema se puede abordar dada la relevancia que tiene en términos de severidad del problema.

El problema que representó mayor prioridad fue el trato y atención a pacientes por parte de médicos (iniciativa n°6) y trato y atención a pacientes por parte de recepcionistas. Si bien es cierto, es más fácil educar e instruir en relación con el trato y la calidad de servicio a recepcionistas, también existen medidas que pueden mostrar o reflejar la satisfacción del paciente por médico, lo que facilita encontrar una solución.

8.4 Detección de problemas en área de urgencia

En la sesión de trabajo con el equipo de urgencia, participaron la gerenta de operaciones, la enfermera a cargo del área de enfermería y atención técnico en enfermería de urgencia, la doctora a cargo del área médica y ejecutivas a cargo de la recepción y caja.

La atención en urgencia es relativamente convencional. El paciente al llegar espera su turno, para luego pasar a caja donde posteriormente es llamado a la categorización donde se le asigna un nivel de severidad de su condición. Posteriormente, el paciente debe esperar hasta ser atendido en el box. Los casos especiales que no siguen el proceso convencional de recepción, son los pacientes graves, que son ingresados directamente.

8.4.1 Resultados de identificación de problemas en área de urgencia

Los problemas detectados en el área de urgencia son:

1. Problemas de infraestructura: Se detectaron problemas en relación con la comodidad del paciente tanto en la sala de espera como en el box donde el paciente es atendido:
 - Poca Comodidad sala de espera
 - Poca comodidad en boxes

2. Problemas Comunicacionales: Los principales problemas en términos de comunicación que fueron detectados, son las altas que se acumulan a la entrega de turnos y más relevante, la falta de explicación del seguimiento del proceso de atención y de los exámenes realizados. Lo último genera gran insatisfacción en el paciente, al no comprender el porqué del retraso y el tiempo de espera (en relación a este punto, en Anexo A, se adjunta un trabajo adicional en conjunto con el área de urgencia, en el cual se redefinió el protocolo de atención de tal forma de abordar de la mejor manera los puntos que inquietan al paciente). En resumen, los problemas comunicacionales detectados son:
 - Altas acumuladas a la entrega de turno
 - Falta de explicación del proceso y estado de exámenes

3. Problemas Informáticos: Los problemas detectados se relacionan con la falla en los computadores, y la lenta respuesta ante la caída del sistema. Este último punto representa una molestia considerable en los pacientes, debido a que el sistema se cae al inicio del proceso en caja.
 - Falla en computadores
 - Lenta respuesta ante caída del sistema

4. Problemas de personas: Los problemas detectados tiene relación con la falta de personal médico, de enfermería, especialmente en horarios de alta demanda:
 - Falta de personal en horarios de alta demanda
 - Pacientes entran al box, pero no hay médico disponible
 - Personal de enfermería insuficiente

5. Problemas de Diseño: Los problemas de diseño detectados tiene relación con los tiempos de espera y de ocupación prolongada de boxes. De forma adicional existe una lentitud en los resultados de los exámenes. Por otro lado, cuando un paciente está grave, el protocolo es darle máxima prioridad, lo que retrasa la atención de los demás pacientes que están siendo atendidos, prolongando los tiempos de espera. Los problemas de diseño detectados son los siguientes:
 - Box con ocupación prolongada
 - Lentitud en entrega de resultados de exámenes
 - Paciente grave, demora en atención

8.4.2 Priorización de problemas en área de urgencia

Los resultados de la priorización para el servicio de urgencia son los siguientes:

N°	Urgencias	A	B	C	D	(A+B)CxD
1	Falta de personal en horarios <i>peak</i>	4	7	0,8	0	0
2	Box con ocupación prolongada	4	5	0,6	1	5,4
3	Lentitud en exámenes	4	4	0,7	0	0
4	Altas acumuladas a la entrega de turno	4	2	0,9	1	5,4
5	Pacientes entran al box, pero no hay médico disponible	4	6	0,7	0	0
6	Falla en computadores	4	2	1,5	1	9
7	Lenta respuesta ante caída del sistema	4	5	1	1	9
8	Personal de enfermería insuficiente	4	6	1	0	0
9	Paciente grave, demora en atención	4	4	0,5	0	0
10	Poca comodidad sala de espera	4	3	1	1	7
11	Poca comodidad en boxes	4	3	1	1	7
12	Falta de explicación del proceso y estado de exámenes	4	7	1,5	1	16,5

Tabla 8. Priorización del Área de Urgencia

De acuerdo a los resultados de la priorización, los problemas en orden de mayor prioridad a menor, son los siguientes:

N°	Problema
12	Falta de explicación del proceso y estado de exámenes
6	Falla en computadores
7	Lenta respuesta ante caída del sistema
10	Poca comodidad sala de espera
11	Poca comodidad en boxes
4	Altas acumuladas a la entrega de turno
2	Box con ocupación prolongada

Tabla 9. Problemas Priorizados de Área de Urgencia

Se observa que el problema de mayor prioridad es el n° 12 que representa la falta de explicación del proceso al paciente y la falta de explicación de seguimiento del estado de sus exámenes. Es frecuente que luego de realizados los exámenes al paciente, el próximo contacto que se tiene con él, es la entrega de los resultados, sin embargo, esto genera un prolongado tiempo de espera el cuál el paciente asocia a negligencia o demora del personal. En relación a este punto, también se detectó que el análisis de los exámenes que se presenta a los pacientes, se realiza en torno a la razón de su visita a urgencia, por lo que si hay algún parámetro fuera de rango, que no diga relación con la razón de su consulta, se acostumbra a omitir, generando a veces confusión en los pacientes

atendidos (para revisión del nuevo protocolo de atención en urgencia ver Anexo A, donde se abordan estos puntos).

Se descartaron varios problemas por razones de factibilidad. Las razones principales son que no es viable aumentar el personal de enfermería y/o el personal médico debido a los costos, aunque esto generaría una mejora en los tiempos de atención. Por otro lado, los retrasos que se generan debido a protocolos de atención a pacientes graves, no se pueden cambiar, al ser un protocolo establecido para todos los servicios de urgencia, sin embargo, el nuevo protocolo de atención sugerido en Anexo A adiciona el flujo de información de estado de avance, como una forma de abordar este problema.

Finalmente, la lentitud en los exámenes se genera debido a la congestión de pacientes tanto en urgencias, como en el área de diagnóstico, lo que es esperable en momentos de alta demanda. No obstante, según ya se mencionó, la comunicación del estado de los exámenes es un problema mejorable.

8.5 Detección de problemas en área de hospitalizados

La sesión con el área de hospitalizados fue realizada de forma similar a las anteriores, con la presencia de la gerenta de operaciones, la enfermera a cargo del área de hospitalizados y algunas ejecutivas de recepción.

El proceso de atención de hospitalización es brindado a pacientes que tienen citas programadas para la realización de intervenciones quirúrgicas y requieren una rehabilitación post operatoria. Los problemas detectados dicen relación con el proceso que involucra la estadía del paciente como post operado, además de su recepción previa, excluyendo la intervención quirúrgica.

8.5.1 Resultados de identificación de problemas en área de hospitalizados

El resultado de la detección de problemas en el área de hospitalizados es el siguiente:

1. Problemas de infraestructura y equipamiento: Señaléticas poco claras para la orientación de pacientes y familiares, además de la falta de reposición de recursos.
 - Falta de recursos tales como toallas, frazadas y ropa
 - Señalética poco clara
2. Problemas informáticos: Persisten de forma transversal en todas las áreas los problemas de capacidad de respuesta para la resolución de problemas informáticos.
3. Problemas comunicacionales: Se detectaron problemas con la asignación de habitaciones, donde la habitación acordada en el papeleo previo o la asignada de acuerdo al plan médico, no concordaba con la que era asignada de forma efectiva. Por otro lado, un problema que usualmente recibe mucha queja por parte de los pacientes, es la cantidad de papeles que deben firmar de forma previa a la intervención. Finalmente, hay quejas frecuentes en relación con la

poca claridad en la entrega de resultados después de las cirugías, debido a que es el médico quien está autorizado a entregar los resultados de la cirugía, pero no existe un protocolo que responsabilice al médico de hacerlo, generando confusión.

- Falta de lineamientos entrega de resultados de la cirugía al paciente
 - Error en la asignación de habitaciones
 - Excesiva cantidad de documentos
4. Problemas de personas: Se detectaron problemas de falta de personal en horario nocturno y personal que está designado para la mantención de habitaciones, que es un cargo que actualmente no existe. Los problemas de personas detectados son:
- Falta de personal después de las 22 hrs.
 - No hay personal asignado a la mantención de habitaciones (housekeeper)
 - Mucho ruido en la noche
5. Problemas de Medición: Falta una herramienta más apropiada que permita el cálculo del presupuesto de forma más ajustada a la realidad. El presupuesto se fija previo a la intervención quirúrgica, pero usualmente difiere mucho de la pagada realmente debido a cambios en la intervención, a cambios en la asignación de camas, de habitaciones, etc. Esto genera insatisfacción al momento de realizar el pago final.

8.5.2 Priorización de problemas en área de hospitalizados

Los resultados de la priorización de problemas en el área de hospitalizados se muestran a continuación

N°	Hospitalizados	A	B	C	D	(A+B)CxD
1	Falta de personal después de las 22 hrs.	6	3	0,6	1	5,4
2	Falta de protocolo en la entrega de resultados en cirugía	6	6	1,5	1	18
3	Error en la asignación de habitaciones	6	4	1,5	1	15
4	Falta de recursos tales como toallas, frazadas y ropa	6	3	1,5	1	13,5
5	Señalética poco clara	6	3	1,2	1	10,8
6	No hay personal asignado a la mantención de habitaciones (housekeeper)	6	4	0,7	1	7
7	Lentitud en resolución de problemas	6	2	1	1	8
8	Falta de herramienta para el cálculo de presupuesto más ajustado	6	7	1,3	1	16,9
9	Excesiva cantidad de documentos	6	2	1	1	8
10	Mucho ruido en la noche	6	4	1,4	1	14

Tabla 10. Priorización en hospitalizados

De acuerdo a los resultados de la priorización, los problemas en orden de mayor prioridad a menor, son los siguientes:

N°	Hospitalizados
2	Falta de lineamientos entrega de resultados en cirugía
8	Falta de herramienta para el cálculo de presupuesto más ajustado
3	Error en la asignación de habitaciones
10	Mucho ruido en la noche
4	Falte de recursos tales como toallas, frazadas y ropa
5	Señalética poco clara
7	Lentitud en resolución de problemas
9	Excesiva cantidad de documentos
6	No hay personal asignado a la mantención de habitaciones (housekeeper)
1	Falta de personal después de las 22 hrs.

Tabla 11. Problemas priorizados de hospitalizados

En este punto, todos los problemas fueron priorizados y son factibles, aunque el de mayor prioridad es el problema de falta de lineamientos en la entrega de resultados. Este es un problema muy relevante y se genera problema principalmente en los familiares de la persona intervenida quirúrgicamente que desean saber el resultado de la cirugía.

Los problemas de menor prioridad son los 6 y 1, y están relacionados con la contratación de personal. En este caso, existe factibilidad, debido a que ha sido un problema en recurrente y que perjudica el funcionamiento.

8.6 Conclusiones

Se aprecia que la metodología sugerida para la detección de problemas, logra capturar efectivamente problemas raíces que afectan la satisfacción del paciente. Gran parte de estos problemas estuvieron molestando durante mucho tiempo, según los equipos que participaron en las reuniones, pero nadie se había encargado de hacer un levantamiento de esta información. No obstante, se lograron detectar problemas que no eran tan sencillos de relacionar de forma directa con la satisfacción del paciente, pero resultan ser problemas raíces.

Se detectaron problemas que no tenían relación con la satisfacción del paciente pero que afectaban el bienestar del trabajo realizado en las áreas, probablemente al ser una instancia en la cual por primera vez se daba voz a los equipos para exponer los problemas que afectan su trabajo.

El uso de la lluvia de ideas, mostró incentivar la participación y el levantamiento de información. Por otro lado, el diagrama Ishikawa generó efectividad a la hora de guiar el levantamiento de problemas raíces, recordando a los equipos los aspectos del funcionamiento de los procesos en los cuales se podían encontrar problemas.

Finalmente, el método de priorización mostró ser bastante efectivo a la hora de descartar problemas que, en la planificación anual, no eran viables. Generalmente, los problemas fueron descartados

debido a problemas de presupuesto. El método permite efectivamente dar prioridad a problemas combinando elementos importantes como re solubilidad, factibilidad, severidad, dando mayor prioridad a veces, a problemas que no eran tan relevantes o pesaban mucho en la satisfacción del paciente, pero representaban mayor facilidad al momento de encontrar una solución.

De forma adicional, luego de semanas de realizadas las sesiones, se observa una mayor participación natural en los equipos, para mejorar los aspectos de su trabajo que tienen relación con a la satisfacción del paciente. En este sentido, la experiencia del paciente cobró mayor importancia y los equipos se vieron más envueltos en los lineamientos que dicen relación con mejorar este aspecto, además de estar más alerta en la detección de problemas.

CAPÍTULO 9: GENERACIÓN DE INICIATIVAS

9.1 Descripción del trabajo

El objetivo de esta sección de generación de iniciativas, es capturar la satisfacción del paciente durante todo el proceso de atención. Esto se diferencia de la detección de problemas descrita en el capítulo 8, principalmente en el hecho que esta última busca levantar problemas desde los procesos internos y su funcionamiento y que finalmente impacta en la satisfacción del paciente, por lo que su perspectiva nace desde los equipos de trabajo. Esta sección, sin embargo, de generación de iniciativas, busca observar la satisfacción del paciente como foco para evaluar el proceso de atención y generar a partir de ello, iniciativas de mejora considerando también, los problemas previamente detectados. De esta manera, las iniciativas capturarán ambos aspectos, el funcionamiento interno y la satisfacción del paciente.

Para la generación de iniciativas, se consideró previamente el índice de prioridad, previamente descrito en el marco teórico. Esta herramienta permite estudiar la satisfacción del paciente a través de las preguntas de la encuesta que realiza cada área y que recorre el proceso de atención en todos los aspectos relevantes para la gestión. El propósito de hacer uso de esta herramienta, es guiar la generación de iniciativas de mejora, que contribuyan al buen funcionamiento de los procesos de atención y mejoren la satisfacción del paciente.

El trabajo efectuado fue similar al de la sección descrita en el capítulo 8, detección de problemas. Acá se reunieron los principales responsables por área (hospitalizados, urgencias, centro médico y diagnóstico) mediante la coordinación de la gerencia de operaciones, y se buscó revisar el índice de prioridad y los problemas detectados previamente, para generar de esta forma, iniciativas de mejora que puedan implementarse. Es relevante destacar que el propósito era generar la mayor cantidad de iniciativas, independientemente su factibilidad (la se sometería a un posterior análisis de priorización).

Para la priorización de iniciativa (descrita previamente en la sección 5.7, del capítulo 5 de marco teórico), en esta oportunidad se hizo uso de una evaluación factibilidad e importancia para las iniciativas (cada una evaluada de 1 a 5, donde 5 representa mayor importancia o factibilidad). Este análisis de prioridad, se realizó en conjunto con la gerencia de operaciones, considerando aspectos de factibilidad institucional, recursos económicos, facilidad de ejecutar además de revisar cuán pertinentes eran las iniciativas con el índice de prioridad.

A continuación, se hará un desglose de los resultados de las encuestas por cada área para el período anual 2019. La información entregada, mide el nivel de satisfacción porcentual por cada pregunta (es decir, en todo el proceso de atención) y la correlación media de cada pregunta con las preguntas que buscan evaluar los aspectos del servicio, lo que es considerado como una medida de importancia para la satisfacción del paciente. En este sentido una pregunta (que evalúa un aspecto específico de la atención que recibió el paciente) puede presentar alta satisfacción de los pacientes, pero no es tan relevante por efectos de correlación media, es decir, no pesa tanto al momento de la evaluación general. El índice de prioridad, considera ambos factores, la satisfacción y la correlación antes descrita, para así generar prioridad entre la información capturada que eleva aquellas

preguntas que presentan un menor nivel de satisfacción y son relevantes para la satisfacción global. Esta información, es de utilidad al momento de evaluar las iniciativas generadas.

9.2 Resultado de Generación de Iniciativas en diagnóstico

9.2.1 Índice de prioridad en diagnóstico

Según los resultados de las encuestas realizadas durante el año en el área de diagnóstico de la Clínica Red Salud Providencia, se obtuvieron los siguientes resultados en relación con la satisfacción y correlaciones por pregunta:

Pregunta	Satisfacción	Correlación	I.P.
1. La disponibilidad y claridad de la señalética para dirigirse	85,5	0,59	10
2. La limpieza de las instalaciones (box, módulos de atención y espacios comunes)	90,5	0,61	5
3. La comodidad y tranquilidad en la sala de espera	81,3	0,58	16
4. La comodidad del box o módulos de atención donde fue atendido	86	0,66	13
5. ¿Cómo evalúa el estado general de las instalaciones?	86	N/D	N/D
6. El tiempo que tuvo que esperar por ser atendido por recepcionista o encargada de admisión	83,8	0,53	10
7. La amabilidad en el trato por parte de la persona que lo atendió	86,4	0,64	11
8. La claridad en la información recibida por parte de la persona que lo atendió	83,5	0,72	19
9. La presentación personal de quién lo atendió	89,7	0,61	7
10. En términos generales ¿Cómo evalúa la atención recibida por la persona que lo atendió?	85	0,7	16
11. La amabilidad y cortesía en el trato recibido por el personal técnico y de enfermería	87,4	0,72	13
12. La claridad de información recibida sobre su diagnóstico, tratamiento y entrega de resultados	83,5	0,78	26
13. En términos generales ¿Cómo evalúa la atención recogida por el personal técnico y de enfermería?	86,4	N/D	N/D
14. El tiempo dedicado por el médico para atender sus preguntas e inquietudes	79,4	0,76	28
15. La amabilidad y respeto en el trato recibido por el personal médico	86,5	0,75	15
16. La claridad en la información recibida en relación a tratamientos, exámenes y medicamentos	82,9	0,76	25
17. La eficacia y resolución de sus problemas de salud por parte del médico	83	0,77	26
18. En términos generales ¿Cuán probable es que recomiende a amigos y familiares el médico que le atendió?	79,2	N/D	N/D
19. Basado en su experiencia. ¿Cómo evalúa su satisfacción global del servicio recibido?	78,4	N/D	N/D
20. ¿Cuán probable es su recomendación de Redsalud a alguno de sus familiares y/o amigos cercanos?	77,1	N/D	N/D

Tabla 12. Satisfacción y correlación por pregunta de encuesta en el área de diagnóstico año 2019

En la tabla, la correlación media es el promedio de los coeficientes de correlación de cada pregunta, con las preguntas (estas son las preguntas donde el paciente evalúa los aspectos más relevantes del servicio, por lo que son usadas para el cálculo de la correlación media):

5. ¿Cómo evalúa el estado general de las instalaciones?

16. En términos generales ¿Cómo evalúa la atención recogida por el personal técnico y de enfermería?

18. Basado en su experiencia. ¿Cómo evalúa su satisfacción global del servicio recibido?

19. ¿Cuán probable es su recomendación de Red salud a alguno de sus familiares y/o amigos cercanos?

Las preguntas que representaron mayor satisfacción individual según la tabla 12, son la n° 2, la limpieza en las instalaciones y la n° 9, la presentación personal de quien atiende. De acuerdo a esto, la Figura 20 muestra el índice de prioridad (para mayor detalle en relación con el índice de prioridad, revisar la sección 5.1, del marco teórico en el capítulo 5, que habla del índice de prioridad) del área de diagnóstico de la Clínica Red Salud Providencia durante el año 2019.

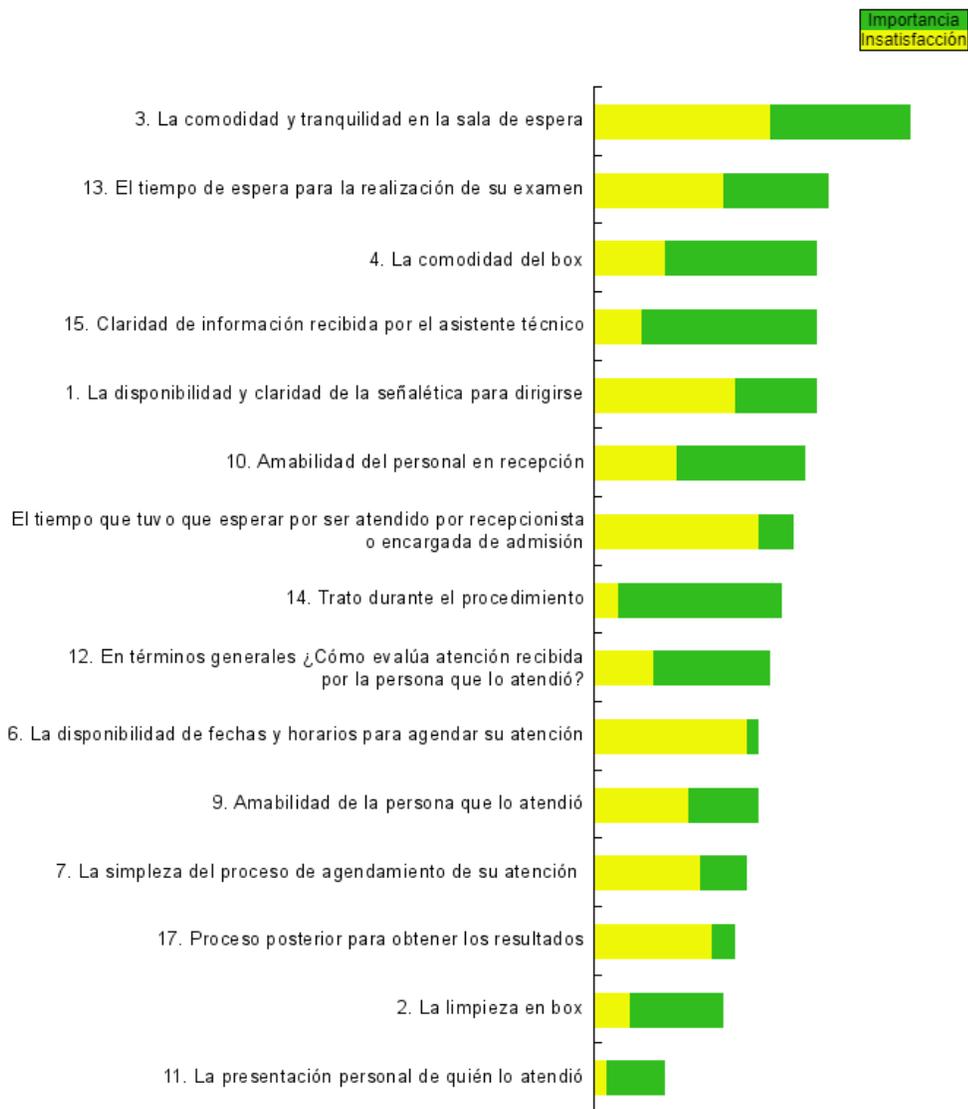


Figura 20. Índice de prioridad en área de diagnóstico año 2019

Los puntos más relevantes para la satisfacción global son:

- La comodidad y tranquilidad en la sala de espera
- El tiempo de espera para la realización de exámenes
- Comodidad en el box

9.2.2 Priorización de iniciativas generadas en diagnóstico

Las iniciativas generadas en el área de diagnóstico y su priorización son las siguientes:

Nº	Título	Imp	Fact
1	Mejorar aseo (especialmente los baños)	2,0	4,8
2	Renovar computadores obsoletos en diagnóstico	4,0	5,0
3	Realizar mantenencias menores al servicio de diagnóstico	3,0	5,0
4	Mejorar señalética	5,0	4,0
5	Mejorar comodidad de sala de espera	5,0	1,0
6	Mejorar sistema de encuestas para evitar efectos de derivación de otras áreas	1,0	4,5
7	Levantar mejores prácticas de motivación de personal en torno al IBB con urgencia para replicar en diagnóstico	3,0	4,0
8	Solucionar acceso a resultados de exámenes de laboratorio vía Web	5,0	2,5
9	Revisar proceso de agendamiento	4,5	3,0
10	Estacionamientos	3,2	2,8
11	Validar factibilidad de reconfiguración de tótem de Kinesiología para mayor eficiencia	4,6	3,0
12	Cambiar a código integral en las ISAPRES como se hace con cruz blanca	3,0	4,0
13	Identificar cuellos de botella en los procesos	5,0	3,0
14	Mantenición más frecuente	4,0	4,2

Tabla 13. Iniciativas priorizadas en Área de Diagnóstico

La distribución de iniciativas se muestra en la Figura 21



Figura 21. Distribución de iniciativas en Área de Diagnóstico

De acuerdo a la figura, se tiene que las iniciativas consideradas para su realización son:

2. Renovar computadores obsoletos en diagnóstico
3. Realizar mantenencias menores al servicio de diagnóstico
4. Mejorar señalética
7. Levantar mejores prácticas de motivación de personal en torno al IBB con urgencia para replicar en diagnóstico
8. Solucionar acceso a resultados de exámenes de laboratorio vía Web
9. Revisar proceso de agendamiento
11. Validar factibilidad de reconfiguración de tótem de kinesiología para mayor eficiencia
12. Cambiar a código integral en las ISAPRES como se hace con cruz blanca
13. Identificar cuellos de botella en los procesos
14. Mantención más frecuente

Se considera de forma adicional la iniciativa 1, que trata del aseo de los baños debido a su facilidad a pesar de no tener tanto peso en relación con la satisfacción del paciente.

9.3 Resultado de generación de iniciativas en centro médico

9.3.1 Índice de prioridad en centro médico

La Tabla 14 muestra la satisfacción y correlaciones en el centro médico.

Pregunta	Satisfacción	Correlación	I.P.
1. La disponibilidad y claridad de la señalética para dirigirse	85,1	0,47	18
2. La limpieza de las instalaciones (box, módulos de atención y espacios comunes)	93,5	0,47	11
3. La comodidad y tranquilidad en la sala de espera	79,1	0,49	25
4. La comodidad del box o módulos de atención donde fue atendido	92,2	0,54	16
5. ¿Cómo evalúa el estado general de las instalaciones?	87,9	N/D	N/D
6. La disponibilidad de fechas y horarios para agendar su atención	82,6	0,39	15
7. La simpleza del proceso de agendamiento de su atención	89,2	0,43	14
8. El tiempo que tuvo que esperar por ser atendido por recepcionista o encargada de admisión	83,5	0,42	15
9. La amabilidad en el trato por parte de la persona que lo atendió	89,9	0,43	13
10. La claridad en la información recibida por parte de la persona que lo atendió	90,2	0,47	14
11. La presentación personal de quién lo atendió	94,4	0,42	4
12. En términos generales ¿Cómo evalúa la atención recibida por la persona que lo atendió?	90,6	0,47	14
13. El tiempo de espera posterior para ingresar a la zona de box	77,4	0,49	27
14. El tiempo dedicado por el médico para atender sus preguntas e inquietudes	87,2	0,63	25
15. La amabilidad y respeto en el trato recibido por el personal médico	92,4	0,6	16
16. La claridad en la información recibida en relación a tratamientos, exámenes y medicamentos	90,7	0,63	20
17. La eficacia y resolución de sus problemas de salud por parte del médico	89,8	0,64	25
18. En términos generales ¿Cuán probable es que recomiende a amigos y familiares el médico que le atendió?	87,4	N/D	N/D
19. Basado en su experiencia. ¿Cómo evalúa su satisfacción global del servicio recibido?	85,7	N/D	N/D
20. ¿Cuán probable es su recomendación de Redsalud a alguno de sus familiares y/o amigos cercanos?	86,6	N/D	N/D

Tabla 14. Satisfacción y correlaciones de encuesta en Centro Médico

La correlación media es el promedio de los coeficientes de correlación de cada pregunta con las preguntas:

5. ¿Cómo evalúa el estado general de las instalaciones?

18. En términos generales ¿Cuán probable es que recomiende a amigos y familiares el médico que le atendió?

19. Basado en su experiencia. ¿Cómo evalúa su satisfacción global del servicio recibido?

20. ¿Cuán probable es su recomendación de Red Salud a alguno de sus familiares y/o amigos cercanos?

Los puntos de mayor satisfacción fueron los 11, 2 y 15, que hablan de la presentación personal, aseo en instalaciones y la amabilidad y trato por parte del médico. La Figura 22, muestra el índice de prioridad para el centro médico durante el año 2019.



Figura 22. Índice de Prioridad del centro médico para el año 2019

Los puntos más relevantes para la satisfacción son:

- Tiempo de espera para ingresar al box
- Comodidad en sala de espera
- Eficacia en resolución de problemas

9.3.2 Priorización de iniciativas generadas en centro médico

Nº	Titulo	Impo	Fact
1	Redistribución de consultas y reglas de agendamiento	5,0	4,8
2	Rediseño de sala de espera	5,0	2,0
3	Mejorar conducta del médico en consulta	5,0	3,0
4	Revisar política de gratuidad de estacionamiento por demora	2,0	3,0
5	Asegurar personal necesario en recepciones de consultas	4,0	4,0
6	Levantar mejores prácticas de motivación de personal en torno al IBB con urgencia para replicar en diagnóstico	3,0	4,0
7	Capacitación a personal	3,0	3,0
8	Mejora a caída y lentitud del sistema	5,0	2,0
9	Reserva de horas	4,0	3,6
10	Mejorar información de bloqueos en convenios médicos	3,0	5,0

Tabla 15. Priorización de iniciativas Centro Médico

La distribución de iniciativas se muestra en la Figura 23

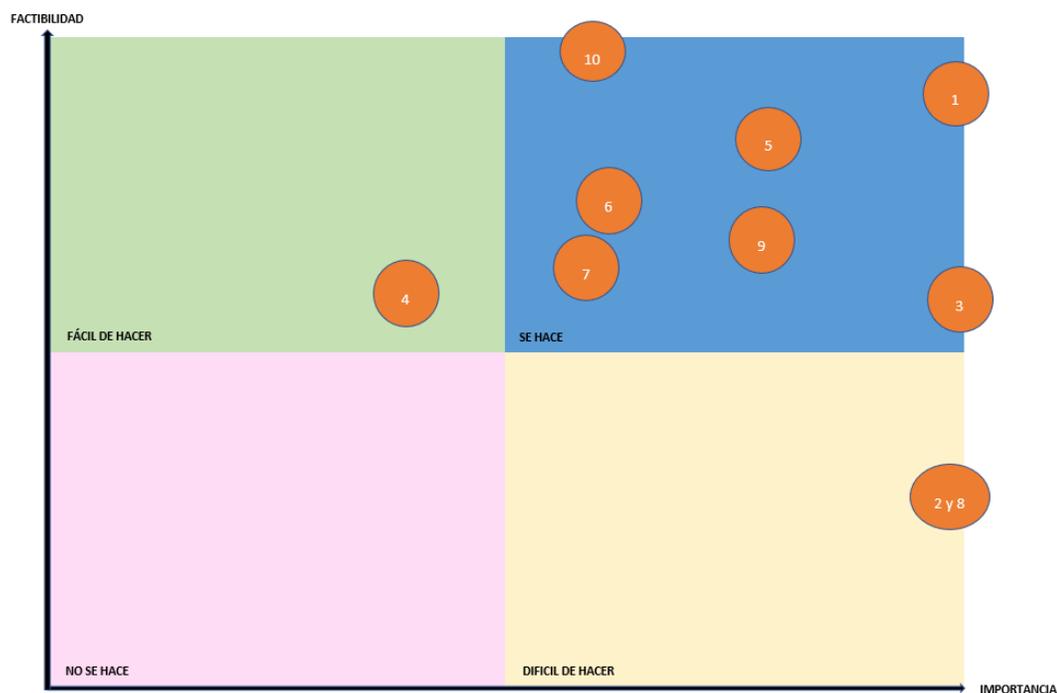


Figura 23. Distribución de iniciativas en Centro Médico

De acuerdo a la figura, se tiene que las iniciativas consideradas para su realización son:

1. Redistribución de consultas y reglas de agendamiento
3. Mejorar conducta del médico en consulta
5. Asegurar personal necesario en recepciones de consultas
6. Levantar mejores prácticas de motivación de personal en torno al IBB con urgencia para replicar en diagnóstico
7. Capacitación a personal
9. Reserva de horas
10. Mejorar información de bloqueos en convenios médicos

9.4 Resultados de generación de iniciativas en centro médico

9.4.1 Índice de prioridad en urgencia

La Tabla 16 muestra la satisfacción y correlaciones en urgencia.

Pregunta	Satisfacción	Correlación	I.P.
1. La disponibilidad y claridad de la señalética para dirigirse	87,7	0,5	8
2. La limpieza de las instalaciones (box, módulos de atención y espacios comunes)	91,4	0,53	6
3. La comodidad y tranquilidad en la sala de espera	84	0,53	15
4. La comodidad del box o módulos de atención donde fue atendido	87,3	0,6	14
5. ¿Cómo evalúa el estado general de las instalaciones?	87,4	N/D	N/D
6. El tiempo que tuvo que esperar por ser atendido por recepcionista o encargada de admisión	86,1	0,45	11
7. La amabilidad en el trato por parte de la persona que lo atendió	88,4	0,57	11
8. La claridad en la información recibida por parte de la persona que lo atendió	86,1	0,63	18
9. La presentación personal de quién lo atendió	92,3	0,57	6
10. En términos generales ¿Cómo evalúa la atención recibida por la persona que lo atendió?	87	0,64	18
11. La amabilidad y cortesía en el trato recibido por el personal técnico y de enfermería	89,7	0,61	11
12. La claridad de información recibida sobre su diagnóstico, tratamiento y entrega de resultados	85,3	0,7	25
13. En términos generales ¿Cómo evalúa la atención recogida por el personal técnico y de enfermería?	87,4	N/D	N/D
14. El tiempo dedicado por el médico para atender sus preguntas e inquietudes	80,9	0,66	27
15. La amabilidad y respeto en el trato recibido por el personal médico	88,7	0,65	15
16. La claridad en la información recibida en relación a tratamientos, exámenes y medicamentos	83,1	0,68	26
17. La eficacia y resolución de sus problemas de salud por parte del médico	82,8	0,7	29
18. En términos generales ¿Cuán probable es que recomiende a amigos y familiares el médico que le atendió?	80,1	N/D	N/D
19. Basado en su experiencia. ¿Cómo evalúa su satisfacción global del servicio recibido?	79,6	N/D	N/D
20. ¿Cuán probable es su recomendación de Redsalud a alguno de sus familiares y/o amigos cercanos?	8,8	N/D	N/D

Tabla 16. Satisfacción y correlación por pregunta de encuesta en el área de urgencia año 2019

La correlación media es el promedio de los coeficientes de correlación de cada pregunta con las preguntas:

- 5. ¿Cómo evalúa el estado general de las instalaciones?
- 13. En términos generales ¿Cómo evalúa la atención recogida por el personal técnico y de enfermería?
- 18. En términos generales ¿Cuán probable es que recomiende a amigos y familiares el médico que le atendió?
- 19. Basado en su experiencia. ¿Cómo evalúa su satisfacción global del servicio recibido?
- 20. ¿Cuán probable es su recomendación de Redsalud a alguno de sus familiares y/o amigos cercanos?

Los puntos de mayor satisfacción son presentación personal (nº9) y la limpieza de instalaciones (nº2). La Figura 24, muestra el índice de prioridad del área de urgencia para urgencia.



Figura 24. Índice de prioridad Área de Urgencia año 2019

Los puntos más relevantes para la satisfacción son:

- La eficacia en la resolución de problemas
- El tiempo dedicado por el médico a responder preguntas e inquietudes
- Claridad en la información recibida de tratamientos, exámenes y medicamentos.

9.4.2 Priorización de iniciativas generadas en urgencia

La priorización de iniciativas generadas se muestra a continuación.

Nº	Titulo	Imp	Fact
1	Revisar staffing en urgencia	5,0	3,8
2	Levantar proceso cierre de cuentas	3,5	2,0
3	Habilitar punto de exámenes simples en urgencia	4,5	4,0
4	Mejorar disponibilidad inter consultores	3,5	3,0
5	Capacitar al personal en habilidades de servicio	4,0	3,8
6	Priorizar homologación de códigos IMED (sistema interno)	4,5	5,0
7	Mejorar ruido de cortina de aire	2,0	2,0
8	Eliminar mal olor	3,0	1,0
9	Mantención de equipos informáticos en boxes	3,5	5,0
10	Mejorar la información del médico hacia el paciente	5,0	4,5

Tabla 17. Priorización de iniciativas Área de Urgencia

La distribución de iniciativas se muestra en la Figura 25.

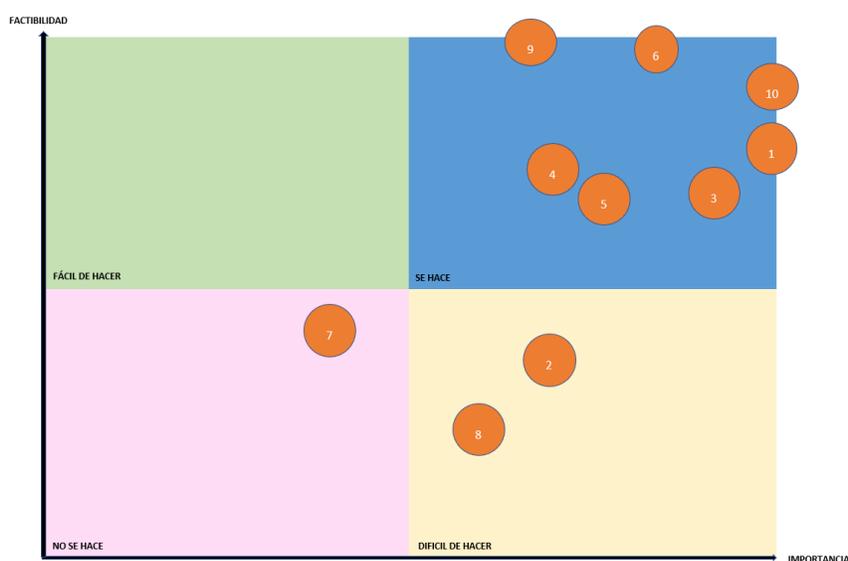


Figura 25. Distribución de iniciativas en urgencia

De acuerdo a la figura, se tiene que las iniciativas consideradas para su realización son:

1. Revisar staffing en urgencia
3. Habilitar punto de exámenes simples en urgencia
4. Mejorar disponibilidad inter consultores
5. Capacitar al personal en habilidades de servicio
6. Priorizar homologación de códigos IMED (sistema interno)
9. Mantención de equipos informáticos en boxes
10. Mejorar la información del médico hacia el paciente

9.5 Resultado de generación de iniciativas en centro médico

9.5.1 Índice de prioridad en hospitalizados

La Tabla 18 muestra la satisfacción y correlaciones del área de hospitalizados.

Pregunta	Satisfacción	Correlación	I.P.
1. La disponibilidad y claridad de la señalética para guiarse	92,5	0,41	20
2. La limpieza en espacios comunes	95,4	0,44	16
3. La tranquilidad de la habitación	91,5	0,46	28
4. La limpieza de la habitación durante su estadía	95,1	0,47	23
5. La amabilidad del personal de limpieza	97,1	0,36	3
6. El funcionamiento general de TV, control remoto, luces, timbre, camas	89,6	0,4	26
7. El funcionamiento y calidad del baño (ducha y aseo en buen estado, etc.)	94,2	0,45	24
8. La temperatura de la habitación	90,8	0,41	23
9. La calidad de la alimentación recibida	88,7	0,42	30
10. La temperatura de la comida o alimento recibido	90,5	0,38	21
11. La comodidad de las instalaciones para las visitas	84,8	0,48	39
12. La información recibida por su familia referente a su estado y tratamiento	89,9	0,52	41
13. ¿Cómo evalúa el estado general de las instalaciones?	91,7	N/D	N/D
14. El tiempo que tuvo que esperar para ser atendido por recepcionista o encargada de admisión	91,8	0,39	18
15. La amabilidad en el trato por parte de la persona que lo atendió	95,1	0,42	17
16. La claridad en la información recibida por parte de la persona que lo atendió	94,6	0,46	24
17. La presentación personal de quién lo atendió	97,1	0,42	11
18. En términos generales ¿Cómo evalúa la atención recibida por la persona que lo atendió?	94,9	0,5	26
19. La amabilidad y cortesía en el trato recibido por el personal técnico y de enfermería	94,5	0,59	35
20. La rapidez al responder el llamado del timbre desde su habitación	90,4	0,55	42
21. La resolución a sus problemas y peticiones	91,1	0,62	41
22. En términos generales ¿Cómo evalúa la atención recogida por el personal técnico y de enfermería?	92,6	N/D	N/D
23. El tiempo dedicado por el médico para atender sus preguntas e inquietudes	95,2	0,51	24
24. La amabilidad y respeto en el trato recibido por el personal médico	97,2	0,53	22
25. La claridad en la información recibida en relación a tratamientos, exámenes y medicamentos	95,8	0,52	24
26. La eficacia y resolución de sus problemas de salud por parte del médico	96,8	0,52	22
27. En términos generales ¿Cuán probable es que recomiende a amigos y familiares el médico que le atendió?	96,1	N/D	N/D
28. Basado en su experiencia. ¿Cómo evalúa su satisfacción global del servicio recibido?	92,2	N/D	N/D
29. ¿Cuán probable es su recomendación de Redsalud a alguno de sus familiares y/o amigos cercanos?	92,3	N/D	N/D

Tabla 18. Satisfacción y correlación por pregunta de encuesta en el área de hospitalizados, año 2019

La correlación media es el promedio de los coeficientes de correlación de cada pregunta con las preguntas:

- 13. ¿Cómo evalúa el estado general de las instalaciones?
- 22. En términos generales ¿Cómo evalúa la atención recogida por el personal técnico y de enfermería?
- 27. En términos generales ¿Cuán probable es que recomiende a amigos y familiares el médico que le atendió?
- 28. Basado en su experiencia. ¿Cómo evalúa su satisfacción global del servicio recibido?

29. ¿Cuán probable es su recomendación de Red Salud a alguno de sus familiares y/o amigos cercanos?

De acuerdo a la Tabla 18, se tiene que los puntos de mayor satisfacción fueron:

24. La amabilidad y respeto en el trato recibido por el personal médico

5. La amabilidad del personal de limpieza

17. La presentación personal de quién lo atendió

La Figura 26, muestra el índice de prioridad para el área de hospitalizados durante el año 2019.

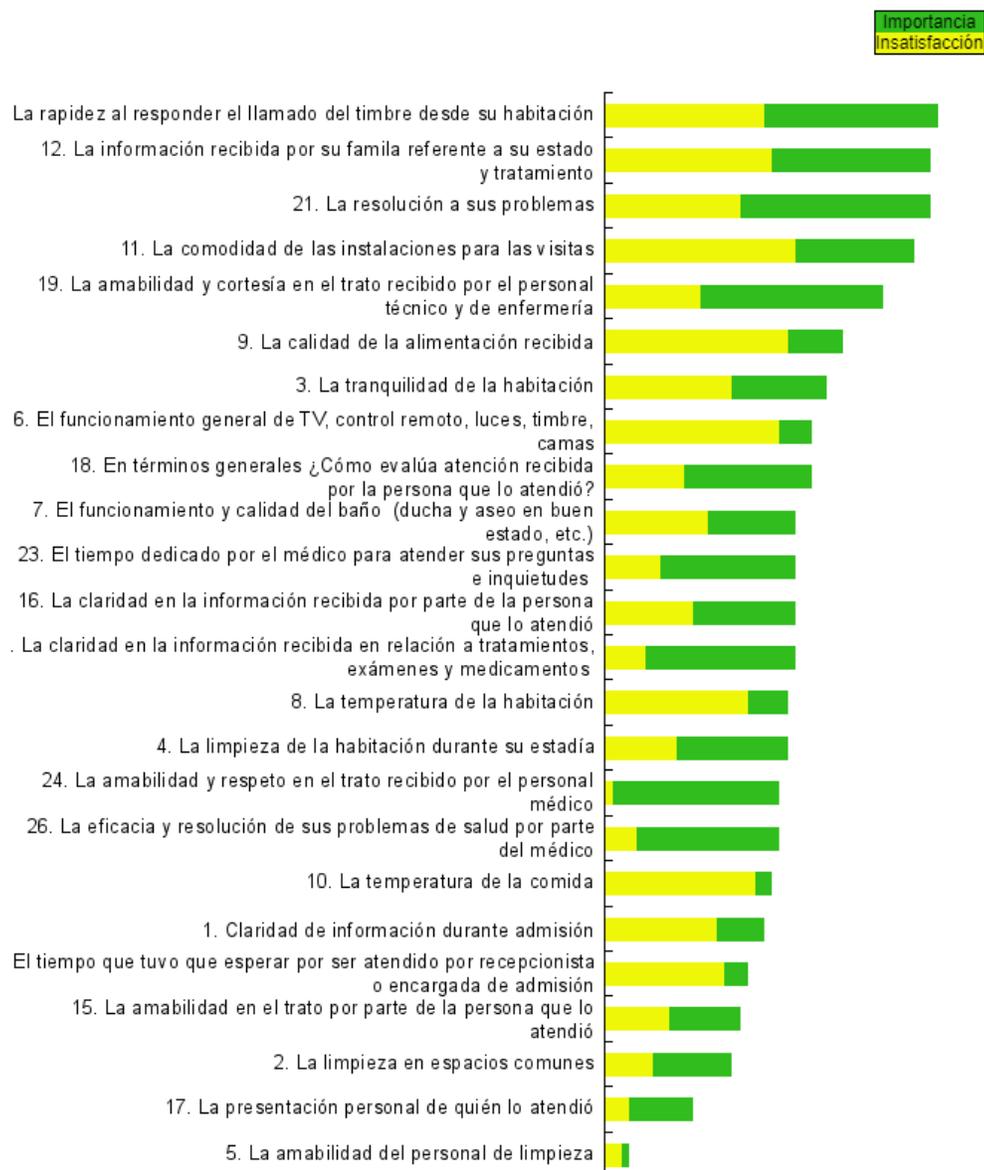


Figura 26. Índice de prioridad para el área de hospitalizados, año 2019

Los puntos más relevantes para la satisfacción son:

- La rapidez para responder al llamado del timbre desde la habitación
- La información recibida por su familia, referente al estado y tratamiento
- Resolución de problemas

9.5.2 Priorización de iniciativas generadas en hospitalizados

La priorización de iniciativas generadas se muestra a continuación.

Nº	Título	Imp	Fact
1	Diseñar proceso retiro de pertenencias horario nocturno	2,5	5,0
2	Analizar horario entrega de información	4,3	3,3
3	Capacitar al personal en habilidades de servicio	4,5	3,8
4	Mejorar la información entregada al paciente mediante un tríptico	5,0	5,0
5	Mejorar supervisión de aseo y ornato	3,0	2,0
6	Alinear a los médicos sobre entrega de info. c/r al tratamiento	5,0	4,0
7	Mantenimiento preventiva	4,0	4,0
8	Mejorar disponibilidad de insumos	2,0	3,3
9	Mejorar disponibilidad y calidad de la ropa	4,5	4,5
10	Gestión de asignación de camas	4,7	4,0
11	Digitalizar documentos para firma en admisión	2,0	3,0
12	Mejorar señaléticas piso 1	1,0	3,0
13	Sistema de presupuesto y orden médica institucional	5,0	5,0
14	Desarrollar un reporte para gestión de rapidez de respuesta en timbre	5,0	5,0

Tabla 19. Priorización de iniciativas área de hospitalizados

La distribución de iniciativas se muestra en la Figura 27.

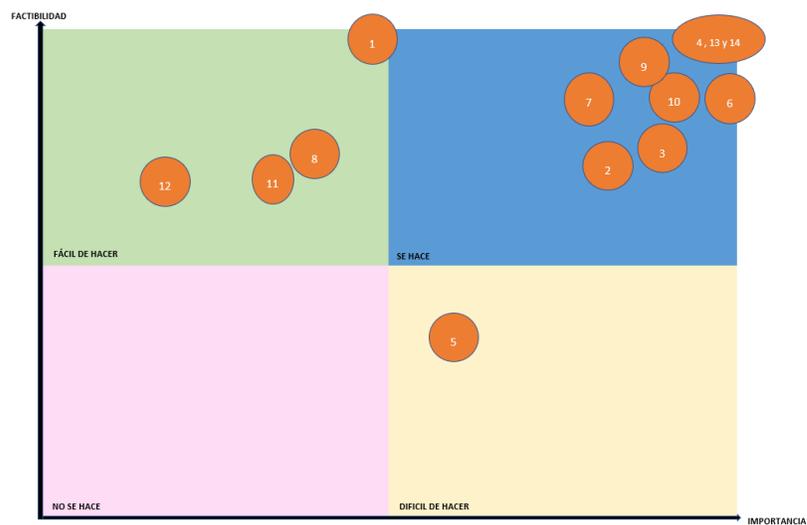


Figura 27. Distribución de iniciativas en urgencias

De acuerdo a la figura, se tiene que las iniciativas consideradas para su realización son:

2. Analizar horario entrega de información
3. Capacitar al personal en habilidades de servicio
4. Mejorar la información entregada al paciente mediante un tríptico
6. Alinear a los médicos sobre entrega de info. Con respecto al tratamiento
7. Mantenimiento preventiva
9. Mejorar disponibilidad y calidad de la ropa
10. Gestión de asignación de camas
13. Sistema de presupuesto y orden médica institucional
14. Desarrollar un reporte para gestión de rapidez de respuesta en timbre

9.6 Conclusiones

El uso del índice de prioridad como forma de guiar la generación de iniciativas a implementar, resulta ser bastante efectivo, al ser una fuente de información relevante en cuanto a la satisfacción del paciente durante el proceso de atención. No obstante, es difícil abordar todos los puntos tratados en el índice de prioridad, por lo que se sugiere abordar aquellos problemas que presentan mayor insatisfacción e importancia.

Por otro lado, el proceso de generación de iniciativas funciona como trabajo grupal en sesiones, especialmente después de la participación de en la detección de problemas. A través de estas sesiones enfocadas en la satisfacción del paciente, los equipos muestran estar más involucrados con la mejora en la calidad del servicio generando ideas y propuestas van mejorando.

Por otro lado, el método de priorización aplicado de factibilidad-importancia, permite clasificar las iniciativas generadas. En este sentido, visualmente es más gráfico identificar la relevancia para la implementación que tienen las iniciativas. En este sentido, el método es favorable.

En relación con las iniciativas generadas, existe una estrecha relación entre los problemas detectados en los procesos y las iniciativas que surgen para la mejora de la satisfacción. Este es un resultado esperable, debido a que ambos (detección de problemas y generación de iniciativas) buscan la mejora en la satisfacción, observando los procesos en formas diferentes. La detección de problemas, por una parte, revisa el funcionamiento desde la perspectiva del trabajador, pensando en la satisfacción del paciente y, por otro lado, la generación de iniciativas, guiadas por el índice de prioridad, captura los aspectos de los procesos desde la perspectiva del paciente.

Se destaca que algunos problemas que resultaron no viables de abordar desde la perspectiva de los procesos internos, en la detección de problemas, se vieron favorecidos mediante la generación de iniciativas. Este es el caso, por ejemplo, de la iniciativa n°3 generada en urgencias que habla de habilitar punto de exámenes simples, que, aunque busca reducir los tiempos de espera, permite disminuir los tiempos de espera por los resultados de los exámenes, que es un punto detectado como problema.

Si bien es cierto, el método aplicado para la generación de iniciativas es efectivo, la frecuencia de este ejercicio permitiría abordar aspectos a mejorar, que no se logran con la realización de un par de sesiones. Una observación frecuente de los procesos por parte de los equipos de trabajo, permitiría detectar más problemas y generar más iniciativas.

CAPÍTULO 10: CONTROL Y SEGUIMIENTO

10.1 Asignación de responsabilidades y seguimiento

Tomando las iniciativas generadas previamente en las diferentes áreas, el objetivo es asignar responsables que se hagan cargo de la implementación, además de fijar plazos. Para ello, es relevante mencionar que el principal responsable de los proyectos relacionados con la satisfacción del paciente en la clínica, es la gerencia de operaciones, por este motivo, es el principal responsable de mover estas iniciativas. También es importante determinar las personas claves en la implementación de una iniciativa, identificando las áreas que se ven involucradas en una determinada implementación. Lo anterior se debe a que, si bien son 4 áreas las abordadas en este proyecto, el funcionamiento de sus procesos involucra a muchas otras áreas y es necesario involucrar a los principales responsables.

Por otro lado, es relevante definir cuál será el rol que cumplirá la gerencia de operaciones: activo o rol de apoyo. La Tabla 20, muestra la asignación de estos parámetros en algunas de las iniciativas seleccionadas.

ÁREA	Nº	INICIATIVA	REONSABLE	ESTADO ESPERADO VIERNES 13 JULIO	ESTADO ACTUAL	ROL GERENCIA OPERACIONES	RESPONSABLE G. OPERACIONES
Urgencia	1	Realizar staffing en Urgencia	José T. Baudet	Terminado	Avance relevante	Activo	José T. Baudet
Urgencia	6	Priorizar Homologación de códigos Imed	Daniela Tapia	Avance relevante	Avance relevante	Apoyo	Carolina Contreras
Urgencia	3	Evaluar habilitación punto exámenes en Urgencia	Verónica Brunel y Joseph Núñez	Avance relevante	No comenzado	Activo	José T. Baudet
Urgencia	9	Mantenición de equipos informáticos en boxes	Jorge Huenchulaf	Terminado	No comenzado	Apoyo	José T. Baudet
Centro Médico	1a	Redistribución de consultas	Ana María Vega, Yanina Cuevas y Carolina Contreras	Avance relevante	No comenzado	Activo	Carolina Contreras
Centro Médico	1b	Revisar reglas de agendamento	Ana María Vega, Yanina Cuevas y Carolina Contreras	Avance relevante	No comenzado	Activo	Carolina Contreras
Centro Médico	3	Mejorar conducta del médico en consulta	Dr. Escobedo, Ana María Vega y Practicante	Avance relevante	Avance relevante	Activo	Practicante
Diagnóstico	4	Mejorar señalética	Cecilia Godoy y Catherine Guajardo	Avance relevante	Avance relevante	Apoyo	José T. Baudet
Diagnóstico	3	Mantenición más frecuente (techos, pisos, A/C kine)	Joseph Núñez	Avance relevante	Avance relevante	Apoyo	Carolina Contreras
Diagnóstico	13	Identificar cuellos de botella en los procesos	José T. Baudet	Avance relevante	No comenzado	Activo	José T. Baudet
Diagnóstico	8	Acceso a exámenes vía web	Jorge Huenchulaf y Canales	Avance relevante	Avance relevante	Apoyo	Carolina Contreras
Hospitalizados	3	Mejorar la información entregada al paciente mediante un tríptico	Lorena Beas y Daniela Tapia	Avance relevante	Avance relevante	Apoyo	José T. Baudet
Hospitalizados	12	Sistema de presupuesto y orden médica institucional	Daniela Tapia y Dr. Escobedo	Avance relevante	En curso	Apoyo	Carolina Contreras

Tabla 20. Ficha de seguimiento para la implementación de iniciativas

10.2 Control

Previamente se definieron en el marco teórico, algunas métricas que son utilizadas al interior de la clínica, para evaluar el desempeño de los servicios en torno a la satisfacción del paciente. Finalmente, es este el propósito institucional, mejorar a través de la gestión, la satisfacción del paciente.

Para generar control de las iniciativas y seguimiento, es necesario considerar su impacto en algunas métricas. Si bien es cierto, este trabajo no contempla la implementación, si brinda orientación para el control sobre las iniciativas sugeridas.

En la sección anterior, se definió la asignación de responsables y el establecimiento de fechas límites y avances requeridos. Posteriormente, se presentará el diseño de proceso que se propone, para sostener la mejora continua de procesos (que como se comentó en el punto 3 de la sección 3.1, motivos del trabajo y en la sección 7.1 de análisis de la situación actual, no existe un esquema de mejora continua de procesos), y completar el modelo de modelo de gestión que es la propuesta de este trabajo (para un mayor detalle de la propuesta, revisar la sección 3.3 que habla de esto).

10.2.1 Comportamiento IBB e índice de prioridad

Previamente definido en el marco teórico, el IBB es el indicador central del comportamiento del paciente en la Clínica Red Salud Providencia y en Red Salud. Este es un NPS (Net Promoter Score) y se basa en la respuesta a la pregunta ¿Cuán probable es que recomiende este centro a familiares o amigos?.

Usualmente las respuestas varían de 1 a 10, sin embargo, en el caso de la encuesta que se realiza, esta puntuación va de 1 a 5, en orden creciente de posibilidad de recomendación. Su cálculo es el siguiente: al porcentaje de pacientes que responde "5" (muy satisfecho) se le sustrae el porcentaje de pacientes que responde "1", "2" ó "3" (es decir, que están insatisfechos o neutros, y por lo tanto harán un mal boca a boca).

En relación con las variaciones de este indicador, la Figura 28, muestra las variaciones del IBB para todas las áreas durante el año 2019.

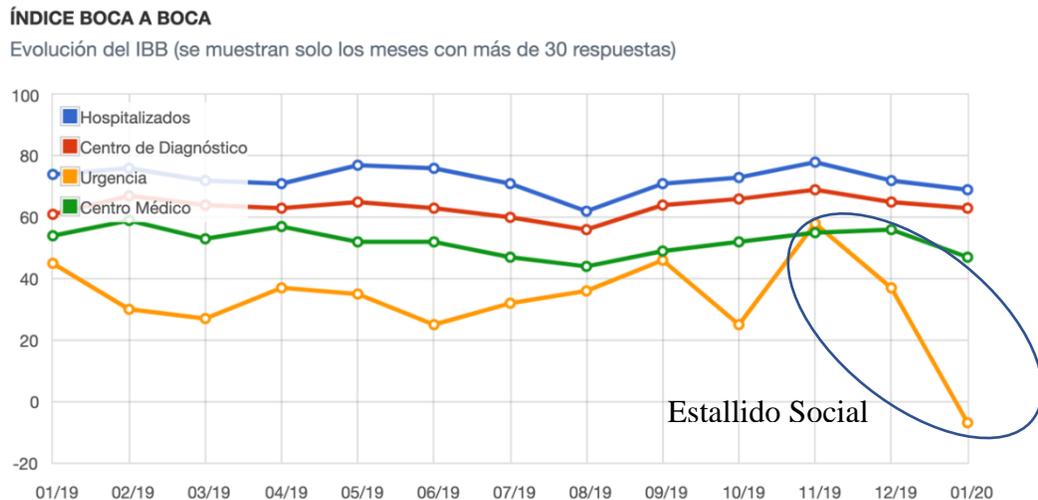


Figura 28. Variaciones IBB Clínica Red Salud Providencia 2019.

En la figura se aprecia que el área de mayores variaciones del indicador a través del año en comparación con las otras áreas, es el área de urgencia, representada por la curva amarilla. Se destaca acá de forma particular el fuerte descenso del indicador a partir del mes de noviembre en adelante. Este cambio abrupto se produjo posterior al estallido social¹¹, donde las manifestaciones y marchas cambiaron el funcionamiento de la mayoría de los servicios. En este sentido, hubo muchas dificultades para atender de forma regular, además de no contar los servicios con el personal suficiente. Debido a que el funcionamiento irregular persistió, el índice continuó cayendo terminando en negativo para final de año, comportamiento que se repitió, pero de forma más suave en las otras áreas.

Fuera de esta particularidad, se aprecian dos cosas, en primer lugar, a no ser por el servicio de urgencia, la mayoría de los servicios sufren variaciones del indicador de formas no abruptas y, en segundo lugar, las alzas o descensos del indicador se mantienen en tendencia durante tres meses aproximadamente. Por este motivo, si se desea observar el cambio en el IBB, posterior a la implementación de algunas iniciativas, observar el avance cada tres meses, resulta recomendable.

Por otro lado, el indicador, captura efectos de la satisfacción que van más allá de lo preguntado en la encuesta, por lo que la principal recomendación para observar los cambios en la satisfacción de los pacientes, posterior a la implementación de alguna iniciativa, es observar el índice de prioridad.

Al observar de manera mensual la evolución del índice de prioridad, permitirá evaluar si la solución implementada, efectivamente reduce la insatisfacción. Cuando de forma progresiva una de las preguntas de la encuesta, baja su índice de prioridad, las iniciativas que apuntan a mejorar la satisfacción del paciente en ese punto, han sido efectivas.

Cuando se observa la magnitud del indicador IBB, se tiene que un NPS superior a 0 se considera bueno e indica que existe un mayor número de pacientes muy satisfechos por sobre pacientes insatisfechos o neutros. Ahora bien, si el índice supera un valor de 50, entonces es considerado muy bueno o excelente. Bajo ese parámetro, según se observa en la Figura 28, el índice para hospitalizados y diagnóstico se encuentran por encima de 50, es decir, excelente. De igual forma, centro médico oscila en el rango de excelente. Sólo la unidad de urgencia, presenta mayor variación durante el año.

10.3 Seguimiento

Hasta el momento se han descrito de forma previa tanto los procesos de detección de problemas, generación de iniciativas y el control y seguimiento, que son parte del modelo de gestión propuesto. Para esto, se sugiere realizar al menos una vez al año, una reunión de experiencia paciente, donde se apliquen estas metodologías con los equipos de atención, para detectar problemas, generar iniciativas y obtener una agenda de implementaciones.

El objetivo de cada reunión estará previamente definido, y su duración estimada por área de trabajo será alrededor de 2 horas. En estas sesiones es relevante la participación de cada jefa de área y supervisora tanto en el aspecto médico como de enfermería.

¹¹ Es el nombre con el cuál se señalan las manifestaciones y disturbios sociales originadas en octubre 2019 en Santiago que se extendieron a otras regiones y ciudades del país.

Sin embargo, el modelo involucra de forma adicional nuevas prácticas de gestión enmarcadas dentro de un nuevo proceso propuesto, que tiene como propósito asegurar el mejoramiento de procesos mediante la detección continua de problemas en los servicios de atención.

Se introducen, en la siguiente sección, nuevas prácticas propuestas y un proceso de detección de problemas que busca actualizar de forma continua la agenda de implementaciones.

10.3.1 Nuevas prácticas de gestión

El objetivo del proyecto presentado, no es implementar cambios en los procesos de atención ya establecidos, como se ha mencionado previamente en los objetivos, sino más bien, proponer un nuevo proceso en el cual los equipos operacionales de la clínica, se hagan cargo continuamente, de mejorar sus procesos para aumentar la satisfacción del paciente. Para esto, es relevante reducir la brecha operacional que existe entre la gerencia y los equipos de atención al paciente, sean estos médicos o de enfermería, capturando la mayor cantidad de información desde las operaciones.

Para esto se propone la creación de 3 prácticas de gestión para los equipos operativos de forma transversal (Hospitalizados, Urgencias, Centro Médico y Diagnóstico).

1. Reporte de turnos: Se realiza un reporte de los problemas operacionales que se detecten, y que tengan relación con la satisfacción del paciente. Finalizado cada turno, se entrega la información del funcionamiento del turno y el reporte se archiva. El objetivo es llevar un registro digital de los problemas que se presenten y sean recurrentes, para incluirlo en una revisión posterior de generación de iniciativas.
2. Feedback diario: Se busca retroalimentar al equipo de turno entrante, en relación con el estado de la demanda, funcionamiento y problemas detectados en el punto anterior. Con el objetivo de reducir los problemas detectados.
3. Feedback semanal: Aquí, cada supervisor de área y gerente, da reporte de cómo han funcionado los turnos en términos operacionales y se da una retroalimentación de cómo se ha comportado la satisfacción del paciente en cada turno, se revisa el índice de prioridad, se detectan reclamos ¹²y se evalúa a cada turno.

Cada día miércoles, se realiza el comité de servicio, que es una reunión donde se reúnen las personas a cargo de todas las secciones de la clínica, todas las gerencias y el personal clínico. El objetivo de esta reunión es la revisión de los aspectos más relevantes del funcionamiento de la clínica. Si bien, actualmente se observa el IBB de forma semanal como indicador, con la adición del Feedback semanal, cada área operativa tendrá conocimiento de problemas surgidos y la satisfacción del paciente.

¹² La encuesta permite recibir felicitaciones, sugerencias o quejas, que pueden ser diferenciados por turno para el caso de enfermeros y personal técnico de enfermería además de una evaluación de cada médico (dependiendo del servicio)

Luego de generado una agenda de implementaciones, con asignación de responsables y establecimiento de fechas. Se propone realizar de forma mensual, una reunión de revisión operativa del estado de avance de estas implementaciones, reunión que recibe por nombre, comité de experiencia paciente o reunión de experiencia paciente.

En esta revisión, se puede adicionalmente incluir a esta lista de iniciativas por implementar, nuevas iniciativas que aborden problemas recientemente detectados, ahora con una revisión diaria de las problemáticas de los turnos. La Figura 29, muestra el funcionamiento de este esquema.



Figura 29. Nuevas prácticas de gestión para la experiencia paciente.

10.3.2 Propuesta de diseño

Con el objetivo de garantizar una mejora continua de los procesos de atención, teniendo como foco la satisfacción del paciente, se propone un diseño que busca agilizar la detección de los problemas operacionales en los equipos de atención al paciente.

Si bien es cierto, dentro del modelo de gestión, se propone realizar un trabajo metodológico con los equipos para la detección de problemas además de generar iniciativas de solución y una agenda de implementaciones, diariamente los equipos de atención, ya sea en urgencia, centro médico, hospitalizados o diagnósticos, se enfrentan a nuevas situaciones que pueden plantear a su vez, nuevos problemas operativos. La necesidad de controlar que las iniciativas agendadas, sean efectivamente implementadas, no basta para garantizar una mejora continua. Lo relevante es que la agenda sea actualizada de forma permanente y los equipos a su vez, se mantengan revisando tanto el IBB como el índice de prioridad de forma permanente para identificar nuevos problemas u oportunidades que permitan seguir mejorando la atención.

Para esto, se plantea la detección de problemas de forma diaria desde cada turno, sea urgencia u hospitalizados, que tienen un sistema específico de turnos, organizados por cada jefa de área y también las áreas de centro médico y diagnóstico, que tienen jornada laboral regular. Esto permitiría garantizar la continuidad del proceso y la actualización permanente de una agenda de mejoras. El diseño propuesto se muestra en la Figura 30.

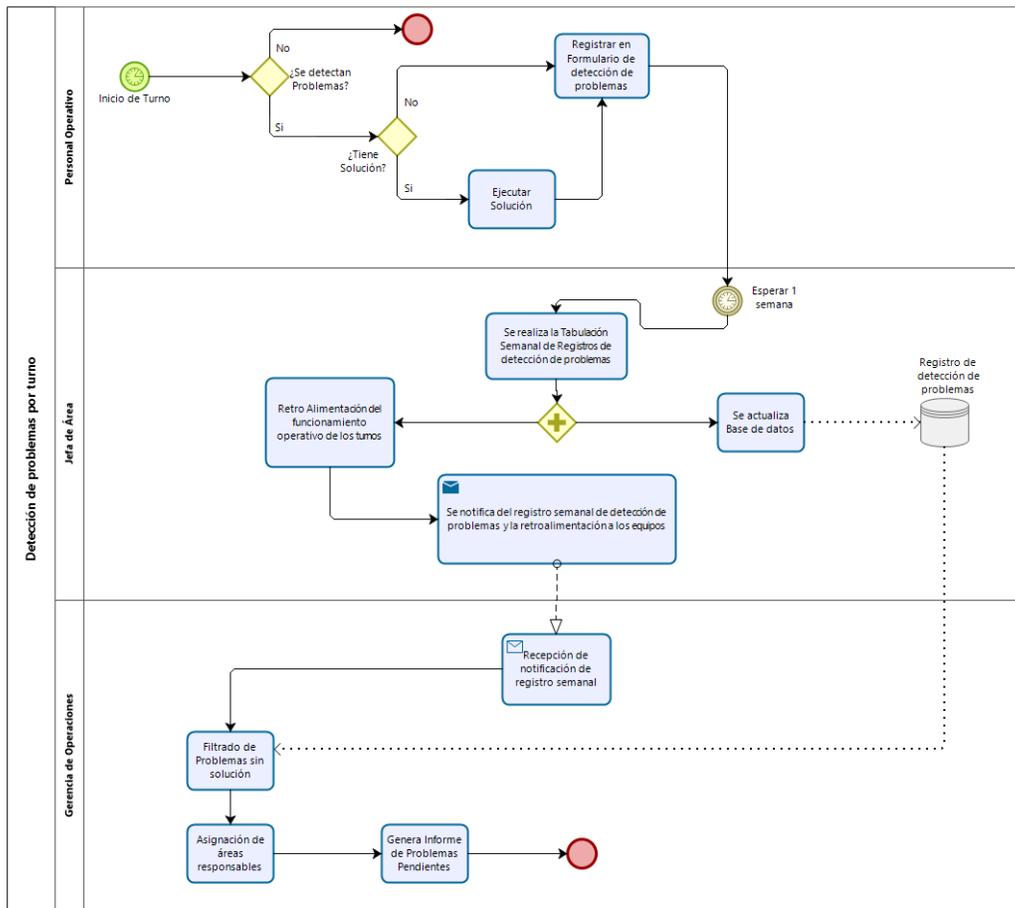


Figura 30. Propuesta de diseño de detección continua de problemas en turnos.

El proceso comienza con el trabajo de cada turno, donde los equipos operativos reportan los problemas operacionales que tienen a lo largo de jornada, registrando de forma adicional si estos fueron solucionados. De esta forma, si no se detectan problemas, el proceso termina. Sin embargo, si se detectan problemas, el proceso planea si dicho problema tiene solución inmediata. En caso de tenerla, se ejecuta y se registra el problema y la solución efectuada. En caso contrario, se registra el problema.

Este registro, deberá incluir el detalle de la persona que registra el problema además de los datos del turno y hora donde se detectó. Esto con el fin de llevar un registro posterior.

Cada jefe de área, médica y de enfermería tendrá acceso a estos informes o registros. Luego de una semana, se el jefe de área procede a tomar los registros de la semana y generar una tabulación que muestre los principales resultados. Esto abre paso a dos procesos paralelos. Por un lado, se actualiza el registro de detección de problemas que funciona como base de datos. Esta base funcionará mediante el uso de Google drive, que es una de las herramientas de más uso para el manejo de archivos al interior de la clínica. A este registro tendrá pleno acceso la gerencia de operaciones.

Por otro lado, cada supervisora de área dará cuenta en un feedback semanal a su área, con los problemas detectados, el desempeño operacional y una vista a los principales indicadores de satisfacción (la sección 10.3.1, nuevas prácticas de gestión, define este feedback semanal).

Luego de realizado el feedback semanal, se notifica a la gerencia de operaciones tanto de la actualización del registro de detección de problemas como de la realización del feedback semanal a los equipos, dando paso a que la gerencia de operaciones acceda a la tabulación y el análisis de esta.

La gerencia de operaciones por su parte, al tener acceso a esta tabulación, filtrará tanto los problemas que tuvieron solución (debido a que, para efectos de una posterior incorporación en la agenda de implementaciones, sólo son relevantes los problemas por solucionar), como también los problemas que no están relacionados con la satisfacción del paciente (según el trabajo efectuado con los equipos de atención, se detectó que en el proceso de identificación de problemas, surge una gran cantidad de problemas que no son relevantes para efecto de la satisfacción del paciente y suelen ser un problema exclusivamente de los equipos operativos).

Luego de tener una lista de los problemas que persisten sin solución y son relevantes para efectos de la satisfacción del paciente, se procede a asignar los responsables. Lo anterior es relevante, debido a que muchos problemas tienen un origen en la coordinación de más de un área. Por ejemplo, un problema puede afectar el área de urgencia en la entrega de resultados de exámenes lo que involucra, al menos, al área de urgencia propiamente tal y al área de diagnóstico. Otro ejemplo de esto, es cuando existe un problema con los equipos o computadores, lo que involucra a además del área afectada al equipo TI. Esta identificación de responsables, agilizará la posterior actualización de la agenda de implementaciones. Esto permitirá generar un informe mensual de problemas que será tratado en la reunión mensual de experiencia paciente y permitirá actualizar la agenda de implementaciones.

Este esquema de detección permanente de problemas, permitirá entre varias cosas, la continuidad a un proceso que se enfoca fuertemente en la solución de problemas, acortando el tiempo de ocurrencia del problema, con el de su solución.

10.3.3 Objetivo del nuevo esquema

La introducción de las nuevas prácticas descritas previamente y el diseño de detección de problemas continuo, buscan reducir la brecha operacional que existe entre los equipos operativos de la clínica, que tienen contacto directo con el paciente o inciden en su atención, y la gerencia y los responsables de tomar las decisiones de gestión.

Esta brecha operacional, no sólo se traduce en un problema de flujo de información, donde los equipos de atención conocen de primera mano los problemas que se presentan, pero estos tardan en subir a los equipos gerenciales, generando así un retraso entre el momento donde el problema acontece y la solución que se le da a este. De esta forma, se detectó en el trabajo efectuado, que muchos de los problemas habían persistido durante años, y fueron visibilizados cuando se aplicó la metodología de trabajo.

La aplicación de un diseño de detección continuo de problemas permite, por lo tanto, el flujo de la información detectada (que dice relación con los problemas operacionales en las áreas), de forma ascendente en la pirámide organizacional. La Figura 31, muestra los beneficios de estas prácticas en este flujo de información.

Previamente descrito, el reporte de turno permitirá la detección de problemas en la jornada laboral e irá escalando a través del supervisor mediante el feedback diario que se da al inicio de cada turno donde se da cuenta de los problemas detectados en el turno anterior. Luego el jefe de cada área procede a dar cuenta en el feedback semanal (ya establecido en algunas áreas) donde se darán cuenta dentro de otros aspectos, previamente descritos, los problemas detectados durante la semana.

La información anterior permitirá enriquecer la discusión en los comités de servicio los días miércoles y será de fundamental utilidad para el comité de experiencia paciente realizada de forma mensual, ya que permitirá actualizar la agenda de implementaciones y dar visibilidad a problemas que se puedan detectar en el transcurso del año.

De esta manera, se sugiere que el proceso de detección de problemas metodológico propuesto, que abarca la identificación de causas raíces en la detección de problemas, la posterior generación de soluciones y la elaboración de la agenda de implementaciones, sea un proceso efectuado una vez al año, pero enriquecido permanentemente a lo largo de este, mediante la aplicación del proceso de detección continua de problemas en turnos, llevado a la discusión mensualmente en la reunión de experiencia paciente, que actualizará la agenda de implementaciones.

Finalmente, es relevante la presencia de las diferentes instancias que refleja la Figura 31, debido a que estas facilitan el flujo de información entre el personal que atiende a los pacientes y los equipos gerenciales. Un objetivo proceso de detección continua de problemas en turnos, es transmitir a los equipos de atención, la relevancia que tiene brindar una atención que garantice la satisfacción del paciente. El feedback diario y semanal, además de la detección de los problemas en turnos, facilita poner un foco diario y permanente en los asuntos que se relacionan con la calidad del servicio además de generar una cultura de funcionamiento centrada en la solución de los problemas.

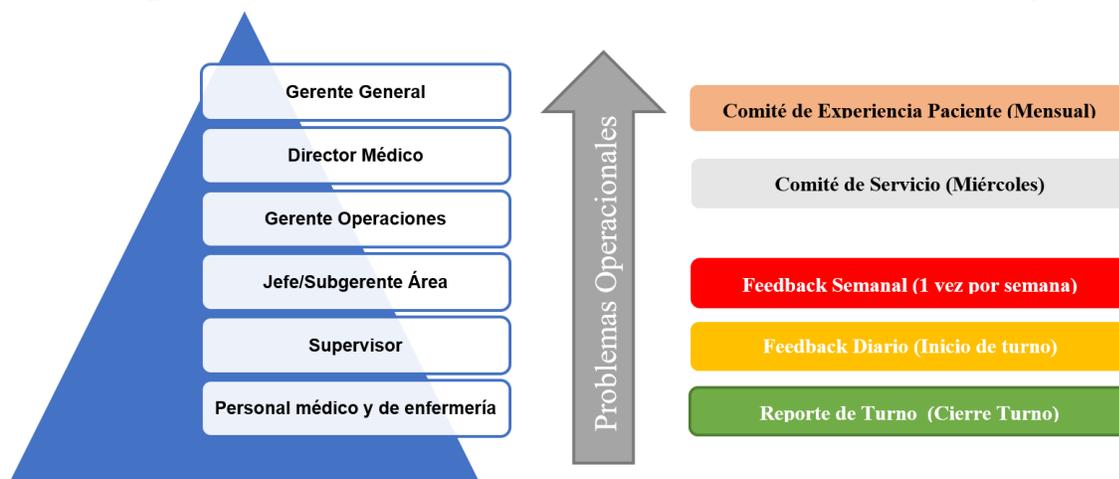


Figura 31. Esquema de flujo de información piramidal en la detección de problemas

10.4 Recomendaciones para posterior implementación

Como se ha mencionado de forma previa, los alcances de este trabajo no contemplan la implementación del modelo de gestión propuesto (para más detalle de los alcances, revisar la sección 4.2, que habla de los resultados esperados y alcances). Sin embargo, hay algunas recomendaciones o sugerencias y puntos esenciales a los cuales prestar atención para su implementación.

En primer lugar, es relevante reconocer que gestionar un cambio en las prácticas de gestión e instaurar un nuevo foco en las operaciones de atención en los servicios de la clínica, trae consigo ciertas dificultades, sin embargo, son 3 aspectos principalmente a los que se deben prestar atención:

1. Componente estratégico: la integración de un nuevo modelo que cambie el paradigma de una atención desde la pura eficiencia a generar una atención de calidad para el paciente, es algo progresivo. En particular, cuando el modelo de gestión propuesto, trae consigo un fuerte foco en la detección permanente de los problemas involucrando a todo el personal de atención. En este sentido, es relevante considerar los lineamientos estratégicos que trae consigo este modelo propuesto.

Los lineamientos son claros desde la perspectiva de la misión y visión (para ver detalle, revisar la sección 2.2 que muestra la misión y visión): ser un referente nacional de la salud con prestigio y con altos estándares de calidad (en el primer punto de la sección 7.1, análisis situación actual, se realiza un análisis en torno a estos temas). No obstante, a pesar de que son claros, es relevante transmitir estos valores y estos lineamientos a todo el personal. Desde el área médica hasta el área gerencial, el lineamiento debe ser común.

Según lo anterior, se recomienda que previo al inicio o implementación del modelo de gestión, se realice una charla general considerando los diferentes aspectos del modelo realzando la importancia de la satisfacción del paciente en el cumplimiento de la misión y valor institucional, con el fin de dar a entender las razones de implementar nuevas prácticas, que permitan gestionar cambios que garanticen una mayor satisfacción de los pacientes.

2. Componente humano: Este componente es relevante y se presenta generalmente como dificultad a través de la resistencia al cambio. Las personas, tienen de forma natural a permanecer bajo las mismas condiciones, haciendo lo que suelen hacer porque es la forma más cómoda. En relación con esto, el modelo ADKAR¹³, Awareness (conciencia), Desire (deseo), Knowledge (conocimiento), Ability (capacidad) y Reinforcement (reforzamiento), creado por Jeff Hiatt en 1996 y publicado en 1999, es un modelo que define los componentes básicos que son necesario para generar cambios individuales en organizaciones grandes. Hiatt sostenía que no son las organizaciones las que cambian, sino las personas dentro de las organizaciones.

El modelo ADKAR, define los principales componentes que son necesarios para que una persona logre un cambio sustancial. Es relevante destacar, que son de particular relevancia las personas que componen el área de operaciones de la clínica (revisar organigrama en

¹³ “The Perfect Change”, Jeff Hiatt, 1999

Figura 3) que se compone de la gerencia de operaciones junto con las áreas de hospitalizados, centro médico, diagnóstico y urgencia, entre otras.

Lo primero, según el modelo ADKAR, es generar consciencia de lo necesario que es el cambio para efectos de mejorar la satisfacción del paciente y de canalizar de manera más eficiente los esfuerzos que los equipos realicen: aplicando el modelo, ajustándose a la detección de problemas en turnos, prestando atención a la agenda de implementaciones, etc. En este punto es relevante considerar reuniones, ya no generales, sino reuniones del área con el objetivo de transmitir la necesidad del cambio en las prácticas de atención y gestión.

Luego de ello, está el estimular el deseo de participar del cambio. Es importante mencionar hacer parte del cambio a los equipos de trabajo, dado que ellos son parte esencial en la ejecución de los planes que nacen desde la gerencia. Es el personal de atención, el que se enfrenta de forma directa con los problemas que posteriormente se puede detectar. Hacerlos a ellos parte del cambio, es esencial.

Después está el conocimiento, que se traduce en términos concretos en cómo se gestionará el cambio: Informando en detalle de las nuevas prácticas, retroalimentando de los resultados, apoyando y supervisando el proceso de adaptación, etc. Es relevante la participación y supervisión de la gerencia de operaciones en este aspecto, ya que tienen las respuestas a las dudas que puedan surgir o las respuestas y pueden dar soluciones. En este punto, cobran relevancia las distintas prácticas nuevas de gestión que son propuestas, ya que facilitan que se produzca una retroalimentación permanente de todos los equipos. Se sugiere de forma adicional, realizar capacitaciones a los equipos antes del llenado de formularios para generar un conocimiento general y responder dudas en el personal de atención.

En cuanto a la capacidad, es importante que tanto la gerencia de operaciones, como las áreas clínicas involucradas, logren de forma efectiva realizar la implementación del modelo propuesto. Las dos 2 primeras partes del modelo de gestión: detección de problemas, generación de iniciativas, fueron realizadas en este trabajo generando de forma adicional una agenda de implementaciones. Pero es necesario, ejecutar el modelo completo, con el propósito de garantizar la mejora continua.

El reforzamiento, que es la etapa final para lograr efectivamente el cambio, es asegurarse que el cambio se sostenga a través del tiempo y que efectivamente, las nuevas prácticas de gestión y los nuevos procesos implementados, sean prácticas incorporadas en el personal. La relevancia que se le da al modelo, viene directamente del área de operaciones y su gerencia.

3. Adaptarse a través del tiempo: gestionar un cambio por la implementación de un nuevo modelo y la aplicación de nuevas prácticas de gestión, es un proceso que se da a lo largo del tiempo. En este sentido, es relevante estar atentos a los cambios en las condiciones del

trabajo, que, en el área de la salud, es altamente volátil en tiempos de pandemia y eventos similares.

A través del trabajo de un año en el estudio del funcionamiento de la clínica, la identificación de necesidades, la elaboración del modelo de gestión propuesto, se ha observado una alta variabilidad en las operaciones, dependiendo de los diferentes contextos que ha enfrentado Chile a partir de octubre del año 2019. Diferentes contextos, tales como las manifestaciones sociales, los cortes de tránsito, el cambio en el transporte además de eventos globales, tales como la pandemia que afecta la actividad laboral a nivel nacional, han cambiado la forma de trabajar. Es relevante, poder adaptarse a través del tiempo a estos diferentes contextos, si se pretende implementar cambios y nuevos modelos.

Nuevas herramientas surgen como forma de comunicación. Las herramientas digitales, facilitan hoy la posibilidad de que muchas reuniones se den de forma virtual. Es fundamental, hacer uso de estas herramientas al momento de implementar cambios y adaptarse, de acuerdo a los diferentes contextos a los que la clínica se enfrente. La supervisión y liderazgo de la gerencia de operaciones, es esencial para implementar y llevar a cabo estos cambios.

Finalmente, el cambio gradual por etapas debe contemplar en primer lugar, una reunión informativa a nivel clínica de lo que se pretende implementar, para posteriormente realizar capacitaciones a los equipos involucrados, de las diferentes herramientas y prácticas que serán consideradas. Es importante sostener las reuniones de feedback además de la reunión mensual de experiencia paciente, para garantizar estos cambios.

10.5 Sugerencias Adicionales

Hay dos sugerencias adicionales que pueden resultar beneficiosas para una posterior implementación y que escapan al alcance del modelo de gestión que se propone. La primera de ellas tiene relación con el nivel de respuesta a las encuestas realizadas.

El nivel de respuestas a la encuesta se muestra en la Figura 32: Número de respuestas a encuesta por área en el año 2019, muestra que la mayor participación en cuanto a prestaciones proviene del Centro de Diagnóstico, que es el área donde se realizan exámenes. Le sigue el Centro Médico, el cual tiene la mayor participación en encuestas. Urgencias por otro lado, representa sólo el 1 % de las prestaciones, lo que concuerda también con el nivel de participación en las encuestas. Estos niveles guardan estrecha relación con la cantidad de pacientes que son atendidos en cada área que se muestran en la Tabla 3, Participación y magnitud por área.

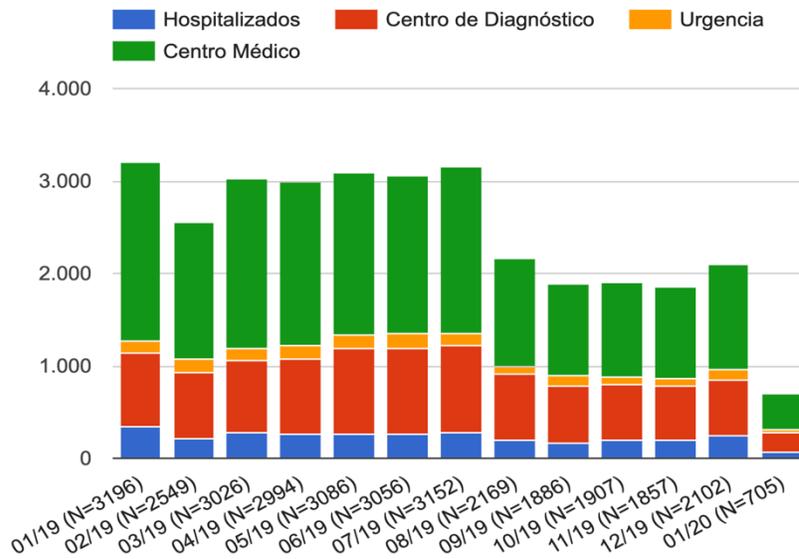


Figura 32. Número de respuestas a encuesta por área año 2019 (Fuente: plataforma Indaga)

Al comparar, por otra parte, las encuestas enviadas con las encuestas respondidas, se observa un comportamiento diferente en cuanto a la predisposición a colaborar con información según las distintas áreas. La Figura 33 grafica estos porcentajes para el año 2019, donde el área de hospitalizados presenta un mayor nivel de respuesta a las encuestas durante todos los meses del año, entre 20% y 30% para la mayoría de meses. Esto posiblemente se debe a que, al pasar más tiempo en la clínica, la cantidad de interacciones con el personal brinda una experiencia mucho más inmersiva.

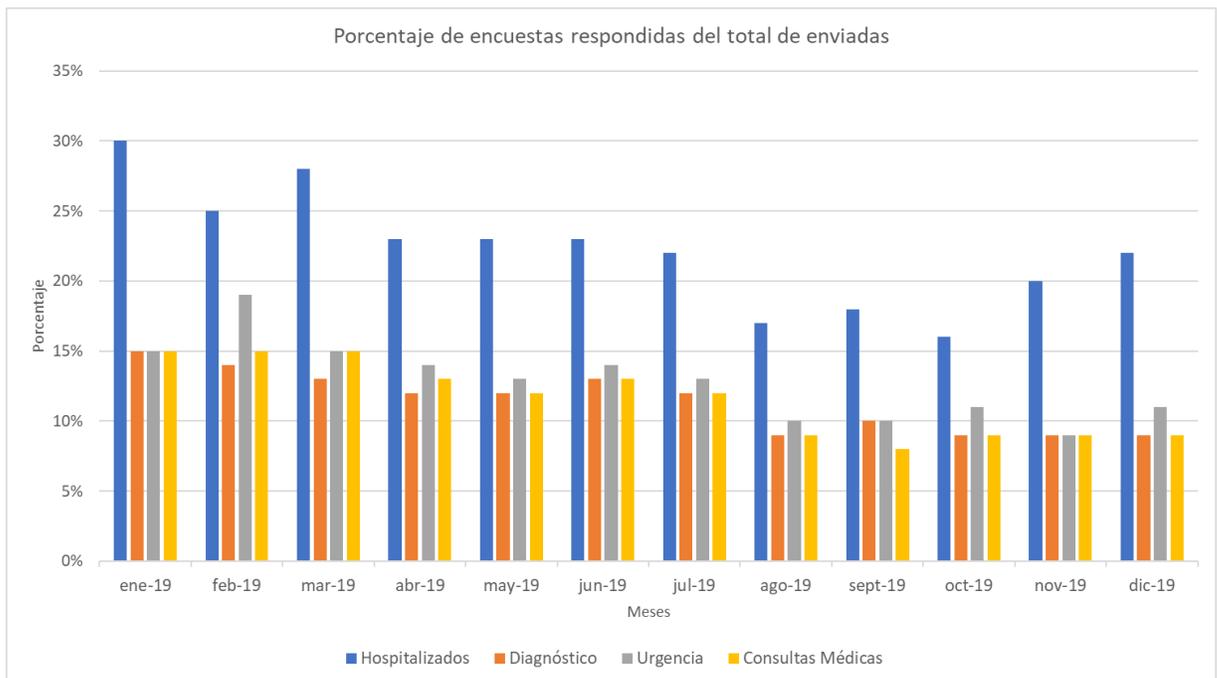


Figura 33. Porcentaje de encuestas respondidas del total de encuestas enviadas

El resto de áreas ronda entre el 10 % y 15 % de sus encuestas respondidas, teniendo un comportamiento similar.

Estos niveles de respuesta a las encuestas sugieren que la cantidad de pacientes que son atendidos, dichos porcentajes representan un número confiable al momento de analizar la satisfacción de los pacientes mirando de forma anual. El acumulado anual de respuestas respondidas por área es: 2.906 para hospitalizados, 9.040 diagnóstico, 1.448 urgencia y 17.676 para consultas médicas. Estas cifras son ampliamente mayores a las encuestas realizadas en índices como el Praxis Xperience Index, que procura 330 casos por empresa.

Sin embargo y a pesar de lo anterior, se sugiere explorar alternativas para aumentar los porcentajes de respuestas a encuestas enviadas, tales como destinar un porcentaje de los pacientes para ser encuestados mediante llamado telefónico. Esta es una práctica realizada por las consultoras al momento de realizar las encuestas tales como el índice nacional de satisfacción de cliente y el Praxis Xperience Index. La ventaja que tiene Red Salud, es la cantidad de clientes a los cuáles se les puede incentivar a participar en la encuesta y abordar mediante el llamado telefónico. Esto garantiza una mayor participación en las encuestas y un nivel de representatividad de los datos de satisfacción obtenido mucho mayor.

Por otro lado, se tiene que según lo visto en la sección 5.1 que describe el IBB, se tiene que este índice es un NPS (Net Promoter Score) que es evaluado restando al porcentaje de pacientes que responde "5" (muy satisfecho, el porcentaje de pacientes que responde "1", "2" ó "3" (están insatisfechos o neutros).

Lo anterior permite capturar de mejor manera el espectro de clientes y categorizarlos de acuerdo a promotores, detractores o neutros. Sin embargo, se sugiere ampliar la escala como lo sugiere la Figura 34, donde la medición del NSP(IBB) se realice de 1 a 10, permitiendo categorías más amplias y mejor identificables, donde de 9 o 10 puntos son promotores, de 7 u 8 puntos son pasivos o neutros y de 6 puntos o menos son detractores.

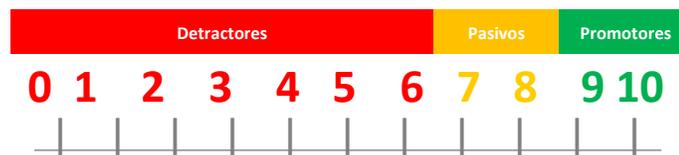


Figura 34. Escala del Net Promoter Score

CAPÍTULO 11: BENEFICIOS POTENCIALES

En este capítulo se revisarán algunos de los beneficios potenciales de implementar este modelo de gestión de la experiencia del paciente en la clínica Red Salud Providencia.

Uno de los primeros beneficios ante una implementación del modelo, es la visualización de los problemas que afectan el desempeño de los índices de satisfacción del paciente en las distintas áreas y que no son visibles sin la aplicación de una metodología. Actualmente, muchos problemas que explican determinados niveles de satisfacción de los pacientes, simplemente no son abordados debido a que dichos problemas (generan un perjuicio a la satisfacción del paciente), no son visibles. Esta mayor visualización de los problemas, permitirá abordar aquellos estos puntos que afectan de forma directa a los equipos de atención y los mecanismos de funcionamiento y coordinación de las distintas áreas facilitando un desempeño más destacable.

Lo anterior viene a capturar el desempeño del funcionamiento de los procesos de atención desde la perspectiva de los equipos de trabajo, pero que afectan la satisfacción del paciente. De forma adicional, y en base a los resultados de las sesiones de trabajo en la detección de problemas operativos, se observó que se realizan una gran cantidad de problemas, muchos de los cuales no tienen relación directa con la satisfacción del paciente, pero afectan el funcionamiento de los servicios de la clínica.

Cabe destacar que muchos de los problemas operativos detectados, eran de alguna forma visibles para parte del personal y habían persistido por varios años, como es el caso de la iniciativa en el área de hospitalizados de generar un reporte de respuesta a timbres que permitía evaluar el desempeño de los equipos de trabajo y dar respuesta ante reclamos específicos del área. Este tipo de problemas persistentes en el tiempo fueron abordados y agendados, debido a la aplicación de la metodología.

Otro punto de beneficio es la mayor facilidad para tomar decisiones gestión operativa más acertadas, al contar con mayor nivel de información y permitir una constante revisión del funcionamiento de la clínica. Es decir, se cuenta con mayor y mejor información para que tanto la gerencia de operaciones, como las jefas de área, tomen decisiones y controlen e informen a sus equipos.

En relación con la generación de iniciativas que considera los índices, tales como IBB o índice de prioridad, facilitará una ruta de trabajo coordinado en el área operativa de la clínica ya que se cuenta con una agenda de implementaciones y parámetros de control y seguimiento, revisando de forma continua los procesos. De forma especial, el modelo permitirá comprender de mejor forma el comportamiento de la satisfacción del paciente durante todo el proceso de atención y dar cuenta de estos asuntos en reuniones tales como el comité de servicio, donde se revisan los principales aspectos en el funcionamiento de la clínica.

En cuanto al diseño propuesto de detección continua de problemas en turno, permitirá una mayor participación de la primera línea de atención, que son médicos, enfermeros y el resto de personal de enfermería. Actualmente existe una brecha entre la información que se captura en la atención al paciente y va hacia los principales cargos de gerencia. La aplicación de este modelo permitirá reducir esta brecha de información y mantener una retroalimentación continua.

Por otro lado, la detección continua de problemas en turno, permitirá transmitir los lineamientos corporativos y gerenciales, de poner énfasis en la satisfacción del paciente, al hacerlos parte del proceso de detección de los problemas que los afectan. La aplicación continua de este esquema permitirá generar una cultura de trabajo en torno a la calidad del servicio.

El beneficio más grande es el aumento en la satisfacción del servicio y en la calidad de atención. Para visualizar económicamente este punto, es necesario considerar el objetivo del trabajo que busca favorecer el aumento en la satisfacción de los pacientes en un 10 % como meta inicial en un período de un año. Para esto, la Tabla X, muestra el ticket promedio, que es lo que reporta en promedio un paciente en una atención en las diferentes áreas.

Área	Pacientes Atendidos [2019]	Ticket Promedio [\$]
Consultas Médicas	379.193	22.000
Diagnóstico	97.096	30.000
Hospitalizados	29.446	1.100.000
Urgencia	19.374	45.000

Tabla 21. Pacientes atendidos y ticket promedio por área

Bajo una estimación de un comité experto¹⁴ en la clínica, se determinó que un paciente satisfecho reporta un 30% más, debido a que se atiende un mayor número de veces y se refleja en el aumento del ticket promedio de ese paciente.

Ahora bien, si el número de pacientes atendidos en un área x es N_x y el Ticket Promedio de un paciente en esa área es TK_x , el beneficio económico de que el 10 % de esos pacientes esté satisfecho y que pague un 30% más, se observa en la Ecuación 1. La estimación se muestra en la tabla Z, donde se consideró el mismo número de pacientes por cada área, pero ahora con el 10 % en cada sección considerado satisfecho y dispuestos a pagar 30 % más.

$$(0,1 \cdot N_x \cdot 1,3 \cdot TK_x + 0,9 \cdot N_x \cdot TK_x) - N_x \cdot TK_x = 0,03 \cdot N_x \cdot TK_x \quad (1)$$

Área	Beneficio Económico [\$]
Consultas Médicas	250.267.380
Diagnóstico	87.386.400
Hospitalizados	971.718.000
Urgencia	26.154.900
Total	1.335.526.680

Tabla 22. Beneficios monetarios adicionales

El beneficio económico, bajo el mismo contexto que el observado en el año 2019(en cuanto a pacientes atendidos) es de \$ 1.335.526.680 adicionales.

¹⁴ Según un estudio interno de la clínica que evalúa la reincidencia en los servicios de la clínica de un paciente satisfecho.

Finalmente, la aplicación de este modelo permitirá evaluar su posible aplicación en el resto de centros de la red y replicar las prácticas que permitan mejorar la efectividad de las decisiones de gestión en la satisfacción de los pacientes. La libertad para desarrollar e implementar estas metodologías y la facilidad con la cuál estas son compartidas entre los centros clínicos y médicos de la red, permite potencialmente, difundir estas prácticas y la aplicación de este modelo en toda la red.

CAPÍTULO 12: CONCLUSIONES

A partir del trabajo realizado, se pueden extraer varias conclusiones. En primer lugar, se tiene que la aplicación de un modelo de gestión de la experiencia del paciente, implica adoptar por parte de los equipos gerenciales, analíticos y operativos, varias prácticas y metodologías a las cuales no están acostumbrados, lo que implica un trabajo metódico y práctico en sesiones sostenidas con las diferentes áreas. No obstante, permite conectar y coordinar las disciplinas de ingeniería con la médica y trabajar implementando mejoras de forma conjunta.

Un hecho relevante, es que gran parte de la percepción de lo que ocurre en la atención clínica (sea en una consulta médica, en urgencia, para realizar algún examen médico o en el post operatorio en el área de hospitalizados), es capturada por los médicos, enfermeros, técnicos en enfermería, entre otros, por lo que ellos pueden en muchos casos, dar razón de la insatisfacción de los pacientes, porque conocen los procesos internos que conducen a un servicio imperfecto. El modelo propuesto busca capturar ese aspecto, además de considerar la apreciación y satisfacción del paciente, usando herramientas de gestión, mejora los procesos y la misma atención clínica.

Según lo anterior, se observa que el modelo al combinar ambos aspectos (funcionamiento interno y satisfacción del paciente), logra de forma efectiva generar iniciativas que no son obtenidas única y exclusivamente con mirando el customer experience y los niveles de satisfacción ni tampoco considerando de forma aislada los problemas operacionales internos. El modelo, muestra conciliar ambos aspectos de forma satisfactoria.

La aplicación de una metodología y un trabajo metodológico para la detección de problemas, resulta efectiva al extraer un gran número de problemas, en total 44 (considerando todas las áreas) y una lista de problemas priorizados de 26 en total. Muchos de estos problemas, sin la aplicación de la metodología no eran visibles o habían estado sin ser abordados por la gerencia desde hace mucho tiempo. En este sentido, la metodología se ajusta apropiadamente para la detección de los problemas.

Teniendo como base la metodología DMAIC, el trabajo fue explicado previamente en las sesiones y se involucró a los equipos de trabajo según los objetivos que se perseguían y de las herramientas metodológicas que se sugerían. En este sentido, la diagrama Ishikawa resultó ser bastante apropiado al momento de guiar la identificación de causas raíces, extendiéndose las sesiones de forma voluntaria varias veces debido al flujo de información.

Por otro lado, la identificación de las causas raíces involucró más análisis de los recursos digitales con los que se contaban, entre ellos la plataforma INDAGA es un recurso valioso a disposición que brinda mucha más información que los equipos médicos y de enfermería conocen o saben ocupar. Se sugiere, de forma adicional a este trabajo

Se aprecia al interior de la clínica, la existencia de lineamientos claros e incentivo para implementar estrategias de gestión nuevas, lo que facilita en primer lugar, una cultura del cambio y endosa a cada jefe de área, la responsabilidad de mejorar el desempeño de sus equipos.

La generación de iniciativas y la creación de una ruta de mejoras a implementar o agenda de implementaciones, con plazos y responsables asignados, permitirá abordar varios problemas que nacen de áreas específicas. Dentro del trabajo realizado, se aprecia que varios de los problemas a solucionar no tenían relación con las áreas de atención de hospitalizados, urgencia, centro médico o diagnóstico, sino más bien con áreas como mantenimiento o informática, entre otros, por lo cual, hace sentido mantener una agenda coordinada en la cual se refleje el trabajo por realizar de todos.

La detección continua de problemas operacionales aplicada en los turnos, que representa un nuevo proceso no existente hasta el momento de la realización de este trabajo, facilitará el actualizar la agenda de implementaciones que manejará el equipo de operaciones. Esta actualización continua, permite que este no sea un trabajo que se realice una sola vez, sino que se lleva a cabo de forma continua. Es importante destacar, que uno de los mayores beneficios de la implementación de este esquema propuesto, es la reducción de la brecha operacional entre los equipos de atención y la gerencia, asegurando un flujo de información constante.

CAPÍTULO 13: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Se destaca que frente a contingencias tanto nacionales como internacionales, el funcionamiento de la clínica cambia absolutamente. Un ejemplo de ello son las protestas iniciadas en octubre del año 2019, que modificaron tanto el funcionamiento de los turnos, los horarios de llegada y salida, además de la logística para el transporte de vuelta a casa.

Otro ejemplo de esto mismo es el efecto de la pandemia, que cambió de forma transversal el funcionamiento operativo, modificando de igual forma el trabajo, realizado ahora a distancia en muchos casos, además de los cambios en los turnos. En un contexto así, tanto el flujo de pacientes como la realización de actividades se centran en las labores esenciales. Estos ejemplos, muestran la alta susceptibilidad en el funcionamiento de la clínica, frente a las contingencias, lo que representa una dificultad para la aplicación e implementación de un modelo de gestión, debido al nivel de carga de los equipos de trabajo dadas las condiciones. Considerar mejoras futuras en el modelo de gestión, en contingencias semejantes, reportaría valiosas mejoras al trabajo propuesto.

No obstante, es relevante analizar que, debido a las contingencias previamente mencionadas, las circunstancias cambiaron y se exploraron nuevas formas de comunicación no presencial como el teletrabajo, aplicando nuevas herramientas de comunicación, como lo es el caso de Zoom u otras herramientas. De la misma forma, la tele medicina se ha reforzado, lo que plantea un beneficio potencial al momento de extraer información de la satisfacción del paciente, producto del mayor uso de medios digitales para ello.

En particular, es relevante estudiar los comentarios que se pueden obtener en las diferentes áreas médicas por parte de los pacientes. Actualmente la clínica cuenta con la posibilidad de que los pacientes hagan comentarios voluntarios de la atención recibida los cuales son clasificados como felicitaciones, sugerencias y quejas. Estos en el presente, son estudiados en términos de cantidades, donde a mayor número de felicitaciones, mejor es el desempeño. No obstante, la disponibilidad de estos comentarios, brinda la posibilidad de generar a partir de ellos, análisis que brinde información que no está disponible actualmente con los análisis que son realizados.

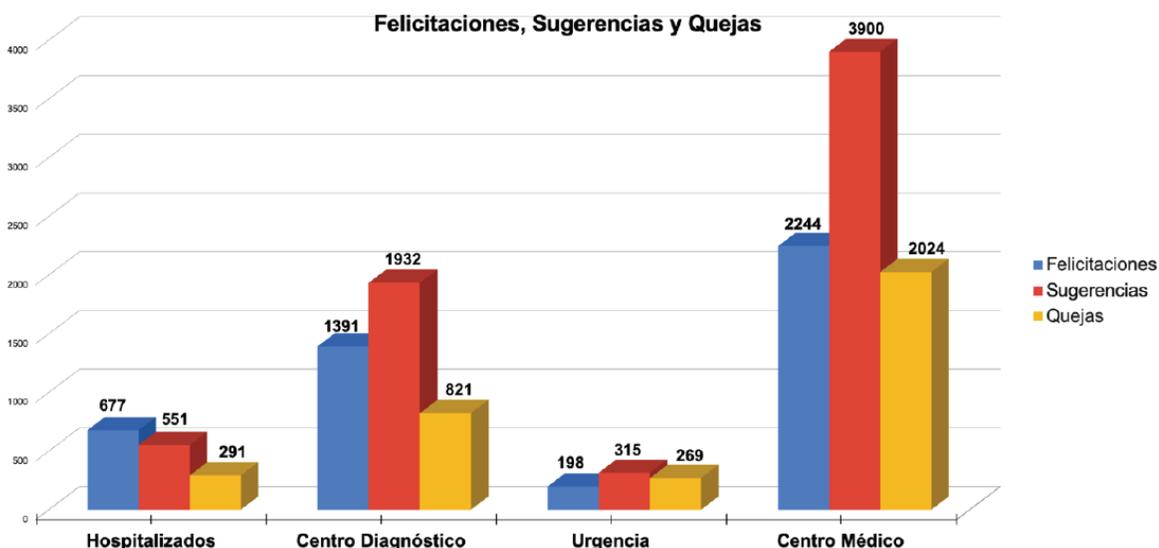


Figura 35. Número de felicitaciones, sugerencias y quejas para los servicios de la clínica en 2019

Existe, por lo tanto, una posibilidad valiosa para abordar mediante minería de datos y herramientas de web intelligence, los aspectos más relevantes que son reflejados en los comentarios. Incentivar el uso de este medio en los pacientes, significa un material de estudio valioso para posteriores trabajos. En estos análisis, la aplicación de herramientas de minería de datos, permiten reducir los comentarios largos a palabras centrales que, mirados en términos agregados, pueden señalar un patrón de opinión claro en relación con la satisfacción de los pacientes. La Figura 35 muestra los niveles de respuesta a las encuestas para el año 2019, según área.

Por otro lado, lo anterior plantea la realidad de que nunca fueron tan importantes como hoy, las plataformas tecnológicas en la atención médica. Plataformas tecnológicas que pueden ser usadas para consultas médicas, para la búsqueda de información médica, para la visualización de exámenes médicos, etc. Si no se cuentan con los medios digitales para efectuar estos requerimientos de los pacientes, o estos medios no son robustos, impactarán fuertemente en la satisfacción del paciente.

En el caso particular de la Clínica Red Salud Providencia, ya se realizan consultas médicas virtuales mediante la herramienta de Google Meet y para este efecto, cuenta con la infraestructura tecnológica robusta que facilita la realización de estas. Sin embargo, en cuanto a información médica disponible en internet, como exámenes médicos realizados en la clínica, existen problemas que fueron detectados en el transcurso de la realización del trabajo. Esto representa un riesgo para la imagen de Red Salud y se sugiere reforzar estos puntos.

En esta línea, cobra también relevancia la disponibilidad de información en la web en relación con consultas médicas virtuales, información médica confiable. En relación con este punto, es claro que la pandemia reforzó la búsqueda de información médica en internet y facilitó la masificación de las consultas médicas virtuales, sin embargo, esto no se debe exclusivamente a esta de forma exclusiva, dado que la búsqueda de información digital de contenidos de salud, ha cobrado relevancia a través del tiempo.

Por lo tanto, el reforzar la infraestructura tecnológica mediante la cuál un centro de salud facilite el acceso a información, consultas médicas en línea, disponibilidad de exámenes, es esencial para fortalecer un factor cada vez más relevante en cuanto a la satisfacción del paciente. El uso de tecnologías, al interior de los servicios, tales como el uso de fibra óptica, mejor conectividad para pacientes, entre otros, son puntos que permiten, de forma adicional, prestar una mejor experiencia al paciente. Sin embargo, el uso de medios digitales cobra en la actualidad un papel de mayor relevancia.

Explorar, finalmente, el uso de redes sociales, ya sea Facebook, Twitter e Instagram, permite de igual forma difundir información, acortar la brecha entre la clínica y los potenciales pacientes, además de facilitar la retroalimentación de lo que las personas quieren y necesitan. Procurar el uso de estos medios, es recomendable considerando que, muchas de las opiniones, ideas e información que disponen las personas, se generan en estos medios, lo que representa una oportunidad.

Bibliografía

1. Memoria Red Salud (2016).
<https://www.redsalud.cl/acerca-de-redsalud/inversionistas/memorias>
2. Memoria Red Salud (2018)
<https://www.redsalud.cl/acerca-de-redsalud/inversionistas/memorias>
3. Alan Pennington. Ed. (2016). The Customer Experience Book: How to Design, Measure and Improve Customer Experience in Your Business.
4. Nihat Tavşan, Can Erdem (2018). Customer Experience Management: How to Design, Integrate, Measure and Lead.
5. , Juan F. Pérez-Carballo Veiga (2013). Control de Gestión Empresarial: Textos y Casos.
6. Pui-Mun Lee, PohWah Khong y Dhanjoo N. Ghista (2006). Impact of deficient healthcare service quality, En: The TQM Magazine; Vol. 18 No. 6, pp. 563-57. Emerald Group Publishing Limited.
7. Félix Morales González y Maura Cabrera Jiménez (2018). The Hanlon Method, a methodological tool for prioritizing needs and health problems. An operational perspective for health diagnosis.
8. Verónica Cruz García¹, C. Rogelio Fernández Argüelles, Juan Fernando López Flores (2012). Determinación de prioridades por el Método Hanlon en el laboratorio de análisis clínicos en un hospital de 2do nivel de atención.
9. Jeffrey M. Hiatt (1999-2000). The Perfect Change: Using the ADKAR Model for Change Management
10. Jeffrey M. Hiatt (2006). The Essence of ADKAR: a model for individual change management
11. Nancy R. Tague (2005). "Plan–Do–Study–Act cycle"
12. ProCalidad. (2019). Índice Nacional de Satisfacción de Clientes. Obtenido en Procalidad:
<https://www.procalidad.cl/indice-nacional-de-satisfaccion-de-clientes/>
13. Praxis. (2020). Praxis Xperience Index. Obtenido en Praxis: <https://www.praxis.cl/que-es-el-praxis-xperience-index-pxi/>

14. Baudet José (2019). Modelo de predicción de demanda en camas para el hospital clínico de la red de salud UC Christus

Otras Fuentes

15. Plataforma Indaga, <https://indaga.fba-consulting.com/> . Fecha consulta: septiembre 2019 a mayo 2020.

16. Clínicas de Chile A.G. http://www.clinicasdechile.cl/knowledgebase_category/estudios-y-analisis/. Fecha de Consulta: diciembre 2019.

17. Archivos Internos de la Clínica Red Salud Providencia proporcionados por el área contable.

18. <https://www.iso.org/home.html>. Fechas de consulta: entre agosto 2019 y enero 2020.

19. <https://www.nueva-iso-9001-2015.com/>. Fecha de consulta: noviembre 2019 y marzo 2020.

20. <https://asociaciondec.org/> Fecha de consulta: entre agosto 2019 y enero 2020.

su satisfacción. Esto permite tener la posibilidad de llevar un registro acabado de los procesos de la red además de realizar un análisis más robusto de la clínica y su funcionamiento.

- Plataformas con datos a disposición: Cómo se mencionó, esto permite el acceso al comportamiento de las clínicas en sus diferentes servicios, lo que permite realizar análisis y tomar acciones en base a una información mucho más clara y precisa, respondiendo al funcionamiento de la clínica bajo un criterio más ajustado a la realidad.
- Nuevos lineamientos y creciente interés desde el área corporativa de la red hacia las clínicas con énfasis en la satisfacción del cliente: La incorporación de las plataformas previamente mencionadas, responden a una necesidad de generar lealtad en los pacientes y un prestigio en la marca RedSalud en cuanto a la calidad de atención. Esto trae consigo un énfasis cada vez mayor en considerar la medición de la satisfacción de los pacientes en los diferentes servicios de los centros de salud y clínicas de la red.

En el mercado actual, esto es una ventaja debido la tendencia en los servicios de atención médica de trabajar los procesos de atención para generar mayor satisfacción y lealtad.

- Instancias de revisión de rendimiento: Bajo iniciativas institucionales, existen varias instancias en todo nivel en la red, desde el área corporativa hasta los equipos de trabajo en los servicios de atención, lo que permite generar un ambiente colaborativo y de retroalimentación. Contando con una constante evaluación del funcionamiento de los procesos de atención además de medir el desempeño de los equipos y mejorar.

Oportunidades

- Acuerdos con Proveedores: Al estar en red se pueden negociar mejores acuerdos con proveedores de insumos al tranzar mayores cantidades para todas las clínicas y centros médicos. Esta es una oportunidad que no se ha aprovechado aún y puede significar acuerdos más convenientes.
- Mucha información a disposición: Antes de poder realizar un análisis de los procesos o de satisfacción de pacientes para la gestión, el primer paso es medir, sin embargo, la clínica y la red cuenta con una enorme cantidad de información medida y accesible que habla de los procesos, lo que facilita el análisis y la gestión. Esto presenta una gran cantidad y oportunidades al poder sacar mucho más provecho a esta información.
- Oportunidades de mejora en la gestión: Hay un creciente interés por parte de la red y transmitido hacia las clínicas, de mejorar la eficiencia en el funcionamiento de sus procesos mediante la gestión. La influencia y la penetración del conocimiento de ingeniería y gestión en los servicios médicos internos tales como urgencia, exámenes, entre otros, han sido progresivos. Existe hoy una relación de cooperación, particularmente entre la gerencia de operaciones y los servicios de la clínica, lo que representa una oportunidad considerable para generar impacto en la eficiencia y calidad de atención, como también en la satisfacción de los mismos pacientes.
- Nuevos focos: Junto con lo anterior, existe la oportunidad de generar otros focos en la mejora de la atención y funcionamiento interno, tales como la experiencia paciente, el análisis de

los factores que inciden en su satisfacción y de esta forma, evaluar el funcionamiento de los servicios de la clínica bajo un nuevo lente y definir otros objetivos más allá que aumentar simplemente las ventas, sino generar lealtad.

Debilidades

- **Provecho de las plataformas:** Aun cuando los equipos gerenciales y corporativos manifiestan un creciente interés en aprovechar la información a disposición en relación con el funcionamiento de los procesos y extraer más información en relación con la satisfacción de los pacientes, no existe una integración vertical de prácticas que lleguen hasta quienes están a cargo de algunos servicios. Es decir, no es claro para todos el cómo sacar provecho de la múltiple información que hay a disposición, ni tampoco está en todo el personal la cultura de dar uso a las plataformas para el análisis, como encargado de algún área, o con el objetivo de transmitir a sus equipos la retroalimentación que se desprenden de los recursos disponibles.
- **Claridad de lineamientos a médicos:** Este punto es un problema, ejemplificado particularmente en el área de centro médico, donde a pesar de existir registros de atrasos de los médicos en cuanto a las consultas que realizan, no hay un castigo o penalización que restrinja, por ejemplo, la cantidad de consultas médicas que pueda realizar por sobrecupo, el tiempo de atención por paciente, la calidad de esta atención ni tampoco el horario de llegada. Debido a esta ausencia de penalización sobre de los médicos, existe poco control sobre ellos, lo que lleva al hecho de no poder garantizar o intervenir algún servicio que presente insatisfacción de los pacientes y en el cual incidan el comportamiento del médico.
- **Personal insuficiente en algunos servicios:** Es un tema transversal en los distintos servicios de la clínica, el énfasis en la falta de personal en algunos momentos críticos. Debido a limitaciones de presupuesto, se busca hacer frente a altas demandas y tiempos de espera con mejoras en el proceso sin abordar el tamaño del personal. Este es un problema particular del área de urgencias, por sobre otros servicios.
- **Comunicación Red-Clínicas: Integración Incompleta:** Debido al poco tiempo que las instituciones pertenecientes a RedSalud funcionan como red, hay una distancia en relación con los parámetros y directrices que se trazan desde el corporativo y la aplicación en los servicios de atención al interior de la clínica. A pesar de que existen instancias donde existe una retroalimentación gerencial de las diversas clínicas que pertenecen a la red en cuanto al funcionamiento de sus procesos, cada clínica tiene condiciones particulares y enfrenta requerimientos específicos que se terminan abordando mediante esfuerzos que nacen desde la misma clínica.
- **Falta de estándares:** Al momento de revisar la mayoría de los procesos, se advierte que no existe una regla de medición definida, ni estándares predeterminados o establecidos mediante los cuales se pueda evaluar el rendimiento de algunos procesos, en particular, la definición de razones que expliquen determinado nivel de satisfacción en los pacientes en algún área con el objetivo de mejorar continuamente dichos procesos.

Amenazas

- **Contexto Social:** El contexto social es muy relevante para el funcionamiento de la clínica. Esto quedó en evidencia con las manifestaciones sociales y marchas realizadas a partir del mes de octubre del 2019, donde, debido a la ubicación de la clínica (Avenida Salvador 100, Providencia; a escasos metros de Plaza Baquedano) el acceso a ella quedó bloqueado y se suspendió el normal funcionamiento y las jornadas de trabajo se redujeron. El resultado fue una brecha entre las ventas esperadas y las observadas, siendo estas últimas las que no alcanzaron las expectativas.
- **Acceso:** Al estar ubicada la clínica en Avenida Salvador, muy cerca de avenida Providencia, es muy susceptible a cortes e interrupciones del tránsito al ser estas avenidas, muy usadas tanto para manifestaciones como otro tipo de interrupciones del tránsito habitual.
- **Pandemia:** En razón de la emergencia sanitaria que vive el país, y la dictación del estado de excepción constitucional dictado con fecha 18 de marzo del año 2020. En razón de eso, la demanda de pacientes se ha comportado de forma irregular. Ante la pandemia, se hace evidente la marcada diferencia entre la venta proyectada y la real, pues entre otras variantes, se ha generado un montón de problemas logísticos, por ejemplo, para que llegue el personal; y, además, en razón de las dos semanas en cuarentena de la comuna de Providencia, para que los pacientes decidan acudir a la Clínica.