



FACULTAD DE ECONOMIA Y NEGOCIOS
MAGISTER EN GESTION DE SISTEMAS DE SALUD

**PROPUESTA TECNICA-ADMINISTRATIVA IMPLEMENTACION
CONTROL DE CALIDAD DE PROCESOS EN HOSPITAL
REGIONAL DE TALCA**

Profesor Guía: Ing. Leopoldo López Lastra

Alumno: TM. Belarmino Manques Maldonado

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER
EN GESTION DE SISTEMAS DE SALUD**

MAYO 2017

CONSTANCIA

La Dirección del Sistema de Bibliotecas a través de su unidad de procesos técnicos certifica que el autor del siguiente trabajo de titulación ha firmado su autorización para la reproducción en forma total o parcial e ilimitada del mismo.



Talca, 2019

DEDICATORIA

Quiero dedicar la culminación de este proceso a mi familia, que fueron el soporte emocional para concluir este desafío, especialmente a mis hijos y esposa que durante este período debieron postergar en muchas ocasiones sus legítimas aspiraciones y deseos de convivencia, esparcimiento y recreación. A mis hijos que han entendido que siempre hay tiempo para realizar los sueños postergados por años, entender también que no existen imposibles. A todos, muchas gracias por el apoyo brindado. “Son mi razón de vida, los amo infinitamente”

INDICE DE CONTENIDOS

Índice de tablas.....	4
Índice de gráfico y figuras.....	5
Resumen ejecutivo.....	7
Introducción.....	8
Objetivo general.....	12
Objetivos específicos.....	12
MARCO TEÓRICO	
Capítulo I 1.1.- Contexto y situación actual.....	13
Capítulo II 2.1.-Control de calidad de procesos.....	19
2.2.-Modelos de gestión de calidad.....	21
2.2.1.-Ciclo de mejora PDCA.....	22
2.2.2.-Modelo de Baldrige.....	23
2.2.3.-Modelo europeo de excelencia EFQM.....	24
2.2.4.-Modelo control total de calidad.....	25
2.2.5.-Modelo seis sigma.....	26
2.2.6.-Modelo Norma ISO 9001-2008.....	28
Capítulo III Metodología.....	29
Capítulo IV 4.1.- Resultados encuesta piloto.....	31
4.2.-Análisis estadístico.....	48
4.3.-.-Recomendaciones de bases técnicas administrativas para control de calidad.....	51
4.4.-Recomendaciones de bases técnicas administrativas para control de calidad en el Hospital Regional de Talca.....	54
Capítulo V 5.1.-Conclusiones.....	61
5.2.- Limitaciones.....	65
Bibliografía.....	66
Anexos	69

INDICE DE TABLAS

Tabla 1:	Respuesta pregunta 1.....	31
Tabla 2:	Respuesta pregunta 2.....	32
Tabla 3:	Respuesta pregunta 3.....	33
Tabla 4:	Respuesta pregunta 4.....	34
Tabla 5:	Respuesta pregunta 5.....	35
Tabla 6:	Respuesta pregunta 6.....	36
Tabla 7:	Respuesta pregunta 7.....	37
Tabla 8:	Respuesta pregunta 8.....	38
Tabla 9:	Respuesta pregunta 9.....	39
Tabla 10:	Respuesta pregunta 10.....	39
Tabla 11:	Respuesta pregunta 11.....	40
Tabla 12:	Respuesta pregunta 12.....	41
Tabla 13:	Respuesta pregunta 13.....	42
Tabla 14:	Respuesta pregunta 14.....	43
Tabla 15:	Respuesta pregunta 15.....	45
Tabla 16:	Respuesta pregunta 16.....	46
Tabla 17:	Resumen datos estadísticos procesados.....	48
Tabla 18:	Estadística de fiabilidad.....	48
Tabla 19:	Componentes y Alfa de Crombach.....	49

INDICE DE GRAFICOS O FIGURAS

Gráficos

Gráfico 1	Respuesta pregunta 1. Estamento de Funcionarios en encuesta	32
Gráfico 2	Respuesta pregunta 1. Diferenciación por profesión.....	32
Gráfico 3	Respuesta pregunta 2. Compromiso funcionario.....	32
Gráfico 4	Respuesta pregunta 3. Evaluación calidad del HRT.....	33
Gráfico 5	Respuesta pregunta 4. Reacción superior directo.....	34
Gráfico 6	Respuesta pregunta 5. Reacción personal.....	35
Gráfico 7	Respuesta pregunta 6. Observación de error.....	36
Gráfico 8	Respuesta pregunta 7. Evaluación trazabilidad de biopsias.....	37
Gráfico 9	Respuesta pregunta 8. Satisfacción por trabajo realizado.....	38
Gráfico 10	Respuesta pregunta 9. Labor puede ser mejorada.....	39
Gráfico 11	Respuesta pregunta 10. Preocupación servicio o unidad.....	40
Gráfico 12	Respuesta pregunta 11. Participación funcionaria.....	41
Gráfico 13	Respuesta pregunta 12. Aporte a trazabilidad.....	42
Gráfico 14	Respuesta pregunta 13. Opinión funcionaria.....	43
Gráfico 15	Respuesta pregunta 14. Modelo de calidad implementado....	44
Gráfico 16	Respuesta pregunta 15. Modelos de calidad.....	45
Gráfico 17	Respuesta pregunta 16. Calidad de procesos y atención.....	46

Figuras

Figura 1	Flujograma proceso de acreditación hospitalaria.....	18
Figura 2	Estructura modelo europeo de calidad EFQM.....	25

RESUMEN EJECUTIVO

El proceso de control de calidad que se realiza en el Hospital Regional de Talca y en todas las instituciones de salud de Chile, es un sistema de aseguramiento de calidad y seguridad del paciente, éste concepto está normado y regulado por el Ministerio de Salud de Chile que fija estándares mínimos que los prestadores de salud deben cumplir, para cada ámbito y característica a evaluar, las características son divididas en obligatorias y no obligatorias, todo ello enmarcado en el proceso de acreditación institucional que implica cumplir una serie de exigencias administrativas, legales y técnicas.

Un sistema de control de calidad de los procesos implica una serie de exigencias adicionales al modelo que hoy se aplica en el ámbito sanitario en Chile, por ello es necesario conocer cuáles son los modelos de calidad aplicados con éxito a nivel mundial y analizar si es factible su implementación en nuestro sistema de salud, es indispensable, tener presente el aporte que ha realizado la metodología de control calidad de procesos, generando insumos con estándares cada vez más alto, al tiempo que estos sistemas, también han aportado a mejorar el nivel de gestión de las organizaciones que las han adoptado.

En este trabajo buscaremos la forma de adaptar y/o sugerir los requisitos mínimos para implementar un modelo de control de calidad de procesos en el Hospital Regional de Talca, según las sugerencias de los distintos modelos de control de calidad, los que coinciden en la importancia que tiene la participación del personal en el éxito e implementación del modelo, es por ello que se aplicó una encuesta a funcionarios de la institución con el propósito de conocer la percepción de estos sobre el proceso de calidad implementado en el Hospital de Talca, específicamente trazabilidad de biopsias, sus respuestas serán analizadas en el capítulo de resultados, sin embargo el 96,7% manifiesta como necesario conocer la opinión de los funcionarios y un 80% considera que su labor puede mejorar, ambas respuesta sin duda dan cuenta del motivo fundamental del cumplimiento de la característica más difícil del proceso de acreditación institucional del Ministerio de Salud.

INTRODUCCION

En Chile el desarrollo e implementación de procesos de calidad en el sector salud se encuentran en pleno apogeo, debido a que en los últimos años ha habido una importante evolución en gestión de salud apoyada y exigida por la reforma del sector, además, los procesos de acreditación impulsados por el Ministerio de Salud, han contribuido notoriamente al ordenamiento de protocolos, manuales, e indicadores de calidad, que han contribuido a generar una mejoría de los procedimientos técnicos.

Nuestra sociedad ha cambiado con rapidez amparada por una serie de eventos que han permitido una evolución tecnológica y de deberes y derechos que le han otorgado empoderamiento en todos los ámbitos y como tal, salud no está exento, es por ello que cada vez se exige a las instituciones de salud, transformaciones profundas en su gestión para adaptarse a los nuevos desafíos sanitarios. Estos desafíos vienen de la mano de la Autogestión Hospitalaria en Red y la Acreditación, situación que pone en juego la capacidad de las instituciones de salud para gestionar adecuadamente sus recursos y ofrecer sus servicios, contemplando los componentes de calidad y seguridad del paciente en la atención (Concha, 2010).

La calidad en salud tiene una larga data, como es mencionado por Chandía Y, en el 2006, y realiza una breve descripción histórica señalando los hechos más importantes,” En un principio la calidad estaba regulada por la propia conciencia y por el código deontológico de la profesión, Florence Nightingale, posterior a la guerra de Grimea (1858), introdujo dos hechos fundamentales, por un lado apoyo la formación de enfermeras y por otro realizó estudios de tasas de mortalidad de los hospitales militares logrando mediante el control del ambiente, disminuir la mortalidad de un 40 % a un 4 %.

En 1910 Flexner, evaluó a los colegios de enseñanza médica de Canadá y Estados Unidos, descubriendo la ausencia generalizada de normas relativas a la educación médica y recomendó el establecimiento de normas educativas en todo el continente americano.

En 1912 Codman desarrolla un método que permite clasificar y medir “los resultados finales” de la asistencia hospitalaria y en 1913 a consecuencia de los informes de Flexner y Codman el Colegio Americano de Cirujanos emprende estudios sobre la normalización de los hospitales.

En 1950, en Canadá se crea el Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales y en 1951 en Estados Unidos la Joint Comisión on Accreditation of Hospitals (JCAH). Estos organismos emiten la generalización de las normas de acreditación en los hospitales y la aparición de las primeras definiciones de parámetros de calidad. En 1961 Donabedian publica su primer artículo sobre la calidad de la atención médica, conceptos que continua desarrollando posteriormente y que constituirán una de las bases del desarrollo del control de calidad en la asistencia sanitaria. Este control se ejerce con tres pilares básicos que son: Análisis de la estructura, análisis del proceso y análisis de los resultados.

Alrededor de los años sesenta nacen los auditores médicos como método de control interno de la institución, esto con el fin de verificar y mejorar aspectos concretos de la práctica asistencial. Posteriormente la JCAH los incorporo a sus programas de control de calidad y los exigió como condición de acreditación del centro.

La OMS ha manifestado mucho interés por potenciar y desarrollar la calidad en salud y ya en los años ochenta las organizaciones de la salud comenzaron a utilizar las filosofías industriales del proceso de mejoramiento continuo (PMC) y la administración total de la calidad (TQM), asimismo la acreditación en hospitales amplio su enfoque hasta promover el mejoramiento de la calidad” (Chandía Y, 2006, pág. n° 8 a pág. n° 9).

Estos mismos conceptos y hechos históricos fueron reafirmados por Hernández M y otros profesionales de la salud cubanos el año 2013, donde trataron en extenso el desarrollo de los procesos de calidad en salud e incluso mencionan la evolución que han tenido algunos indicadores de salud, señalando “El panorama internacional de salud, observado a través del comportamiento de algunos de sus indicadores en la última década del siglo XX y en los años transcurridos del actual, muestra, en los primeros lugares el aumento de la incidencia de algunas enfermedades crónicas degenerativas, el resurgimiento de otras que se encontraban controladas y la aparición de nuevas. La calidad en salud está en su desarrollo, hoy se está conociendo su importancia a través de los sistemas de todo el mundo, se implementan diversas formas de control de calidad en salud”.

El avance y mejora continua que ha registrado el sector salud a lo largo del tiempo registra hitos importantes que sin duda son aportes positivos a los procedimientos hospitalarios, es así como en 1950 se crea el Consejo Canadiense de Acreditación Hospitalaria, un año más tarde en Estados Unidos se crea la *Joint Comission on Accreditation of Hospitals*, con el aporte de estos organismos se logra generalizar las normas de acreditación en los hospitales y la aparición de las primeras definiciones de parámetros de calidad, a los dos casos anteriores se debe considerar el aporte realizado por Donabedian que en 1961 publica su primer artículo sobre calidad en atención médica, conceptos que continuo desarrollando y que se tradujeron en las bases del desarrollo del control de calidad en ámbito sanitario, para Donabedian el control debía considerar tres pilares básicos: el análisis de la estructura, análisis del proceso y análisis de los resultados (Chandia,2006).

La evolución de control de calidad experimentado en el sector salud estaba enmarcada en un contexto mayor de calidad, impulsado fuertemente por área industrial, donde fue desarrollada toda una política de calidad, tendientes a minimizar los riesgos de error en cada uno de sus procedimientos, es así como desarrollan el control de sistemas por procesos, en el cuál todos las actividades de cada proceso están reguladas, estandarizadas y

monitoreadas constantemente, asegurando de este modo un producto de buen resultado, además, cada proceso puede ser controlado estadísticamente pues cada uno de los parámetros de cada actividad son registrados, se puede graficar y conocer con antelación si los resultados de ese proceso serán los esperados. No obstante lo anterior, en el año 1988 se desarrolla el modelo seis sigma, que en el fondo no sólo es un control de calidad de procesos, sino que es una filosofía de trabajo y una estrategia de negocios, que busca reducir o eliminar la variabilidad en los procesos y alcanzar un nivel de defectos menor o igual a 3,4 defectos por millón de procesos.

Considerando la evolución en control de calidad que ha experimentado el sector salud y los rigurosos controles y excelentes resultados que experimenta el área industrial manufacturera es válido preguntar ¿El sector salud está en condiciones de seguir un control de calidad del tipo modelo seis sigma? ¿Los hospitales Chilenos muestran avances o están en condiciones de ser sometidos a un estricto control de calidad de sus procesos? Tal vez la respuesta sea evidente para quienes trabajan en Salud y entienden los conceptos de calidad según el modelo seis sigma, pero también es sabido que existen etapas intermedias para mejorar los controles de calidad y también existe una serie de requisitos previos que cumplir antes de pensar o soñar con implementar un control de calidad de procesos estricto que garantice resultados óptimos al final del proceso o procedimiento.

En los hospitales chilenos lograr que sus procesos sean reproducidos con los mismos resultados, es un anhelo siempre presente, que sin duda, los diversos procedimientos de acreditación impulsados por el Ministerio de Salud han contribuido al logro de este deseo es un hecho evidente e innegable, no obstante, aún falta camino por recorrer y la distancia entre la situación actual y el objetivo de un control de calidad de procesos en cada una de sus etapas se encuentran en una etapa inicial, pues para que ello funcione se debe desplegar una profunda filosofía de cambio, que ya se ha iniciado, lograr el compromiso de todo el personal, los que trabajan directa e indirectamente en estos procesos y el cuerpo directivo asumir como propios los desafíos que ello significa para la institución.

Considerando todo lo anterior y realizando un análisis acabado del modelo de gestión de calidad utilizado en el Hospital Regional de Talca, así como los desafíos que la institución ha definido en relación al control de calidad de sus procedimientos, se quiere:

1.-Objetivo General:

1.- Realizar propuesta de bases técnicas para implementación de control de calidad de procesos.

Objetivos Específicos:

- 1.- Conocer el contexto actual de la calidad de procesos en el sector salud chileno.
- 2.- Recopilar información de los distintos modelos de control de calidad de procesos.
- 3.- Analizar la situación del control de calidad en salud, en el Hospital Regional de Talca.
- 4.-Aplicar encuesta piloto a funcionarios del Hospital de Talca, con la finalidad de conocer su percepción sobre el modelo de calidad de la institución y del proceso en el cuál ellos cumplen actividades y tareas.

CAPÍTULO I.

MARCO TEORICO

1.1.- Contexto y Situación Actual

Según Chandia, Y, el año 2006 realizó la siguiente afirmación respecto a calidad, “La calidad tiene su origen en el latín y significa atributo o propiedad que distingue a las personas, bienes y servicios, hoy se conocen una variedad de definiciones una de ellas aportada por sociedad americana para el control de calidad (ASQC), dice “Conjunto de características de un proceso o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente”. A pesar de existir algunas definiciones más o menos aceptadas y difundidas en la sociedad, está continua siendo un problema sin resolver, pues existen diversas definiciones como autores dispuestos a referirse al tema, así fue reconocido por Avedis Donabedian en su libro “La calidad en la atención médica” publicado en 1984, planteando la necesidad de una definición y de sus métodos de evaluación, donde consideró muy difícil aportar una definición (Ramos, 2011).

La calidad en la atención médica, se puede homologar a salud, ha sido preocupación constante de la sociedad, como es mencionado por Ramos B, quien realiza una breve reseña histórica sobre el tema indicando, que desde tiempos de los imperios esclavistas, prácticamente nace con la profesión médica, durante la edad antigua en Egipto y en la India, existían funcionarios que observaban el cumplimiento de las normas sanitarias, ello es conocido hoy como supervisión. En el año 1750 a.C, en Babilonia, surgió el “Código del Rey Hamurabi” en el cuál se regulaba el trabajo médico y eran castigados severamente por los malos resultados de alguna terapéutica u operación (Ramos, 2011).

Ramos, 2011, insiste con nuevos antecedentes, que podrían fijar en cierta medida, el origen del control de calidad en medicina, relatando que los avances en sistematizar los controles de calidad continuaron en forma aislada y esporádica, sin embargo, cada vez que se registraba un nuevo procedimiento o instrumento que implicara mejorar o evaluar los resultados de la atención médica o de salud se producía un cambio exponencial en el sector a medida que eran difundidos los descubrimientos, es así como, como en los años 1912 a 1914 en Estados Unidos se inicia la época del control de calidad en atención médica, cuando se llevaron a cabo las reformas de los hospitales, especialmente lo relacionado con la formación médica y acreditación hospitalaria, después del informe de Abraham Flexner en 1910 que puso en evidencia las malas condiciones de la docencia y la propia calidad de la atención hospitalaria (Ramos, 2011).

El control de calidad de la atención médica fue implantado en otros países de América, especialmente Canadá, se incorpora también en Latinoamérica donde destacan Colombia con la acreditación hospitalaria, Argentina y México con la auditoría médica, en tanto Europa también empezó a introducir los conceptos debido al interés generado en el sector. Europa experimento un proceso análogo, no obstante, el interés por el tema se incrementó en el año 1974 cuando surgió el programa de calidad de los países bajos que se extendió en el continente debido a los buenos resultados, destacando el caso de Holanda que se convirtió en un ejemplo internacional a seguir, sobre todo en aquellos países que detectaban falencias en los programas de acreditación hospitalaria incorporados en el sector. (Ramos, 2011).

La organización mundial de Salud ha manifestado interés por desarrollar y potenciar estas buenas prácticas de calidad en salud, en los años ochenta comenzaron a utilizar las filosofías industriales del proceso de mejoramiento continuo y la administración total de calidad, al mismo tiempo los procesos de acreditación hospitalaria ampliaron su perspectiva y enfoque hasta convertirse en instrumentos de promoción, por medio de la exigencia, de los procesos de mejoramiento de calidad. (Ramos, 2011).

Según Chandía (2006) afirmaba que en Chile en los años noventa las instituciones de salud iniciaron los procesos de acreditación en Infecciones Intrahospitalarias (IIH), hoy conocidas como Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), también en la segunda mitad de la década (1996-2000) empiezan a acreditar instituciones más complejas y servicios de urgencia. Posterior a ello, en los años 2000 a 2004 se empieza a desarrollar el Programa de Evaluación de Calidad de la Atención Hospitalaria (PECAH), elaborando estándares en conjunto con los servicios de salud (Chandía, 2006).

Cepero M., Caballería F., Ojeda J., Olazábal A., (2008), señalaban dos aspectos importantes para la OPS a considerar en los procesos de gestión de calidad en salud “Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) puede definirse la calidad como el conjunto de características de un bien o servicio que logran satisfacer las necesidades y expectativas del usuario o cliente, este enfoque pone en primer término la satisfacción de paciente es importante ya que en el ámbito de los sistemas de salud se suele aceptar que la calidad tiene dos grandes dimensiones que están relacionadas, aunque son diferentes:

1. La calidad técnica, que desde la perspectiva de los prestadores busca garantizar la seguridad, efectividad y utilidad de las acciones en pro de la salud, así como la atención oportuna, eficaz y segura de los usuarios de los servicios.
2. La calidad percibida por los propios usuarios, que toma en cuenta las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas en que dichas condiciones materiales se desarrollan”.

Zuñiga el año 2007 en Sistemas Sanitarios y Reforma AUGE, afirmaba que “Con el camino iniciado en Chile, tendiente a una transformación integral del sistema sanitario, donde se redefine el rol del estado en salud, asumiendo un rol garante de accesibilidad a la salud y los derechos de los pacientes mediante políticas públicas de asignación de recursos suficientes para proporcionar protección universal y equitativa”.

Vergara & Bisama, en Revista Chilena de Salud Pública del año 2009, volumen 13, sentenciaban que “Es por ello que en los años 2000 y 2005 el Gobierno conformó un Comité Interministerial con la misión de definir los aspectos que debían incluir las leyes que se constituirían en la base legal de la reforma de salud, es así como nacen la Ley N° 19.937 del año 2004 de Autoridad Sanitaria, donde se crea la figura de los Hospitales autogestionados en red, posteriormente se suma la Ley N° 19.996 del Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas (AUGE) que estableció un plan de salud obligatorio, que incluyó confirmación diagnóstica y tratamiento estandarizado para un conjunto de enfermedades priorizadas, en términos de acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera” (Vergara & Bisama, 2009).

La superintendencia de Salud, en distintos documentos, manuales y guías elaborados para ir en apoyo de los funcionarios públicos y privados de la instituciones de salud del país, con el fin de facilitar la conceptualización del procedimiento y proceso de calidad de las instituciones ha manifestado, a modo de conclusión, diversos conceptos que a en definitiva, se han constituido en aportes básicos y fundamentales del proceso, como se evidencia en los siguientes párrafos, Con la inclusión del concepto de tratamiento estandarizado se condicionó la confección de protocolos de procedimientos dando los primeros pasos para elevar el nivel de calidad de los chilenos, aumentar la eficiencia del sistema de salud y mejorar la equidad, lo anterior se tradujo en mejorías del aspecto de calidad técnica percibidas en las acciones de salud. Con la formulación de los cuerpos legales mencionados anteriormente, se establecieron obligaciones y exigencias para todas las instituciones del sector salud y con el decreto de fuerza ley N° 1 del año 2005 se daba por iniciado el proceso de acreditación hospitalaria en Chile.

Se establecieron los estándares mínimos que deberían cumplir las instituciones de salud, con el objeto de garantizar que las prestaciones o atenciones de salud estén acorde con la calidad requerida para la seguridad de los pacientes, usuarios. Los estándares fijados tienen relación con el tipo de establecimiento y nivel de complejidad de las prestaciones y deben ser iguales para el sector público y sector privado.

El proceso de acreditación impulsado por el Ministerio de Salud, estableció además exigencias sanitarias para las condiciones de instalaciones, infraestructura y equipamiento médico, se normó que es un proceso periódico de evaluación al cual se someten voluntariamente los prestadores institucionales de salud que cuentan con autorización sanitaria vigente, respecto al cumplimiento de una serie de estándares de calidad fijados por el Ministerio de Salud, dicha evaluación es realizada por Entidades Acreditadoras autorizadas y fiscalizadas por la Superintendencia de Salud y que se encuentren inscritas en el Registro Público de Entidades Acreditadoras, cuando una institución desea acreditar debe realizar una solicitud ante la Superintendencia de Salud, enviar la documentación física correspondiente y esperar la asignación de una entidad acreditadora que ejecutará el proceso en los plazos establecidos (Superintendencia de Salud, (WWW.supersalud.cl, Consultada 15/10/2016).

Flujograma proceso Acreditación Hospitalaria.

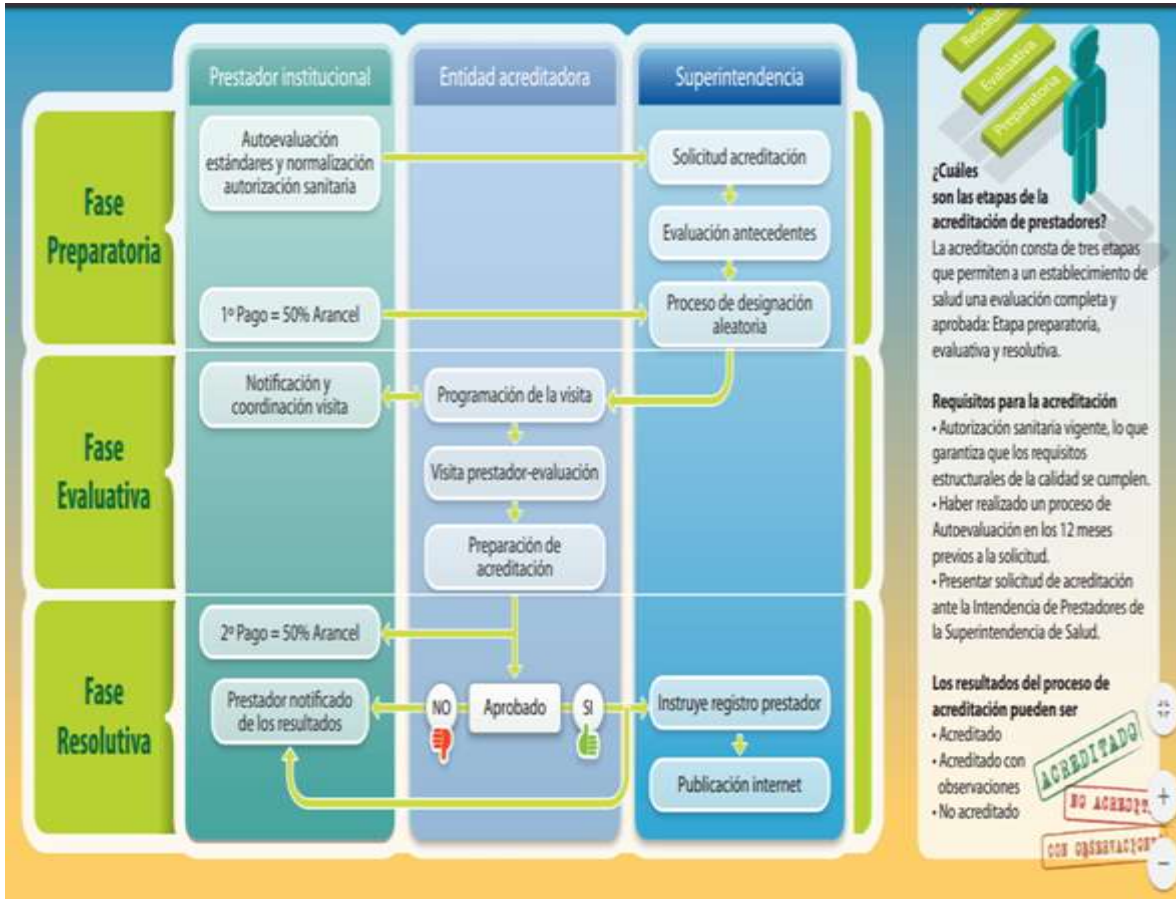


Figura 1.

Fuente: Supersalud.

El Hospital Regional de Talca, hoy es una de las 299 instituciones de prestadora de salud acreditadas, listado que incluye centros de atención abierta, atención cerrada de alta, mediana y baja complejidad, centros de apoyo diagnósticos y tratamientos, como laboratorios clínicos, centros de esterilización, centros de diálisis y centros de imagenología. (Informe Supersalud, Mayo 2017).

CAPITULO II

2.1.- CONTROL DE CALIDAD DE PROCESOS

El objetivo de todo proceso industrial, de servicio o sanitario es y debe ser la obtención o generación de un producto final que cumpla una serie de características definidas y establecidas de acuerdo a especificaciones y niveles de calidad exigidos por el mercado y los usuarios, situación que cada día es más restrictiva, es por ello que cada vez es mayor el número de empresas e instituciones que intentan medir directamente la calidad, cuando es factible, en caso contrario, se quiere evaluar indirectamente a través de la medición de variables que permite regulación automática, por medio de sistemas controladores de las variables que afectan al proceso.

La Norma ISO 9000 realiza la siguiente definición de control de calidad, “Desde el punto de vista del “Control de Procesos”, control de calidad podría significar usar la Calidad como un criterio, e índice cuantificado si se puede, de optimización del proceso”

El propósito de implementar y desarrollar sistemas de control de procesos es corregir las desviaciones que puedan experimentar las variables involucradas en el proceso respecto a valores definidos como óptimos y que permiten conseguir las características y propiedades requeridas en el producto o servicio producido para ser calificado de calidad y aceptado por el cliente o usuario.

En la página web de la industria española Mavainsa, en uno de sus documentos sobre control de procesos se mencionan los siguientes requisitos para un efectivo proceso de control, “Los sistemas de control nos permiten una realización del proceso más fiable, procedimientos más estables y más factible la corrección de las posibles desviaciones que puedan presentar las variables, en relación a los valores de ajuste o definidos.

Las principales características que se debe buscar en un sistema de control serán:

- 1.- Mantener el sistema estable, independiente de perturbaciones y desajustes.
- 2.- Conseguir las condiciones de operación objetivo de forma rápida y continua.
- 3.- Trabajar correctamente bajo un amplio abanico de condiciones operativas.
- 4.- Mantener las restricciones de equipo y proceso de forma precisa (Mavainsa, control de procesos).

La implantación de un adecuado sistema de control de proceso, que se adapte a las necesidades de nuestro sistema, significaría una sensible mejora de la operación, principalmente los beneficios obtenidos serán:

- 1.- Incremento en la productividad.
- 2.- Mejorar el rendimiento.
- 3.- Mejorar y asegurar ciertos niveles de calidad.
- 4.- Seguridad operativa, de funcionamiento.
- 5.- Optimización de la operación del proceso y utilización de los equipos.
- 6.- Fácil acceso a los datos del proceso”.

Es posible hacer una clasificación de los sistemas de control más utilizados en procesos industriales, en base al procedimiento lógico usado por el controlador del sistema para regular la evolución del proceso

2.2.- MODELOS DE GESTIÓN DE CALIDAD.

López, R el año 2001, en Modelos de gestión de calidad, realiza una interesante aproximación al deber y al ser de un modelo de gestión en calidad, “ La tendencia de la sociedad empresarial privada y organizacional pública a nivel global es buscar, investigar, desarrollar e implementar modelos de gestión en todos los ámbitos y el control y gestión de calidad no está ausente de ello, todo con el propósito de generar productos y servicios con características definidas como estándares de calidad óptima, se debe entender que adoptar un modelo determinado, persigue simplificar y describir una realidad que se intenta analizar y comprender para luego modificar, al mismo tiempo un modelo de referencia para una institución u organización permite establecer un enfoque y objetivos, que son rigurosos y estructurados para la organización, es así como es posible determinar las líneas de mejora continua hacia las cuales deben estar dirigidos los esfuerzos de la organización, un modelo de gestión de calidad es por tanto un referente estratégico que identifica las áreas sobre las que hay que actuar y evaluar para alcanzar la excelencia, es un referente permanente y un eficaz instrumento en el proceso de toda institución que persigue mejorar los productos o servicios que produce, genera y ofrece.

A continuación, se muestra un resumen de los principales modelos de gestión de calidad, definidos por López R en el capítulo que trata en extenso los distintos modelos descritos más adelante.

2.2.1.- Ciclo de mejora PDCA.

Este modelo fue desarrollado por Walter Shewhart, conocido como el ciclo de Shewart, PDCA, planifique, haga, verifique y actúe, el modelo fue perfeccionado por William Deming, el doctor Deming fue el primer experto en calidad norteamericano que enseñó calidad en forma metódica a los japoneses, país donde se dedicó desde el año 1950 a la enseñanza de conceptos y metodologías de gerencia de calidad, dirigida a ingenieros y altos ejecutivos logrando con ello un cambio radical de la economía japonesa, entre los aportes más destacados se encuentran los 14 puntos de Deming.

El modelo consiste en una serie de cuatro elementos que se llevan a cabo sucesivamente:

P.- PLAN (PLANEAR): establecer los planes.

D.- DO (HACER): llevar a cabo los planes.

C.- CHECK (VERIFICAR): verificar si los resultados concuerdan con lo planeado.

A.- ACT (ACTUAR): actuar para corregir los problemas encontrados, prever posibles problemas, mantener y mejorar.

Planificar. Es programar las actividades que se van a emprender. Consiste en analizar, identificar áreas de mejora, establecer metas, objetivos y métodos para alcanzarlos y elaborar un plan de actuación para la mejora.

Desarrollar (hacer). Es implantar, ejecutar o desarrollar las actividades propuestas. En esta fase es importante controlar los efectos y aprovechar sinergias y economías de escala en la gestión del cambio, en muchos casos es oportuno empezar con un proyecto piloto fácil de controlar para generar experiencias antes de abarcar otros aspectos más amplios de la organización o de los procesos.

Comprobar. Es verificar si las actividades se han resuelto bien y los resultados obtenidos corresponden a los objetivos, básicamente es analizar los efectos de las actividades realizadas anteriormente.

Actuar. Es aplicar los resultados obtenidos para identificar nuevas mejoras y reajustar los objetivos (López, R 2001).

2.2.2.-Modelo Baldrige.

Este modelo lleva el nombre del creador y está elaborado en base a 11 valores que representan su fundamento e integra el conjunto de variables y criterios de calidad, las variables son:

- ✓ Calidad basada en el cliente.
- ✓ Liderazgo.
- ✓ Mejora y aprendizaje organizativo.
- ✓ Participación y desarrollo del personal.
- ✓ Rapidez en la respuesta.
- ✓ Calidad en el diseño y en la prevención.
- ✓ Visión a largo plazo del futuro.
- ✓ Gestión basada en datos y hechos.
- ✓ Desarrollo de la asociación entre los implicados.
- ✓ Responsabilidad social.
- ✓ Orientación a los resultados.

Existe un modelo que se utiliza para un procedimiento de autoevaluación y consta de siete grandes criterios:

1. **Liderazgo:** El concepto de liderazgo se refiere al rol que la alta dirección establece y comunica al personal las estrategias y busca oportunidades, se debe incluir comunicar y reforzar los valores institucionales, las expectativas frente a los resultados y evidenciar el enfoque organizacional en el aprendizaje e innovación.
2. **Planificación Estratégica:** Es como la organización plantea la dirección estratégica del negocio y como esto determina proyectos de acción claves, así como la implementación de dichos planes y el control de su desarrollo y resultados.
3. **Enfoque al Cliente:** Es como la organización conoce las exigencias y expectativas de sus clientes y su mercado. Asimismo, que proporción de todos los procesos de la empresa están enfocados a brindar satisfacción al cliente.
4. **Información y Análisis:** Es examinar la gestión, el empleo eficaz, el análisis de datos e información que apoya los procesos claves de la organización y el rendimiento o productividad de la organización.

5. **Enfoque al Recurso Humano:** Se debe examinar como la organización permite a su mano de obra desarrollar su potencial y como el recurso humano está alineado con los objetivos de la organización.
6. **Proceso Administrativo:** Es examinar factores claves de producción, entrega y procesos de soporte, el diseño de estos procesos, su administración y sus alternativas de mejorar.
7. **Resultados del negocio:** Es Examina el rendimiento de la organización y la mejora de sus áreas claves de negocio, como satisfacción del cliente, desempeño financiero y rendimiento de mercado, recursos humanos, proveedor y rendimiento operacional.

2.2.3.- Modelo europeo de excelencia EFQM

En el ámbito de la Unión Europea se está implantando el modelo EFQM de Excelencia como modelo de referencia, este modelo surge en la década de los 80, en empresas que sintieron fuertemente la necesidad de ofrecer a sus clientes productos y servicios de mayor calidad, visualizando que ello era su única alternativa de supervivencia ante la competencia internacional originada fundamentalmente por Estados Unidos y Japón.

El año 1988 se crea la Fundación Europea para la Gestión de Calidad por 14 organizaciones con el objeto, ya señalado, de impulsar la mejora de la calidad, en 1992, se presenta el Modelo Europeo de Gestión de Calidad, más conocido como modelo EFQM de autoevaluación.

“El modelo europeo de calidad EFQM, se caracteriza porque un equipo (liderazgo) actúa sobre unos agentes facilitadores para generar unos procesos cuyos resultados se reflejarán en las personas de la organización, en los clientes y en la sociedad en general.

Liderazgo es la influencia que se ejerce o se puede ejercer sobre una colectividad para motivarla y ayudarla con entusiasmo por alcanzar unos objetivos. Es la capacidad de conseguir que otros quieran hacer lo tú quieres que hagan. (López, R., 2001).

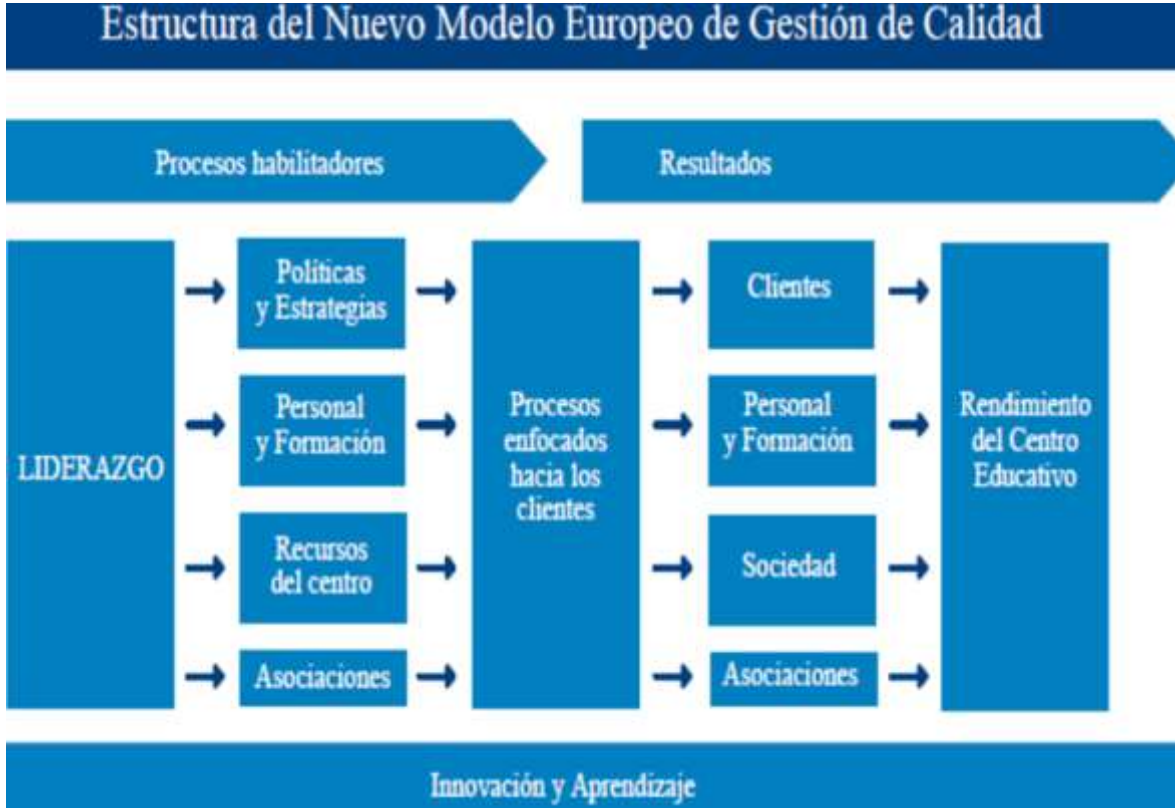


Fig. 2

Fuente. Modelo de gestión de calidad

2.2.4.-Modelo control total de calidad

La calidad total es toda una cultura empresarial que se remonta a Japón desde los años 50, en parte producida por las enseñanzas de William Deming, la calidad como fin se debe lograr desde la primera acción de una actividad en cualquier proceso de la industria o de la economía, con este propósito se evitan pérdidas por aumento en el costo de producción, que habitualmente son generados por productos defectuosos o servicios mal realizados, en ambas situaciones habrá consecuencias que asumir, como pérdida de la confianza del cliente, mayores costos, repetición del proceso y eventualmente pérdida del cliente.

Los japoneses han sabido superar sus inconvenientes económicos de alta disponibilidad de recurso humano y escasez de recursos naturales, de modo que una de sus mayores aspiraciones era controlar la calidad, como también detectar la no calidad. Esto es lo que les

llevó a concebir los conceptos de *Total Quality Control (T. Q. C)* y *Total Quality Management (T. Q.M)* (6)

El control total de calidad (T.Q.C) implica que el control de la calidad es cosa de todos y no sólo de los expertos de un determinado departamento. El personal, son los primeros responsables de la calidad, pues de ellos depende realizar las acciones y actividades de cada proceso de buena manera, es decir como está establecido y normado.

Para garantizar el éxito de cualquier modelo de control de calidad, es necesario definir objetivos, informarlos a la organización y cumplirlos, finalidad que es facilitada con actividades de participación y compromiso de recurso humano, actividades motivacionales, formación, promoción del proceso, y fundamentalmente preocupación por la calidad en toda la organización

2.2.5.- Modelo seis sigma.

La definición y principales características realizadas por Ruiz-Falco sobre el modelo seis sigma es digna de estudio, no sólo por el concepto, sino que también por su interesante relato histórico y la reflexión que deja entrever sobre la actitud mental del ser humano frente a este modelo, “Es un modelo, programa diseñado y dirigido por Bill Smith, en Motorola y que el año 1988 recibe el premio americano a la excelencia *Malcom Baldrige Quality Award*, posteriormente de la mano de M. Harry y L. Schroeder, se extendió con éxito a otras grandes empresas. Como *Polaroid* y *General Electric*. Jack Welch en General Electric se convirtió en el primer pregonero de las maravillas de Seis Sigma” (Ruiz-Falco, A, 2009).

Ruiz-Falco, continúa con sus afirmaciones, “Seis Sigma requiere objetivar y medir, estas medidas unen la filosofía y la acción, por esta necesidad de tratar datos es imprescindible la aplicación de métodos estadísticos. El credo de Seis Sigma requiere evitar discutir y tomar

decisiones sobre impresiones, la objetividad estadística es la vía para tener una visión común, Seis Sigma aporta una metodología que estructura el proyecto de mejora y da una solución a cada una de estas causas de fallo potencial” (Ruiz-Falco, A, 2009).

Es una metodología de mejora de procesos, que está centrada, como todos los modelos de control de calidad, en la reducción de la variabilidad, consiguiendo reducir o eliminar los defectos, fallos o errores al entregar un producto o servicio al cliente, el objetivo de Seis Sigma es llegar a un máximo de 3,34 defectos por millón de oportunidades o eventos, entendiendo como defecto o fallo cualquier evento en el cuál un producto o servicio no logra cumplir las expectativas del cliente (Ruiz-Falco, A, 2009).

Seis sigma utiliza herramientas estadísticas para caracterización y el estudio de los procesos, de ahí el nombre de la herramienta, pues sigma es la desviación típica que entrega una noción de la variabilidad en un proceso y como el objetivo de la metodología es reducir ésta de modo que el proceso se encuentre siempre entre los límites establecidos por los requisitos del cliente.

Para un modelo de control de calidad contar con una meta-objetivo de 3,4 defectos en un millón de oportunidades es bastante ambiciosa pero alcanzable. Se puede clasificar la eficiencia de un proceso con base en su nivel de sigma:

- ✓ 1 sigma= 690.000 DPMO = 32% de eficiencia
- ✓ 2 sigma= 308.538 DPMO = 69% de eficiencia
- ✓ 3 sigma= 66.807 DPMO = 93,3% de eficiencia
- ✓ 4 sigma= 6.210 DPMO = 99,38% de eficiencia
- ✓ 5 sigma= 233 DPMO = 99,977% de eficiencia
- ✓ 6 sigma= 3,4 DPMO = 99,99966% de eficiencia
- ✓ 7 sigma= 0,019 DPMO = 99,999981% de eficiencia

Porcentajes obtenidos asumiendo una desviación del valor nominal de 1,5 sigmas.

2.2.6.- Modelo organización internacional de normalización (ISO) 9001-2008.

La norma ISO 9001 es documento base del sistema de gestión de la calidad que está centrada en todos los elementos de administración con los que una empresa debe contar para tener un sistema efectivo que le permita administrar y mejorar la calidad de sus productos o servicios, los usuarios o clientes prefieren a los proveedores que cuentan con esta acreditación, pues se aseguran que la empresa o institución seleccionada dispone de un buen sistema de gestión de calidad.

La norma ISO 9001 requiere que se documente un sistema de gestión de calidad, desarrollando manuales de calidad y procedimientos, en los cuales se identifique las interrelaciones y responsabilidades del personal autorizado para efectuar, gestionar o verificar el trabajo relacionado con la calidad de los productos o servicios incluidos en el sistema.

Con el fin de facilitar la implementación del modelo de gestión de calidad, se proporcionan los formularios según los procedimientos, tablas con ejemplos para fijar y seguir las metas y objetivos del sistema de calidad, en síntesis se realiza un acompañamiento en la etapa de implementación, porque el diseño del sistema busca ser eficiente (Norma ISO 9001)

CAPITULO III.

3.1.- METODOLOGIA

Se realizó un estudio bibliográfico descriptivo cualitativo cuantitativo de cohorte transversal, que consistió en recopilación de información bibliográfica tendiente a contextualizar la situación actual de calidad del sector salud en Chile, y sobre control de calidad de procesos del área industrial basado en los distintos modelos de calidad existentes y puestos a prueba en diversos países, y el establecimiento de los requerimientos técnicos administrativos para implementar en el Hospital Regional de Talca un Sistema de control de calidad de procesos.

Con el fin de contextualizar la situación actual del proceso de calidad implementado en el Hospital Regional de Talca, se aplica un instrumento piloto tipo encuesta diseñada para tal efecto con el propósito de conocer la percepción funcionaria sobre calidad y proceso de trazabilidad de biopsias, el documento fue aplicado a funcionarios de Servicios de Anatomía Patológica de Hospitales que no serían objeto de estudio, para analizar si el grado de entendimiento y comprensión de las preguntas estaba acorde a los conocimientos de expertos en el tema de trazabilidad de biopsias, paralelo a ello el instrumento fue sometido a revisión de un psicólogo organizacional, con el fin de pesquisar la correcta redacción del documento, tendiente a favorecer la participación de la población objetivo, se realizan las correcciones de redacción e indicaciones de expertos tendientes a facilitar la comprensión de las preguntas, quedando así estructurado un documento de 16 preguntas que recogen información respecto a la emocionalidad de los funcionarios relacionadas con la posibilidad de enfrentar errores en el proceso, evaluación del modelo de calidad implementado en el hospital y dos preguntas específicas de conocimiento sobre modelos de calidad.

La encuesta fue aplicada a 60 funcionarios del Hospital Regional de Talca que participan del proceso de trazabilidad de biopsias, todas aplicadas en el mismo día, los documentos fueron entregados a los profesionales coordinadores de las unidades de Gastroenterología, Programa de la Mujer, Servicio de Pabellón y Unidad de Anatomía Patológica a inicios d la jornada laboral y recogidas a medio día.

Los respuestas de la encuestas fueron tabuladas en Excel para confección de las tablas correspondiente y su respectivo gráfico, además, los resultados de la encuesta son tabulados y analizados en el software estadístico SPSS obteniendo fundamentalmente el coeficiente de confiabilidad de Alfa de Crombach, las preguntas, tablas y gráficas son mostradas en el capítulo de resultados.

Finalmente se realiza conclusiones generales del trabajo de grado tendiente a establecer los requerimientos técnicos administrativos para implementar y desarrollar control de calidad de procesos en el Hospital Regional de Talca, de acuerdo a lo señalado en los diversos modelos analizados y considerando los resultados de la encuesta piloto aplicada a funcionarios del Hospital de Talca.

CAPITULO IV.

4.1.- RESULTADOS

A continuación se muestra el instrumento piloto tipo encuesta aplicado a funcionarios del Hospital de Talca que participan en el proceso de trazabilidad de biopsias de dicha organización, los resultados tienen el siguiente orden, pregunta;

- 1.- Pregunta de la encuesta con sus respectivas alternativas.
- 2.- Tabla resumen con la respuesta entregada y el porcentaje que representa cada alternativa.
- 3.- El gráfico correspondiente a cada pregunta.
- 4.- Interpretación de los resultados obtenidos

1.- Marque con una X el estamento funcionario al que pertenece:

- 1.-..... Profesional..... Indicar profesión.....
 2.-..... Técnico. 3.-..... Administrativo. 4.-..... Auxiliar.

Tabla. 1

ALTERNATIVAS	N° Respuesta.	Porcentaje.	Profesión	Núm.
Profesional	33	55	Médico	10
Técnico Nivel Superior	20	33,3	Enfermera	8
Administrativo	4	6,7	Tecnólogo Médico	7
Auxiliar de Servicio	3	5	Matrona	5
Total	60	100	No indica Profesión	3

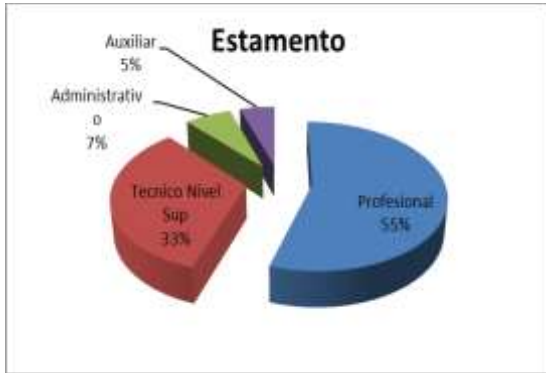


Gráfico N° 1



Gráfico N° 2

Del total de funcionarios que contestaron la encuesta piloto, el 55% correspondió a profesionales de las siguientes profesiones, Médicos, Enfermeras, Matronas y Tecnólogos Médicos, el 45% restante de los encuestados estaba compuesto por Técnicos de nivel superior de enfermería, Administrativos y Auxiliares de Servicio.

2.- ¿Cómo evalúa el compromiso de los funcionarios del Hospital Regional de Talca, con entregar un servicio de calidad a los usuarios/pacientes?

Resultados	Excelente	Bueno	Ni bueno/Ni malo	Insuficiente	Muy insuficiente
Respuesta	4	32	18	6	0
Por ciento	6,7	53,3	30	10	0

Tabla 2.

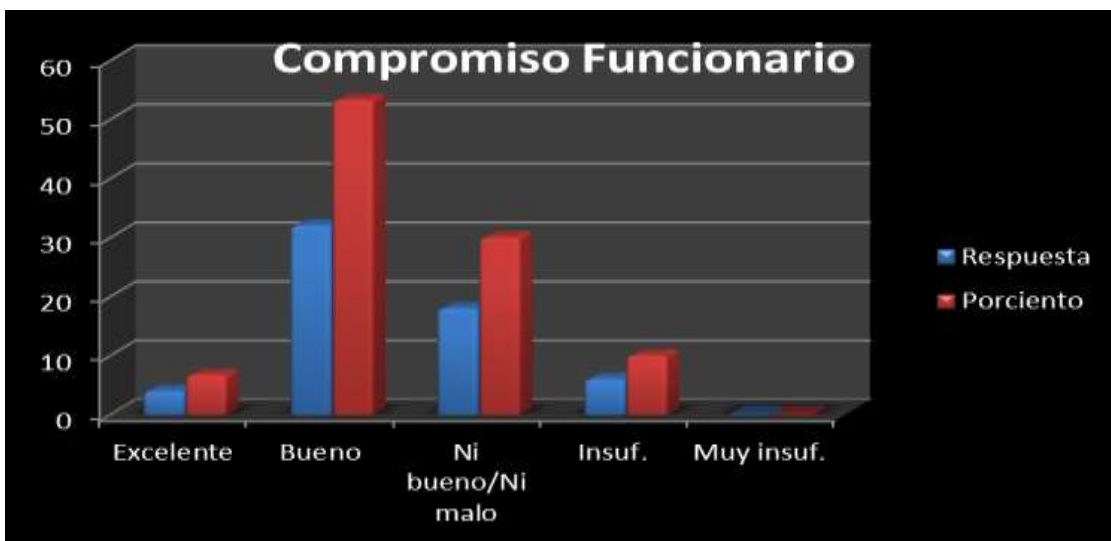


Gráfico 3

En la evaluación del compromiso de los funcionarios del HRT por entregar un servicio de calidad a los usuarios el 60% de los encuestados lo clasifica de bueno o excelente, sólo un 10% lo califica como insuficiente, se debe destacar que el 30% de los funcionarios tiene una aptitud neutral frente al grado de compromiso de los funcionarios con proporcionar un servicio de calidad, sin duda es un segmento de los funcionarios a los cuáles se debe dedicar atención del mismo modo que quienes evalúan negativamente este compromiso.

3-. ¿Cómo Considera el proceso de calidad implementado en el Hospital de Talca?

Resultados	Excelente	Bueno	Ni bueno/Ni malo	Insuficiente	Muy insuficiente
Respuesta	5	39	10	6	0
Porciento	8,3	65	16,7	10	0

Tabla 3



Gráfico 4

La evaluación que obtiene el proceso de calidad para la acreditación hospitalaria implementado en el HRT es francamente positiva, pues el 73,3% los califica de bueno o excelente, sin duda la evaluación otorgada al proceso obedece a los casi 10 años de trabajo sistemático a nivel institucional, con el fin de lograr adhesión al proceso e integración del concepto al quehacer diario, sin embargo existe un 10% lo evalúa negativamente y un 16,7% manifiesta una aptitud neutra, frente a la pregunta planteada.

4.- ¿Cómo reaccionan los superiores directos cuando constatan o reciben información de un error en el proceso?

___ Preocupación ___ Malestar ___ Tranquilidad ___ Indiferente.

Resultados	Preocupación	Malestar	Tranquilidad	Indiferente	Total
Respuesta	30	19	5	6	60
Porciento	50	31,7	8,3	10	100

Tabla 4

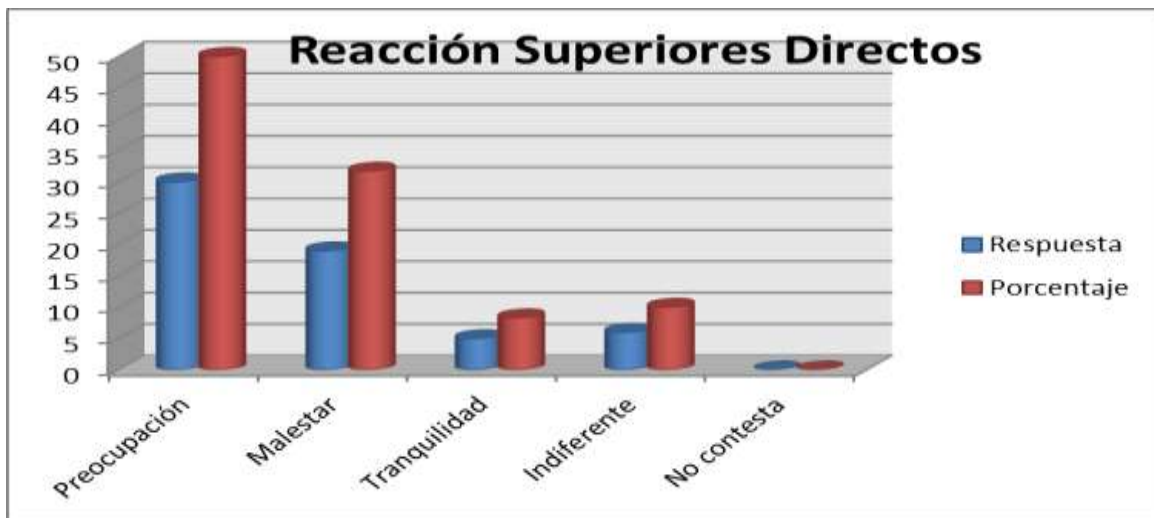


Gráfico 5

Cuando a los funcionarios se les consulta sobre la reacción de los superiores directos frente a información o constatación de un error, un 81,7% piensa que lo hacen con preocupación o malestar, este antecedente se debe considerar en las etapas o actividades de liderazgo de los procesos de calidad, pues demuestra que existe compromiso con el procedimiento y esta percepción del funcionario puede ser empleada en actividades dirigidas al 18,3 que manifiesta una percepción negativa de las reacciones de los superiores directos.

5.- ¿Cómo reaccionaría usted, emocionalmente, si cometiese un error en el procedimiento de trazabilidad de biopsias?

___ Preocupación ___ Temor ___ Tranquilidad ___ Indiferente.

Resultados	Preocupación	Temor	Tranquilidad	Indiferente	Total
Respuesta	54	5	1	0	60
Porcentaje	90	8,3	1,7	0	100

Tabla 5

Cuando a los funcionarios se les consulta sobre la reacción que cada uno tiene sobre los errores, desde sus emociones, un 90% se manifiesta como preocupado y sólo un 8,3 reaccionaría con temor, dejando en una cifra intrascendente del 1,7 a quienes reaccionarían con tranquilidad y no hubo registro de respuesta de funcionarios con reacciones de indiferencia, sin duda este resultado evidencia que casi la totalidad de los funcionarios del HRT participantes del proceso de trazabilidad de biopsias se esfuerza por cumplir bien sus funciones y obligaciones lo que está directamente relacionado con el sentir institucional de entregar un trato digno, seguro y de calidad a los usuarios.



Gráfico 6

6.- ¿Cómo reaccionaría usted, si observa que otro funcionario, compañero de trabajo o colega ha cometido un error en el proceso?

- 1.- __ Informa de la situación ocurrida al funcionario
- 2.- __ Informa a su superior directo.
- 3.- __ Guarda silencio
- 4.- __ Corrige el error antes de informar.
- 5.- __ Otro.....

Resultados	Informa al Funcionario	Informa Sup. directo	Guarda Silencio	Corrige antes de informar	Otro	Total
Respuesta	48	5	0	6	1	60
Por ciento	80	8,3	0	10	1,7	100

Tabla 6



Gráfico 7

Respecto a que aptitud adoptaría el funcionario al detectar u observar un error de procedimientos en el 80% de los encuestados declara que mantendría una conversación con el funcionario responsable del error, sólo un 8,3% lo comunicaría al jefe directo y un 10% corrige antes de informar, con este grado de respuesta es evidente la fraternidad y el compañerismo funcionario existente en el HRT, los resultados obtenidos en esta respuesta están relacionados con lo manifestado por los funcionarios en la pregunta 7 de este cuestionario.

7.- ¿Cómo considera la calidad del proceso de trazabilidad de biopsias en el que usted participa en el Hospital de Talca?

Resultados	Excelente	Bueno	Ni bueno/Ni malo	Insuficiente	Muy insuficiente
Respuesta	11	39	7	3	0
Porcentaje	18,3	65	11,7	5	0

Tabla 7

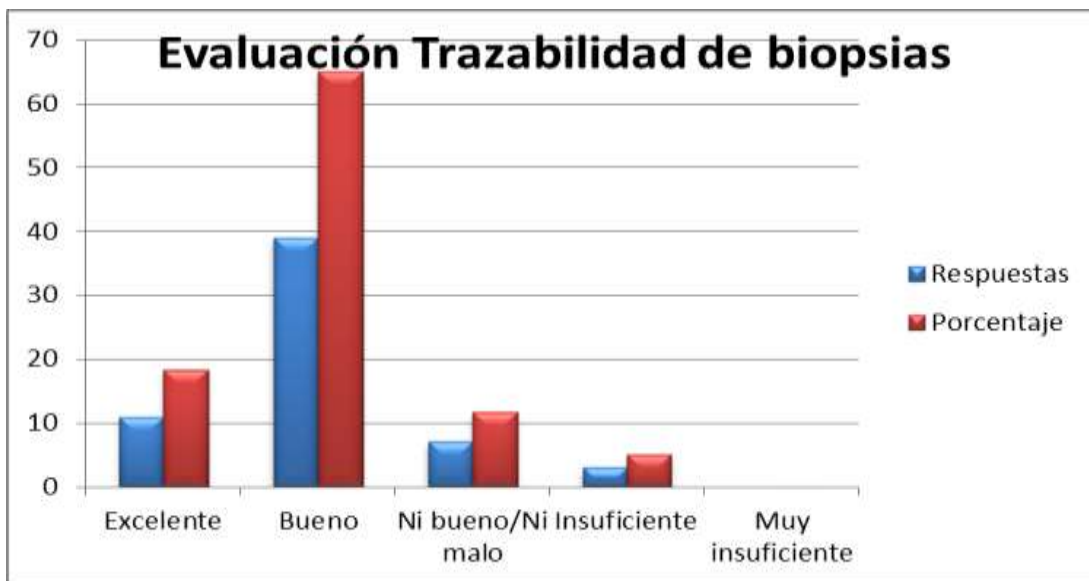


Gráfico 8

Al consultar a los funcionarios respecto a cómo evaluarían el proceso de trazabilidad de biopsias, es muy relevante destacar que 83,3% de las respuestas lo calificaron de bueno o muy bueno y sólo un 5% lo evalúa de insuficiente. Sin duda los resultados obtenidos en esta pregunta específica son de importancia porque esta es la característica de calidad para la acreditación hospitalaria más difícil de cumplir y haber alcanzado en 5 años de trabajo continuo este nivel de evaluación es reconfortante, facilitando el cumplimiento de esta característica para el proceso de acreditación institucional.

8.- Señale el grado de satisfacción personal con el trabajo realizado en el proceso de trazabilidad de biopsias.

Muy satisfecho	Satisfecho	Indiferente	Insatisfecho	Muy insatisfecho

Resultados	Muy satisfecho	Satisfecho	Indiferente	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Respuesta	6	44	4	4	2
Porciento	10	73,3	6,7	6,7	3,34

Tabla 8



Gráfico 9

Al preguntar por el grado de satisfacción personal con el trabajo realizado en el proceso de trazabilidad de biopsias el 83,3% se declara satisfecho o muy satisfecho, sin embargo, aparece un 3,34% que se declara muy insatisfecho que junto al grupo de funcionarios que se identifica como insatisfecho suman un 10%, sin duda es un porcentaje de funcionarios que se debe tener en cuenta, al momento de establecer propuestas de mejora para el proceso, porque se debe buscar aumentar la adhesión al proceso.

9.- ¿La labor o función realizada por usted en el proceso trazabilidad de biopsias puede ser mejorada?

1.- ___ Si 2.- ___ No. 3.- ___ No contesta

Resultados	SI	NO	NO CONTESTA
Respuesta	48	4	8
Por ciento	80	7	13

Tabla 9

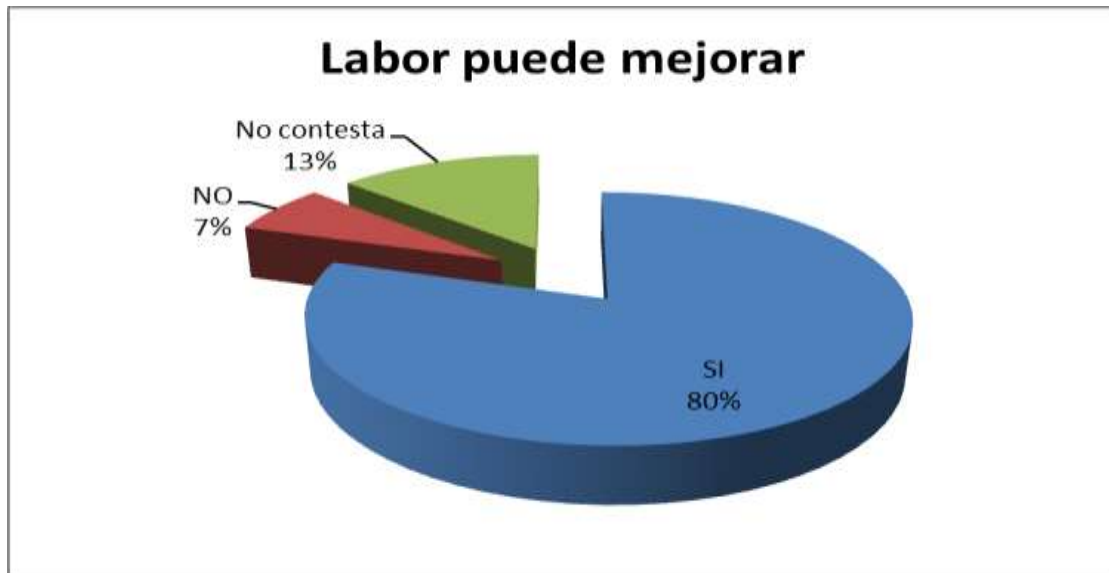


Gráfico 10

La información recogida con esta pregunta es de vital importancia, porque no obstante haber identificado una alta adhesión al proceso el 80% considera que su labor puede ser mejorada, convirtiéndose en una fuente importante para la elaboración de planes de mejora.

10.- ¿Considera usted que la necesidad de cumplir con las etapas establecidas en el procedimiento de trazabilidad de biopsias es una preocupación compartida por todo el servicio /unidad?

Siempre	Casi siempre	A veces	Casi Nunca	Nunca

Resultados	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi Nunca	Nunca
Respuesta	30	15	13	2	0
Por ciento	50	25	21,7	3,3	0

Tabla 10

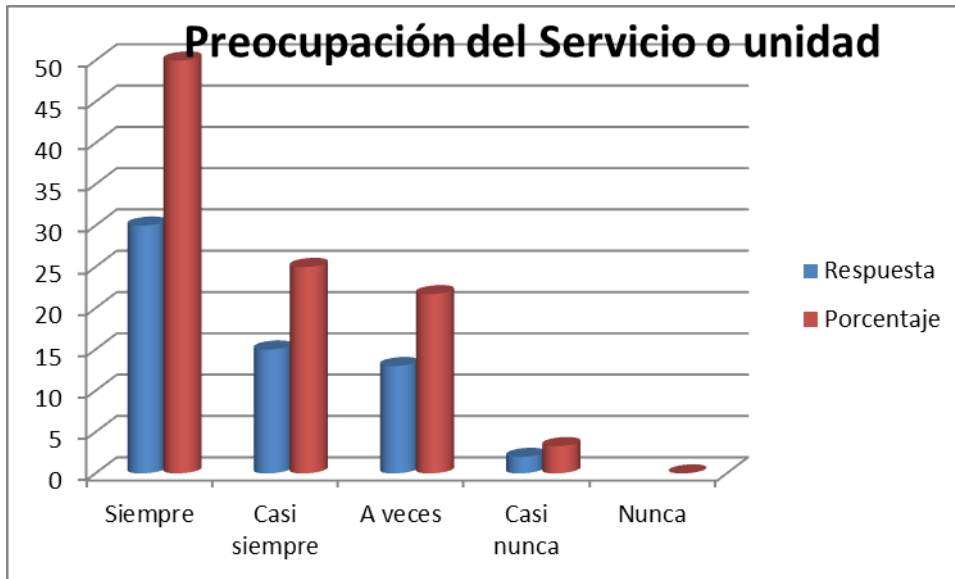


Gráfico 11

Frente a la pregunta sobre el grado de preocupación en el servicio o unidad por el cumplimiento de las etapas del proceso de trazabilidad, sólo el 50% reconoce que la preocupación es siempre, es preocupante que prácticamente el 50% restante comparta que la unidad o servicio tiene esta preocupación casi siempre o a veces, esto último constituye un riesgo muy elevado de incumplimiento del procedimiento, más aún si un 3,34% considera que esa preocupación es casi nunca, en esta respuesta se puede inferir cierto grado de inconsistencia con el porcentaje de respuesta positiva obtenido en las preguntas 7, 8 y 9 donde el porcentaje favorable supera el 80%.

11-. ¿Cómo Considera usted la participación de los funcionarios en el proceso de calidad implementado en el Hospital de Talca?

Excelente	Bueno	Adecuado	Insuficiente	Muy insuficiente

Resultados	Excelente	Bueno	Adecuado	Insuficiente	Muy insuficiente	No contesta
Respuesta	3	34	12	9	0	2
Porcentaje	5	56,7	20	15	0	3,3

Tabla 11

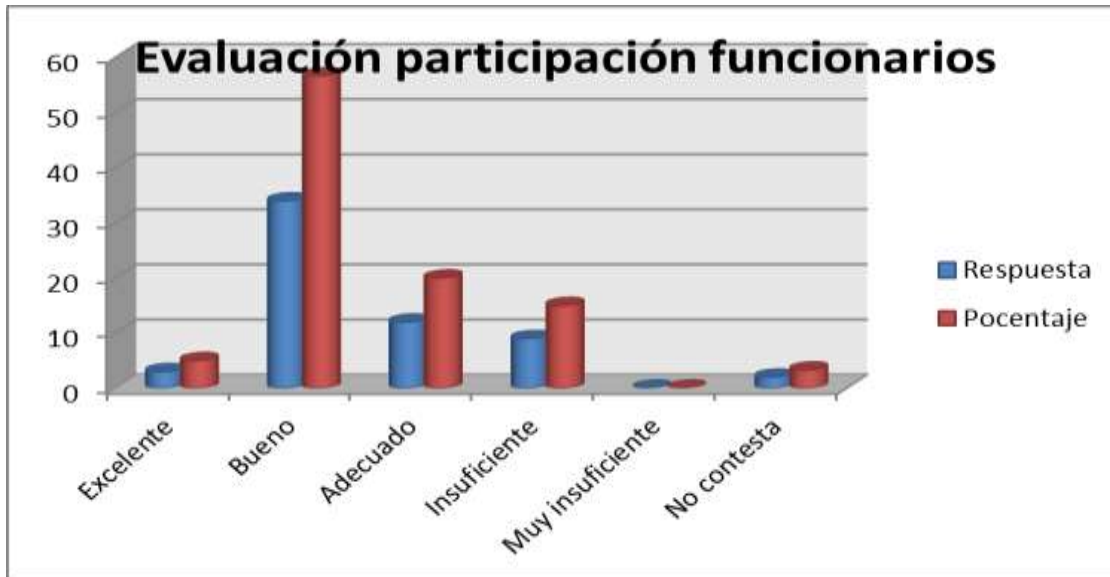


Gráfico 12

Respecto a la participación de los funcionarios en el proceso de calidad del Hospital Regional de Talca, el 81,7% lo evalúa en términos positivos, iniciando desde adecuado a excelente y sólo un 15% considera que la participación es insuficiente, sin duda los focos de toda planificación futura en calidad del Hospital debe considerar como lograr que ese 15 que califica como deficiente la participación funcionaria cambie su perspectiva del proceso y con ello se puede inducir al 3,34% que no contesto la pregunta adopté una posición en el tema de calidad hospitalaria.

12.- ¿Usted como funcionario realizó algún aporte al proceso de trazabilidad de biopsias en el cual participa?

1.- ___ Si 2.- ___ No. 3.- ___ No contesta

Resultados	Si	No	No contesta
Respuesta	33	19	8
Porciento	55	32	13

Tabla 12



Gráfico 13

Al consultar a los funcionarios que participan en la realización de tareas del proceso de trazabilidad de biopsias del HRT, si en ellos en particular habían realizado algún aporte al procedimiento el 55% contestó que sí, un 32% reconoce no haber realizado aporte alguno y un 13% no contesta, este grado de participación relacionado a los aportes, si bien es considerable porque supera el 50%, tiene su explicación en el desconocimiento general de los funcionarios del procedimiento y por otra parte las etapas altamente específicas propias del procedimiento.

13.- ¿Considera que es necesario recoger la opinión de los funcionarios involucrados en los distintos procesos de su servicio/unidad, para desarrollar planes de mejora?

1.- ___ Si 2.- ___ No. 3.- ___ No contesta

Resultados	Si	No	No contesta
Respuesta	58	0	2
Porciento	96,7	0	3,3

Tabla 13

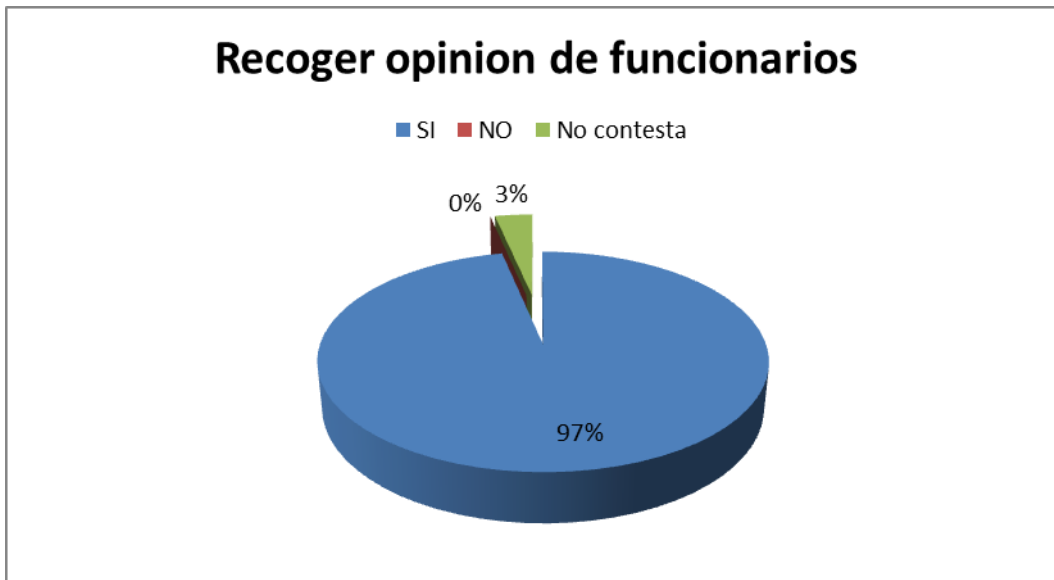


Gráfico 14

El resultado de esta pregunta es realmente sorprendente porque un 97% de los funcionarios encuestados ha contestado como necesario recoger la opinión de las personas involucradas en los procesos, y sólo un 3% no contesta, en tanto que la alternativa negativa no registra respuestas, lo anterior evidencia una necesidad impostergable del funcionario por sentirse parte de los procesos del Hospital, tomado en consideración este resultado sin duda que el proceso de trazabilidad de biopsias tiene muchas posibilidades de mejorar.

14.- ¿Usted conoce el nombre del modelo de calidad implementado por el Ministerio de Salud, para el proceso de acreditación hospitalaria? Si su respuesta es positiva, favor registrar el nombre.

- 1.- ___ Si
- 2.- ___ No.
- 3.- ___ No contesta

Resultados	Si	No	No contesta
Respuesta	10	40	10
Por ciento	16,7	66,6	16,7

Tabla 14



Gráfico 15

Cuando a los funcionarios se les consulta si conocen el modelo de calidad implementado por el Ministerio de Salud, en el marco de la acreditación hospitalaria el 67% declara no conocerlo, un 17% no contesta, lo que se podría sumar al desconocimiento del sistema y sólo un 16% dice conocer el modelo implementado situación que es realmente preocupante porque se ofrece la opción de registrar el nombre del modelo, en caso que su respuesta fuese positiva, de 10 encuestados que respondieron afirmativamente 6 de ellos no registran nombre alguno, en los otros 4 casos 2 funcionarios registraron como modelo el nombre de la ley de autoridad sanitaria y sólo 2 funcionarios respondieron correctamente el nombre del modelo de calidad, lo que en definitiva representa que un 3,3% de los funcionarios encuestados conocen efectivamente el nombre del modelo de calidad del Ministerio de Salud que está basado en el Modelo de la *Joint Commission International*.

15.- ¿Cuál de los siguientes modelos de calidad son conocidos por usted?

- 1.- __Ciclo de mejora PDCA, diseñado por W.Shewart.
- 2.- __Modelo de Baldrige.
- 3.- __Modelo Europeo de excelencia EFQM.
- 4.- __Modelo control de calidad total.
- 5.- __Modelo seis Sigma
- 6.- __Noma ISO 9001-2008.
- 7.- __Modelo de calidad Joint Commission International.
- 8.- __Ninguno.

Modelos	Respuesta	Porcentaje
Ciclo de mejora PDCA	1	1,7
Mod. de Baldrige	1	1,7
Mod. Europeo de Exc. EFQM	1	1,7
Mod. Calidad total	7	11,7
Mod. Seis Sigma	1	1,7
Norma ISO 9001	26	43,3
Mod Joint Commission International	7	11,6
Ninguno	28	46,7

Tabla 15

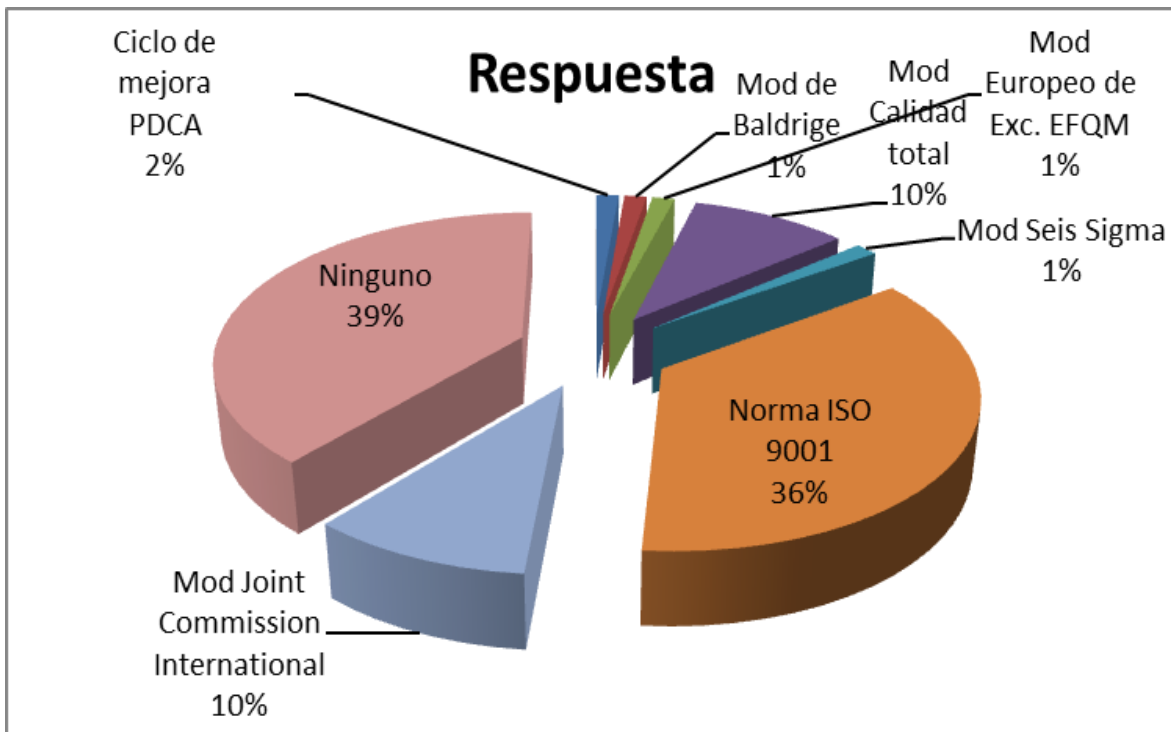


Gráfico 16

Cuando se realiza a los funcionarios una pregunta específica respecto al conocimiento de algunos de los modelos de calidad presentados como alternativas el 39% menciona que no conoce ninguno y el 36% dice conocer el modelo de la norma ISO 9001, este porcentaje de respuesta genera cierta duda respecto si realmente se conoce el modelo declarado o es

producto de la información generada en los últimos años en nuestro país donde se ha divulgado ampliamente este modelo como instrumento de calidad para implementar en las distintas áreas de la economía del país.

16.- En resumen, usted diría que la calidad de los procesos y atención entregada por el Hospital Regional de Talca es.

Resultados	Excelente	Bueno	Ni bueno/Ni malo	Insuficiente	Muy insuficiente
Respuesta	1	42	13	4	0
Por ciento	1,7	70	21,7	6,6	0

Tabla 16

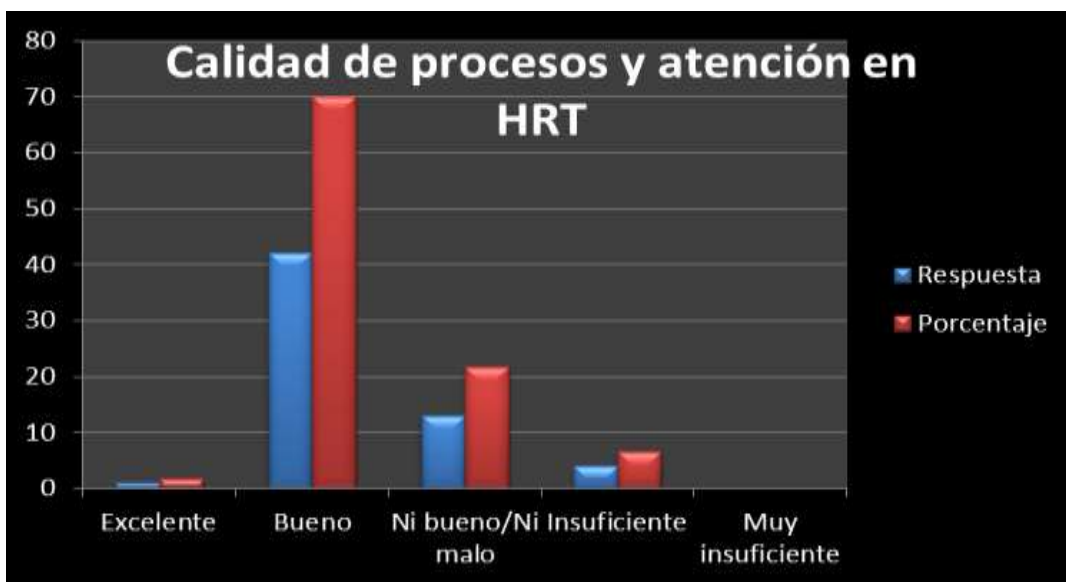


Gráfico 17

Al consultar a los funcionarios su opinión respecto a la calidad de los procesos y atención entregada por el Hospital Regional de Talca, el 70% la califica de bueno, un 1,7% de excelente y sólo un 6,6% de insuficiente, no obstante estos buenos resultados, se debe prestar atención al 21,7% de los funcionarios que no declara su evaluación al decir que es ni bueno/ni malo, ello podría reflejar indiferencia, desconocimiento, falta de interés, no entendieron la pregunta o simplemente no quisieron responder, cualquiera sea el motivo se

debe buscar el mecanismo o alternativa para informar la consistencia de la calidad de los procesos y atención entregada, para que estos argumentos cuenten con las herramientas de la información necesarias para tomar una decisión y manifestar su opinión.

En términos generales se puede concluir que la encuesta piloto aplicada a los funcionarios del Hospital Regional de Talca que participan en el proceso de trazabilidad de biopsias, ha cumplido su objetivo de conocer la percepción, el sentir y emocionar de los funcionarios, respecto a su desempeño, participación y evaluación del proceso en particular, así como también, del procedimiento realizado por la institución durante la implementación de las exigencias y requisitos impuestos por el Ministerio de Salud a las instituciones sanitarias del país para acceder a la acreditación en calidad y seguridad del paciente.

Los funcionarios se manifestaron en 83% como satisfechos o muy satisfechos de la labor realizada en el proceso de trazabilidad de biopsias, al mismo tiempo el 55% de ellos reconoce haber realizado aportes de mejora al procedimiento, muy relacionado con lo anterior es el hecho que el 80% del personal piensa que su labor puede ser mejorada este antecedente debe ser considerado pues el 97% de los mismos funcionarios considera necesario recoger la opinión del personal que participa en el proceso.

En cuanto a la evaluación de su participación en el proceso estudiado el 83,5 la califica en términos positivos, desde adecuada a excelente, el compromiso de los funcionarios por entregar un servicio de calidad a los usuarios fue evaluado en un 70% como bueno o excelente.

Un resultado de la encuesta piloto que puede ser considerada como preocupante es el relacionado con los modelos de calidad el 46,7 % dice no conocer ningún modelo de los presentados como alternativa, el 43,3% identifica el modelo ISO 9001-2008, más grave aún es que un 67% de los funcionarios no conoce el nombre del modelo da calidad implementado en el Hospital de Talca, sólo un 10% dice conocerlo, sin embargo, no registra nombre alguno cuando le es solicitado que escriba el nombre del modelo.

4.2.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

La encuesta piloto aplicada a funcionarios del Hospital Regional que participan en el proceso de trazabilidad de biopsias es analizada con el software estadístico SPSS, específicamente aplicando el método de Alfa de Crombach para medir el grado de confiabilidad del instrumento y los resultados obtenidos fueron los siguientes.

Alfa de Crombach

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	60	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	60	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Tabla 17

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,649	,668	16

Tabla 18

El resultado de fiabilidad de Alfa de Crombach es una medida de consistencia interna utilizada para evaluar el nivel de confiabilidad con que los múltiples elementos en una encuesta pueden medir las mismas destrezas, en esta encuesta piloto su valor es 0,649 y si su base son los elementos estandarizados su valor es de 0,668, valores que puede ser considerados buenos, pues generalmente un valor de 0,7 o más alto se califica de bueno, sin embargo, se debe tener presente que el valor de referencia varía según la materia estudiada y el número de elementos.

La siguiente tabla (n° 19) muestra el valor de Alfa de Crombach por cada elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Indicar estamento profesional	43,47	25,134	,279	,631
- ¿Cómo evalúa el compromiso de los funcionarios del Hospital Regional de Talca, con entregar un servicio de calidad a los usuarios/pacientes?	41,47	22,795	,616	,585
¿Cómo Considera el proceso de calidad implementado en el Hospital de Talca?	41,33	24,090	,452	,609
¿Cómo reaccionan los superiores directos cuando constatan o reciben información de un error en el proceso?	43,32	27,034	,010	,672
¿Cómo reaccionaría usted, emocionalmente, si cometiese un error en el procedimiento de trazabilidad de biopsias?	43,95	28,760	-,248	,666
¿Cómo reaccionaría usted, si observa que otro funcionario, compañero de trabajo o colega ha cometido un error en el proceso?	43,52	26,762	,001	,683
¿Cómo considera la calidad del proceso de trazabilidad de biopsias en el que usted participa en el Hospital de Talca?	41,08	25,637	,264	,634
Señale el grado de satisfacción personal con el trabajo realizado en el proceso de trazabilidad de biopsias.	41,18	24,898	,363	,622

¿La labor o función realizada por usted en el proceso trazabilidad de biopsias puede ser mejorada?	43,72	25,529	,284	,632
¿Considera usted que la necesidad de cumplir con las etapas establecidas en el procedimiento de trazabilidad de biopsias es una preocupación compartida por todo el servicio /unidad?	40,83	23,565	,444	,606
¿Cómo Considera usted la participación de los funcionarios en el proceso de calidad implementado en el Hospital de Talca?	41,55	22,794	,573	,588
¿Usted como funcionario realizó algún aporte al proceso de trazabilidad de biopsias en el cual participa?	43,45	26,997	,072	,656
¿Considera que es necesario recoger la opinión de los funcionarios involucrados en los distintos procesos de su servicio/unidad, para desarrollar planes de mejora?	43,98	26,830	,290	,638
¿Usted conoce el nombre del modelo de calidad implementado por el Ministerio de Salud, para el proceso de acreditación hospitalaria? Si su respuesta es positiva, favor registrar el nombre.	43,12	26,376	,225	,639
¿Cuál de los siguientes modelos de calidad son conocidos por usted?	38,40	21,973	,241	,658
En resumen, usted diría que la calidad de los procesos y atención entregada por el Hospital Regional de Talca es.	41,38	24,478	,510	,608

Tabla 19

4.3.- RECOMENDACIONES TECNICAS ADMINISTRATIVAS PARA CONTROL DE CALIDAD DE PROCESOS

“La evaluación de la calidad de los servicios de salud se ha convertido en una preocupación constante y creciente en las últimas décadas en el país, que ha involucrado a autoridades del sector, directivos de los centros asistenciales y a todo el equipo de profesionales del área, calidad ha sido definida en muchas formas, no obstante, no existe acuerdo en la sociedad para definir el concepto en salud, pues no significa lo mismo para el médico, el paciente, el administrador, el político, el empleado , el empresario y cada uno valora de forma diferente sus componentes, la evaluación de calidad en salud se ha convertido en un área de conocimientos, pese a ello, la evaluación desde la perspectiva del usuario-paciente ha tomado relevancia desde las reformas del sector salud”(Delgado-Gallegos y Col 2010).

Una situación que ha contribuido positivamente a mejorar la calidad en salud en el país es la serie de procesos de acreditación iniciados en los años 90, introduciendo nuevas exigencias y métodos de trabajo para el equipo de salud de cada institución, sin embargo, cuando fue instaurado el proceso de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud Hospitalaria, como consecuencia de la reforma de salud del año 2005, el procedimiento, las exigencias y los requisitos para alcanzarla parecían objetivos difíciles de lograr, parecer que fue confirmado y comprobado por las autoridades, las sociedad y la comunidad de profesionales del sector, el camino a la acreditación de nuestros centros de salud fue muy difícil y extenuante de lograr, aún, con las constantes asesorías aportada por el ministerio de salud, en parte porque el proceso en sí difícilmente podría definir una ruta de trabajo para el cuerpo directivo de los hospitales y que estos construyan su propio mapa de procesos esenciales.

Con el proceso de acreditación vigente en nuestro país se condicionó a las instituciones a estandarizar sus procedimientos y a confeccionar sus respectivos protocolos, además, se introdujo el concepto de procesos de salud, entendiéndose como el conjunto de intervenciones o procedimientos realizados, cuidar a los pacientes y solucionar sus problemas de salud, es un proceso de atención centrado en el paciente.

Moreno (2013), respecto al enfoque de los procesos de calidad en salud, indicaba, “Hasta hace poco, el énfasis se ponía principalmente en la estructura y en los aspectos de regulación, acreditación, certificación y licenciamiento. Sin embargo, en la actualidad los procesos suscitan mayor interés, sobre todo aquellos que se orientan a garantizar la seguridad de las intervenciones tanto médicas como quirúrgicas y a fomentar la evaluación de las tecnologías, el empleo de intervenciones médicas basadas en pruebas confirmatorias, la atención protocolizada, y el empleo de indicadores intermedios que permitan medir el rendimiento de los servicios”, mostrando plena concordancia con el concepto y procedimiento del proceso de acreditación y reforma en salud instaurado en Chile.

Con la evolución y desarrollo que ha experimentado la calidad de la atención en salud y las exigencias impuestas por la reforma de salud a los procedimientos de gestión hospitalaria, es entendible y esperado incorporar al sector procedimientos de administración basada en procesos y/o gestión de calidad de procesos.

Es pertinente mencionar que el modelo de calidad adoptado e implementado en nuestro país por el Ministerio de Salud, está basado en el modelo de la *Joint Commission International* que consta de una serie de procesos de acreditación del centro sanitario, para ello las instituciones deben cumplir con diversos aspectos estructurales, organizativos y funcionales que garantizan que el centro hospitalario reúne las condiciones exigidas de acuerdo a determinados niveles de calidad previamente establecidos, en su origen la acreditación es una iniciativa de los propios profesionales del sector cuyo propósito elemental fue la autorregulación (García & Barrasa, 2014).

El principio de acreditación implícito en el modelo de la *Joint Commission International* es el mismo que hoy impera en el Ministerio de Salud como fundamento de las exigencias impuestas para las instituciones de salud de nuestro país, en el sentido que un centro de salud acreditado garantiza seguridad y calidad en sus procesos de acuerdo a un estándar previamente definido y trabajado por la institución.

La acreditación hospitalaria en Estados Unidos se inició en el año 1917 por parte del *College of Surgeon* y tiene como hito la creación de la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH)* en el año 1951, actualmente acredita a más de 18.000 organizaciones y programas sanitarios en EE.UU, se estima que un 80% de los hospitales Americanos son sometidos al proceso de acreditación de la JCAH (García & Barrasa, 2014).

En la actualidad disponen de un modelo de acreditación de instituciones sanitarias de países como Canadá, Australia, Nueva Zelanda, en Reino Unido disponen de modelos parciales, en Alemania, Holanda y Francia entre otros existen iniciativas de repercusión variable. En América Latina desde comienzos de los años noventa existe un acuerdo entre la OPS y la Federación Latinoamericana de Hospitales para la puesta en marcha de un “Manual de Estándares de Acreditación en América Latina”, aunque son pocos los países que han llegado a poner en marcha organizaciones nacionales (García & Barrasa, 2014).

Cepero M., Caballería F., Ojeda J., Olazábal A. en el año 2008, señalaron que en atención hospitalaria “La política de calidad se concreta con la confección del plan de calidad, este debe impulsar un cambio cultural en el centro que favorezca el liderazgo de los jefes de servicios en la gestión de la calidad e implique a todos los trabajadores. Se intenta que la mejora continua de la calidad y su evaluación sean vistas como una responsabilidad profesional y que formen parte de las actividades habituales, de manera que se incremente progresivamente el nivel de calidad de la asistencia que se presta a los ciudadanos”

4.4.- RECOMENDACIONES ADMINISTRATIVAS PARA IMPLEMENTAR CONTROL DE CALIDAD DE PROCESOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA

Como se ha mencionado anteriormente, las instituciones de salud en nuestro país y por ende el Hospital Regional de Talca, están insertos en el proceso de acreditación institucional implementado e impulsado por el Ministerio de Salud, en este contexto, la institución ha desarrollado por más de una década un proceso de estandarización, protocolización y medición de sus procesos, en el marco de las exigencias impuestas por el Ministerio del sector, es así como se incorporan progresivamente nuevos términos y actividades al sector salud de nuestro país y de cada institución que se plantea la exigencia de cumplir con los requerimientos administrativos y técnicos impuestos por la autoridad central, de modo que, cada vez es más frecuente leer en la documentación de la organización términos relacionados con calidad, protocolos estándares, indicadores con umbrales de cumplimiento, procesos de atención por cada área y/o patología, diagrama de Ishikawa, árbol de problemas y soluciones, control de procesos, planes de mejora y es recurrente conocer de la existencia de un equipo de calidad institucional liderado por un encargado(a) y representantes de cada servicio y unidad, que han tenido a cargo todas las actividades y funciones relacionadas con el procedimiento de acreditación en calidad.

En este contexto, el Hospital Regional Talca alcanzó la acreditación en calidad exigida por el Ministerio de Salud, el año 2016, y en estas condiciones se realiza un estudio de campo, en uno de los procesos más complejos, exigente y difícil de cumplir con éxito para el proceso de acreditación, se trata de la característica de gestión clínica 1.11, que se refiere a trazabilidad de biopsias, conocido en ámbito salud como GCL. 1.11, este estudio busco medir la percepción de los funcionarios encuestados respecto al proceso de calidad

implementado y desarrollado por la institución, así como también cuál es el grado de conocimiento real sobre modelos de calidad que existe en la cultura organizacional luego de una década con arduo trabajo en calidad y mejora continua.

De acuerdo a esos resultados y al estudio bibliográfico realizado en este trabajo de grado, es que se puede realizar la siguiente propuesta de implementación para un control de calidad de procesos en el Hospital Regional de Talca, desde el punto de vista técnico.

En estos momentos es prioritario que el Hospital de Talca, profundice la implementación del modelo de calidad vigente, como hemos visto, es necesario capacitar, adiestrar y liderar al personal responsable de los procesos en tópicos como herramientas básicas de calidad y diseñar nuevas alternativas de participación de los funcionarios pues como fue reflejado en la estudio de campo el 97% cree que es necesario considerar la opinión del personal, un punto importante a valorar es que del total de encuestado un 55% corresponde a profesionales, si a ello agregamos a los funcionarios de nivel técnico este porcentaje alcanza un 88,3%, es decir son funcionarios formados en salud con distintos niveles de conocimientos y que reconocen no conocer el modelo de calidad hospitalario.

Como hemos visto en páginas anteriores, para lograr éxito en la implementación de modelos de calidad o sistemas de control de calidad de los procesos, es fundamental contar con la participación de los funcionarios, en el Hospital de Talca, el 97 % de los funcionarios encuestados considera que es necesario que ellos puedan entregar su opinión, creando una necesidad urgente de desarrollar técnicas de escucha para recoger la opinión del personal, en consecuencia, el hospital debe buscar e implementar alternativas que permitan al funcionario entregar su opinión o punto de vista respecto a los distintos procesos que son necesarios implementar y desarrollar.

Después de 10 años trabajando en calidad en el Hospital de Talca, en pos del proceso de acreditación institucional, los funcionarios que participan actualmente en la característica de gestión clínica, trazabilidad de biopsias realizan una evaluación muy positiva del proceso y de su participación personal en el proceso, pues el 73 % califica de bueno o excelente el proceso de acreditación, el 90 % manifiesta que reaccionaría con preocupación frente a un error y el 80 % expresa que informaría al compañero de trabajo, si observa que este está cometiendo una falta y finalmente el 80 % considera que su labor puede ser mejorada, estas expresiones ponen de manifiesto el compromiso funcionario con los procesos de calidad implementados en la institución, situación que genera una expectativa inmejorable para dar el siguiente paso e incorporar a la institución modelo de control de calidad de procesos, porque la disposición funcionaria es altamente favorable y proactiva a los procedimientos bajos estándares de calidad destacados.

El Hospital Regional de Talca, se basa en el logro de la acreditación en calidad y seguridad del paciente del Ministerio de Salud, para asegurar que el personal tiene confianza en el proceso de calidad implementado, así lo reflejan los resultados obtenidos en la encuesta piloto aplicadas a funcionarios del hospital producto de este estudio, en las dos preguntas relacionadas con evaluación del proceso de calidad el porcentaje de aprobación supera el 72% calificándolo de bueno o excelente, sin embargo, el resultado del estudio respecto al conocimiento de los modelos de calidad y en específico al modelo implementado en la institución, reveló que existe un desconocimiento generalizado del tema porque sólo el 3,3 % de los encuestados conoce efectivamente el nombre del modelo de calidad que la institución ha instaurado producto de las exigencias ministeriales.

Por lo anterior es ineludible para la institución realizar un programa de capacitación a cargo de la unidad de calidad de seguridad del paciente, que incluya las siguientes actividades:

- 1.- Capacitación- acción en distintos modelos de calidad,
- 2.- Capacitación- acción en Liderazgo.
- 3.- Entrenamiento en flujogramas y procesos.
- 4.- Entrenamiento en herramientas básicas de calidad.
- 5.- Actividades de análisis del funcionamiento de cada etapa de los procesos que participan.

Desde el punto de vista administrativo, se puede realizar la siguiente propuesta de implementación para un control de calidad de procesos en el Hospital Regional de Talca:

La institución, Hospital Regional de Talca, se encuentra en una situación privilegiada, pues ha cumplido con todas las sugerencias que los diversos autores e investigadores de los modelos de control de calidad de procesos recomiendan como indispensable para alcanzar el éxito en la materia, ellos son:

- 1.- El hospital ha formalizado en su declaración de principios en incluido este propósito en las definiciones de visión, misión y planificación estratégica de la institución.
- 2.- El encargado de calidad y su unidad han elaborado un plan y/o programa de calidad estableciendo las metas y objetivos:

2.1 – Visión Hospital Regional de Talca:

“Ser un hospital de excelencia, que integra la innovación y el buen trato en la atención a sus usuarios y comunidad” (Programa de calidad HRT, 2016).

2.2. - Misión del Hospital Regional de Talca:

“Somos el hospital de mayor complejidad de la Región del Maule, Asistencial-Docente, Autogestionado en Red, que brinda atención con altos estándares de calidad y seguridad en un ambiente que promueve el desarrollo, la excelencia y el respeto entre las personas” (Programa de calidad HRT, 2016).

2.3. - Misión de Unidad de Calidad y seguridad del paciente:

“Nuestro compromiso es gestionar el modelo de calidad a través de la mejora continua de los procesos involucrados, mediante el desarrollo de una cultura de calidad, cimentada en la atención segura y eficiente del usuario, basada en el respeto a las personas, la confianza y el compromiso, con una atención de calidad y buen trato”(Programa de calidad HRT,2016).

El Hospital, la organización, ha establecido, documentado e implementado un sistema de calidad, liderado por un profesional y unidad responsable, con acceso directo al cuerpo directivo, con la figura de asesor y con autoridad formal sobre las unidades y procesos que son controladas por el modelo de control de calidad. En este aspecto, la etapa siguiente a implementar es la extensión de la responsabilidad de la unidad en un control de calidad de procesos, e incorporar a este equipo trabajo profesionales capacitados y competentes en el área de control de calidad de procesos.

Una vez realizado lo anterior lo pertinente es designar cuál es la unidad o servicio clínico y cuáles serán los procesos o subprocesos piloto de la institución para iniciar el modelo de control de calidad de procesos, con mediciones estadísticas y con indicadores adecuados al proceso, sería beneficioso para el Hospital de Talca, implementar las propuestas aquí sugeridas en el proceso de trazabilidad de biopsias, considerando que es un proceso transversal en la institución, además, fue el proceso que generó el estudio de campo.

Un aspecto administrativo fundamental para la implementación de control de calidad de procesos en las instituciones de salud chilenas, como el Hospital Regional de Talca, es garantizar la existencia o disponibilidad de insumos y recursos estandarizados, implementando en abastecimiento y unidades de apoyo un sistema de control de adquisiciones de insumos que garanticen un stock crítico necesarios para cada proceso incorporado en el sistema de control de calidad. Así como también, considerar todos los aspectos logísticos involucrados en cada etapa y actividad de los procesos con el fin de asegurar la trazabilidad y realizar seguimiento, medir las actividades con indicadores definidos y analizar el funcionamiento del proceso, utilizando herramientas de tipo estadístico que permita graficar el comportamiento del proceso y eventualmente decidir, acciones, medidas y/o actividades correctivas que permitan alcanzar los objetivos propuestos con resultados establecidos y esperados.

Según el estudio realizado se puede concluir que el modelo de control de calidad de procesos más cercano para implementar en nuestras instituciones de salud es la Norma ISO 9001, pues consta de una serie de etapas y exigencias compatibles con el modelo de gestión de calidad de la Joint Commission International y el propio modelo MINSAL imperante en nuestro país.

Cualquiera sea el modelo de control de calidad de procesos que adopté la institución, requiere de un sistema de refuerzo del comportamiento, la conducta y la cultura organizacional en demanda de un proceso de mejora continua de calidad, dada las circunstancias y la realidad del Hospital Regional de Talca, que aún se encuentra adaptando a su nueva estructura y por consiguiente revisando sus protocolos, procedimientos y procesos, el sistema más recomendable para implementar es la metodología de las 5 S, que como es citado por Santoyo F, Murguía D, López A y Santoyo E, (2013) y “definido como la herramienta ideal para organizar los puestos de trabajo, en sus tres primeras S

(selección, organización y limpieza), una vez establecidas y mantenidas estas condiciones, se genera consecuentemente las otras dos S que dice y exige que con disciplina es posible estandarizar los procesos y como consecuencia del cumplimiento de la metodología 5 S la organización aumenta la productividad, mejora la seguridad, clima laboral, la motivación personal, la calidad y eficiencia”

CAPITULO V.

5.1.- CONCLUSIONES

La función clásica del Hospital Regional de Talca, es ingresar pacientes para tratar sus problemas de salud disponiendo de recursos humanos y tecnológicos, insumos clínicos y desarrollar una serie de procesos tendientes a tratar al paciente, y restaurar la salud perdida. Sin duda los hospitales, son empresas muy complejas, las que cada día es más frecuente observarla con una óptica empresarial, y como tal deben manejarse con el objetivo de agregar valor, utilizando todas las herramientas de gestión disponibles, desde esta perspectiva, para implementar un sistema o modelo de control de gestión de calidad de procesos es necesario tener en cuenta las siguientes conclusiones:

1.- El levantamiento de procesos facilita el grado de aprendizaje y enfoque global e integral de las organizaciones y proporciona los elementos para intervenir, gestionar, rediseñar y tomar decisiones apropiadas, en definitiva extraer conocimientos que se reflejen en mejoras en la atención a los pacientes. Parte importante de este avance se ha logrado con la incorporación de la Acreditación hospitalaria, pero ésta sólo da una visión limitada a los ámbitos que ha considerado prioritarios, por lo tanto, se requiere de una visión sistémica para incorporar este concepto en el personal y a nivel institucional.

Para aplicar esta metodología en los hospitales, se debe contar con un mapa de procesos que se incluya en su cartera de servicios identificando los procesos clave, en función preferentemente de su impacto sobre los resultados de la organización, en términos de satisfacción de los beneficiarios, satisfacción del personal, minimización de costes y buscar la máxima efectividad, sin duda que en la situación actual que se encuentra el Hospital Regional de Talca es un plus muy importante a su favor, porque durante el año 2016

obtuvo la acreditación institucional en calidad y seguridad del paciente, en los años 2013 a 2015 se realizó el levantamiento de procesos de 10 procesos claves para la institución y que fueron considerados como críticos para alcanzar la acreditación.

2.- Una de las conclusiones más relevantes de este trabajo es que todos los modelos de calidad son compatibles y es posible aplicarlos en forma conjunta mejorando cualitativamente los resultados en los procesos de calidad, en este sentido es recomendable tener presente que el sistema basado en la acreditación mediante las normas de *Joint Commission International* es el único que inicialmente dispone de un diseño específico, bien validado y adaptado al ámbito sanitario, este modelo basado en estándares es el que mejor entienden los profesionales del sector salud, llegado el momento de implementar modelos o sistemas de gestión de calidad.

3.- La variedad y complejidad de los procesos ejecutados en los hospitales, en especial en el Hospital Regional de Talca, existe una alta posibilidad de cometer errores y desaprovechar recursos, que en las entidades de salud pública son escasos, por lo cual la gestión de calidad de los procesos y hacer más eficiente su producción, debe constituir un objetivo central del cuerpo directivo vigente y formar parte del plan estratégico de la institución, pero ello implica un cambio substancial en la organización de todo el hospital, que les permita identificar y conocer en profundidad sus procesos, identificar sus problemas, cuellos de botella y actividades críticas de cada proceso donde existen mayores posibilidades de cometer errores. Pero el éxito de este modelo gestión de calidad de procesos contempla un desafío de escucha y comprensión necesario para adaptarse a las características, flujo, ritmo y evolución de la mejora continua con especial atención al sentir de los funcionarios de la institución con el propósito de hacerlos participe del modelo de control de gestión de calidad.

4.- Para garantizar el éxito de cualquier modelo de control de calidad, como ha sido mencionado anteriormente, es necesario definir objetivos, informarlos a la organización y cumplirlos, finalidad que es facilitada con actividades de participación y compromiso de recurso humano, actividades motivacionales, formación, promoción del proceso, y fundamentalmente preocupación por la calidad en toda la organización, sumado a lo anterior, es necesario tener presente parte de la filosofía de Williams Demming, quien afirmaba que los cambios en los procesos de calidad debían ser adaptados, integrados a la organización, con la participación de todos los funcionarios involucrados en los distintos procesos, a quienes se debía capacitar, adiestrar, liderar y acompañar, durante el proceso de transformación, porque en definitiva el control de calidad de los procesos es un cambio cultural, pero sobretodo no olvidar que estas actividades debían ser mantenidas en el tiempo.

5.- Según el estudio realizado se puede concluir que el modelo de control de calidad de procesos más cercano para implementar en nuestras instituciones de salud es la Norma ISO 9001 en la versión actualizada año 2015, pues consta de una serie de etapas y exigencias compatibles con el modelo de gestión de calidad de la Joint Commission y el propio modelo MINSAL imperante en nuestro país.

6.- Cualquiera sea el modelo de control de calidad de procesos que el Hospital Regional de Talca, decida adoptar e incorporar, es indispensable que este acompañado de la metodología de trabajo de 5 S, que como filosofía de trabajo, es generadora de cambio en la conducta de los funcionarios y permite que el área de trabajo, el proceso y la organización entre en el círculo virtuoso en pro del trabajo de calidad.

7.- Para las instituciones de salud en Chile, pensar en implementar un modelo de calidad Seis Sigma, donde las probabilidades de falla son casi inexistentes, es necesario contar con una cadena de proveedores enmarcados en el mismo modelo, todo ello relacionado directamente con un costo económico mayor, contar con personal calificado en control de calidad de procesos, contar con los recursos financieros necesarios para garantizar el abastecimiento de insumos para cada proceso y actividad, no es viable en la actualidad, sin embargo, es factible iniciar el camino al control de calidad de procesos a niveles de excelencia y garantía de calidad superior, teniendo presente que orientar todas las actividades, procesos, procedimientos y actuar hacia la calidad es el fondo un cambio cultural de las organizaciones, del sector y de la industria, por lo tanto es un compromiso que debe ser asumido como nación y que alcanzar este objetivo demora décadas, como ha sido demostrado por Japón, los países de Europa y Estados Unidos de América

5.2.- LIMITACIONES

En la realización del presente trabajo se identifican una serie de limitaciones que dificultan la implementación de un modelo o sistema de control de gestión de calidad de procesos en el Hospital Regional de Talca, estas limitaciones se pueden resumir como sigue:

1.- Limitaciones de aspecto económico, la situación financiera de la economía de nuestro país, el presupuesto asignado al Ministerio de Salud y por consiguiente al Hospital de Talca, no considera inversión de recursos humanos o técnicos con el fin de adaptar o profundizar el modelo de calidad establecido en la institución, como consecuencia la institución no cuenta con la cantidad suficiente de personal calificado para implementar y desarrollar un sistema de sistema de control de calidad de procesos.

2.- Limitaciones de tipo organizacional y operacional son un obstáculo importante para alcanzar el objetivo del trabajo, pues la institución no ha implementado el modelo de gestión por procesos que en definitiva es un coadyuvante para los modelos de gestión de calidad y control de procesos.

3.- Limitaciones por equipamiento, el Hospital de Talca no cuenta con los equipos necesarios para garantizar la trazabilidad de cada proceso, no obstante, se han dado algunos pasos en esta dirección como es el proceso de trazabilidad de biopsias y ahora último la puesta en marcha de receta electrónica con control de dispensación por gabinete de los medicamentos e insumos clínicos.

BIBLIOGRAFIA

Cepero M., Caballería F., Ojeda J., Olazábal A., (2008).

“Consideraciones sobre el control de la calidad en la atención hospitalaria”.

Concha J., (2010) “Garantía de calidad en salud, modelo organizacional para una

gestión asistencial de excelencia en la provisión de servicios de salud en Chile”.

Chandia, Y., (2006)

“Introducción a la calidad en salud”.

www.enfermeraspabellonyesterilizacion.cl

Delgado, M.E.

Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes

Actores sociales en Colombia y Brasil.

Donabedian, A., (1984).

“La Calidad de la atención Médica”, En: La Prensa Médica
Mexicana, S.A. México D.F. 1984.

Donabedian, A., (1995).

“Calidad de la atención a la salud. Continuidad y Cambio en la
Búsqueda de la Calidad”. Revista ITAES, No.2.

Fernández, N., (1994).

Instrumentos y técnicas para evaluar la atención de la salud de los
adolescentes en Latinoamérica. Washington DC, EUA.

Fernández, N., (1996).

“Garantía de calidad de atención: experiencias de Costa Rica”.
Revistas ITAES, Vol. No.2.

Hernández, M., Rodríguez, F., Olivera, D., Infante, M., Cárdenas, M., Martínez, G. (2013).
Manual instructivo en gestión de calidad en los servicios de salud.

Hospital Dr. Eduardo Pereira, (2012).

“Reseña del Hospital Dr. Eduardo Pereira”. <http://www.hep.cl>.

García Mata, J.R & Barrasa Villar, J.I., (2014).

Instituto Aragonés de Salud.

Moreno M., (2013)

Calidad y seguridad de la atención.

Universidad Autónoma de nuevo León, México

López R., (2001).

Modelos Gestión de Calidad (pdf)

Mavainsa.

Control de procesos, www.mavainsa.com, Consultada 15/11/2016 y 07/05/2017.

Norma ISO 9000, Control de proceso

Programa de calidad (2016).

Unidad de calidad Hospital Regional de Talca

Ramos, B., (2011).

“Control de calidad de la atención en salud”, segunda edición.

La Abana, Cuba. Editorial Ciencias Médicas.

Ruiz-Falco, A.

Introducción a Seis Sigma

Santoyo F, Murguía D, López A, Santoyo E.,(2013)

Comportamiento y organización

Implementación del sistema de gestión de calidad 5 S´s

Guadalajara, México.

Superintendencia de Salud.

WWW.supersalud.cl, Consultada 09/12/2016 y 07/05/2017.

Urroz O.,Allen P.,(2004).

Introducción a la Calidad en los Servicios de Salud en el nivel local,
Módulo IX. San José, C.R.: EDNASSS-CCSS. 2004.

Vergara, M & Bisama, L. (2009).

“Autogestión hospital en red I: Competencias esenciales para la gestión”.

Revista Chilena Salud Pública, Volumen 13 (3), 163-168.

Zúñiga, A. (2017).

“Sistemas sanitarios y Reforma AUGE en Chile”. Acta Bioethica.

ANEXOS

Anexo.1 Encuesta aplicada a funcionarios del Hospital Regional de Talca.

ENCUESTA

Estimado funcionario el presente documento ha sido elaborado por Sr. Belarmino Manques M, Tecnólogo Médico de la unidad de Anatomía Patológica de nuestro hospital, quién se encuentra desarrollando su trabajo de grado (tesis) para obtener el grado de Magíster en Gestión de Sistemas de Salud que trata sobre “Control de Calidad de Procesos en el Hospital de Talca”. En ese contexto es necesario contar con información científica sobre el saber, sentir y el actuar de cada funcionario en los procesos de calidad que le corresponde desempeñar su rol de servidor público.

Esta encuesta es totalmente anónima y persigue conocer su percepción como funcionario(a) respecto a los procedimientos de calidad llevados a cabo en la institución, la información recopilada será analizada estadísticamente y será un importante aporte en la generación de conclusiones y eventualmente un indicio para posibles mejoras en los procedimientos de implementación de programas de calidad institucional.

Las respuestas que usted entregue son personales, anónimas y confidenciales. Por esta razón, le pedimos que conteste las preguntas de manera franca y directa, ya que de ello depende que contemos con información válida y certera.

A continuación se formulan una serie de preguntas relacionadas con los procedimientos de calidad implementada en el Hospital Regional de Talca y otras, más específicas relacionadas directamente con el proceso en el que usted participa.

Todas las preguntas tienen alternativas de respuestas, que les pedimos leer con detención y marque con una X la alternativa seleccionada.

No tardará más de 10 minutos en responder.

Desde ya se agradece su buena disposición a colaborar.

1.- Marque con una X el estamento funcionario al que pertenece:

- 1.-..... Profesional..... Indicar profesión.....
 2.-..... Técnico. 3.-..... Administrativo. 4.-..... Auxiliar.

2.- ¿Cómo evalúa el compromiso de los funcionarios del Hospital Regional de Talca, con entregar un servicio de calidad a los usuarios/pacientes?

Excelente	Bueno	Ni bueno/Ni malo	Insuficiente	Muy insuficiente

3.- ¿Cómo Considera el proceso de calidad implementado en el Hospital de Talca?

Excelente	Bueno	Ni bueno/Ni malo	Insuficiente	Muy insuficiente

4.- ¿Cómo reaccionan los superiores directos cuando constatan o reciben información de un error en el proceso?

___ Preocupación ___ Malestar ___ Tranquilidad ___ Indiferente.

5.- ¿Cómo reaccionaría usted, emocionalmente, si cometiese un error en el procedimiento de trazabilidad de biopsias?

___ Preocupación ___ Temor ___ Tranquilidad ___ Indiferente.

6.- ¿Cómo reaccionaría usted, si observa que otro funcionario, compañero de trabajo o colega ha cometido un error en el proceso?

- 1.- ___ Informa de la situación ocurrida al funcionario
- 2.- ___ Informa a su superior directo.
- 3.- ___ Guarda silencio
- 4.- ___ Corrige el error antes de informar.
- 5.- ___ Otro.....

7.- ¿Cómo considera la calidad del proceso de trazabilidad de biopsias en el que usted participa en el Hospital de Talca?

Excelente	Bueno	Ni bueno/Ni malo	Insuficiente	Muy insuficiente

8.- Señale el grado de satisfacción personal con el trabajo realizado en el proceso de trazabilidad de biopsias.

Muy satisfecho	Satisfecho	Indiferente	Insatisfecho	Muy insatisfecho

9.- ¿La labor o función realizada por usted en el proceso trazabilidad de biopsias puede ser mejorada?

- 1.- ___ Si 2.- ___ No. 3.- ___ No contesta

10.- ¿Considera usted que la necesidad de cumplir con las etapas establecidas en el procedimiento de trazabilidad de biopsias es una preocupación compartida por todo el servicio /unidad?

Siempre	Casi siempre	A veces	Casi Nunca	Nunca

11.- ¿Cómo Considera usted la participación de los funcionarios en el proceso de calidad implementado en el Hospital de Talca?

Excelente	Bueno	Adecuado	Insuficiente	Muy insuficiente

12.- ¿Usted como funcionario realizó algún aporte al proceso de trazabilidad de biopsias en el cual participa?

- 1.- Si 2.- No. 3.- No contesta

13.- ¿Considera que es necesario recoger la opinión de los funcionarios involucrados en los distintos procesos de su servicio/unidad, para desarrollar planes de mejora?

- 1.- Si 2.- No. 3.- No contesta

14.- ¿Usted conoce el nombre del modelo de calidad implementado por el Ministerio de Salud, para el proceso de acreditación hospitalaria? Si su respuesta es positiva, favor registrar el nombre.

- 1.- Si
 2.- No.
 3.- No contesta
 4.- Nombre Modelo de Calidad Minsal.....

15.- ¿Cuál de los siguientes modelos de calidad son conocidos por usted?

- 1.- Ciclo de mejora PDCA, diseñado por W.Shewart.
 2.- Modelo de Baldrige.
 3.- Modelo Europeo de excelencia EFQM.
 4.- Modelo control de calidad total.
 5.- Modelo seis Sigma
 6.- Noma ISO 9001-2008.
 7.- Modelo de calidad Joint Commission International.
 8.- Ninguno.

16.- En resumen, usted diría que la calidad de los procesos y atención entregada por el Hospital Regional de Talca es.

Excelente	Bueno	Ni bueno/Ni malo	Insuficiente	Muy insuficiente

Muchas gracias por su buena disposición y participación.

TM BELARMINO MANQUES M.