

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE LA SANTÍSIMA CONCEPCIÓN

FACULTAD DE INGENIERÍA

INGENIERÍA CIVIL INDUSTRIAL



**PROPUESTA DE INDICADORES PARA MEDIR LA CALIDAD DESDE UNA
PERSPECTIVA DE CONTROL INTERNO PARA LOS CENTROS DE SALUD**

MICHAEL ANDRÉS ESTOBAR VALDEBENITO

INFORME DE PROYECTO DE TÍTULO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
INGENIERO CIVIL INDUSTRIAL

Profesor Guía: María Teresa Bull Torres, Ph.D.

Profesor Informante: Emma Chávez Mora, Ph.D.

Concepción, Marzo de 2016.

Resumen

Este proyecto, analizó indicadores para medir la calidad de las prestaciones en el área de salud, desde una perspectiva de control interno en los centros de salud que prestan atención cerrada, para ello se describieron y analizaron los seis factores (Seguridad, Eficiente, Atención Centrada en el Paciente, Eficacia, Oportuna y Equitativa) que impactan calidad en las prestaciones de salud, según lo que propone el Instituto de Medicina de Estados Unidos.

Las afirmaciones de los usuarios de los centros de salud respecto a calidad son muy variadas ya que el concepto de calidad es subjetivo y cambia según cada usuario, se trabajó con la definición de calidad que propone el Instituto de Medicina.

Mediante una revisión en la literatura se caracterizaron los principales indicadores para ser agrupados en cada factor lo cual permite estudiar la calidad según cada eje principal. Posteriormente, se crearon algunos indicadores según la situación actual de cada factor para mejorar el conjunto recopilado en una primera instancia.

Para priorizar cada uno de los factores y jerarquizar los indicadores, se aplicó una encuesta a expertos en materia de calidad en salud, obteniendo como resultado un conjunto de indicadores prioritarios (ver Capítulo VI) que consideran los factores trabajados, determinando que el principal es Seguridad.

Los resultados obtenidos permitirán a las instituciones que entregan servicio de salud conocer las percepciones que tienen los usuarios al respecto de calidad y así, acceder a mejorar sus procedimientos con el objetivo de aumentar la satisfacción dentro de la comunidad.

Abstract

In this project, were analyzed indicators to measure the quality of services in the area of health, from the perspective of internal control in health centers that provide closed attention, for this were described and analyzed six factors (Safety, Efficiency, Patient Centered Attention, Effective, Timely and Equity) that impact the quality in health benefits, as proposed by the Institute of Medicine of the United States.

The assertions from the users of the health centers regarding quality are varied since the concept of quality is subjective and varies by each user, we worked with the definition of quality proposed by the Institute of Medicine.

Through a literature review were characterized the principal indicators for to be grouped in each factor which allows to study the quality according each principal axe. Subsequently, some indicators were created according to the current situation of each factor to improve the set obtained in a first instance.

To prioritize each of the factors and rank the indicators, a survey was applied to experts on health quality, resulting in a set of priority indicators (see Chapter VI) that consider factors worked, determining that the main thing is Security.

The results obtained will permit to the institutions that deliver health services know the users perceptions respect to the quality and so, to access to improve its procedures in order to increase satisfaction within the community.

Agradecimientos

A Dios, por darme fuerza y fe, para salir adelante y poder cumplir mis metas, a mi familia por su apoyo incondicional, quienes han estado en buenos y malos momentos, gracias a ellos estoy terminando un nuevo ciclo en mi vida. Gracias por la educación que me han dado y por los valores que me han entregado durante todos estos años.

A mi polola (novia) Alexandra Vega Zapata, que me ayudo, apoyo, en todo lo que necesite para culminar esta etapa de mi vida y llevar adelante todos los momentos difíciles planteados durante estos años.

Índice de Contenidos

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
1.1 Definición del Problema	1
1.2 Objetivos	3
1.2.1 Objetivo General	3
1.2.2 Objetivos Específicos.....	3
1.3 Delimitación.....	3
1.4 Metodología	4
CAPÍTULO II: ANTECEDENTES TEÓRICOS	7
2.1 Definición de Calidad en Salud.....	7
2.2 Indicadores en Salud	8
2.2.1 Definición de Indicadores	8
2.2.2 Clasificación de Indicadores	9
2.2.3 Indicadores de Gestión.....	9
2.2.4 Indicadores de Desempeño	12
2.2.5 Construcción de Indicadores	15
2.2.6 Selección de Indicadores.....	16
2.3 Establecimiento de Umbrales.....	17
2.3.1 Tipos de Umbrales	18
CAPÍTULO III: SITUACIÓN ACTUAL DE LA CALIDAD EN LA SALUD CHILENA BAJO EL CONTEXTO DE CALIDAD	21
3.1 Calidad en la Salud Chilena.....	21
3.2 Medición de Calidad en Chile (Acreditación de Calidad en los Centros de Salud).....	22
3.3 Descripción y Situación Actual de los Seis Factores de Calidad	24
3.3.1 Seguridad	25
3.3.2 Eficacia	26
3.3.3 Atención Centrada en el Paciente	27
3.3.4 Oportuna	28
3.3.5 Eficiente	30

3.3.6 Equitativa	31
CAPÍTULO IV: REVISIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD EN LA LITERATURA EXTRANJERA	33
4.1 Indicadores en la Literatura.....	33
CAPITULO V: MARCO DE INVESTIGACIÓN	48
5.1 Hipótesis	48
5.2 Diseño de Investigación	48
5.3 Recolección de Datos.....	48
5.5 Muestra Objetivo	50
CAPITULO VI: PROPUESTA DE INDICADORES BASADOS EN LA INVESTIGACIÓN REALIZADA.....	51
CAPÍTULO VII: RESULTADOS	55
7.1 Priorización de los Factores	56
7.2 Jerarquización de los Indicadores para cada Factor.....	57
CAPÍTULO VIII: CONCLUSIONES.....	67
BIBLIOGRAFÍA.....	69
ANEXOS.....	73
Anexo 1: Indicadores con sus respectivas formulas.	74
Anexo 2: Indicadores recomendados con su fórmula de medición.....	77
Anexo 3: Indicadores seleccionados por la Sociedad Española de Calidad Asistencial con su respectiva fórmula.....	78
Anexo 4: Encuesta.	82
Anexo 5: Resultado de encuesta para la priorización de los factores.	87
Anexo 6: Resultado de encuesta Jerarquización de indicadores para el Factor Seguridad.....	88
Anexo 7: Resultado de encuesta Jerarquización de indicadores para el Factor Eficiente.....	89
Anexo 8: Resultado de encuesta Jerarquización de indicadores para el Factor Atención Centrada en el Paciente.	90
Anexo 9: Resultado de encuesta Jerarquización de indicadores para el Factor Eficacia.....	91
Anexo 10: Resultado de encuesta Jerarquización de indicadores para el Factor Oportuna.	92
Anexo 11: Resultado de encuesta Jerarquización de indicadores para el Factor Equitativa.....	93

Índice de Tablas

Tabla 1: Definición de aspectos específicos de calidad.	8
Tabla 2: Clasificación y criterios de selección de indicadores de gestión según cada autor.	12
Tabla 3: Clasificación de indicadores de desempeño según cada autor.	15
Tabla 4: Indicador con tipo de umbral definido.	19
Tabla 5: Definición del valor del umbral según su calificación.	20
Tabla 6: Indicadores obligatorios para la acreditación de calidad propuestos en el Manual de Acreditación de Atención Cerrada.	22
Tabla 7: Conjunto de indicadores recomendados por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.	33
Tabla 8: Conjunto de indicadores seleccionados por la Sociedad Española de Calidad Asistencial.	35
Tabla 9: Los 25 indicadores más utilizados en el sector de Salud de Argentina.	43
Tabla 10: Grupo de indicadores que apuntan a medir equidad en los Centros de Salud.	46
Tabla 11: Indicadores seleccionados y creados para el factor Seguridad.	51
Tabla 12: Indicadores seleccionados y creados para el factor Eficacia.	52
Tabla 13: Indicadores seleccionados y creados para el factor Atención Centrada en el Paciente.	52
Tabla 14: Indicadores seleccionados y creados para el factor Oportuna.	52
Tabla 15: Indicadores seleccionados y creados para el factor Eficiente.	53
Tabla 16: Indicadores seleccionados y creados para el factor Equitativa.	53
Tabla 17: Resultado: Priorización de Factores.	56
Tabla 18: Resultado: Jerarquización de Indicadores para el Factor Seguridad.	58
Tabla 19: Resultado: Jerarquización de Indicadores para el Factor Eficiente.	59
Tabla 20: Resultado: Jerarquización del Factor Atención Centrada en el Paciente.	61
Tabla 21: Resultado: Jerarquización de Indicadores para el Factor Eficacia.	62
Tabla 22: Resultado: Jerarquización de Indicadores para el Factor Oportuna.	63
Tabla 23: Resultado: Jerarquización de Indicadores para el Factor Equitativa.	64

Índice de Figuras

Figura 1: Pasos de Metodología.....	4
Figura 2: <i>Triage</i> (Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, 2015).....	29
Figura 3: Pasos en el diseño de cuestionarios	49

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 Definición del Problema

Generalmente, el área de salud carece de una definición clara del concepto de calidad, dada la gran cantidad de postulados que hacen los autores para responder a esta definición. Así también, en ocasiones la población se refiere a calidad bajo preconcepciones erróneas. Un ejemplo de esto último son los resultados obtenidos en la encuesta realizada por la Universidad Católica Raúl Silva Henríquez en 2013 (Diario Uchile, 2013) aplicada a personas que reciben un ingreso inferior a 252 mil pesos per cápita, allí se muestra que el 75% de los encuestados perciben la salud pública como “mala” o “muy mala”, por lo que reconocen haber recurrido a algún médico particular, debiendo pagar por la atención de un profesional. Los encuestados describieron la salud pública desde un punto de vista de calidad, sin saber que, para poder referirse a dicho termino es necesario considerar varios factores.

Por lo anterior, en esta investigación se utilizó como definición de calidad aquella que entrega el Instituto de Medicina de Estado Unidos (2001), donde se describe calidad como: la continua búsqueda de disminución en enfermedades y lesiones, basándose en ofrecer un servicio seguro, oportuno, equitativo, personalizado, eficiente y eficaz al usuario.

Los centros de salud, específicamente el área de control de gestión, en un intento por lograr medir calidad han utilizado diferentes indicadores de desempeño; no obstante, todos ellos por sí solos apuntan a diferentes objetivos de medición, sin alcanzar el objetivo de medir calidad. Todo esto, sumado a la falta de estandarización de una definición clara y específica de calidad, impide tener un conjunto determinado de indicadores que efectivamente logren medir calidad en su totalidad.

En las encuestas y/o estudios enfocados a la opinión pública respecto a la salud, se obtienen resultados en los cuales las personas describen de forma diferente el servicio público en comparación al privado, prefiriendo a este último. Esta opinión se ratifica a través de los resultados de la encuesta hecha por la Universidad Católica Raúl Silva Henríquez en 2013 (Diario Uchile, 2013) donde las respuestas obtenidas a la pregunta “¿por qué tiene esa opinión sobre la salud pública?” fueron: “No me atendieron”; “se atrasó la hora de atención”; “el personal médico me trató mal”. A su vez, el 50% de los encuestados, consideran que los trabajadores de la salud pública suelen discriminar entre los pacientes que deben atender. Lo anterior explica el resultado del estudio realizado por las Clínicas de Chile (Clínicas de Chile A.G, 2013).

Además, se observa que entre los años 2010 y 2012, los centros privados otorgaron el 47% del total de las prestaciones del país, y bajo la modalidad de libre elección¹ la demanda de los beneficiarios de FONASA² al sector privado alcanzó un 55% en el año 2012 (Larraín, 2014). Sin embargo, no es posible avalar las opiniones que tienen los usuarios, declarando que las prestaciones de salud que realiza el sector público son de mala calidad, ya que no existe un índice imparcial que pueda medir calidad desde una percepción más técnica, y que resuelva la disyuntiva entre las opiniones que apoyan al sector público y las que son partidarias de la calidad entregada por los centros privados.

Finalmente, se concluye que es necesario determinar un conjunto de indicadores que apunten a medir la calidad con una definición operacional como la utilizada por el Instituto de Medicina de Estados Unidos, ya que de esta forma es posible obtener información tanto cuantitativa como cualitativa.

¹ Modalidad de atención que establece el régimen de salud, donde el beneficiario que se encuentre inscrito en FONASA, tiene la libertad de elegir al profesional o la entidad, del sector público o privado.

² Fondo Nacional de Salud.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Determinar un conjunto de indicadores que permitan medir la calidad en las prestaciones de salud, bajo el contexto de control interno de los centros que entreguen este servicio.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Describir y analizar los seis factores que impactan la calidad en las prestaciones de salud según lo que propone el Instituto de Medicina de Estados Unidos.
- Caracterizar los principales grupos de indicadores en el área de salud según los seis factores que impactan en calidad.
- Proponer un conjunto de indicadores prioritarios que considere los seis factores planteados por el Instituto de Medicina de Estados Unidos, a través de los índices públicos en Chile.

1.3 Delimitación

Este proyecto se centró en identificar indicadores prioritarios para medir la calidad de las prestaciones de salud, bajo un contexto interno de las instituciones de salud en Chile, considerando como centros de salud hospitales y clínicas que practican la atención cerrada (prestan atención integral, general y/o especializada, habilitada para el ingreso de pacientes que necesitan de una cama, es decir, funcionan las 24 horas del día). Por lo cual no se consideran las instituciones de Atención Abierta ya que solo otorgan atención de tipo ambulatoria (Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud, 2010).

En el desarrollo del proyecto, se definieron indicadores basados en los 6 factores fundamentales propuestos por el Instituto de Medicina de Estados Unidos, los cuales ayudan a medir la calidad a través de indicadores que los representen.

Dada la cantidad de indicadores que pueden ayudar a medir la calidad en las categorías antes mencionadas dentro del control interno de los centros de salud, sólo se seleccionaron aquellos que permiten conocer cómo se trabaja en los procesos internos de los centros de salud.

Para la realización de este proyecto se utilizó información primaria y secundaria, como una encuesta, revisión bibliográfica, entre otros.

En dimensiones del tiempo esta investigación se realizó durante un semestre académico, para presentar los resultados obtenidos al final del semestre.

1.4 Metodología

Para determinar un conjunto de indicadores que permitan medir la calidad en las prestaciones de salud, bajo el contexto interno de los centros que entreguen este servicio, se aplicó la metodología que se muestra en la Figura 1.

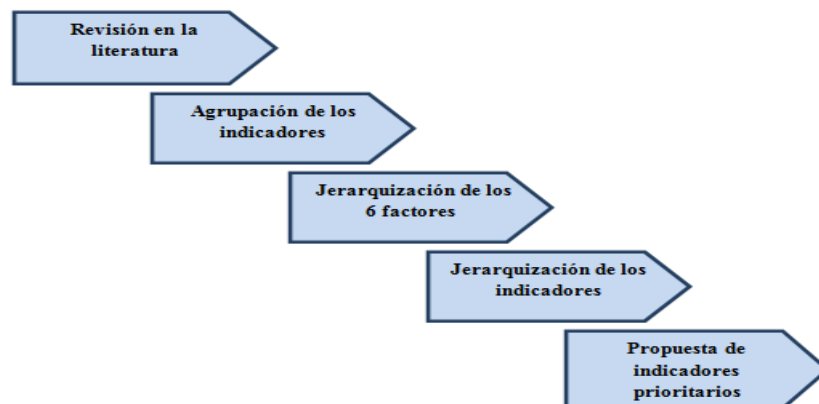


Figura 1: Pasos de Metodología

Para determinar el conjunto de indicadores que permite medir la calidad en las prestaciones de salud, desde la perspectiva del control interno de los centros que presten dicho servicio, se utilizó una metodología que ayude a cumplir cada uno de los objetivos específicos planteados para esta investigación.

En primer lugar, se realizó una revisión de la literatura, analizando la situación actual de los seis factores (seguridad, eficiencia, centrado al paciente, oportuna, eficaz y equitativa) que impactan la calidad en las prestaciones de salud según lo propuesto por el Instituto de Medicina de Estados Unidos (2001). Además de lo propuesto por la Revista Cubana de Salud Pública (1996) se indagó en revistas, artículos, diarios, libros, entre otros.

Una vez, obtenido el abanico de factores, se caracterizaron los principales grupos de indicadores en el área de salud. Para ello, en una primera etapa, se construyeron indicadores basados en la situación actual de la salud chilena y se recolectaron de la literatura todos aquellos indicadores que según los autores afectan de alguna forma a calidad en la salud. Posteriormente, a través de entrevistas con expertos del área (personal de centros de salud y MINSAL³), los indicadores se agruparon en seguridad, eficiencia, centrado al paciente, oportuna, eficaz y equitativa, según corresponde cada una de las descripciones encontradas (Superintendencia de Salud, 2011).

Para cumplir con el tercer y último objetivo específico, proponer un conjunto de indicadores prioritarios que considere los seis factores planteados por el Instituto de Medicina de Estados Unidos, a través de los índices públicos en Chile. Se realizó un paso, donde mediante las mismas entrevistas a expertos de las etapas anteriores, se aplicó una encuesta, con la finalidad de obtener la calificación de importancia de cada factor e indicador de forma subjetiva. Con los resultados de las encuestas se pudo obtener la importancia que le asignan los expertos, tanto de los factores como indicadores, para

³ Ministerio de Salud de Chile.

finalmente jerarquizar ambos resultados y proponer los indicadores prioritarios para medir calidad en los centros de salud en Chile.

CAPÍTULO II: ANTECEDENTES TEÓRICOS

2.1 Definición de Calidad en Salud

El concepto de calidad generalmente se refiere a la percepción que tiene cada individuo respecto a algún bien o servicio, ya que cada persona tiende a comparar lo evaluado con algún elemento que considere su referencia ideal (Asociación Española para la Calidad, 2015).

Donabedian, una de las personas más reconocidas en el campo de calidad en el área de salud, en 1980 citado por Jiménez Paneque (2004), establece que calidad tiene múltiples facetas como: calidad técnica, calidad interpersonal, calidad individual y calidad social, indicando que no es posible proponer una definición que abarque todo estos aspectos. Pero en un buen manejo de salud, la buena calidad puede expresarse como “el tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos”.

De acuerdo a lo que plantea el Instituto de Medicina de Estado Unidos (2001), en las prestaciones de salud se entiende por calidad, la continua búsqueda en la disminución de enfermedades y lesiones, haciendo referencia a seguridad. Además, la calidad busca mejorar el funcionamiento del personal para que se pueda entregar un servicio oportuno, equitativo, personalizado y eficiente al usuario, para que éstos tengan la percepción que cumplen con todos los requisitos que desean.

Bajo la definición antes hecha por el Instituto de Medicina de Estado Unidos (2001), se plantean 6 aspectos específicos (ver Tabla 1) en calidad de acuerdo al concepto de mejora en las prestaciones de salud, estos objetivos son construidos según la necesidad básica para la atención.

Tabla 1: Definición de aspectos específicos de calidad.

Aspecto	Definición
Seguridad	Evitar lesionar a pacientes que están siendo atendidos en el centro de salud.
Eficacia	Prestar servicios a los pacientes que pueden beneficiarse, realizando las actividades planificadas y alcanzando los resultados planeados.
Atención Centrada en el Paciente	Prestar atención necesaria al usuario de acuerdo a su necesidad, siendo respetado, respondiendo a las preferencias de éste y valorando las decisiones clínicas.
Oportuna	Reducir esperas y retrasos dañinos para quienes reciben y para aquellos que entregan servicios de salud.
Eficiente	Realizar una atención adecuada al usuario y a su vez utilizar los insumos y recursos de forma óptima, es decir, evitar tener excesos de ideas, equipos y energía, entre otros.
Equitativa	Proporcionar atención que no varía en la calidad, buscando igualdad en los pacientes, sin considerar características como: el género, el origen étnico, su ubicación geográfica y su situación socioeconómica.

Fuente: Institute of Medicine (2001).

2.2 Indicadores en Salud

2.2.1 Definición de Indicadores

Según Mondragón (2002) no existe una clara definición de indicadores, por lo que es posible encontrar distintos enunciados al respecto, tales como:

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1999) citado por Mondragón (2002), establece que los indicadores son “Herramientas para clarificar y definir, de forma más precisa, objetivos e impactos (...) son medidas verificables de cambio o resultado (...) diseñadas para contar con un estándar contra el cual evaluar, estimar o demostrar el progreso (...) con respecto a metas establecidas, facilitan el reparto de insumos, produciendo (...) productos y alcanzando objetivos”.

Una de las definiciones más utilizada por las instituciones de salud es la propuesta por Bauer (1966) citado por Mondragón (2002), donde indica que “Los indicadores sociales

(...) son estadísticas, serie estadística o cualquier forma de indicación que nos facilita estudiar dónde estamos y hacia dónde nos dirigimos con respecto a determinados objetivos y metas, así como evaluar programas específicos y determinar su impacto”.

2.2.2 Clasificación de Indicadores

En general los indicadores se pueden clasificar como simples o sintéticos. Los simples son llamados así porque pueden ser de una estadística poco complicada o univariada. Por otro lado, los sintéticos son aquellos que sintetizan la situación global de la organización e incluye componentes de la misma.

Los indicadores de gestión y desempeño son los más utilizados por las distintas organizaciones según lo observado en la literatura, los cuales se explican a continuación:

2.2.3 Indicadores de Gestión

Los indicadores de gestión permiten evaluar la calidad en los procesos, productos y servicios con la finalidad de analizar el grado de satisfacción de los clientes, es decir, miden el nivel de cumplimiento de los procesos o actividades efectuados por la institución basándose en hechos y datos recopilados.

Existen pocos indicadores de gestión; sin embargo, son representativos a la hora de medir la calidad en procesos, productos o servicios.

Donabedian citado por Jiménez Paneque (2004) fue el primer autor en proponer indicadores para medir calidad en el área de salud, este método puede aplicarse en tres elementos básicos en salud: la estructura, el proceso y el resultado.

- i) Indicadores de calidad de la estructura: Mide el estado de los recursos, así como los recursos humanos y financieros disponibles en los sitios donde se entrega el servicio.

ii) Indicadores de calidad de los procesos: Mide de forma directa o indirecta la calidad que los médicos ofrecen durante la atención al paciente.

iii) Indicadores de calidad de los resultados: Mide el nivel alcanzado en la mejora de los pacientes y la satisfacción de estos.

Según EUROPARC-España⁴ (2002) los tipos de indicadores de gestión basados en el incumplimiento son:

i) Generales: Se basa en los niveles de incumplimientos de los requisitos respecto a los servicios de una organización.

ii) Específicos: Centrandose en los niveles de incumplimientos de requisitos referidos a un servicio determinado de la organización.

iii) Ponderados: Se considera una valoración de importancia de no cumplir con lo establecido, esto puede ser basado en aspectos económicos.

Además, la clasificación antes mencionada se puede sub-clasificar en tres tipos diferentes basados en el cumplimiento de los objetivos, a saber:

i) Conformidad: Niveles para evaluar internamente el grado de cumplimiento de los procesos establecidos por la organización.

ii) Servicio: Niveles para evaluar internamente el grado de cumplimiento de los procesos establecidos por la organización, pero referidos a dimensiones no contractuales a la calidad del servicio.

⁴ Sección del Estado español de la Federación de Parques Naturales y Nacionales de Europa.

iii) Satisfacción: Evalúa la percepción del usuario, respecto a la calidad del servicio entregado por la organización.

A fin de agrupar los tipos de indicadores clasificados por EUROPARC-España (2002), se tienen 3 tipos globales, estos indicadores son indicadores de gestión definidos como indicadores de calidad, a saber:

i) Indicador de calidad del proceso/actividad: Refleja el nivel con que se cumplen las especificaciones dadas por la organización, basándose en los datos generados por los procesos o actividades.

ii) Indicador de calidad del servicio: Se inspecciona y recopilan datos internos, para reflejar las características del servicio ofrecido al cliente.

iii) Indicador de calidad de la percepción del visitante: A fin de mostrar la opinión que el cliente tiene respecto a la calidad del servicio, este indicador propone realizar encuestas o métodos para obtener la opinión que los consumidores tienen del servicio entregado.

Campbell, Braspenning, Hutchinson y Marshall (2002) establecen que para maximizar la efectividad de los indicadores de gestión en las estrategias de mejoramiento continuo, las medidas de calidad deben cumplir con algunas características fundamentales, tales como: aceptabilidad, factibilidad, fiabilidad, sensibilidad al cambio y validez.

Por otro lado, Rafael, David y Rincón (1998), establece que los indicadores de gestión se pueden clasificar en dos tipos a lo largo del tiempo:

i) Corto plazo: Se encarga de evaluar el cumplimiento de los objetivos que se proponen en el día a día dentro de la organización.

ii) Mediano y largo plazo: Observa y evalúa la tendencia del comportamiento de los sistemas y procesos.

En resumen, lo expuesto por los autores se observa tabulado en la Tabla 2: Clasificación y criterios de selección de indicadores de gestión según cada autor.

Tabla 2: Clasificación y criterios de selección de indicadores de gestión según cada autor.

Autores	Donabedian		Rafael, David y Rincón (1998)		EUROPARC-España (2002)	
Tipo de indicador	Clasificación	Características	Clasificación	Características	Clasificación	Características
Gestión	Estructura	Mide el estado de los recursos.	Corto plazo	Evalúa objetivos de forma diaria.	Generales	Evalúa niveles de incumplimiento de los servicios.
					Específicos	Evalúa niveles de incumplimiento de servicios específicos.
					Ponderados	Considera con una valoración de importancia el no cumplir con lo establecido.
					Sub-clasificación	Características
	Proceso	Mide de forma directa o indirecta la calidad que los médicos ofrecen durante la atención al paciente.	Mediano y largo plazo	Evalúa la tendencia de los comportamientos de sistemas en el tiempo.	Conformidad	Evalúa internamente el grado de cumplimiento de los procesos.
	Resultado	Mide el nivel alcanzado en la mejora de los pacientes y la satisfacción de estos.			Servicio	Evalúa internamente el grado de cumplimiento de los procesos, pero referidos a dimensiones no contractuales a la calidad del servicio.
				Satisfacción	Evalúa la percepción del usuario, respecto a la calidad del proceso y del servicio entregado.	

Fuente: Elaboración propia.

2.2.4 Indicadores de Desempeño

Bruusgaard (1995) citado por Stubbs (2004) establece que los indicadores de desempeño son fundamentales para establecer la comparación de elementos cuantitativos. Además, este tipo de indicador propone analizar los datos para validar los resultados, y así, ver el rendimiento del proceso, y la efectividad con que se está llevando a cabo.

McClure (2001), citado por Stubbs (2004), dice que este tipo de indicadores son herramientas de gestión que se preocupan tanto de las entradas (recursos), procesos o actividades, productos y salidas (resultados). Por otro lado, Lakos (1997) citado por Stubbs (2004), establece la diferencia entre las mediciones de entradas y salidas. En las entradas, los recursos son especificados como: personal, materiales y recursos financieros, mientras que en las salidas, identifica los resultados o productos de los procesos, medición de rendimiento o de impacto, los efectos de las salidas sobre los usuarios (el grado de satisfacción de los clientes).

Los indicadores que entregan información de los resultados en la generación de los productos basados en proceso productivo son:

- i) Insumos (*Inputs*): Mide la cantidad de recursos físicos, humanos y financieros, utilizados para la producción del bien o servicio. Por ejemplo: Porcentaje de utilización de médicos.
- ii) Procesos o actividades: Miden el desempeño de las actividades vinculadas en la manera que el trabajo es realizado para obtener los bienes o servicios. Por ejemplo: Porcentaje de compras de insumos hospitalarios efectuadas dentro del tiempo programado.
- iii) Productos (*outputs*): Mide de forma cuantitativa los bienes o servicios producidos por la organización. Por ejemplo: Tasa de pacientes atendidos en urgencias dentro de 24 horas.
- iv) Resultados finales (*outcomes*): Mide cuáles son los efectos finales logrados por la organización una vez que el bien o servicio fue entregado. Por ejemplo: Porcentaje de pacientes que presentan mejorías por el servicio recibido.

2.2.4.1 Clasificación de los indicadores de desempeño:

Según Armijo (2011), los indicadores que buscan evaluar la aceptabilidad y el desempeño de una organización, una vez que se finaliza la intervención pueden ser clasificados en base a las dimensiones del desempeño en:

- i) Eficiencia: Mide la productividad de los recursos utilizados. Por ejemplo: Número de atenciones realizadas por médico.
- ii) Eficacia: Mide el cumplimiento de los objetivos. Por ejemplo: Porcentaje de resultados médicos logrados exitosamente respecto a lo establecido en el protocolo.
- iii) Calidad: Mide el nivel de satisfacción de la calidad percibida por los usuarios. Por ejemplo: Porcentaje de satisfacción percibida por los pacientes.
- iv) Economía: Mide si los recursos utilizados para la producción de bienes y servicios fueron administrados adecuadamente. Por ejemplo: Porcentaje de equipos no utilizados por los médicos en un periodo de un año.

Carter, Klein y Day citados por Freeman (2002) establecen que los indicadores de desempeño basados en el cumplimiento se clasifican en 3 tipos:

- i) Prescriptivos: Denominados comúnmente como “marcas”, este tipo de indicador de desempeño busca reflejar los logros obtenidos. Por ejemplo: Porcentaje de pacientes satisfechos por la atención recibida.
- ii) Descriptivos: Conocidos como “abrelatas”. Este indicador cambia los registros ya recopilados. Por ejemplo: Porcentaje de pacientes que asisten al servicio de urgencias cada X tiempo.
- iii) Proscriptivos: Son nombrados también como “campanas de alarmas”, ya que indican lo que no debe suceder en la organización. Por ejemplo: Porcentajes de pacientes que sufren caídas dentro del centro de salud.

En resumen, lo expuesto por los autores se encuentra tabulado en la Tabla 3, junto a los clasificación de indicadores de desempeño, propuestos por Druker (1999).

Tabla 3: Clasificación de indicadores de desempeño según cada autor.

Autores	Armijo (2011)		Freeman (2002)		Druker (1999)	
Tipo de indicador	Clasificación	Características	Clasificación	Características	Clasificación	Características
Desempeño	Eficiencia	Mide la productividad de los recursos utilizados.	Prescriptivos (Marcas)	Busca reflejar los logros obtenidos.	Cualitativa	Ofrece información difícil de aprender, intangible y subjetiva.
	Eficacia	Mide el cumplimiento de los objetivos.	Descriptivos (abrelatas)	Cambia la información ya reunida.		
	Calidad	Mide el nivel de satisfacción de la calidad percibida por los usuarios.	Proscriptivos (campanas de alarma)	Indica lo que no debe suceder.	Cuantitativa	Ofrece la llamada información dura, donde se utilizan procesos estandarizados.
	Economía	Mide si los recursos utilizados fueron administrados adecuadamente.				

Fuente: Elaboración propia.

La clasificación cuantitativa y cualitativa de indicadores de desempeño son fundamentales para determinar si los recursos son utilizados de forma adecuada para los procesos y si están orientados a la producción de bienes y servicios de la organización (Druker, 1999).

En conclusión, los indicadores de desempeño son una herramienta que permite evaluar el desempeño cuantitativo o cualitativo de todos los procesos, entregando resultados cuantitativos (Armijo, 2011).

2.2.5 Construcción de Indicadores

Guinart (2004) propone un método para la construcción eficaz de indicadores, donde establece que se debe realizar una reflexión en la organización, con la finalidad de responder las siguientes preguntas:

-
- i) ¿Qué se hace dentro de la organización?: Para responder a esta interrogante se requiere que la organización describa sus actividades principales, a fin de tener indicios del resultado que se pretende obtener.
 - ii) ¿Qué se desea medir?: Se debe realizar la selección de las actividades o procesos que son considerados como prioritarios por la organización. Para lo anterior, se establecen criterios a fin de valorar las actividades por prioridad. Por ejemplo, asignando una valorización de 0 a 10.
 - iii) ¿Quién utilizará la información?: Se deben seleccionar y valorar las actividades o procesos de acuerdo a las personas que los utilizarán, a fin de clasificar los destinatarios de la información.
 - iv) ¿Cada cuánto tiempo es utilizado el indicador?: Se debe priorizar el tiempo con el cual se desea obtener la información. Los indicadores deben tener una frecuencia establecida al momento de su presentación, es decir, se debe saber en cuanto tiempo se evaluarán.
 - v) ¿Con qué se compara el resultado obtenido?: Se debe establecer resultados de referencia, tanto reales como pronosticados. Dichos resultados de referencia pueden ser de otra organización similar a la de estudio.

2.2.6 Selección de Indicadores

Campbell et al. (2002) establece que el método para la selección de indicadores se divide en 5 etapas:

- i) Preselección de indicadores: Considerar los indicadores que la organización propone.

-
- ii) Priorizar y adicionar indicadores: Se deben priorizar los indicadores, valorarlos y agregar aquellos que no son considerados por la organización, pero son significativos para ella.
 - iii) Determinar la confiabilidad de la priorización: Realizar preguntas a expertos de la organización, a fin de determinar la efectividad respecto a la priorización de los indicadores.
 - iv) Determinar un conjunto de indicadores potenciales: Determinan indicadores que reflejen de mejor forma lo que se desea estudiar.
 - v) Grado de aceptación de los indicadores: Se evalúa el porcentaje de aceptación de los indicadores seleccionados en el estudio.

2.3 Establecimiento de Umbrales⁵

Araujo (2010) expresa que en el área de gestión de calidad los umbrales son considerados como puntos de referencia (*benchmark*) que ayudan a comparar una medición realizada respecto de un nivel de cumplimiento asociado al indicador.

Los umbrales, en el concepto de indicador de calidad, poseen dos elementos importantes, los cuales son:

- i) Punto de corte: Métrica del umbral, donde se espera obtener un resultado, el cual tenga por finalidad ser el punto evaluador para los próximos estudios. De esta forma se busca conseguir mejoras esperando que en la siguiente medición se logre superar el umbral de referencia o cumplir las mejoras planificadas.

⁵ Meta u objetivo al cual se desea llegar.

ii) Objetivo o meta que se desea cumplir: Finalidad implícita que lleva a la organización a comparar los resultados obtenidos con los que fueron fijados operacionalmente.

Cabe destacar que los umbrales son definidos por la organización que definió el indicador, puesto que, es de gran importancia la participación de aquellas personas que están directamente relacionadas con el cumplimiento del criterio en estudio. Por otra parte, para fijar los umbrales, las personas que lo realizan deben tener en cuenta la línea base (situación actual del criterio a evaluar), el nivel deseado de mejora para el indicador y el plazo que se debe plantear para alcanzar el nivel deseado en el tiempo.

2.3.1 Tipos de Umbrales:

i) Según tipo de dato y medida: De acuerdo a la definición del indicador, se pueden encontrar umbrales como:

- Porcentaje: Es el más común, se basa en indicadores que miden proporciones de cumplimientos de procesos.
- Tasas: Muestra la frecuencia con la que ocurre algún evento.
- Tendencia: Se establece que el resultado obtenido del indicador sigue una trayectoria de aumento o disminución, de acuerdo a las metas que se deben cumplir en un plazo dado.

ii) Según su nivel de cumplimiento: Los indicadores pueden ser clasificados de acuerdo al cumplimiento de los umbrales, es decir, estos pueden ser agrupados en tres categorías, a saber:

-
- Valores óptimos: Son aquellos valores a los cuales la organización debe aspirar. Además, estos representan la meta que se espera lograr cuando el proceso alcance su madurez.
 - Valores aceptables: Corresponden a aquellos valores que no son ideales, pero si son aceptables, ya que reflejan el grado de cumplimiento razonable a lo estudiado.
 - Valores insuficientes o críticos: Muestran un estado crítico de la calidad, por lo que se deben corregir de manera efectiva y oportuna.

En resumen, en la Tabla 4 se observa los tipos de umbrales que puede poseer cada indicador.

Tabla 4: Indicador con tipo de umbral definido.

Indicador	Umbral
Indicador con tipo de umbral porcentaje	$\leq \text{ó} \geq X\%$
Indicador con tipo de umbral tasa	$\leq \text{ó} \geq X$
Indicador con tipo de umbral tendencia	Aumento $\geq X\%$ ó Disminución $\leq X\%$
Indicador óptimo (según cumplimiento)	$\geq 90\%$
Indicador aceptable (según cumplimiento)	$< 95\%$ y $> 80\%$
Indicador crítico (según cumplimiento)	$80\% \leq$

Fuente: Araujo (2010).

iii) Según la forma de definir el valor del umbral:

- Valores puntuales: Se definen valores de corte para calificar el umbral.

En la Tabla 5 se observa la clasificación del umbral según su porcentaje de cumplimiento⁶.

Tabla 5: Definición del valor del umbral según su calificación.

% de cumplimiento	Calificación
≥ 95%	Excelente
80-94%	Bueno
60-79%	Regular
40-59%	Menos que regular
0-39%	Pobre

Fuente: Araujo (2010).

Araujo (2010) establece que en indicadores se debería operar con errores muestrales no superiores al 10%. Otra opción que propone este autor es incorporar el error en la definición de umbral, donde se debe considerar un intervalo de confianza de 95%.

Según la literatura, en el Sistema Nacional de Acreditación en Chile, basta con definir un solo nivel de umbral para cada indicador que se esté estudiando. Por otro lado, cabe destacar que: “los umbrales referidos a prácticas para la prevención de eventos graves que poseen evidencia concluyente de efectividad deberían ser de un 100%” (Araujo, 2010).

En conclusión, la clasificación que propone Donabedian es la más clara para este proyecto, dado que él propone indicadores basados en tres elementos para medir calidad en los centros de salud, los cuales son: la estructura, el proceso y el resultado. Por otro lado, se utilizó la metodología de búsqueda en la literatura, para seleccionar indicadores que solo apuntan a medir calidad en los centros de salud de atención cerrada.

⁶ El porcentaje de cumplimiento es definido por la organización.

CAPÍTULO III: SITUACIÓN ACTUAL DE LA CALIDAD EN LA SALUD CHILENA BAJO EL CONTEXTO DE CALIDAD

3.1 Calidad en la Salud Chilena

El concepto calidad en la salud, a nivel mundial, es reconocido en la literatura por su multidimensionalidad. En Chile, este concepto es definido según lo propuesto por el Instituto de Medicina de Estados Unidos, donde se establece que calidad “necesita tomar una perspectiva del sistema de salud como un todo y reflejar preocupación por los resultados obtenidos, tanto por los usuarios de los servicios como por la comunidad entera” (Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud, 2010).

Inostroza (2008) postula, al igual que el Instituto de Medicina de Estados Unidos, que calidad se basa en seis factores (seguridad, eficacia, centrada al paciente, oportuna, eficiente y equitativa) que impactan a la población, obteniendo así una definición más clara.

En la actualidad en Chile, los hospitales y clínicas son acreditados en calidad y seguridad al paciente en Atención Cerrada⁷, esto se ve reflejado en un estudio realizado por Fernández (2015). Este muestra que cuatro de cada diez hospitales y clínicas del país están acreditados. En otras palabras el 44,7 % de los hospitales y clínicas aprobaron la evaluación de calidad, es decir, 55 recintos de un total de 123 cumplen con los requisitos establecidos.

⁷ Los establecimientos de Atención Cerrada, son aquellos que prestan atención integral, general y/o especializada, habilitados para la internación de pacientes que necesitan de una cama, es decir, funcionan las 24 horas del día. En cambio las instituciones de Atención Abierta solo otorgan atención de tipo ambulatoria (Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud (2010)).

3.2 Medición de Calidad en Chile (Acreditación de Calidad en los Centros de Salud).

En la actualidad los centros de salud que se someten a procesos de acreditación en calidad y seguridad al paciente, deben cumplir con una cantidad de indicadores preestablecidos por el Ministerio de Salud. Además, cada institución tiene la facultad de incorporar nuevos indicadores para lograr ser acreditada, no obstante, los KPI'S⁸ deben ser evaluados por una institución externa.

En la Tabla 6 se observan los indicadores obligatorios, con su respectivo fundamento de uso, propuestos en el Manual de Acreditación de Atención Cerrada. En el Anexo 1: se muestra la fórmula construida de cada indicador.

Tabla 6: Indicadores obligatorios para la acreditación de calidad propuestos en el Manual de Acreditación de Atención Cerrada.

N° Indicador	Nombre indicador	Fundamento del indicador
1	Porcentaje de pacientes intervenidos quirúrgicamente con evaluación pre-anestésica registrada en ficha clínica.	Verificar el cumplimiento de la evaluación pre anestésica a través del registro.
2	Porcentaje de pacientes electivos intervenidos quirúrgicamente con evaluación pre-anestésica realizada antes del ingreso a pabellón.	Evaluar cumplimiento del protocolo establecido respecto de la oportunidad, debe establecerse el momento en que los pacientes electivos serán evaluados. No debiera considerarse válida una evaluación al momento de ingreso al pabellón.
3	Porcentaje de pacientes electivos intervenidos quirúrgicamente con evaluación pre-anestésica que cumple requisitos de nivel de riesgo del paciente, según protocolo.	Evaluar cumplimiento del protocolo establecido. Se puede distinguir tipos de pacientes según riesgo e idealmente usar alguna clasificación validada de ellos (local, nacional, internacional).
4	Porcentaje de pacientes que han sido transfundidos según criterios definidos en el protocolo.	Asegurar que se realice transfusiones sólo cuando sea necesario y que se usen los hemocomponentes según protocolo.
5	Porcentaje de pacientes hospitalizados identificados.	Establecer el nivel de cumplimiento de la identificación de los pacientes.
6	Tasa de eventos adversos relacionados con la mala identificación de pacientes.	Evitar los eventos adversos relacionados con mala identificación de pacientes. Este indicador debe definirse separadamente para cada unidad de verificación aludida en el Manual de Acreditación.

⁸ *Key Performance Indicators* (indicadores claves de desempeño).

N° Indicador	Nombre indicador	Fundamento del indicador
7	Porcentaje de pacientes identificados correctamente en la ficha de acceso al centro de salud.	Verificar que los datos del identificador utilizado corresponden al paciente.
8	Porcentaje de pacientes operados en los cuales se ha cumplido las medidas de prevención de EA ⁹ .	Reducir el riesgo de eventos adversos asociados a cirugía. Este indicador puede ser más específico y referirse a una medida de prevención puntual como la "pausa de seguridad" o "lista de chequeo pre operatorio OMS"
9	Tasa de eventos centinelas ocurridos en X tiempo	Conocer la probabilidad de ocurrencia del evento centinela.
10	Porcentaje de auditorías realizadas para determinar los eventos centinela.	Caracterizar los eventos centinela y tomar medidas para disminuir su ocurrencia.
11	Porcentaje de aplicación de la medida de los cinco correctos ¹⁰ antes de la administración de medicamentos por vía EV ¹¹ .	Reducir los eventos adversos asociados a administración EV de medicamentos.
12	Porcentaje de pacientes con pauta de evaluación de riesgo de caída.	Reducir los eventos adversos asociados a caídas de pacientes.
13	Porcentaje de cumplimiento del protocolo de prevención de úlceras por presión.	Reducir los eventos adversos asociados a úlceras por presión.
14	Porcentaje de pacientes priorizados según norma local.	Asegurar atención expedita y oportuna a los pacientes de mayor riesgo.
15	Porcentaje de uso del sistema de notificación de exámenes alterados según norma local.	Asegurar la notificación oportuna de exámenes alterados.
16	Porcentaje de cargas sometidas a esterilización con viraje positivo.	Verificar la efectividad del proceso de esterilización.
17	Porcentaje de paquetes de cirugía preparados según norma.	Verificar la correcta preparación del material a esterilizar.
18	Porcentaje de dializadores reutilizados que cumplen con medición de volumen residual según normativa vigente.	Asegurar que la capacidad residual de cada dializador reutilizado en la Unidad de Diálisis sea $\geq 80\%$ de su volumen inicial.
19	Porcentaje de dializadores y líneas de sangre correctamente identificados de acuerdo a protocolo establecido en registro estandarizado de la Unidad.	Asegurar que cada dializador y línea es de uso exclusivo de cada paciente.

⁹ Eventos Adversos

¹⁰ Cinco Correctos: Precauciones estándares que debe seguir el personal enfermero para administrar un medicamento: i) Paciente correcto, ii) Hora correcta, iii) Medicamento correcto, iv) Dosis correcta, v) vía de administración correcta.

¹¹ Vía Endovenosa.

N° Indicador	Nombre indicador	Fundamento del indicador
20	Porcentaje de pareos correctos entre dato de dializador y líneas con la identificación de los pacientes.	Verificar que los datos del dializador y líneas corresponden al paciente.
21	Porcentaje de órdenes de exámenes de anatomía patológica completadas de acuerdo a protocolo.	Conocer datos generales del paciente que son importantes en las etapas posteriores.
22	Porcentaje de muestras de exámenes de anatomía patológica rotuladas en el origen de acuerdo a protocolo.	Evitar eventos adversos relacionados con mala identificación de pacientes.
23	Porcentaje de procedimientos de administración de medicamentos antineoplásicos según protocolo.	Disminuir el riesgo de error de medicación.
24	Porcentaje de procedimientos imagenológicos con uso de medio de contraste EV en que se aplicó protocolo de prevención de eventos adversos.	Evitar eventos adversos, asociados a medios de contraste de administración EV.

Fuente: Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud (2010).

3.3 Descripción y Situación Actual de los Seis Factores de Calidad

La Facultad de Medicina de la Universidad de Chile en 2013 reconoce los seis factores propuestos por el Instituto de Medicina de Estados Unidos que enmarcan el concepto de calidad en la salud, con la finalidad de reducir el tiempo de espera de los pacientes que son atendidos, asegurar la calidad en los centros de salud, buscar mejorar la calidad en productos, insumos médicos y equipamiento de atención satisfaciendo las expectativas de los usuarios del servicio. Hoy en día, una de las principales preocupaciones para los usuarios al momento de entrar a un hospital o clínica es el rápido diagnóstico y recuperación. No obstante, diversos factores (seguridad, eficacia, centrado en el paciente, oportuna, eficiente y equitativa) van tomando importancia para hacer de la estadía de los usuarios en un centro de salud una experiencia de alta o baja calidad.

3.3.1 Seguridad

La seguridad en la atención de la salud chilena, se basa en evitar ocurrencias de eventos adversos y centinelas, entendiéndose por eventos adversos todo suceso inesperado que pueda perjudicar negativamente al paciente y no se encuentre relacionado con la enfermedad de origen de éste. Por otro lado, eventos centinelas se refiere a una situación determinada que pueda causar la muerte, serios daños psicológicos o físicos que perjudican a algún usuario (Almendares, 2012). Actualmente en Chile, los centros de salud están trabajando en la seguridad del paciente, dado que la mayoría de estos establecimientos están acreditados o en proceso de obtener su acreditación, por lo tanto los hospitales y clínicas están enfocados en evitar errores en los procesos clínicos para no afectar a pacientes o personal del área de salud, disminuyendo lesiones y contagios por enfermedades externas a las del usuario.

En muchas ocasiones, la inseguridad que tienen los pacientes al momento de asistir a un centro de salud hace que los procesos clínicos sean vulnerables al entregar la atención presentándose problemas al momento de tratar al paciente por alguna aflicción. Un claro caso se puede observar en pabellón, cuando los pacientes desconocen las condiciones en que saldrán del procedimiento.

En un hospital, en el área de gestión de calidad, existe una política explícita de mejora continua en calidad y programas de trabajo que permiten evaluar anualmente los aspectos más relevantes en la seguridad del paciente y del personal en los centros de salud, respecto a adquirir alguna enfermedad o lesión. Por ejemplo, los alumnos de pre-grado de medicina que se encuentran realizando actividades y procedimientos dentro de una institución de salud son supervisados constantemente para velar por la seguridad y los derechos de los pacientes. Además, se han establecido inducciones para orientar al personal que ingresa a la institución de salud, respecto al funcionamiento de la organización.

Los centros de salud aplican protocolos y normas actualizadas de los procesos clínicos de manera relevante para brindar seguridad a los pacientes que reciben algún tipo de tratamiento que pueda disponer de riesgos estandarizados. Donde se vela por la continuidad de la atención a pacientes con riesgos a adquirir nuevas enfermedades en los tratamientos.

El personal médico conoce la vida útil de todos los implementos críticos (agujas, sueros, paletas de lengua, entre otros), con el fin de evitar lesiones o contagios a los usuarios y personal de la institución. Además, los profesionales autorizados a manipular elementos y equipos médicos están facultados para utilizarlos en los distintos procesos clínicos.

Para asegurar la seguridad del paciente y del personal del centro de salud, la institución realiza procesos de esterilización de materiales que han sido utilizados en algún procedimiento.

Los exámenes que se realizan en los centros de atención, se efectúan en condiciones apropiadas a fin de velar por la seguridad del paciente. Por otro lado, los hospitales aseguran que la calidad de los productos entregados en la farmacia de la institución es la requerida para la seguridad de los usuarios.

3.3.2 Eficacia

Eficacia en la salud chilena, es la dimensión en la cual un procedimiento, intervención o servicio entrega un resultado que permite al usuario beneficiarse bajo las condiciones ideales del tratamiento que reciba (Revista Médica de Chile, 2010).

La eficacia en los centros de salud chilenos que atienden pacientes es deficiente, ya que no existe un protocolo igualitario para hospitales y clínicas, que permita a los trabajadores de un centro de salud tomar decisiones para reorientar procesos clínicos o sanitarios. Por otro lado, estos tipo de protocolos deben ser bien definidos, ya que si la decisión tomada por el personal es errónea, el paciente se verá afectado negativamente pudiendo contraer otra

enfermedad o agravando su estado de salud. Así, es importante que el médico a cargo del usuario, deba velar que el protocolo aplicado al paciente cumpla con las condiciones requeridas para tratarlo.

El personal médico en ocasiones diagnostica erróneamente las enfermedades o lesiones que afecta al paciente, en consecuencia se realizan procesos clínicos extras como exámenes, tratamientos, entre otros. Por lo anterior, muchos de los usuarios pierden la confianza en el médico tratante, demostrando su insatisfacción al respecto.

3.3.3 Atención Centrada en el Paciente

Basado en la Reforma de Salud, existe un objetivo prioritario fundamentado en el cambio del modelo de atención centrada en el paciente, que se dirige hacia una medicina más integral y humanitaria. Este nuevo modelo se define como “conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, dirigiéndose a las personas y no a un paciente beneficiario de la salud o a la enfermedad como hechos aislados” (Servicio de Salud Metropolitano Norte, 2015).

Inostroza (2008) indica que la atención centrada en el paciente debe enfocarse en un trato personalizado hacia los usuarios, una atención adecuada tanto para las necesidades como para los valores de los pacientes y, tomar decisiones compartidas entre el personal médico y el usuario del servicio.

Generalmente, se ve a médicos desde un punto de vista de “Dioses”, dado que cuando se comunican con el paciente o familiares, utilizan un lenguaje formal y técnico que dificulta a los usuarios entender su situación de salud, causando en ellos inseguridad y vulnerabilidad, sin poder opinar respecto del tratamiento que reciben. No obstante, existen casos en que doctores han ejercido un trato personalizado, comunicándose directamente con los pacientes y familiares, generando en ellos seguridad y confianza, generalmente estos casos involucran médicos jóvenes con vocación o pediatras (Pezoa, 2012).

Así, los pacientes requieren de un trato más personalizado, empático, carismático y atento, permitiendo opinar sobre el protocolo clínico que se les aplica, dado que muchas veces los usuarios perciben que los médicos no verifican su estado salud a través de visitas constantes, cuando acuden a urgencias o simplemente cuando están hospitalizados.

Los centros de salud y el personal médico reconocen no estar preparados para estas exigencias y se justifican en que no existen asignaturas en la universidad que potencien las habilidades blandas para poder llegar de una forma más empática al paciente. Además, expresan que existe poco personal en los centro de salud para atender a la cantidad de personas que requieren el servicio, haciendo mención a que no hay tiempo para dar un trato más personalizado y especial según requiera el usuario. Por otro lado, los centros de salud expresan que su relación con los usuarios responde a un modelo en que se privilegia el actuar clínico, eficiente, centrado en el diagnóstico y tratamiento en vez de las habilidades blandas, dado que estas van de la mano de la personalidad y conocimiento en protocolos que permiten comportamientos más amables de los profesionales con los pacientes (Pezoa, 2012).

3.3.4 Oportuna

La atención oportuna en un centro de salud chileno, se basa en la facilidad con que la atención puede obtenerse respecto a barreras organizacionales, económicas y culturales. El Ministerio de Salud (MINSAL) en el año 2012, establece que la atención debe llegar a quien la necesita y en el momento que se requiere, con el objetivo de no perjudicar a pacientes ni personal del centro de atención.

Para el usuario, la rapidez con que es atendido es un atributo altamente valorado, dado que se focaliza en el tiempo que demoran en atenderlo, en determinar el diagnóstico y tratamiento, y así conseguir una cama si es necesario para la aplicación del tratamiento, en caso de hospitalización. Por ello, el usuario espera que lo atiendan tan pronto como lo

necesita. Por lo anterior, el paciente percibe que el tiempo pasa mucho más lento cuando espera la atención, debido a la sensación de angustia producida por el desconocimiento de la enfermedad que lo aqueja, lo que hace que la percepción del tiempo de espera sea mayor.

La mayoría de los usuarios que asisten a los centros de salud, especialmente al área de urgencias, critican y califican de mala forma el servicio entregado, ya que el tiempo que esperan por ser atendidos es considerado demasiado largo por algunos pacientes; sin embargo, en muchas ocasiones los usuarios desconocen el orden de atención del área de urgencias, dado que en urgencias la atención se realiza en base a la clasificación de gravedad de la enfermedad que presentan los pacientes (ver Figura 2). Por otro lado, en casos se presentan situaciones donde el medico de turno no se encuentra disponible para dar atención, lo cual es muy criticado por algunas de las personas que asiste a los centro de salud.



Figura 2: *Triage*¹² (Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, 2015)

¹² Clasificación o selección de paciente.

La falta de especialistas médicos se ve reflejada cuando se recurre a un hospital o clínica donde el paciente es atendido por personal que sólo toma signos vitales para luego quedar a la espera del médico, el cual por lo general debe concurrir a la emergencia o bien está atendiendo a otros usuarios. Por otro lado, un factor que afecta a la espera de los pacientes es la falta de equipamiento para efectuar exámenes, ya que los usuarios perciben que pasarían menos tiempo en los centros de salud, si no tuvieran que esperar tantos días para poder realizarse exámenes requeridos y la obtención de los resultados de estos (Pezoa, 2012).

La gran diferencia que encuentran los usuarios de los centros de salud entre uno privado y uno público, es que en el centro público existe mayor tiempo de espera para la atención, menos camas para la hospitalización y tiempo prolongado para la toma de exámenes y entrega de resultados (Pezoa, 2012).

Las instituciones de salud perciben que los tiempos de espera son una causa importante en la satisfacción de los usuarios, como también el cumplimiento de los plazos establecidos, la coordinación y eficiencia de la atención entregada.

3.3.5 Eficiente

La eficiencia en Chile es el resultado obtenido de la atención de un paciente, en relación al esfuerzo desplegado en términos monetarios, logísticos y de tiempo, optimizando insumos y suministros necesarios para el cumplimiento de un programa clínico establecido (Revista médica de Chile, 2010).

El equipo de salud tiene como misión reconocer oportunamente la afluencia con la que llega el usuario a la institución, esto se hace con un diagnóstico a tiempo. Además, estudia todas las acciones que se realizan para que el usuario sane de la dolencia que presenta, utilizando recursos e insumos de forma óptima.

El usuario no siempre recibe el tratamiento correcto para sanar, esto es debido a un error en el diagnóstico que hace el personal del centro de salud. Con esto no se utilizan los recursos e insumos de forma óptima, realizando procesos que no son necesarios, los cuales ponen en riesgo la salud del paciente. Esto puede afectar al usuario en la gravedad de su estado de salud, incurriendo en gastos innecesarios, tiempo del paciente y tiempo del personal de la institución, que puede ser aprovechado para dar solución a otro individuo que presente problemas.

Los funcionarios de una institución de salud muchas veces saben lo que hacen y, para minimizar el tiempo de atención y el riesgo del paciente, usan sus conocimientos para conocer la vulnerabilidad y así aplicar rápidamente el tratamiento más apropiado a la percepción de ellos, tratando de disminuir el riesgo presentado (Pezoa, 2012).

3.3.6 Equitativa

Un estudio realizado por la Revista Panamericana de Salud Pública (2002), que lleva como título “Información para la equidad en salud en Chile”, utiliza como definición de equidad la propuesta por Margaret Whitehead en 1990 que establece a las inequidades como: "diferencias que son innecesarias y evitables, y además, consideradas injustas".

Las instituciones públicas no tienen la cantidad de especialistas que se requieren para atender a la población que recurre a estos centros, no obstante en las instituciones privadas que se pueden acceder a dichos profesionales, dado que atienden con bonos, por lo tanto ellos en los centros de salud privados cobran más por sus servicios (Pezoa, 2012). Generalmente en los centros de salud se suele discriminar a personas de la tercera edad, dado que a percepción de ellos el trato de los profesionales es frío y muchas veces acusan de maltrato psicológico (Superintendencia de Salud, 2009).

En algunos centros de salud públicos existe la discriminación de no atender a personas extranjeras, que no tienen su documentación de estadía al día, esto se ve reflejado en un

estudio realizado por el diario La Nación en 2012 a 603 extranjeros con situación de pobreza en la Región Metropolitana, establece que el 43,7% de los encuestados han sufrido discriminación en un centro de salud pública.

Un estudio realizado por la Superintendencia de Salud en 2013, establece la percepción que tienen los usuarios basada en la discriminación y el trato digno tanto para la tercera edad, los jóvenes y los usuarios con menor nivel de educación. Esto se explica con entrevistas realizadas a pacientes del sector público y privado, donde se obtuvieron las siguientes percepciones:

“yo soy profesional...y a mí me trataron bien, pero a otras personas que no tenían la educación... que no se saben expresar... los tratan así al lote no más... uno no puede, no puede tampoco diferenciar” Usuario asociación de pacientes (Superintendencia de Salud, 2013).

“en la salud privada es un poco más digna, por así decirlo, pero no así en los establecimientos públicos a mí por emergencia, por urgencia he ido a los establecimientos públicos y la atención no es igual, no es igual...que si uno va a un público o privado reciba, ojala, siempre el mismo trato sea donde caiga, donde llegue...” Usuaría clínica privada (Superintendencia de Salud, 2013).

“cuando estaba hospitalizada, al lado había una señora de 82 años que tenía casi lo mismo mío, ¿la válvula tapada? El médico dijo, ah dejémoslo para después, como diciendo si total ya en unos años más ya no le va a servir...Y fue horrible escuchar eso de un médico” Usuario hospital público (Superintendencia de Salud, 2013).

Dada la cantidad de indicadores que apuntan a medir calidad en los centros de salud en Chile, se buscó en la literatura extranjera, para obtener más indicadores para esta área y poder completar de mejor forma lo estudiado y así proponer los indicadores que aportan a este proyecto.

CAPÍTULO IV: REVISIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD EN LA LITERATURA EXTRANJERA

4.1 Indicadores en la Literatura

En la literatura los autores proponen una gran variedad de indicadores que apuntan a medir calidad en las distintas áreas de los centros de salud. Un ejemplo es la Sociedad española de medicina de urgencias y emergencias que en el año 2009 propone un grupo de indicadores para medir calidad en el servicio de urgencia, los que se muestran en la Tabla 7. Por otro lado, en el Anexo 2: Indicadores recomendados con su fórmula de medición., se muestra cada KPI con su respectiva fórmula de medición.

Tabla 7: Conjunto de indicadores recomendados por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.

Nº Indicador	Nombre indicador	Fundamento del indicador
1	Porcentaje de revisiones al material y al aparataje del carro de paradas.	La dotación y mantenimiento correctos de los carros de paros asegura su disponibilidad en los casos en que su uso es necesario.
2	Tasa eventos adversos.	La asistencia hospitalaria comporta un conjunto de riesgos que generan morbilidad ¹³ añadida así como insatisfacción de pacientes y familiares. Su detección permite la valoración de la situación de riesgo de nuestro servicio así como su evaluación encaminada a la planificación de medidas de prevención.
3	Porcentaje de protocolos de riesgo vital aplicados según norma.	La buena práctica clínica viene favorecida por la estandarización de los procesos de acuerdo con la evidencia científica existente, mediante protocolos actualizados periódicamente. Los protocolos tienen que adecuar las pautas de actuación a las posibilidades diagnósticas y terapéuticas del medio donde trabajamos y su objetivo debe ser homogeneizar la asistencia urgente prestada en cada centro y servir como herramienta que facilite y agilice la toma de decisiones.
4	Porcentaje de evaluación de eventos adversos.	La asistencia hospitalaria comporta un conjunto de riesgos que generan morbilidad añadida así como insatisfacción de pacientes y familiares.

¹³ Enfermedades causantes de la muerte.

N° Indicador	Nombre indicador	Fundamento del indicador
5	Tasa de pacientes evaluados que retornan en 72 horas.	Los motivos por los que los pacientes pueden volver a solicitar asistencia al servicio de urgencias en un período breve posterior a la primera atención incluyen aquellos en los que no se ha instaurado un tratamiento efectivo o han presentado complicaciones. Este indicador nos ofrece la posibilidad de detectarlos.
6	Tasa de reclamos realizados por los pacientes.	Las reclamaciones suponen un fracaso en la calidad que perciben los pacientes, familiares y usuarios en general de los SUH ¹⁴ . La tasa es una medida global del grado de conformidad del paciente con la asistencia recibida permitiendo su monitorización la detección de desviaciones.
7	Tasa de satisfacción de pacientes.	El nivel de satisfacción de los pacientes de un SUH es un fiel reflejo del nivel de calidad percibida de la asistencia.
8	Tasa de pacientes que abandona la institución antes de ser diagnosticados.	Aunque los motivos por los que un paciente abandona el servicio antes de ser visitado pueden ser múltiples, es necesario su conocimiento como aproximación del nivel de satisfacción del paciente y del riesgo de que pacientes con problemas de salud potencialmente graves desistan de la asistencia por las demoras.
9	Tiempo que espera el paciente para recibir la primera atención médica.	En los SUH se atienden pacientes con patologías en las que las demoras en el diagnóstico y tratamiento tienen gran repercusión en la posterior evolución del proceso así como en la morbilidad. El tiempo transcurrido desde la demanda de la asistencia hasta la primera atención por parte del facultativo es determinante en esta demora, siendo por tanto un elemento clave del proceso de atención tanto desde el punto de vista clínico como de calidad percibida.
10	Tasa de <i>triage</i> en urgencias.	La clasificación de los pacientes según su grado de urgencia a la llegada al SUH en función de una evaluación rápida estructurada permite la priorización de la actividad asistencial al tiempo que posibilita la identificación de los pacientes con mayor riesgo. En la situación habitual en que se generan esperas para la atención médica este sistema es imprescindible.
11	Tiempo promedio que permanece el paciente en el área de observación.	La estancia media de un paciente en el área de observación de urgencias está relacionada con la capacidad resolutoria del servicio de urgencias y/o con una correcta gestión de las camas hospitalarias o de sus alternativas de hospitalización. Una estancia superior a 24 horas solo puede justificarse por inestabilidad hemodinámica, empeoramiento agudo y/o nueva patología durante su estancia en el servicio de urgencias.

¹⁴ Servicios de urgencias hospitalarios.

N° Indicador	Nombre indicador	Fundamento del indicador
12	Porcentaje de pacientes que permanecen más de 24 horas en el servicio de urgencias.	La permanencia superior a 24 horas en el SUH puede ser consecuencia de problemática asociada a la óptima gestión de camas hospitalarias o de la capacidad resolutoria del propio servicio de urgencias. Tan solo puede justificarse por inestabilidad hemodinámica y/o nueva patología aguda durante su estancia en el SUH.
13	Tasa de mortalidad en el servicio de urgencias.	La tasa de mortalidad mide indirectamente la capacidad y eficacia del servicio a la hora de resolver con rapidez aquellos casos críticos, ya sea en el propio servicio de urgencias o derivando al paciente al centro de referencia.

Fuente: Sociedad española de medicina de urgencias y emergencias (2009).

La Sociedad Española de Calidad Asistencial (2012) seleccionó un conjunto de indicadores prioritarios que se encuentran disponibles para el uso de todas las instituciones, con el objetivo de que éstas mejoren la calidad de sus prestaciones. Esta organización realizó una selección de los KPI's con la ayuda de un grupo de expertos, quienes calificaron con notas entre 1 a 9 de acuerdo a cada fundamento que plantearon, seleccionando un conjunto que se muestra en la Tabla 8. En el Anexo 3: Indicadores seleccionados por la Sociedad Española de Calidad Asistencial con su respectiva fórmula. se puede observar los indicadores con su respectiva fórmula.

Tabla 8: Conjunto de indicadores seleccionados por la Sociedad Española de Calidad Asistencial.

N° Indicador	Nombre indicador	Fundamento del indicador
1	Tasa de pacientes evaluados que retornan en 72 horas.	Los motivos por los que los pacientes pueden volver a solicitar asistencia al servicio de urgencias en un periodo breve posterior a la primera atención, incluyen aquellos en los que no se ha instaurado un tratamiento efectivo o han presentado complicaciones. Este indicador nos ofrece la posibilidad de detectarlos. Como incluye todas las readmisiones (citaciones, consultas por otros motivos, etc.), el indicador se suele utilizar como señal de alarma, sin que el incumplimiento indique una mala praxis en todos los casos.
2	Porcentaje de pacientes correctamente diagnosticados que retornan al servicio de urgencias con una gravedad o complejidad de su patología evolucionada.	Este indicador ofrece la posibilidad de detectar pacientes en los que la gravedad o complejidad de su patología ha evolucionado de manera desfavorable desde su primera visita en urgencias. Permite identificar y estudiar los casos para descartar una valoración diagnóstica.

Nº Indicador	Nombre indicador	Fundamento del indicador
3	Porcentaje de pacientes con SCA diagnosticados tempranamente.	Los pacientes con SCA ¹⁵ pueden presentar complicaciones graves precoces. La identificación temprana de esta patología permite evitar demoras terapéuticas y prevenir complicaciones.
4	Porcentaje de uso de ácido acetil salicílico en pacientes que llegan a urgencias con SCA.	El uso precoz del ácido acetil salicílico en pacientes con SCA conlleva una reducción significativa de morbilidad y mortalidad.
5	Porcentaje de terapias fibrinolíticas aplicados dentro de los 30 primeros minutos de llegada al hospital.	La administración precoz del tratamiento fibrinolítico en los pacientes con IAM ¹⁶ con elevación del segmento ST reduce su morbimortalidad y constituye un factor predictivo relevante.
6	Porcentaje angioplastia primaria aplicada dentro de los 90 primeros minutos de llegada al hospital.	El uso temprano de la angioplastia primaria en pacientes con IAM con elevación del segmento ST obtiene una reducción significativa de la reducción de la morbilidad y mortalidad. La efectividad es mayor cuanto más temprana sea la intervención.
7	Tasa de reperfusión en pacientes con infarto agudo de miocardio.	La realización de reperfusión es un importante predictor de los resultados en salud de los pacientes con IAM.
8	Porcentaje de pacientes que se les he aplicado antiagregantes en la etapa final de SCA.	El uso de antiagregantes plaquetarios junto con otras medidas terapéuticas es fundamental en la evolución de las fases iniciales del síndrome coronario agudo así como en reducir las tasas de mortalidad.
9	Porcentaje de pacientes que se les he aplicado betabloqueantes en el alta tras IAM con elevación del segmento ST.	El uso a largo plazo de betabloqueantes en pacientes que han sufrido un IAM puede reducir la mortalidad y la morbilidad. Los estudios han demostrado que el uso de betabloqueantes está asociado con una reducción de riesgo del 20% aproximadamente, y hay evidencia de su efectividad en grandes poblaciones de pacientes con IAM. Las guías de práctica clínica españolas, recomiendan fuertemente la terapia con betabloqueantes a largo plazo para la prevención de eventos cardiovasculares tras el alta por IAM.
10	Porcentaje de tratamientos de inhibidores de IECA ¹⁷ o BRA ¹⁸ aplicados en síndrome coronario agudo.	Los IECA reducen la mortalidad y la morbilidad en pacientes con disfunción sistólica del ventrículo izquierdo (DSVI) tras IAM. Los ensayos clínicos han establecido también que la terapia con BRA es tan aceptable como los IECA, especialmente en pacientes con fallo cardíaco y/o DSVI ¹⁹ con intolerancia a los IECA. Las guías de práctica clínica nacionales recomiendan fuertemente los IECA para pacientes hospitalizados con IAM que tienen DSVI. Los Comités de Guías han apoyado también la inclusión de los BRA entre las medidas de calidad para IAM.

¹⁵ Síndrome coronario agudo.

¹⁶ Infarto agudo en miocardio

¹⁷ Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina.

¹⁸ Bloqueadores del receptor de la angiotensina.

¹⁹ Disfunción ventricular izquierda sistólica.

N° Indicador	Nombre indicador	Fundamento del indicador
11	Porcentaje de tratamientos de estatinas aplicado el alta del paciente tras síndrome coronario agudo.	Varios ensayos clínicos han demostrado los beneficios de las estatinas en la reducción del riesgo de mortalidad y recurrencia de eventos cardiovasculares en un amplio rango de pacientes con enfermedad cardiovascular establecida, incluyendo aquellos con IAM previo.
12	Porcentaje de tratamiento de inhibidores de IECA ó BRA aplicados tras insuficiencia cardíaca.	Los IECA reducen la morbilidad y mortalidad en pacientes con fallo cardíaco y disfunción sistólica del ventrículo izquierdo, y son efectivos en un amplio rango de pacientes. Los ensayos clínicos han demostrado que los BRA son una alternativa tan aceptable como los IECA especialmente en pacientes con intolerancia a los mismos. Las Guías de práctica clínica en Estados Unidos recomiendan la utilización de IECAS en pacientes hospitalizados con fallo cardíaco.
13	Porcentaje de tratamientos de betabloqueantes aplicados en el alta de pacientes tras insuficiencia cardíaca.	El tiempo a largo plazo con betabloqueantes puede disminuir los síntomas de la Insuficiencia cardíaca, mejorar el estado clínico del paciente y aumentar su sensación de bienestar. Además, y al igual que en los IECA, los betabloqueantes pueden reducir el riesgo de mortalidad y el riesgo combinado de muerte y hospitalización.
14	Tasa de reingreso de paciente post infarto agudo de miocardio.	El reingreso urgente del paciente puede considerarse como un resultado adverso y, por tanto, posiblemente como un exponente de mala calidad. Aquellos se producen antes de 30 días tras el alta, permiten analizar complicaciones inmediatas.
15	Porcentaje de mortalidad por infarto agudo de miocardio.	La reducción de las tasas de mortalidad por IAM está relacionada con un mejor proceso de atención.
16	Tasa de mortalidad por insuficiencia cardíaca.	La Insuficiencia Cardíaca es una causa común de ingreso, con una relativa alta mortalidad. Se ha visto que ciertos procedimientos disminuyen la mortalidad a corto plazo por esta causa a nivel de paciente, pero el impacto de estas prácticas a nivel de proveedor es desconocido.
17	Porcentaje de procesos quirúrgicos practicados y que son considerados ambulatorios.	La CMA ²⁰ constituye una alternativa a la hospitalización tradicional que tiene como objetivos reducir los costos por proceso y las listas de espera, con aumentos de la eficiencia y de la calidad de los cuidados en los aspectos de una mayor satisfacción y seguridad del paciente, lo que la convierte en paradigma de los cambios hacia los que se orienta el Sistema Sanitario en su conjunto.
18	Porcentaje de ingreso de pacientes tras cirugía mayor ambulatoria (CMA).	La Cirugía Mayor Ambulatoria constituye una alternativa a la hospitalización tradicional que tiene como objetivos reducir los costos por proceso y las listas de espera, con aumentos de la eficiencia y de la calidad de los cuidados en los aspectos de una mayor satisfacción y seguridad del paciente, lo que la convierte en paradigma de los cambios hacia los que se orienta el Sistema Sanitario en su conjunto.

²⁰ Cirugía Mayor Ambulatoria.

N° Indicador	Nombre indicador	Fundamento del indicador
19	Porcentaje de pacientes que son operados dentro de un periodo de 48 horas desde su ingreso.	El AEP (<i>Appropriateness Evaluation Protocol</i>) considera adecuado que el paciente que requiere anestesia sea intervenido el mismo día del ingreso o el día siguiente.
20	Porcentaje de profilaxis antibiótica en pacientes quirúrgicos.	Un objetivo de la profilaxis antibiótica es conseguir niveles séricos y tisulares de bactericida en el momento de la incisión de la piel. Los estudios llevados a cabo durante los años 60 y 70 demostraron que la razón más frecuente del fallo de la profilaxis fue el retraso en la administración de antibióticos hasta después de la operación. Se ha encontrado que la menor incidencia de infección postoperatoria estaba asociada con la administración de antibióticos durante la primera hora antes de la cirugía. El riesgo de infección se incrementaba progresivamente cuanto mayor era el intervalo de tiempo entre la administración y la incisión de la piel.
21	Porcentaje de profilaxis antibiótica aplicadas adecuadamente en pacientes quirúrgicos.	Se ha encontrado que la menor incidencia de infección postoperatoria estaba asociada con la administración de antibióticos durante la primera hora antes de la cirugía. El riesgo de infección se incrementaba progresivamente cuanto mayor era el intervalo de tiempo entre la administración y la incisión de la piel.
22	Tasa de pacientes con listado de verificación de seguridad quirúrgica documentado.	Se deberían implantar el “Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica” en cualquier procedimiento para mejorar la seguridad de las intervenciones y disminuir las complicaciones evitables.
23	Tasa de pacientes quirúrgicos con consentimiento informado en la historia clínica.	El Consentimiento Informado es la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud. El Documento de Consentimiento Informado (DCI) es el soporte documental de este proceso, y trata de garantizar que la información más relevante ha sido ofrecida por el médico y recibida por el paciente. Es una importante fuente de información, que complementa a la obtenida de forma oral, y que permite completar su proceso de toma de decisión.
24	Porcentaje de cirugía en fractura de cadera en pacientes mayores de 65 años.	Una revisión de la evidencia de ensayos clínicos de cirugía tras fractura de cadera concluyó que la cirugía debería ser realiza dentro de las 48 horas y preferiblemente dentro de las 24 horas. Retrasos en la cirugía después de fractura de cadera de más de 2 días doblaba el riesgo de muerte en 1 año, controlando por edad, sexo y condiciones médicas preexistentes. También se ha encontrado incremento de riesgo de muerte con el retraso hasta la intervención.

Nº Indicador	Nombre indicador	Fundamento del indicador
25	Porcentaje de mortalidad por fractura de cadera.	Las complicaciones por fractura de cadera y otras comorbilidades suponen una relativa alta mortalidad, y la evidencia sugiere que algunas de estas complicaciones son prevenibles.
26	Tasa de pacientes con evaluación documentada del riesgo de enfermedad tromboembólica.	Los pacientes hospitalizados con alto riesgo de tromboembolismo venoso (TEV) pueden desarrollar una trombosis venosa profunda, y morir de tromboembolismo pulmonar antes incluso de que el diagnóstico sea sospechado. Por ello el mejor abordaje es la evaluación de todos los pacientes para profilaxis primaria, dado que la prevención del TEV es esencial para la reducción de la mortalidad y la morbilidad asociada con el embolismo pulmonar.
27	Tasa de pacientes con prescripción de tromboprofilaxis.	Los pacientes hospitalizados con alto riesgo de tromboembolismo venoso pueden desarrollar una trombosis venosa profunda, y morir de tromboembolismo pulmonar antes incluso de que el diagnóstico sea sospechado. Por ello el mejor abordaje es la evaluación de todos los pacientes para profilaxis primaria, dado que la prevención del TEV es esencial para la reducción de la mortalidad y la morbilidad asociada con el embolismo pulmonar.
28	Tasa de pacientes con prescripción de profilaxis tromboembólica adecuada a protocolo.	Los pacientes hospitalizados con alto riesgo de tromboembolismo venoso pueden desarrollar una trombosis venosa profunda, y morir de tromboembolismo pulmonar antes incluso de que el diagnóstico sea sospechado. Por ello el mejor abordaje es la evaluación de todos los pacientes para profilaxis primaria, dado que la prevención del TEV es esencial para la reducción de la mortalidad y la morbilidad asociada con el embolismo pulmonar.
29	Tasa de pacientes con prescripción de profilaxis tromboembólica al alta.	Se ha comprobado que prolongar la pauta de profilaxis tras el alta hospitalaria reduce el riesgo de ETE ²¹ .
30	Tiempo de espera en pacientes con ictus isquémico.	La demora o la no administración de tratamiento fibrinolítico cuando está indicado aumentan la morbilidad y la mortalidad de los pacientes con Ictus cerebral.
31	Porcentaje de mortalidad por accidente cerebrovascular agudo.	Mejores procesos de cuidados pueden reducir la mortalidad a corto plazo, lo cual representa mejor calidad.
32	Porcentaje de reingreso de pacientes por descompensación de EPOC ²² .	El reingreso urgente del paciente puede considerarse como un resultado adverso y, por tanto, posiblemente como un exponente de mala calidad. Aquellos se producen antes de 30 días tras el alta, permiten analizar complicaciones inmediatas.

²¹ Ecocardiografía transesofágica.

²² Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

N° Indicador	Nombre indicador	Fundamento del indicador
33	Porcentaje de mortalidad por neumonía.	El tratamiento con los antibióticos apropiados puede reducir la mortalidad por neumonía que es una causa prevalente de muerte.
34	Porcentaje de pacientes que ingresa a la unidad de cuidados intensivos con bacteriemia relacionada con catéter.	La bacteriemia relacionada con catéter es una de las principales complicaciones infecciosas del paciente ingresado en UCI, relacionados claramente con un incremento de la morbimortalidad y con los costes sanitarios. La monitorización de la incidencia de esta patología tras la implementación de una serie de medidas sencillas pero eficaces para disminuir su incidencia debería de contemplarse como prioritario en cuidados críticos.
35	Porcentaje de pacientes que sufren de neumonía asociada a ventilación mecánica.	La neumonía asociada a ventilación mecánica es la infección más frecuente y de mayor gravedad en el ámbito de los cuidados intensivos. Su importancia no solo depende de su incidencia sino porque se asocia a un incremento de la morbimortalidad de los pacientes y un incremento del gasto sanitario. Las directrices actuales recomiendan una serie de medidas preventivas de evidencia reconocida para disminuir su incidencia.
36	Porcentaje de partos realizados por cesárea.	La cesárea es una intervención de cirugía mayor con una tasa de morbimortalidad materna y fetal sensiblemente mayor que la de un parto normal, así como de secuelas para la madre y el recién nacido. A pesar de ello y de las recomendaciones de la OMS, en España la tasa de cesáreas se encuentra por encima de lo deseable.
37	Porcentaje de partos realizados por cesáreas en grupos de bajo riesgo.	La cesárea es una intervención de cirugía mayor con una tasa de morbimortalidad materna y fetal sensiblemente mayor que la de un parto normal, así como de secuelas para la madre y el recién nacido. A pesar de ello y de las recomendaciones de la OMS, en España la tasa de cesáreas se encuentra por encima de lo deseable.
38	Porcentaje de episiotomías en partos eutócicos.	La episiotomía sistemática es una práctica cuestionada actualmente y que presenta una amplia variabilidad. Existe evidencia consistente de que la episiotomía rutinaria no aporta beneficios y sí tiene complicaciones a corto y largo plazo.
39	Porcentaje de partos realizados con analgesia loco-regional (epidural o raquídea).	La analgesia epidural es el método de analgesia locoregional que consigue el más completo alivio del dolor durante el parto. Sin embargo, las mujeres que utilizan este método tienen mayores riesgos derivados de la propia técnica: necesidad de monitorización materna y fetal más estrecha, fiebre intra-parto, sondaje vesical, hipotensión, periodos expulsivos de mayor duración, aumento de partos instrumentales, etc. En ocasiones, se usa la vía raquídea en vez de la epidural. Pueden ofrecerse alternativas de ayuda analgésica a la mujer que elige parto sin epidural. De todas maneras, la anestesia epidural debe estar disponible para todas las gestantes que lo solicitan.

N° Indicador	Nombre indicador	Fundamento del indicador
40	Porcentaje de madres que tienen contacto inmediato con su hijo recién nacido.	El contacto piel con piel es beneficioso a corto plazo para mantener la temperatura y disminuir el llanto del niño, y a largo plazo para aumentar el tiempo de lactancia materna.
41	Porcentaje de madres que amamantan inmediatamente a su hijo recién nacido.	La iniciación de la lactancia materna debe ser alentada lo antes posible después del nacimiento, preferentemente dentro de la primera hora. La mayoría de RN sanos a término, presentan comportamientos espontáneos de alimentación en la primera hora de vida. El contacto temprano piel con piel con succión se asocia con una mayor duración de la lactancia.
42	Tiempo de espera en diagnóstico terapéutico en cáncer colorrectal.	Se reconoce la importancia de acortar el tiempo entre diagnóstico histopatológico y tratamiento en cáncer colorrectal.
43	Tiempo de espera en diagnóstico terapéutico en cáncer de mama.	El intervalo entre el diagnóstico patológico y el primer tratamiento es un indicador del control asistencial muy importante ya que en los casos en que transcurren más de 30 días hay repercusión e impacto psicológico en la mujer. Debe ser objetivo prioritario de las Unidades de mama el disminuir este intervalo por debajo de las 4 semanas tal como se recoge en todas las guías clínicas.
44	Tiempo de espera entre tratamiento quirúrgico y tratamiento adyuvante en cáncer de mama.	El inicio del tratamiento adyuvante en los plazos que establecen los protocolos y guías de práctica clínica es muy importante desde el punto de vista de la calidad asistencial. Se considera adecuado este plazo de 6 semanas, por la necesidad de recuperación de la paciente y, asimismo, por la valoración por el comité de mama y la visita del oncólogo o radioterapeuta.
45	Porcentaje de pacientes realizan acciones preventivas para no obtener úlceras por presión.	Todos los pacientes tienen riesgo de desarrollar úlceras por presión cuando están seriamente enfermos, inmóviles durante prolongados periodos de tiempo ó incapaces de responder a molestias relacionadas con la presión. Sin embargo la prevención es la clave para la reducción de la prevalencia de UPP. El primer paso para prevenir las lesiones por presión es utilizar una escala de evaluación para identificar a las personas con riesgo.
46	Porcentaje de pacientes con riesgo de úlceras por presión.	Todos los pacientes tienen riesgo de desarrollar úlceras por presión cuando están inmóviles durante prolongados periodos de tiempo o incapaces de responder a molestias relacionadas con la presión.
47	Porcentaje de pacientes con úlceras por presión que reciben un tratamiento adecuado.	Las úlceras por presión constituyen hoy en día un importante problema por sus repercusiones en diferentes ámbitos, tales como el nivel de salud de quienes las padecen, la calidad de vida de los pacientes y sus entornos cuidadores,. La mayoría de las úlceras por presión pueden prevenirse (un 95 % son evitables), por lo que es importante disponer de estrategias de educación y prevención. El proporcionar la mejor práctica de cuidados en cada momento puede evitar sufrimientos al paciente.

N° Indicador	Nombre indicador	Fundamento del indicador
48	Porcentaje de pacientes que sufren caídas dentro de la institución.	La utilización de herramientas para la valoración del riesgo de caídas permite identificar a los pacientes con alto riesgo, lo que es esencial para establecer las medidas preventivas adecuadas.
49	Porcentaje de pacientes b hospitalizados que sufren caídas dentro de la institución.	Las caídas en pacientes hospitalizados representan un problema común y persistente. Las tasas de caídas suelen variar en función de la casuística atendida, del entorno y de las prácticas sanitarias. Las consecuencias de no identificar adecuadamente a este tipo de pacientes y no tipificar el riesgo en pro de realizar las intervenciones que se consideran oportunas reportan situaciones de riesgo gravemente lesivas para el paciente y la comunidad. La introducción de programas de prevención ha demostrado una reducción en el número de caídas.
50	Tasa de pacientes con informe de alta en la historia clínica.	El Informe de Alta Hospitalaria (IAH) tiene múltiples utilidades entre las cuales merece destacar su uso a nivel clínico, de gestión, investigación, legal y para el análisis de la calidad de la asistencia. Constituye además la fuente fundamental de información para la obtención de las bases de datos clínico administrativas tipo CMBD ²³ , a partir de las cuales se elaboran los GRD's ²⁴ y otros sistemas de clasificación de pacientes. La legislación vigente establece la obligatoriedad de su elaboración para todos los pacientes que habiendo ingresado, tanto en centros públicos como privados, hayan generado al menos un día de estancia.
51	Tasa de pacientes con informe de alta correctamente cumplido.	El Informe de Alta Hospitalaria tiene múltiples utilidades entre las cuales merece destacar su uso a nivel clínico, de gestión, investigación, legal y para el análisis de la calidad de la asistencia. Constituye además la fuente fundamental de información para la obtención de las bases de datos clínico administrativas tipo CMBD, a partir de las cuales se elaboran los GRD's y otros sistemas de clasificación de pacientes. La ausencia o el incumplimiento en los niveles de calidad de los IAH, hacen imposible o muy ineficiente la evaluación de la práctica clínica, dado que obligan a la revisión de la historia clínica completa del paciente.

Fuente: Sociedad Española de Calidad Asistencial (2012).

Por otro lado, un estudio realizado por Sixtina Consulting Group (2012), postula los 25 indicadores más utilizados en el sector de salud en Argentina. Los KPI's propuestos

²³ Conjunto mínimo básico de datos.

²⁴ Grupos relacionados por el diagnóstico.

ayudan a medir el desempeño en el cuidado de la salud que tienen las instituciones que prestan el servicio. En la Tabla 9 se observan los 25 indicadores seleccionados.

Tabla 9: Los 25 indicadores más utilizados en el sector de Salud de Argentina.

N° Indicador	Nombre indicador	Fundamento del indicador
1	Tasa de ocupación de camas hospitalarias.	La tasa de ocupación de camas se utiliza para evaluar la demanda de camas hospitalarias y, por lo tanto, para alcanzar un balance adecuado entre la demanda de cuidado de salud y la cantidad de camas disponibles. Cuando existe demanda que no puede ser pospuesta (como en el caso de un hogar, por ejemplo) la gestión de la ocupación de camas puede ser una tarea engorrosa.
2	Censo diario promedio.	Este indicador está fuertemente relacionado con el número de pacientes internados, con la cantidad de cirugías realizadas y la tasa de ocupación de camas. Un valor del indicador cercano a la capacidad de camas sugiere altas tasas de ocupación.
3	Porcentaje de infecciones intrahospitalarias.	Este indicador se refiere a las infecciones que ocurren en un hospital u otro centro asistencial a un paciente que o bien no la tenía previamente o se estaba incubando en el momento de la admisión. Incluye las infecciones contraídas en el hospital pero que se manifiestan luego del alta, así como infecciones ocupacionales entre los miembros del equipo del establecimiento.
4	Tasa de infecciones en sitio quirúrgico.	Las infecciones en sitio quirúrgico son el segundo tipo más común de evento adverso que ocurre con pacientes hospitalizado. Se ha comprobado que las infecciones en sitio quirúrgico aumentan la mortalidad y la tasa de readmisión, prolongan la estadía y aumentan el costo de los pacientes que la sufren.
5	Tasa de mortalidad en pacientes internados.	Un estudio acerca de los Indicadores de calidad para pacientes internados en hospitales públicos, incluye la mortalidad de pacientes internados en relación con ciertos procedimientos y condiciones médicas (tales como infarto agudo de miocardio, neumonía y accidente cerebrovascular).
6	Capacidad de camas hospitalarias.	La administración de las camas es un tema fundamental y, para que los administradores puedan disponer de la información en tiempo real acerca de la disponibilidad y del estado de las altas, es útil contar con un tablero o pizarra de información.
7	Tasa de errores en la medicación.	Mala comunicación, comunicaciones escritas a mano y orales, especialmente telefónicas, drogas con nombres parecidos, ceros faltantes o mal puestos y comas decimales, confusión entre los sistemas de medición métrico y farmacéutico, utilización de abreviaturas no estándar.

N° Indicador	Nombre indicador	Fundamento del indicador
8	Tasa de mortalidad peri quirúrgica.	Muchos países llevan estadísticas a partir del informe obligatorio de la mortalidad peri quirúrgica. Estas estadísticas pueden ser volcadas en tablas de clasificación que permitan comparar la calidad de los hospitales. Los críticos de este sistema señalan que es posible que la mortalidad peri quirúrgica no esté reflejando un desempeño pobre sino otros factores tales como una proporción elevada de cirugías agudas/no programadas.
9	Promedio de número de casos por médico.	El monitoreo de este indicador cambia dependiendo de si los médicos son de tiempo completo o no. Puede ocurrir que un paciente atendido dos veces sea considerado como dos casos médicos.
10	Tiempo promedio de permanencia en la institución.	Los diagnósticos que pueden requerir una permanencia de la paciente, más prolongada que lo habitual, incluyen: trastornos mentales y de la conducta; trastornos del sistema nervioso, retardo mental y trastornos mentales de origen orgánico. También requieren estadías prolongadas la parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos.
11	Tasa de contaminación de los hemocultivos.	Las instituciones que no utilizan personal especializado para obtener las muestras, la contaminación de los hemocultivos puede ser mucho mayor que en aquellas que emplean un equipo de flebotomía. Los resultados contaminados, en comparación con resultados negativos verdaderos, quedaron asociados con un incremento de las cargas subsiguientes de laboratorio y de los antibióticos intravenosos.
12	Tiempo de consulta del paciente.	Este es un indicador importante para mantener el equilibrio entre los médicos y la eficiencia, en el tratamiento de los pacientes y para responder a las expectativas de éstos. Se puede estandarizar el tiempo de consulta en consonancia con una política de organización interna. Si se atiende a un paciente más tiempo del planificado, esto puede retrasar la atención de otros pacientes.
13	Tasa de readmisión no programada.	Este es un indicador importante para mantener el equilibrio entre los médicos y la eficiencia, en el tratamiento de los pacientes y para responder a las expectativas de éstos. Se puede estandarizar el tiempo de consulta en consonancia con una política de organización interna. Si se atiende a un paciente más tiempo del planificado, esto puede retrasar la atención de otros pacientes.
14	Tasa de pacientes que pueden no requerir hospitalización.	Los Grupos de casos varios designados como puede no requerir hospitalizaciones basan en información estadística, el tiempo de permanencia del paciente, el porcentaje de casos hospitalarios tratados con cirugía ambulatoria y el juicio clínico.

N° Indicador	Nombre indicador	Fundamento del indicador
15	Porcentaje de coincidencias entre días reales de permanencia en la institución y permanencia esperada.	Este indicador es muy sensible al planeamiento del tiempo promedio de permanencia de los internos y refleja la gestión eficiente de los recursos hospitalarios y de los casos de los pacientes internados.
16	Porcentaje de cirugías ambulatorias.	En las últimas décadas creció el número de cirugías ambulatorias gracias a los avances en el instrumental quirúrgico, la existencia de técnicas quirúrgicas menos invasivas y los costos menores. La cirugía ambulatoria elimina el proceso de admisión, reduce la cantidad de medicación que se prescribe y aprovecha más eficientemente el tiempo de los médicos. La eliminación de la admisión de los internos reduce la cantidad de medicación prescrita y puede maximizar la eficiencia del trabajo médico.
17	Porcentaje de pacientes que esperaron más de 90 días para una cirugía.	Otro KPI utilizado en conjunto con éste es: Porcentaje de pacientes de cirugía urgente categoría uno tratados dentro de los 30 días. Igual que sucede con la mayoría de los KPI's para la práctica médica, éstos pueden ser desagregados por categoría de enfermedad.
18	Tiempo promedio de permanencia en Sala de urgencias.	Con las innovaciones en el cuidado de los pacientes, incluido el registro a pie de cama, la atención inmediata de las enfermedades y lesiones menos graves y los registros médicos electrónicos, los hospitales están enfocados en ofrecer la atención rápida que los pacientes esperan cuando se encuentran en una sala de urgencias.
19	Porcentaje de ingreso por paciente internado.	Los ingresos brutos de pacientes incluyen los ingresos debidos a pacientes internados, a los ambulatorios y a los recién nacidos. El ingreso por paciente internado depende de los días de cuidado que reciben y el promedio diario de internos.
20	Tasa de satisfacción del paciente.	Los tiempos de espera y el tiempo pasado con el médico son aspectos clave en el nivel de satisfacción de los pacientes. El tiempo que el médico dedica a la atención de un paciente puede modificar grandemente un nivel de satisfacción bajo debido a esperas prolongadas. En general, un nivel bajo de satisfacción de los pacientes está asociado con las esperas prolongadas antes de ver al médico combinadas con la brevedad de la consulta.
21	Porcentaje de servicios médicos auxiliares.	Algunas claves para el incremento del uso de los servicios auxiliares son el envejecimiento de la población, las nuevas tecnologías o los costos del cuidado de la salud que hacen que los pacientes busquen otras alternativas a los onerosos servicios de internación.
22	Porcentaje de cuentas pendientes de pacientes.	Las cuentas pendientes de pacientes son aquellas que al momento de presentarse a la consulta médica tienen su cobertura de seguro pendiente.

Nº Indicador	Nombre indicador	Fundamento del indicador
23	Tasa de pacientes por turno.	Los hospitales públicos pueden establecer controles que les aseguren operar conforme con los estándares de la industria. Los hospitales pueden optimizar el nivel de este indicador mediante un centro de pre procesamiento que registre y verifique previamente la cobertura de los pacientes antes del arribo de los mismos.
24	Porcentaje de pacientes que se atienden preventivamente.	Promover la intervención temprana y la detección de riesgos, crear y mejorar la utilización de la capacidad de la comunidad, mejorar el monitoreo de los procesos de planificación de la preadmisión y el alta y mejorar el acceso a las camas en los Hogares para internación prolongada.
25	Porcentaje de ingreso por paciente por día.	Para los pacientes internados, este indicador está asociado con el ingreso por día de cama. Otras mediciones relacionadas serían “ingresos por médico”, “ingresos por paciente” o “ingresos por cama”.

Fuente: Sixtina Consulting Group (2012).

Por último, se estudió un artículo llamado *“Development of Health Equity Indicators in Primary Health Care Organizations Using a Modified Delphi”*, propuesto por Wong, et.al, (2014), donde se encontraron algunos indicadores que apuntan a medir equidad en los centros de salud (ver Tabla 10).

Tabla 10: Grupo de indicadores que apuntan a medir equidad en los Centros de Salud.

Nº Indicador	Nombre indicador
1	Porcentaje de trabajadores del centro de salud que asisten a cursos que capacitan la equidad.
2	Tasa de personas que se sienten pasadas a llevar.
3	Porcentaje de participación y colaboración con otro departamento de salud, organizaciones y agencias de servicios sociales en relación con la forma de adaptar los servicios, programas y enfoques o responder mejor a las necesidades de las poblaciones marginadas.
4	Porcentaje de inspecciones de comunicación verbal y no verbal que tiene el personal con los pacientes.

Fuente: Wong, et.al. (2014).

En conclusión, de la Tabla 6, Tabla 7, Tabla 8, Tabla 9 y Tabla 10 se observa que algunos de los indicadores se repiten entre sí, otros no ayudan a medir a modo general procesos internos de los centros de salud. Por lo anterior, los KPI's que no ayudan en este proyecto,

fueron eliminados en la etapa de selección para cada factor que propone el Instituto de Medicina de Estados Unidos.

CAPITULO V: MARCO DE INVESTIGACIÓN

5.1 Hipótesis

Hipótesis: ¿Es posible definir indicadores de calidad basados en los factores que propone el Instituto de Medicina de Estados Unidos en Chile?

5.2 Diseño de Investigación

El diseño de esta investigación es de tipo exploratoria, dado que para el área de salud chilena no existe ningún tipo de investigación ni información para medir calidad de una forma más técnica en los procesos internos de los centros de salud que se basan en un sistema de atención cerrada. Además, este proyecto es el paso inicial de un estudio diseñado para suministrar información en la toma de decisiones. Por otro lado, la investigación exploratoria consiste en entrevistar a expertos conocedores de los procesos internos en los centros de salud y la calidad en ellos (Kinnear y Taylor, 1996).

5.3 Recolección de Datos

En la investigación exploratoria, los datos se recolectan de fuentes primarias o secundarias con el fin suministrar información sobre el problema. Las fuentes primarias como: encuestas, suministran datos actuales de las percepciones, actitudes y motivaciones del experto. En cambio, la información secundaria como: la información bibliográfica, proporciona información básica, muy útil, sobre el problema a tratar y también puede informar la percepción histórica respecto a la situación actual del problema de los procesos internos en los centros de salud (Kinnear y Taylor, 1996).

5.4 Diseño de la Encuesta

En este proyecto se recolectaron los datos de los expertos a través de una encuesta de experiencia, donde los encuestados fueron seleccionados por su capacidad para expresar sus respuestas con claridad, así como también por su familiaridad con el problema.

Kinney y Taylor en 1996, a través de su experiencia en encuestas, proponen 7 pasos para el diseño de estas, los que se observan en la Figura 3.

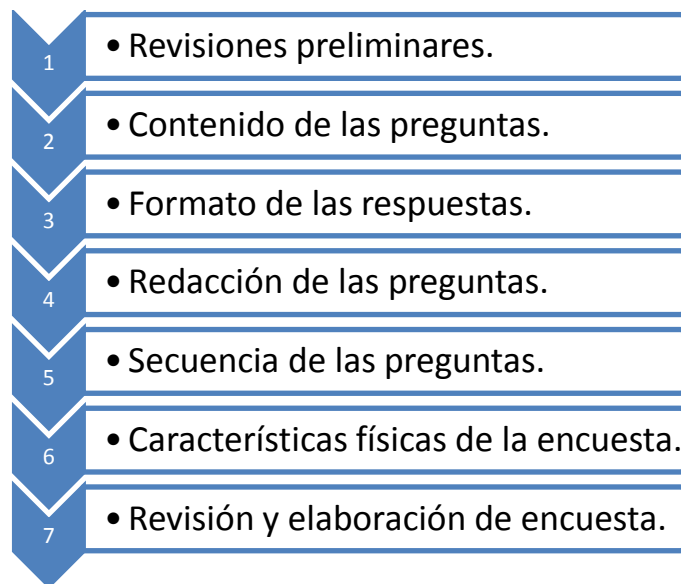


Figura 3: Pasos en el diseño de cuestionarios

Paso N° 1 (Revisiones preliminares): Se debe verificar que el proyecto evoluciona de forma satisfactoria y confirmar que las decisiones necesarias ya fueron tomadas de forma correcta.

Paso N° 2 (Contenido de las preguntas): Se decide el contenido de las preguntas, considerando el tipo de grupo que es encuestado (la habilidad para responder con exactitud, el lenguaje, el conocimiento, etc).

Paso N° 3 (Formato de las respuestas): Determinar el tipo de preguntas a realizar (abiertas o cerradas) dado que se requiere que los encuestados respondan según los objetivos de la encuesta.

Paso N° 4 (Redacción de las preguntas): Es necesario crear las preguntas en base a palabras claras o técnicas sobre el tema, evitando preguntas que sugieran una respuesta o alternativas implícitas. Además, es necesario considerar el marco de referencia para estas preguntas.

Paso N° 5 (Secuencia de las preguntas): Para decidir sobre el orden de las preguntas es necesario distribuir las interrogantes en un orden lógico.

Paso N° 6 (Características físicas de la encuesta): Para decidir sobre las características físicas de la encuesta, es necesario llamar la atención de los expertos. Por ejemplo insertando logos de la organización que genera la encuesta, nombre del proyecto y la finalidad esperada.

Paso N° 7 (Revisión y elaboración de la encuesta): La encuesta fue validada por un experto del Hospital San Vicente de Arauco, quien analizó si los pasos anteriormente descritos son entendibles para los encuestados.

5.5 Muestra Objetivo

Al ser una investigación exploratoria, no es necesario definir un tamaño de muestra, por lo tanto, para este proyecto se tomó una muestra exploratoria, dado que se hizo un levantamiento de información, debido a que nunca se había hecho un estudio relacionado a indicadores que apunten a medir calidad en los procesos internos de los centros de salud. Debido a la inexistencia de encuestas a los profesionales de la salud con respecto a los temas de calidad, en esta investigación se decidió tomar una muestra piloto limitada por el número de personas dispuestas a responder. Esta muestra se aplicó a 13 profesionales del área de salud, entre ellos, Médicos, Enfermeros (as) y Técnicos en Enfermería.

CAPITULO VI: PROPUESTA DE INDICADORES BASADOS EN LA INVESTIGACIÓN REALIZADA

Los indicadores propuestos en las tablas de los apartados 3.4 y 4.1, fueron clasificados en los seis factores que establece el Instituto de Medicina de Estados Unidos (seguridad, eficacia, centrada en el paciente, oportuna, eficiente y equitativa) según lo que exponen los autores que proponen los KPI's. Además, se crearon algunos indicadores basados en la información de la situación actual en Chile, de acuerdo al impacto que tiene cada factor respecto a calidad bajo el contexto de los procesos internos de la Salud chilena.

En las Tabla 11, Tabla 12, Tabla 13, Tabla 14, Tabla 15 y Tabla 16 se muestra la clasificación antes definida, de los indicadores propuestos para cada factor que apunta a medir calidad.

Tabla 11: Indicadores seleccionados y creados para el factor Seguridad.

N°	Indicador
1	Porcentaje de pacientes con pauta de evaluación de riesgo de caída.
2	Tasa de eventos adversos durante un periodo "X" de tiempo.
3	Tasa de eventos centinela durante un periodo "X" de tiempo.
4	Número de alumnos de pregrado por médico en el centro de salud.
5	Porcentaje del cumplimiento de protocolos preventivos para evitar adquirir nuevas enfermedades.
6	Tasa de revisiones a los implementos críticos y materiales que requieren esterilización.
7	Porcentaje de pacientes operados en los cuales se ha cumplido las medidas de prevención de EA.
8	Porcentaje de aplicación de la medida de los cinco correctos antes de la administración de medicamentos por vía EV.
9	Porcentaje de protocolos de riesgo vital aplicados según norma. Porcentaje de protocolos de riesgo vital aplicados según norma.
10	Porcentaje de infecciones intrahospitalarias.
11	Porcentaje de pacientes que sufren caídas dentro de la institución.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 12: Indicadores seleccionados y creados para el factor Eficacia.

N°	Indicador
1	Tasa de protocolos definidos por el centro de salud, aplicados a los pacientes.
2	Tasa de diagnósticos erróneos en un periodo “X” de tiempo.
3	Tasa de pacientes evaluados que retornan en 72 horas.
4	Tasa de readmisión no programada.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 13: Indicadores seleccionados y creados para el factor Atención Centrada en el Paciente.

N°	Indicador
1	Porcentaje de pacientes identificados correctamente en la ficha de acceso al centro de salud.
2	Tasa de visitas diarias realizadas por el médico a los pacientes.
3	Porcentaje de médicos por pacientes.
4	Tasa de satisfacción de pacientes.
5	Tasa de reclamos realizados por los pacientes.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 14: Indicadores seleccionados y creados para el factor Oportuna.

N°	Indicador
1	Tiempo de espera en urgencias.
2	Tasa de <i>triage</i> en urgencias.
3	Porcentaje de uso del sistema de notificación de exámenes alterados según norma local.
4	Porcentaje de equipos médicos disponibles en urgencias de acuerdo al número de pacientes que llegan al servicio.
5	Tasa de pacientes que abandona la institución antes de ser diagnosticados.
6	Tasa de mortalidad de pacientes en urgencias.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 15: Indicadores seleccionados y creados para el factor Eficiente.

N°	Indicador
1	Porcentaje de exámenes extras aplicados a un paciente en el tratamiento.
2	Tiempo promedio que permanece el paciente en el área de observación.
3	Porcentaje de pacientes intervenidos quirúrgicamente con evaluación pre-anestésica registrada en ficha clínica.
4	Porcentaje de paquetes de cirugía preparados según norma.
5	Porcentaje de pacientes que permanecen más de 24 horas en el servicio de urgencias.
6	Porcentaje de ingreso de pacientes tras cirugía mayor ambulatoria.
7	Tasa de errores en la medicación.
8	Porcentaje de coincidencias entre días reales de permanencia en la institución y permanencia esperada.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 16: Indicadores seleccionados y creados para el factor Equitativa.

N°	Indicador
1	Porcentaje de trabajadores del centro de salud que asisten a cursos que capacitan la equidad.
2	Porcentaje de participación y colaboración con otro departamento de salud, organizaciones y agencias de servicios sociales en relación con la forma de adaptar los servicios, programas y enfoques o responder mejor a las necesidades de las poblaciones marginadas.
3	Porcentaje de inspecciones de comunicación verbal y no verbal que tiene el personal con los pacientes.
4	Porcentaje de médicos con alguna especialidad, dada la demanda que tiene el centro de salud.
5	Porcentajes de pacientes extranjeros no atendidos.
6	Porcentaje de reclamos de pacientes que no sienten un trato digno en la atención que reciben por la institución.

Fuente: Elaboración propia.

A partir de la clasificación efectuada, se puede concluir que la calidad en los procesos internos de los centros de salud es representada por indicadores asociados a los factores orientados a Seguridad y Eficiencia, esto debido al porcentaje de indicadores que se agruparon en dichos factores, demostrando que los autores se centran en la seguridad del paciente y la eficiencia de los centros de salud para cumplir con las expectativas que tienen

los usuarios del servicio. De esta forma los organismos demuestran un mayor nivel en la calidad entregada a los pacientes.

Con la finalidad de priorizar los seis factores y jerarquizar los indicadores seleccionados para cada uno de los factores, se aplicó una encuesta (ver Anexo 4) a un grupo de expertos conformado por el Departamento de Calidad del Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente de Concepción (liderado por el Director de Calidad, Doctor Luís Gatica Norambuena) y el Departamneto de Calidad de la Clinica Bio Bio (liderado por la Jefa de la Unidad de Calidad, Enfermera Pilar Jimenez Opazo).

CAPÍTULO VII: RESULTADOS

Los resultados de este proyecto fueron calculados en base a la media aritmética, tanto para la priorización de los factores como para la jerarquización de los indicadores. La media aritmética consta de la suma de todas las calificaciones, divididos por la cantidad de evaluaciones. Además en la priorización de los factores se calcularon los pesos de cada factor, donde se debió normalizar los valores de los promedios mediante una formula mostrada en el Anexo 5, para luego calcular los pesos de importancia de cada factor. En la jerarquización de los indicadores se obtuvieron la varianza, valor máximo, valor mínimo y moda de cada indicador.

Donde:

P_{ij} : Priorización del factor i ; $\forall i = 1,2,3,4,5,6$.

n_i : Número total de priorizaciones para el factor i .

$$Promedio = \frac{\sum_{j=1}^n P_{ij}}{n_i}$$

C_{xij} : Calificación del indicador x del factor i ; $\forall x = 1, \dots, n$; $\forall i = 1,2,3,4,5,6$.

n_{xi} : Número total de calificaciones para el indicador x del factor i .

$$Promedio = \frac{\sum_{j=1}^n C_{xij}}{n_{xi}}$$

7.1 Priorización de los Factores

Tabla 17: Resultado: Priorización de Factores.

N°	Factor	Promedio (ri)	Valores Normalizados $R_i=1/ri$	Peso $W_i=R_i/(\sum_1^6 R_i)$
1	Seguridad	1	1	0,42
5	Eficiente	2,62	0,38	0,16
3	Atención Centrada en el Paciente	2,77	0,36	0,15
2	Eficacia	3,62	0,28	0,12
4	Oportuna	5,38	0,19	0,08
6	Equitativa	5,62	0,18	0,07

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 17 (resultados de la priorización de los factores²⁵) se observa los promedios, los valores normalizados de cada promedio y el peso de importancia que tiene cada factor, además, se muestra que el factor prioritario para los expertos es Seguridad con un promedio de 1 y un peso de 0,42; luego existe una diferencia leve entre el promedio del segundo y tercer factor priorizado Eficiente (2,62) y Atención Centrada en el Paciente (2,77) por lo que va de la mano realizar los procedimientos de forma óptima respondiendo a los requisitos del usuario, sin aplicar procedimientos extras en el tratamiento del paciente.

En cuarto lugar (3,63) los expertos priorizan el factor Eficacia sobre los factores Oportuna y Equitativa, donde ambas instituciones califican a los últimos dos factores como menos prioritarios sin existir una diferencia relevante en el promedio de priorización (factor Oportuna = 5,38 y factor Equitativa = 5,62), Lo anterior indica que estos factores con menos priorización son menos importantes, porque en las clínicas se encuentra dominada la atención oportuna a sus usuarios, no obstante en los hospitales públicos ocurre lo contrario, pues las esperas en Urgencias de estos centros de salud son de tiempos muy altos, esto ocurre por la falta de profesionales y recursos en la organización, por lo mismo es algo que aún no se ha trabajado en regularizarlo como un factor prioritario.

²⁵ Ver resultado de encuesta para la priorización de los factores en Anexo 5.

En el Anexo 5 se observa que todos los expertos coinciden que el factor más importante, de acuerdo a la priorización asignada según su percepción, es Seguridad, dado que para el proceso de acreditación en Chile lo más relevante que se evalúa en los centros de salud es la seguridad del paciente. Por otro lado, todos los encuestados del hospital debido a su enfoque en calidad, califican que el factor con menor importancia es Equitativa, ya que en la institución aún no se enfocan a mejorar la equidad en los usuarios, no obstante es uno de los objetivos que tiene a corto plazo. Los profesionales de la clínica (ver Anexo 5) establecen que el factor con menor relevancia es el factor Oportuna, dado que para ellos la atención oportuna a sus usuarios es un tema que tienen completamente dominado según lo explicado por la Jefa del Departamento de Calidad.

Los factores Eficiencia, Atención Centrada en el Paciente y Eficacia tienen distinta importancia para ambas instituciones (ver Anexo 5). Por un lado, para el hospital los factores que le siguen al factor Seguridad son: Atención Centrada en el Paciente, Eficiente y Eficacia, en el respectivo orden. Por otro lado, la Clínica establece que luego del factor Seguridad se encuentran los factores Eficiente, Eficacia y Centrada en el Paciente respectivamente.

7.2 Jerarquización de los Indicadores para cada Factor

En esta sección se muestra los indicadores para cada factor ordenados jerárquicamente según las respuestas obtenidas de los expertos, además se observa la variabilidad entre los indicadores, la calificación máxima y mínima que se le otorgaron a cada indicador y la moda de cada uno de estos.

En la Tabla 18 se muestran los indicadores en orden jerárquico²⁶ para el Factor Seguridad de acuerdo a las percepciones de los encuestados. Según las opiniones de los expertos, los resultados obtenidos (promedio) para la jerarquía de los indicadores es similar entre ellos,

²⁶ Ver resultado de encuesta para la jerarquización del Factor Seguridad en Anexo 6.

esto se debe a que todos los indicadores presentados para este factor son importantes para los encuestados. Por otro lado, se desprende que la posición jerárquica 3 está compuesta por tres indicadores con igual promedio (6,62), lo mismo ocurre en la posición jerárquica 5 la cual agrupa a dos indicadores con un promedio de 6,31, no obstante la variabilidad de los datos con respecto a la media de cada indicador es diferente entre ellos, debido a las calificaciones asignadas por los expertos (ver Anexo 6).

Tabla 18: Resultado: Jerarquización de Indicadores para el Factor Seguridad.

Para medir el Factor <u>SEGURIDAD</u>						
N°	Indicador	Promedio	Varianza	Máximo	Mínimo	Moda
1	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de pacientes con pauta de evaluación de riesgo de caída”?	6,85	0,31	7	5	7
2	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de pacientes que sufren caídas dentro de la institución”?	6,69	0,40	7	5	7
3	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de eventos centinela durante un periodo “X” de tiempo”?	6,62	0,59	7	5	7
3	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de pacientes operados en los cuales se ha cumplido las medidas de prevención de eventos adversos”?	6,62	0,42	7	5	7
3	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de infecciones intrahospitalarias”?	6,62	0,26	7	6	7
4	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de aplicación de la medida de los cinco correctos antes de la administración de medicamentos por vía endovenosa”?	6,46	0,60	7	5	7
5	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de eventos adversos durante un periodo “X” de tiempo”?	6,31	0,90	7	5	7
5	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de revisiones a los implementos críticos y materiales que requieren esterilización”?	6,31	0,56	7	5	7
6	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de protocolos de riesgo vital aplicados según norma. Porcentaje de protocolos de riesgo vital aplicados según norma”?	6,00	1,67	7	2	6

Para medir el Factor <u>SEGURIDAD</u>						
Nº	Indicador	Promedio	Varianza	Máximo	Mínimo	Moda
7	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje del cumplimiento de protocolos preventivos para evitar adquirir nuevas enfermedades”?	5,38	3,09	7	1	5
8	¿Cuán importante es para usted el “Número de alumnos de pregrado por médico en el centro de salud”?	4,69	2,56	7	1	5

Fuente: Elaboración propia.

Se ve claramente, Tabla 18, que los indicadores pertenecientes al nivel jerárquico 6, 7 y 8 de la priorización asignada por los expertos, presentan una alta variabilidad entre sus datos (ver Anexo 6), puesto que la diferencia entre el valor máximo y mínimo obtenidos de los encuestados es muy elevada, concluyendo que el valor mínimo de cada indicador corresponde a un punto atípico a los resultados obtenidos para cada indicador del factor Seguridad.

Finalmente, en la Tabla 18 se observa que los expertos en su mayoría evaluaron como muy importante cada uno de los indicadores a través de la encuesta, dado que la moda en cada uno de los casos para el factor Seguridad varía entre 5 y 7 puntos de importancia.

Tabla 19: Resultado: Jerarquización de Indicadores para el Factor Eficiente.

Para medir el Factor <u>EFICIENTE</u>						
Nº	Indicador	Promedio	Varianza	Máximo	Mínimo	Moda
1	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de errores en la medicación”?	6,85	0,14	7	6	7
2	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de pacientes intervenidos quirúrgicamente con evaluación pre-anestésica registrada en ficha clínica”?	6,77	0,19	7	6	7
3	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de pacientes que permanecen más de 24 horas en el servicio de urgencias”?	6,08	1,24	7	3	6
4	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de paquetes de cirugía preparados según norma”?	5,77	2,19	7	3	7

Para medir el Factor EFICIENTE						
Nº	Indicador	Promedio	Varianza	Máximo	Mínimo	Moda
5	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de ingreso de pacientes tras cirugía mayor ambulatoria”?	5,69	0,23	6	5	6
6	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de coincidencias entre días reales de permanencia en la institución y permanencia esperada”?	5,54	0,27	6	5	6
7	¿Cuán importante es para usted el “Tiempo promedio que permanece el paciente en el área de observación”?	5,46	0,94	6	3	6
8	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de exámenes extras aplicados a un paciente en el tratamiento”?	5,31	0,90	7	4	6

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 19 se muestra la jerarquización²⁷ de los indicadores para el Factor Eficiente, la que fue asignada de acuerdo a la percepción de los encuestados. Además, se observa que, la jerarquía de los indicadores es similar entre ellos, ya que los promedios en nivel jerárquico no tienen una gran variación entre sí. Demostrando que todos estos indicadores son fundamentales para este factor.

Se observa claramente en la Tabla 19 que los datos entregados por los expertos, para los indicadores pertenecientes a los niveles jerárquicos 1, 2, 5, 6, 7 y 8 no tienen una gran variabilidad entre ellos, según lo que se desprende de la varianza de cada uno de los indicadores. Por otro lado, la variabilidad de los datos para los indicadores de los niveles jerárquico 3 y 4 son mayores, lo que indica que, existe una gran diferencia entre el valor máximo y mínimo asignado por los expertos (diferencia de 4 puntos para ambos), concluyendo que el valor mínimo para ambos indicadores es un punto atípico respecto a las demás evaluaciones asignadas para los mismos indicadores (ver Anexo 7).

Finalmente, en la Tabla 19 se observa que los indicadores son calificados como de gran importancia por los encuestados, ya que la moda de cada indicador representa cual es la

²⁷ Ver resultado de encuesta para la jerarquización del Factor Eficiente en Anexo 7.

evaluación más repetitiva asignada a cada indicador por los expertos, y la moda esta entre 6 y 7 puntos de importancia, se concluye que todos los indicadores representan de gran forma al factor Eficiente.

Tabla 20: Resultado: Jerarquización del Factor Atención Centrada en el Paciente.

Para medir el Factor <u>ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE</u>						
N°	Indicador	Promedio	Varianza	Máximo	Mínimo	Moda
1	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de pacientes identificados correctamente en la ficha de acceso al centro de salud.”?	6,85	0,14	7	6	7
2	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de satisfacción de pacientes”?	6,46	0,27	7	6	6
3	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de reclamos realizados por los pacientes”?	5,85	0,31	7	5	6
4	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de médicos por pacientes”?	5,31	2,56	7	1	5
5	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de visitas diarias realizadas por el médico a los pacientes”?	5,23	2,53	7	1	5

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 20 se observa el orden jerárquico²⁸ que los expertos asignaron a los indicadores para el Factor Atención Centrada en el Paciente, donde se ve que el promedio de los indicadores es similar entre ellos, dado que no existe una gran variación entre sí cuando se observa en orden descendente o ascendente.

Los indicadores pertenecientes al nivel jerárquico 1, 2 y 3 no tiene una gran variabilidad en sus datos respecto a la media (ver Tabla 20) según las calificaciones entregadas por el grupo de expertos. Por otro lado, la variabilidad de los datos para los indicadores de los niveles jerárquico 4 y 5 es mayor, lo que indica que, existe una gran diferencia entre el valor máximo y mínimo asignado por los expertos (diferencia de 6 puntos de importancia para ambos). Se observa que el valor 1 es asignado por sólo un experto para ambos

²⁸ Ver resultado de encuesta para la jerarquización del Factor Atención Centrada en el Paciente en Anexo 8.

indicadores, por lo que se concluye que esta calificación es un dato atípico dentro de las evaluaciones obtenidas para los indicadores 4 y 5 (ver Anexo 8).

Finalmente, en la Tabla 20 se observa, a través de la moda que los indicadores son representativos para el factor Atención Centrada en el Paciente según lo asignado por los expertos, dado que los valores asignados por los expertos para los indicadores se encuentran en su mayoría entre 5 y 7 puntos de importancia.

Tabla 21: Resultado: Jerarquización de Indicadores para el Factor Eficacia.

Para medir el Factor <u>EFICACIA</u>						
N°	Indicador	Promedio	Varianza	Máximo	Mínimo	Moda
1	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de readmisión no programada”?	5,77	0,19	6	5	6
2	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de diagnósticos erróneos en un periodo “X” de tiempo”?	5,69	1,73	7	3	6
3	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de protocolos definidos por el centro de salud, aplicados a los pacientes”?	5,62	2,42	7	2	6
3	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de pacientes evaluados que retornan en 72 horas”?	5,62	2,59	7	2	7

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 21 se muestra los indicadores en orden jerárquico²⁹ para el Factor Eficacia, donde se observa que los cuatros indicadores propuestos fueron calificados dentro de un rango de 5,77 a 5,62 en promedio, por lo que se puede decir que todos los indicadores de este factor tienden al mismo nivel de importancia entre ellos. Además, se observa que la posición jerárquica 3 está compuesta por dos indicadores de igual promedio (5,62).

Se desprende en la Tabla 21, que sólo el nivel jerárquico 1 no tiene gran variabilidad en sus datos, dado que su varianza es de 0,19, no obstante para el nivel 2 y 3 la variabilidad de los

²⁹ Ver resultado de encuesta para la jerarquización del Factor Eficacia en Anexo 9.

datos respecto a sus respectivas medias es elevada. El indicador 2 tiene una diferencia de 4 puntos entre el valor máximo y el valor mínimo asignado, por otro lado, el nivel 3 tiene una diferencia entre el valor máximo y el valor mínimo asignado de 5 puntos. Además, ambos grupos tienen como calificación mínima asignada 3 y 2 respectivamente, esta percepción corresponde sólo a un experto, la cual se toma como un punto atípico en el conjunto de los datos de cada indicador (ver Anexo 9).

Finalmente, en la Tabla 21 se observa que los indicadores son calificados como de gran importancia por los encuestados, ya que la moda de cada indicador representa cual es la evaluación más repetitiva asignada a cada indicador por los expertos, la moda esta entre 6 y 7 puntos de importancia, se concluye que todos los indicadores representan de gran forma al factor Eficacia.

Tabla 22: Resultado: Jerarquización de Indicadores para el Factor Oportuna.

Para medir el Factor <u>O</u>PORTUNA						
N°	Indicador	Promedio	Varianza	Máximo	Mínimo	Moda
1	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de mortalidad de pacientes en urgencias”?	6,38	0,59	7	5	7
2	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de uso del sistema de notificación de exámenes alterados según norma local”?	6,31	0,40	7	5	6
3	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de <i>triage</i> en urgencias”?	6,15	1,81	7	2	7
4	¿Cuán importante es para usted el “Tiempo de espera en urgencias”?	5,77	2,86	7	2	7
5	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de equipos médicos disponibles en urgencias de acuerdo al número de pacientes que llegan al servicio”?	5,62	3,26	7	1	7
6	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de pacientes que abandona la institución antes de ser diagnosticados”?	5,46	1,27	6	2	6

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 22 se muestra la jerarquización³⁰ asignada por los expertos para los indicadores para el Factor Oportuna, donde se observa que la jerarquía de los indicadores es similar entre ellos (promedios de importancia de cada indicador).

Los indicadores 1, 2 no tiene una gran variabilidad en sus datos respecto a la media (ver Tabla 22) según las calificaciones entregadas por el grupo de expertos. Por otro lado, la variabilidad de los datos para los indicadores 3, 4, 5 y 6 es más elevada, lo que indica que, existe una gran diferencia entre el valor máximo y mínimo asignado por los expertos. Se observa el valor mínimo (2) asignado para los indicadores 3,4 y 6 es sólo evaluado por un experto, lo mismo pasa con el indicador 5, con una calificación mínima de 1, por lo que se concluye que estas calificaciones son un dato atípico dentro de las evaluaciones obtenidas (ver Anexo 10).

Finalmente, en la Tabla 22 se observa, a través de la moda que los indicadores son representativos para el factor Oportuna según lo asignado por los expertos, dado que los valores obtenidos se encuentran en su mayoría entre 6 y 7 puntos de importancia. Demostrando que todos estos indicadores son importantes para el Factor Oportuna.

Tabla 23: Resultado: Jerarquización de Indicadores para el Factor Equitativa.

Para medir el Factor <u>EQUITATIVA</u>						
N°	Indicador	Promedio	Varianza	Máximo	Mínimo	Moda
1	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de reclamos de pacientes que no sienten un trato digno en la atención que reciben por la institución”?	6,46	0,77	7	4	7
2	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de médicos con alguna especialidad, dada la demanda que tiene el centro de salud”?	6,08	0,74	7	4	6

³⁰ Ver resultado de encuesta para la jerarquización del Factor Oportuna en Anexo 10.

Para medir el Factor <u>EQUITATIVA</u>						
N°	Indicador	Promedio	Varianza	Máximo	Mínimo	Moda
3	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de trabajadores del centro de salud que asisten a cursos que capacitan la equidad”?	5,85	0,97	7	4	5
4	¿Cuán importante es para usted el “Porcentajes de pacientes extranjeros no atendidos”?	5,46	0,77	7	4	6
5	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de inspecciones de comunicación verbal y no verbal que tiene el personal con los pacientes”?	5,31	0,73	6	4	6
5	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de participación y colaboración con otro departamento de salud, organizaciones y agencias de servicios sociales en relación con la forma de adaptar los servicios, programas y enfoques o responder mejor a las necesidades de las poblaciones marginadas”?	5,31	0,40	6	4	5

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 23 se observan los indicadores en orden jerárquico³¹ para el Factor Equitativa de acuerdo a las percepciones de los encuestados. Además, se observa que la jerarquía de los indicadores para este factor es similar entre ellos, puesto que los promedios no tienen una gran variación entre sí. Por otro lado, se desprende que la posición jerárquica 5 está compuesta por dos indicadores con igual promedio (5,31), no obstante la variabilidad de los datos con respecto a la media de cada indicador es diferente entre ellos, debido a las calificaciones asignadas por los expertos (ver Anexo 11).

Se ve claramente, que los indicadores pertenecientes al factor Equitativa, no presentan una gran variabilidad de datos respecto a la media de ellos. Por lo anterior, se concluye que no existe una gran diferencia entre la calificación máxima y mínima asignada por el grupo de expertos para cada indicador (ver Anexo 11).

³¹ Ver resultado de encuesta para la jerarquización del Factor Equitativa en Anexo 11.

Finalmente, se observa que los expertos en su mayoría evaluaron como muy importante cada uno de los indicadores a través de la encuesta, dado que la moda en cada uno de los casos para el factor Equitativa varía entre 5 y 7 puntos de importancia.

En conclusión, los indicadores prioritarios, para cada factor, propuestos para medir calidad bajo la perspectiva de control interno en los centros de salud, son los mostrados en la Tabla 18, la Tabla 19, la Tabla 20, la Tabla 21, la Tabla 22 y la Tabla 23, dado que todos los indicadores fueron considerados por los expertos como importantes en su evaluación.

CAPÍTULO VIII: CONCLUSIONES

De acuerdo a lo expresado en los capítulos anteriores, se concluye:

- No existe una definición clara y estandarizada para calidad en la salud chilena, por lo tanto se recomienda utilizar de forma estándar la definición que expresa el Instituto de Medicina de Estados Unidos sobre calidad. Es fundamental que todo ente y persona natural tenga claridad del concepto calidad en la salud, ya que cada uno tiende a juzgar calidad bajo la percepción del bien o servicio que recibe, dando mayor importancia a una opinión subjetiva por sobre el trato de algún especialista o personal de la salud.
- Los indicadores creados y recopilados de la literatura para cada factor, son de gran importancia para medir calidad desde una perspectiva de control interno en los centros de salud, según las calificaciones asignadas por los expertos. Así, es recomendable que los centros de salud chilenos se apoyen en los indicadores propuestos para los procesos de acreditación.
- Los expertos encuestados calificaron al Factor Equitativa como el menos importante dentro del conjunto de los seis factores, puesto que la equidad en los centros de salud es un concepto que aún no se está trabajando en él, no obstante, los expertos creen que en el corto plazo será el nuevo proceso de acreditación que se les pedirá a los centros de atención cerrada. Por lo anterior, los indicadores que apuntan a medir este factor son de gran ayuda para los expertos de los centros de salud públicos y privados.
- El Factor Seguridad, el Factor Eficiente y el Factor Atención Centrada en el Paciente son considerados “maduros” por los expertos, es decir, ya están integrados en los procesos internos de los centros de salud debido a las acreditaciones a las cuales han sido sometidos. Además las clínicas también consideran maduro al Factor Oportuno, dado que se enfocan en dar una pronta solución a los pacientes.

-
- El Factor Eficacia y el Factor Eficiente son relevantes para todos los expertos, pero no sobresalen de los demás factores, puesto que siempre la organización se enfoca en prestar una atención que beneficie a los pacientes, utilizando los insumos y recursos de forma óptima.
 - En este proyecto no fueron asignados umbrales de referencia a los indicadores propuestos, debido a que estos límites son diferentes en cada centro de salud, puesto que son una medida referencial para cada uno de los indicadores prioritarios seleccionados para evaluar sus procesos en relación a la calidad interna.
 - Los indicadores seleccionados para cada factor, son propuestos para que los centros de salud puedan conocer sus fortalezas y debilidades en sus procesos internos. Además, varios de los indicadores ayudan a conocer las percepciones que tienen los usuarios respecto de los servicios recibidos. En conclusión, todo lo anterior es fundamental para que las instituciones puedan mejorar eliminando sus debilidades y realzando sus fortalezas en los procedimientos con el objetivo de aumentar en nivel de satisfacción de los pacientes, mejorando así la calidad entregada en las atenciones.
 - Se recomienda como trabajo futuro evaluar la utilización de una ecuación lineal, la cual se enfoque en medir calidad de los centros de salud basados en sus procesos internos. Esta ecuación debe constar con los pesos de priorización (ver Anexo 5) de cada uno de los factores y la suma de cumplimiento de cada indicador que ocupa la institución. El nivel de aceptación del resultado de la ecuación debe ser dado por cada centro de salud, dado que estos son los que dan los umbrales de referencia para cada uno de sus indicadores y por lo tanto deben dar el umbral de referencia para calidad.

$$\begin{aligned}
 \text{CALIDAD} = 0,42 * \sum_{1}^n I_{\text{Seguridad}} + 0,16 * \sum_{1}^n I_{\text{Eficiente}} + 0,15 * \sum_{1}^n I_{\text{AT.C.P.}} + 0,12 \\
 * \sum_{1}^n I_{\text{Eficacia}} + 0,08 * \sum_{1}^n I_{\text{Oportuna}} + 0,07 * \sum_{1}^n I_{\text{Equitativa}}
 \end{aligned}$$

BIBLIOGRAFÍA

- Almendares Calderon, S. (2012). Normas de Seguridad del Paciente y Calidad de Atención. Santiago.
- Araujo, M. (2010). Indicadores de Calidad: Criterios para la Definición de Umbrales. Santiago de Chile.
- Armijo, M. (2011). Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público. Santiago de Chile: Cepal.
- Asociación Española para la Calidad (AEC). (2015). Calidad. Madrid.
- Campbell, S., Braspenning, J., Hutchinson, A., & Marshall, M. (2002). Research Methods Used in Developing and Applying Quality Indicators in Primary Care. *BMJ Quality & Safety*, 358-364.
- Clínicas de Chile A.G. (2013). Dimensionamiento del Sector de Salud Privado en Chile. Santiago.
- Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud. (2010). Super Intendencia de Salud del Gobierno de Chile. Obtenido de <http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/w3-article-5642.html>
- Diario Uchile. (30 de Mayo de 2013). Encuesta Revela Mala Calidad en la Atención de Salud Pública.
- Druker, P. (1999). Manual de Autoevaluación de la Fundación Druker: Guía de Trabajo. Buenos Aires: Granica.
- EUROPARC-España. (2002). Manual Guía para la Definición e Implantación de un Sistema de Indicadores de Calidad.
- Facultad de Medicina, Universidad de Chile. (2013). Gestión de Calidad y Acreditación de Servicios de Salud de Atención Cerrada. Santiago.

-
- Fernández, O. (06 de Agosto de 2015). *Acreditación: El 45% de las Clínicas y Hospitales Tiene Sello de Calidad . La Tercera.*
- Freeman, T. (2002). *Using Performance Indicators to Improve Health Care Quality in the Public Sector: a Review of the Literature.* *Health Services Management Research*, 126-137.
- Guinart I Solá, J. (2004). *Indicadores de Gestión para las Entidades Públicas.* Barcelona.
- Inostroza Palma, M. (2008). *Prestadores y Calidad de Atención hacía un Enfoque Garantístico en el Sistema de Salud.* Santiago.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century.* California: Copyright ©2000 by the National Academy of Sciences.
- Jiménez Cangas, L., Báez Dueña, R. M., Pérez Maza, B., & Reyes Alvarez, I. (1996). *Metodología para la Evaluación de la Calidad en Instituciones de Atención Primaria de Salud.* *Revista Cubana de Salud Pública.*
- Jiménez Paneque, R. (2004). *Indicadores de Calidad y Eficiencia de los Servicios Hospitalarios. Una Mirada Actual.* *Revista Cubana de Salud Pública.*
- Kinney, T., & Taylor, J. (1996). *Investigación de Mercados: Un Enfoque Aplicado.* México: Mc Graw Hill.
- La Nación. (7 de Septiembre de 2012). *Extranjeros en Chile Acusan Discriminación de Color, de Piel y Desconfianza.* *La Nación.*
- Larraín, A. (6 de Enero de 2014). *13 Cosas de la Crisis de la Salud Pública en Chile que Probablemente Usted (ni el Ministro Mañalich) No Conoce.* *El Quinto Poder.*
- Martínez, E. (1993). *Estrategias, Planificación y Gestión de Ciencia y Tecnología.* Caracas: Nueva Sociedad.
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2012). *Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.* Santiago.

-
- Mondragón Pérez, A. R. (2002). ¿Qué son los Indicadores? *Cultura Estadística y Geográfica*, 52-53.
- Pezoa, M. (2012). ¿Qué Elementos de la Atención de Salud son, desde la Perspectiva del Usuario los que más Contribuyen a que se Sienta Satisfecho? Santiago.
- Rafael, David, & Rincón. (1998). Los Indicadores de Gestión Organizacional: Una Guía para su Definición. *Revista Universidad Eafit*, 43-59.
- Revista Cubana de Salud Pública*. (1996). Metodología para la Evaluación de la Calidad en Instituciones de Atención Primaria de Salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Revista médica de Chile*. (2010). Glosario de Términos Utilizados en Evaluación Económica de la Salud. *Revista Médica de Chile*, 76-78.
- Revista Panamericana de Salud Pública*. (2002). Información para la Equidad en Salud en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 5-6.
- Servicio de Salud Metropolitano Norte. (2015). Atención Primaria. Santiago. Obtenido de http://www.ssmn.cl/atencion_primaria.ajax.php
- Sixtina Consulting Group. (2012). Los 25 Indicadores (KPI) más Usados en el Sector de la Salud en 2012. Buenos Aires.
- Sociedad Española de Calidad Asistencial. (2012). Indicadores de Calidad para Hospitales del Sistema Nacional de Salud. Madrid.
- Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. (2009). Manual de Indicadores de Calidad para los Servicios de Urgencia de Hospitales. Madrid.
- Stubbs, E. A. (2004). Indicadores de Desempeño: Naturaleza, Utilidad y Construcción. *Brasilia*, 149-154.
- Superintendencia de Salud. (2009). Discriminación y Equidad de Género Pre y Post Reforma de Salud Año 2009. Santiago.

Superintendencia de Salud. (2011). Propuesta Metodológica para Medir Satisfacción en Usuarios de Consultorios Públicos. Santiago.

Superintendencia de Salud. (2013). *¿Qué es "Trato Digno" para los Paciente?* Santiago.

Wong, S., Browne, A., Varcoe, C., Lavoie, J., Fridkin, A., Smye, V., Tu, D. (2014). Development of Health Equity Indicators in Primary Health Care Organizations Using a Modified Delphi. *Plos One*.



ANEXOS

Anexo 1: Indicadores con sus respectivas formulas.

N° Indicador	Nombre indicador	Fórmula
1	Porcentaje de pacientes intervenidos quirúrgicamente con evaluación pre-anestésica registrada en ficha clínica.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente con evaluación pre-anestésica registrada en ficha clínica en el período } x}{\text{Total de pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente en el período } X} * 100$
2	Porcentaje de pacientes electivos intervenidos quirúrgicamente con evaluación pre-anestésica realizada antes del ingreso a pabellón.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes electivos intervenidos quirúrgicamente con evaluación pre-anestésica antes del ingreso a pabellón en el período } x}{\text{Total de pacientes electivos intervenidos quirúrgicamente en el período } X} * 100$
3	Porcentaje de pacientes electivos intervenidos quirúrgicamente con evaluación pre-anestésica que cumple requisitos de nivel de riesgo del paciente, según protocolo.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes electivos intervenidos quirúrgicamente con evaluación pre-anestésica que cumple requisitos de nivel de riesgo en el período } x}{\text{Total de pacientes electivos intervenidos quirúrgicamente en el período } X} * 100$
4	Porcentaje de pacientes que han sido transfundidos según criterios definidos en el protocolo.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes transfundidos en el período } X \text{ y que cumplen con los criterios definidos en el protocolo}}{\text{Total de pacientes transfundidos en el período } X} * 100$
5	Porcentaje de pacientes hospitalizados identificados.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes hospitalizados identificados en el período } X}{\text{Total de pacientes hospitalizados en el período } X} * 100$
6	Tasa de eventos adversos relacionados con la mala identificación de pacientes.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes identificados de acuerdo a la norma local en el Servicio } X}{\text{Total de pacientes identificados en el Servicio } X}$
7	Porcentaje de pacientes identificados correctamente en la ficha de acceso al centro de salud.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes en que ambas fuentes de información coinciden}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes identificados}} * 100$
8	Porcentaje de pacientes operados en los cuales se ha cumplido las medidas de prevención de EA ³² .	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes operados en el período } X, \text{ en los cuáles se ha cumplido las medidas de prevención de EA asociados a cirugía}}{\text{Total de pacientes operados en el período } X} * 100$
9	Tasa de eventos centinelas ocurridos en X tiempo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de eventos centinela "cuerpo extraño abandonado en sitio quirúrgico" en período } X}{\text{Total de cirugías en el período } X} * 1000$
10	Porcentaje de auditorías realizadas para determinar los eventos centinela.	$\frac{\text{Eventos adversos "cuerpo extraño abandonado en sitio quirúrgico" auditados}}{\text{eventos adversos "cuerpo extraño abandonado en sitio quirúrgico" registrados}} * 100$

³² Eventos Adversos

N° Indicador	Nombre indicador	Fórmula
11	Porcentaje de aplicación de la medida de los cinco correctos ³³ antes de la administración de medicamentos por vía EV ³⁴ .	N° de procedimientos de administración de medicamentos vía EV en que se aplica la medida de los cinco correctos *100/ Total de procedimientos de administración de medicamentos por vía EV.
12	Porcentaje de pacientes con pauta de evaluación de riesgo de caída.	N° de pacientes con pauta de evaluación de riesgo de caída, en servicio X, en un período X *100/ Total de pacientes hospitalizados en servicio X, en el mismo período.
13	Porcentaje de cumplimiento del protocolo de prevención de úlceras por presión.	N° de pacientes con protocolo de prevención de úlceras por presión cumplido, en servicio X, en un período X *100/ Total de pacientes en riesgo de úlceras por presión egresados del servicio X, en el mismo período.
14	Porcentaje de pacientes priorizados según norma local.	N° de pacientes evaluados con el sistema de priorización, en periodo x * 100/Total de pacientes atendidos en periodo x NOTA: el periodo a considerar es el definido en la norma local (horario de uso del selector de demanda).
15	Porcentaje de uso del sistema de notificación de exámenes alterados según norma local.	N° de exámenes con resultados alterados notificados según norma * 100/ Total de exámenes alterados a notificar según norma.
16	Porcentaje de cargas sometidas a esterilización con viraje positivo.	N° de cajas de cirugía esterilizadas y viradas en el período X, *100/N° total de cajas de cirugía esterilizadas en igual período.
17	Porcentaje de paquetes de cirugía preparados según norma.	N° de paquetes de cirugía preparados según norma en el período X *100/N° total de paquetes de cirugía preparados en el mismo período.
18	Porcentaje de dializadores reutilizados que cumplen con medición de volumen residual según normativa vigente.	N° de mediciones de volumen residual de dializadores reutilizados con volumen residual >= 80% de su volumen inicial, en periodo X * 100/ N° total de dializadores reutilizados en la unidad en el mismo periodo.
19	Porcentaje de dializadores y líneas de sangre correctamente identificados de acuerdo a protocolo establecido en registro estandarizado de la Unidad.	N° de dializadores y líneas de 1° uso identificados de acuerdo a protocolo establecido en sistema de registros en la Unidad en periodo X * 100/N° total de dializadores 1° uso utilizados en la Unidad en mismo periodo.
20	Porcentaje de pareos correctos entre dato de dializador y líneas con la identificación de los pacientes.	N° pacientes observados en que las 3 fuentes de información coinciden * 100/ N° total de pacientes observados.

³³ Cinco Correctos: Precauciones estándares que debe seguir el personal enfermero para administrar un medicamento: i) Paciente correcto, ii) Hora correcta, iii) Medicamento correcto, iv) Dosis correcta, v) vía de administración correcta.

³⁴ Vía Endovenosa.

N° Indicador	Nombre indicador	Fórmula
21	Porcentaje de órdenes de exámenes de anatomía patológica completadas de acuerdo a protocolo.	Ordenes de exámenes de anatomía patológica completadas de acuerdo a protocolo en período x*100 /Total de órdenes de exámenes anatomía patológica recibidos en igual período X.
22	Porcentaje de muestras de exámenes de anatomía patológica rotuladas en el origen de acuerdo a protocolo.	Muestras de exámenes de anatomía patológica rotuladas de acuerdo a protocolo en período x*100 /Total de muestras de exámenes anatomía patológica recibidos en igual período X.
23	Porcentaje de procedimientos de administración de medicamentos antineoplásicos según protocolo.	N° de procedimientos realizados según protocolo en el período X * 100/ Total procedimientos realizados en el período X.
24	Porcentaje de procedimientos imagenológicos con uso de medio de contraste EV en que se aplicó protocolo de prevención de eventos adversos.	N° de procedimientos radiológicos con uso de medio de contraste EV en que se aplicó protocolo de prevención de eventos adversos en periodo X * 100 /total de procedimientos radiológicos con uso de medio de contraste EV en el mismo periodo.

Fuente: Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud (2010).

Anexo 2: Indicadores recomendados con su fórmula de medición.

Nº Indicador	Nombre indicador	Fórmula
1	Porcentaje de revisiones al material y al aparataje del carro de paradas.	$\text{N}^\circ \text{ de revisiones realizadas} * 100 / \text{N}^\circ \text{ de revisiones previstas}$
2	Tasa eventos adversos.	Existencia de registro de efectos adversos
3	Porcentaje de protocolos de riesgo vital aplicados según norma.	Existencia de los protocolos de la lista
4	Porcentaje de evaluación de eventos adversos.	$\text{Pacientes con efectos adversos revisados} * 100 / \text{Total pacientes con efectos adversos registrados}$
5	Tasa de pacientes evaluados que retornan en 72 horas.	$\text{N}^\circ \text{ de pacientes que retornan al servicio en un intervalo de 72 horas} * 100 / \text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos en urgencias}$
6	Tasa de reclamos realizados por los pacientes.	$\text{N}^\circ \text{ de pacientes que han presentado reclamación en el período de estudio} * 100 / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes atendidos en el período de estudio}$
7	Tasa de satisfacción de pacientes.	$\text{Número de pacientes que responden en la encuesta de satisfacción al ítem "Satisfacción global" como MUY SATISFECHO o SATISFECHO} * 100 / \text{Número total de pacientes que responden a la encuesta en el período a analizar}$
8	Tasa de pacientes que abandona la institución antes de ser diagnosticados.	$\text{N}^\circ \text{ de enfermos no visitados} * 100 / \text{N}^\circ \text{ de enfermos admitidos}$
9	Tiempo que espera el paciente para recibir la primera atención médica.	$\text{Pacientes atendidos en el tiempo de asistencia recomendado para un nivel de triage concreto} * 100 / \text{Total de pacientes atendidos del mismo nivel de triage}$
10	Tasa de triage en urgencias.	Existencia de triage (SI / NO)
11	Tiempo promedio que permanece el paciente en el área de observación.	$\text{Suma de horas de estancia de cada paciente en observación} / \text{N}^\circ \text{ de enfermos del área de observación analizados}$
12	Porcentaje de pacientes que permanecen más de 24 horas en el servicio de urgencias.	$\text{N}^\circ \text{ de pacientes con permanencia superior a 24 horas en el servicio de urgencias} * 100 / \text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos}$
13	Tasa de mortalidad en el servicio de urgencias.	$\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos que son exitosos} * 100 / \text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos en el servicio de urgencias}$

Fuente: Sociedad española de medicina de urgencias y emergencias (2009).

Anexo 3: Indicadores seleccionados por la Sociedad Española de Calidad Asistencial con su respectiva fórmula.

Nº Indicador	Nombre indicador	Fórmula
1	Tasa de pacientes evaluados que retornan en 72 horas.	Pacientes que retornan al Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) en un intervalo de 72 horas *100 / Pacientes atendidos en el SUH
2	Porcentaje de pacientes correctamente diagnosticados que retornan al servicio de urgencias con una gravedad o complejidad de su patología evolucionada.	Pacientes que retornan al SUH en un intervalo de 72 horas e ingresan en el hospital *100 / Pacientes que retornan al SHU en un intervalo de 72 horas
3	Porcentaje de pacientes con SCA diagnosticados tempranamente.	Pacientes con Síndrome Coronario Agudo (SCA) y tiempo de electrocardiograma (ECG) inferior o igual a 10 minutos *100/ Pacientes atendidos en el SUH con diagnóstico de SCA a los que se les ha realizado un ECG
4	Porcentaje de uso de ácido acetil salicílico en pacientes que llegan a urgencias con SCA.	Pacientes con SCA a los que se les ha prescrito Ácido Acetil Salicílico (AAS) en el SUH *100/ Pacientes con SCA atendidos en el SUH
5	Porcentaje de terapias fibrinolíticas aplicados dentro de los 30 primeros minutos de llegada al hospital.	Pacientes con Infarto Agudo de Miocardio (IAM) con elevación del segmento ST cuyo Tiempo desde la llegada al hospital hasta la fibrinólisis es de 30 minutos o menos *100/ Pacientes dados de alta con IAM con elevación del segmento ST que han recibido terapia fibrinolítica
6	Porcentaje angioplastia primaria aplicada dentro de los 90 primeros minutos de llegada al hospital.	Pacientes con IAM con elevación del segmento ST cuyo tiempo desde la llegada al hospital hasta realización de la angioplastia es de 90' o menos *100/ Pacientes con IAM con elevación del segmento ST con realización de angioplastia primaria
7	Tasa de reperfusión en pacientes con infarto agudo de miocardio.	Pacientes con tratamiento de reperfusión (fibrinólisis o angioplastia primaria) *100/ Pacientes dados de alta con diagnóstico principal de IAM con elevación del segmento ST
8	Porcentaje de pacientes que se les he aplicado antiagregantes en la etapa final de SCA.	Pacientes dados de alta por SCA con prescripción de antiagregantes *100/ Pacientes dados de alta por SCA
9	Porcentaje de pacientes que se les he aplicado betabloqueantes en el alta tras IAM con elevación del segmento ST.	Pacientes con IAM con elevación del segmento ST que tienen prescripción de betabloqueantes al alta *100/ Pacientes dados de alta por IAM con elevación del segmento ST
10	Porcentaje de tratamientos de inhibidores de IECA ³⁵ o BRA ³⁶ aplicados en síndrome coronario agudo.	Pacientes dados de alta por SCA con prescripción de un IECA o un ARA-II *100/ Pacientes dados de alta por SCA

³⁵ Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina.

³⁶ Bloqueadores del receptor de la angiotensina.

N° Indicador	Nombre indicador	Fórmula
11	Porcentaje de tratamientos de estatinas aplicado el alta del paciente tras síndrome coronario agudo.	Pacientes con prescripción de estatinas al alta tras SCA *100/ Pacientes dados de alta por SCA
12	Porcentaje de tratamiento de inhibidores de IECA ó BRA aplicados tras insuficiencia cardíaca.	Pacientes dados de alta por Insuficiencia Cardíaca (IC) con prescripción de un IECA o un ARA-II *100/ Pacientes dados de alta por IC
13	Porcentaje de tratamientos de betabloqueantes aplicados en el alta de pacientes tras insuficiencia cardíaca.	Pacientes con IC a los que se les ha prescrito betabloqueantes al alta *100/ Pacientes dados de alta por IC
14	Tasa de reingreso de paciente post infarto agudo de miocardio.	Pacientes con IAM con reingreso urgente postinfarto *100/ Pacientes con IAM
15	Porcentaje de mortalidad por infarto agudo de miocardio.	Pacientes con IAM que fallecen durante su estancia en el hospital *100 / Pacientes con IAM
16	Tasa de mortalidad por insuficiencia cardíaca.	Pacientes con IC que fallecen durante su estancia en el hospital *100 / Pacientes con IC
17	Porcentaje de procesos quirúrgicos practicados y que son considerados ambulatorios.	Pacientes con intervenciones quirúrgicas realizadas por Cirugía Mayor Ambulatoria (estancia de 0 días) *100/ Pacientes con intervenciones quirúrgicas programadas realizadas en los GRD potencialmente ambulatorizables
18	Porcentaje de ingreso de pacientes tras cirugía mayor ambulatoria (CMA).	Pacientes que ingresan directamente tras (CMA) *100/ Pacientes con intervenciones quirúrgicas programadas realizadas en los 25 GRDs de CMA más frecuentes
19	Porcentaje de pacientes que son operados dentro de un periodo de 48 horas desde su ingreso.	Pacientes intervenidos el mismo día o al día siguiente del ingreso *100/ Pacientes ingresados para cirugía programada
20	Porcentaje de profilaxis antibiótica en pacientes quirúrgicos.	Pacientes quirúrgicos con prescripción de profilaxis antibiótica *100/ Pacientes quirúrgicos de los procedimientos seleccionados
21	Porcentaje de profilaxis antibiótica aplicada adecuadamente en pacientes quirúrgicos.	Pacientes con profilaxis antibiótica adecuada *100/ Pacientes quirúrgicos con prescripción de profilaxis antibiótica de los procedimientos seleccionados
22	Tasa de pacientes con listado de verificación de seguridad quirúrgica documentado.	Pacientes con listado de verificación de seguridad quirúrgica documentado *100/ Pacientes sometidos a intervención quirúrgica
23	Tasa de pacientes quirúrgicos con consentimiento informado en la historia clínica.	Pacientes con consentimiento informado en la historia clínica *100 / Pacientes ingresados para cirugía
24	Porcentaje de cirugía en fractura de cadera en pacientes mayores de 65 años.	Pacientes con cirugía realizada dentro de las 48 horas desde el ingreso *100/ Pacientes > 65 años ingresados en el hospital con diagnóstico de fractura de cadera
25	Porcentaje de mortalidad por fractura de cadera.	Pacientes con fractura de cadera que fallecen durante su estancia en el hospital *100 / Pacientes con fractura de cadera

N° Indicador	Nombre indicador	Fórmula
26	Tasa de pacientes con evaluación documentada del riesgo de enfermedad tromboembólica.	Pacientes con valoración del riesgo de enfermedad tromboembólica y no tromboembólica en las primeras 24 horas tras el ingreso *100/ Pacientes que han sido hospitalizados al menos 2 días
27	Tasa de pacientes con prescripción de tromboprofilaxis.	Pacientes con prescripción de tromboprofilaxis *100/ Pacientes con riesgo moderado o alto de ETE, con una estancia mayor de 2 días
28	Tasa de pacientes con prescripción de profilaxis tromboembólica adecuada a protocolo.	Pacientes con prescripción de tromboprofilaxis adecuada a protocolo *100/ Pacientes con prescripción de tromboprofilaxis
29	Tasa de pacientes con prescripción de profilaxis tromboembólica al alta.	Pacientes con prescripción de profilaxis tromboembólica al alta *100/ Pacientes intervenidos de cirugía colo-rectal, prótesis de rodilla y de cadera
30	Tiempo de espera en pacientes con ictus isquémico.	Pacientes con ictus cerebral isquémico que han recibido tratamiento fibrinolítico en un tiempo inferior o igual a 60 minutos *100/ Pacientes con ictus cerebral isquémico que han recibido tratamiento fibrinolítico
31	Porcentaje de mortalidad por accidente cerebrovascular agudo.	Pacientes con accidente cerebrovascular agudo que fallecen durante su estancia en el hospital *100 / Pacientes con accidente cerebrovascular agudo
32	Porcentaje de reingreso de pacientes por descompensación de EPOC ³⁷ .	Pacientes que causan reingreso urgente en los 30 días siguientes al alta definidas por códigos CIE-9 y AP-GRD's específicos *100/ Pacientes con EPOC
33	Porcentaje de mortalidad por neumonía.	Pacientes con neumonía que fallecen durante su estancia en el hospital *100 / Pacientes dados de alta con diagnóstico principal de neumonía
34	Porcentaje de pacientes que ingresa a la unidad de cuidados intensivos con bacteriemia relacionada con catéter.	Numero de bacteriemias relacionada con catéter venoso central en un periodo determinado de tiempo *1000/ Sumatorio de días de catéter venoso central en todos los pacientes portadores de estos dispositivos en dicho periodo de tiempo
35	Porcentaje de pacientes que sufren de neumonía asociada a ventilación mecánica.	Numero de neumonías asociada a ventilación mecánica en un periodo determinado de tiempo *1000/ Sumatorio de días de ventilación mecánica invasiva en los pacientes con este soporte ventilatorio durante dicho periodo de tiempo
36	Porcentaje de partos realizados por cesárea.	Partos por cesáreas *100/ Total de partos
37	Porcentaje de partos realizados por cesáreas en grupos de bajo riesgo.	Partos por cesáreas en las mujeres incluidas en el denominador *100/ Partos en mujeres < de 35 años con tiempo de gestación entre 37 y 42 semanas o no informado y con un peso del recién nacido entre 2500-3999 gramos no informado.
38	Porcentaje de episiotomías en partos eutócicos.	Episiotomías en partos eutócicos *100/ Total de partos eutócicos
39	Porcentaje de partos realizados con analgesia loco-regional (epidural o raquídea).	Partos con analgesia loco-regional en gestantes incluidas en el denominador *100/ Partos vaginales y cesáreas intra-parto en gestantes de 37 a 42 semanas

³⁷ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

N° Indicador	Nombre indicador	Fórmula
40	Porcentaje de madres que tienen contacto inmediato con su hijo recién nacido.	Partos en los que la madre y la criatura han tenido contacto piel con piel *100/ Partos atendidos en gestantes de 37 a 42 semanas.
41	Porcentaje de madres que amamantan inmediatamente a su hijo recién nacido.	Recién nacidos que son amamantados en la primera hora *100/ Recién nacidos en gestantes de 37 a 42 semanas.
42	Tiempo de espera en diagnóstico terapéutico en cáncer colorrectal.	Pacientes con cáncer de colorrectal cuyo intervalo entre confirmación diagnóstica y tratamiento es igual o inferior a 30 días naturales *100/ Pacientes diagnosticados con cáncer colorrectal que han recibido tratamiento
43	Tiempo de espera en diagnóstico terapéutico en cáncer de mama.	Pacientes cuyo intervalo entre confirmación diagnóstica y primer tratamiento es igual o inferior a 4 semanas o 28 días naturales *100/ Pacientes diagnosticadas de neoplasia maligna de mama
44	Tiempo de espera entre tratamiento quirúrgico y tratamiento adyuvante en cáncer de mama.	Pacientes cuyo intervalo entre cirugía y primer tratamiento adyuvante es igual o inferior a 42 días *100/ Pacientes intervenidas quirúrgicamente por neoplasia maligna de mama
45	Porcentaje de pacientes realizan acciones preventivas para no obtener úlceras por presión.	Pacientes con valoración de riesgo de padecer úlceras por presión (UPP) realizada en las primeras 24 h del ingreso *100/ Pacientes ingresados más de 24 horas
46	Porcentaje de pacientes con riesgo de úlceras por presión.	Pacientes que han desarrollado una UPP en el hospital x 100/ Pacientes ingresados más de dos días
47	Porcentaje de pacientes con úlceras por presión que reciben un tratamiento adecuado.	Pacientes con cuidados adecuados según nivel de riesgo identificado *100/ Pacientes ingresados más 24 horas que tienen valorado el riesgo de desarrollar UPP
48	Porcentaje de pacientes que sufren caídas dentro de la institución.	Pacientes con valoración de riesgo de caídas realizado en las primeras 24 h *100/ Pacientes ingresados más de 24 horas
49	Porcentaje de pacientes hospitalizados que sufren caídas dentro de la institución.	N° de caídas en pacientes hospitalizados *100/ Total de altas de hospitalización
50	Tasa de pacientes con informe de alta en la historia clínica.	Pacientes que tienen informe de alta en la historia clínica *100/ Pacientes dados de alta en hospitalización
51	Tasa de pacientes con informe de alta correctamente cumplido.	Pacientes con Informe de Alta correctamente cumplido * 100/ Pacientes con Informe de Alta de hospitalización en la Historia Clínica

Fuente: Sociedad española de calidad asistencial (2012).

Anexo 4: Encuesta.



Encuesta calificación factores de calidad

Estimados Sr(a), agradeciendo desde ya su apoyo a esta investigación para optar al título de Ingeniero Civil Industrial, que tiene como nombre: “Propuesta de Indicadores para Medir la Calidad de Centros de Salud desde una Perspectiva de Control Interno”, agradeceré que complete esta encuesta, la cual no le tomará más de cinco minutos y los resultados se mostrarán de forma discreta.

Esta encuesta tiene por finalidad conocer su percepción respecto a seis factores propuestos por el Instituto de Medicina de EEUU en el año 2001 (equidad, seguridad, eficiencia, eficacia, atención centrada en el paciente y oportuna). Ud, deberá jerarquizar entre sí dichos factores y calificar los indicadores que componen cada una de estas categorías, todo esto para proponer un grupo de indicadores prioritarios con el cual medir calidad desde el contexto interno de los centros de salud que se enfocan en la atención cerrada a pacientes.

En esta encuesta se entenderá por:

- **Proceso interno:** Procesos que se ejecutan dentro de los centros de salud a beneficio de los usuarios y trabajadores de la institución.
- **Seguridad:** Evitar lesionar a pacientes que están siendo atendidos en el centro de salud.
- **Eficacia:** Prestar servicios a los pacientes que pueden beneficiarse.

-
- **Atención Centrada en el paciente:** Prestar atención necesaria al usuario de acuerdo a su necesidad, siendo respetado, respondiendo a las preferencias de éste y valorando las decisiones clínicas.
 - **Oportuna:** Reducir esperas y retrasos dañinos para quienes reciben y para aquellos que entregan servicios de salud.
 - **Eficiencia:** Realizar una atención adecuada al usuario y a su vez, utilizar los insumos y recursos de forma óptima, es decir, evitando tener excesos de ideas, equipos y energía, entre otros.
 - **Equitativa:** Proporcionar atención que no varía en la calidad, buscando igualdad en los servicios prestados a los pacientes, sin importar características como el género, origen étnico, ubicación geográfica y socioeconómica.
- Priorice de 1 a 6, bajo su percepción, la importancia que tienen los siguientes factores, siendo 1 la mayor importancia y 6 la menor importancia para medir calidad de servicios.

N°	Factor	Priorización
1	Seguridad	
2	Eficacia	
3	Atención Centrada en el Paciente	
4	Oportuna	
5	Eficiente	
6	Equitativa	

- Califique los siguientes indicadores propuestos para cada factor en una escala de 1 a 7 según la importancia de cada uno bajo su percepción. Siendo 1 la menor calificación y 7 la mayor calificación. Además, si usted considera algún indicador representativo para algún factor que no se muestre en estas tablas, favor incorporar al listado y asignar una calificación.

Para medir el Factor <u>SEGURIDAD</u>		
N°	Indicador	Calificación
1	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de pacientes con pauta de evaluación de riesgo de caída”?	
2	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de eventos adversos durante un periodo “X” de tiempo”?	
3	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de eventos centinela durante un periodo “X” de tiempo”?	
4	¿Cuán importante es para usted el “Número de alumnos de pregrado por médico en el centro de salud”?	
5	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje del cumplimiento de protocolos preventivos para evitar adquirir nuevas enfermedades”?	
6	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de revisiones a los implementos críticos y materiales que requieren esterilización”?	
7	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de pacientes operados en los cuales se ha cumplido las medidas de prevención de eventos adversos”?	
8	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de aplicación de la medida de los cinco correctos antes de la administración de medicamentos por vía endovenosa”?	
9	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de protocolos de riesgo vital aplicados según norma. Porcentaje de protocolos de riesgo vital aplicados según norma”?	
10	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de infecciones intrahospitalarias”?	
11	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de pacientes que sufren caídas dentro de la institución”?	
Otro		
Otro		

Para medir el Factor <u>EFICACIA</u>		
N°	Indicador	Calificación
1	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de protocolos definidos por el centro de salud, aplicados a los pacientes”?	
2	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de diagnósticos erróneos en un periodo “X” de tiempo”?	
3	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de pacientes evaluados que retornan en 72 horas”?	
4	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de readmisión no programada”?	
Otro		
Otro		

Para medir el Factor <u>ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE</u>		
N°	Indicador	Calificación
1	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de pacientes identificados correctamente en la ficha de acceso al centro de salud.”?	
2	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de visitas diarias realizadas por el médico a los pacientes”?	
3	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de médicos por pacientes”?	
4	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de satisfacción de pacientes”?	
5	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de reclamos realizados por los pacientes”?	
Otro		
Otro		

Para medir el Factor <u>OPORTUNA</u>		
N°	Indicador	Calificación
1	¿Cuán importante es para usted el “Tiempo de espera en urgencias”?	
2	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de <i>triage</i> en urgencias”?	
3	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de uso del sistema de notificación de exámenes alterados según norma local”?	
4	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de equipos médicos disponibles en urgencias de acuerdo al número de pacientes que llegan al servicio”?	
5	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de pacientes que abandona la institución antes de ser diagnosticados”?	
6	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de mortalidad de pacientes en urgencias”?	
Otro		
Otro		

Para medir el Factor <u>EFICIENTE</u>		
N°	Indicador	Calificación
1	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de exámenes extras aplicados a un paciente en el tratamiento”?	
2	¿Cuán importante es para usted el “Tiempo promedio que permanece el paciente en el área de observación”?	
3	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de pacientes intervenidos quirúrgicamente con evaluación pre-anestésica registrada en ficha clínica”?	
4	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de paquetes de cirugía preparados según norma”?	
5	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de pacientes que permanecen más de 24 horas en el servicio de urgencias”?	
6	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de ingreso de pacientes tras cirugía mayor ambulatoria”?	
7	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de errores en la medicación”?	
8	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de coincidencias entre días reales de permanencia en la institución y permanencia esperada”?	
Otro		
Otro		

Para medir el Factor EQUITATIVA		
N°	Indicador	Calificación
1	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de trabajadores del centro de salud que asisten a cursos que capacitan la equidad”?	
2	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de participación y colaboración con otro departamento de salud, organizaciones y agencias de servicios sociales en relación con la forma de adaptar los servicios, programas y enfoques o responder mejor a las necesidades de las poblaciones marginadas”?	
3	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de inspecciones de comunicación verbal y no verbal que tiene el personal con los pacientes”?	
4	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de médicos con alguna especialidad, dada la demanda que tiene el centro de salud”?	
5	¿Cuán importante es para usted el “Porcentajes de pacientes extranjeros no atendidos”?	
6	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de reclamos de pacientes que no sienten un trato digno en la atención que reciben por la institución”?	
Otro		
Otro		

Si desea obtener los resultados de esta investigación, favor deje su nombre y correo electrónico:

Nombre:.....

Correo electrónico:.....

Profesor a cargo: María Teresa Bull Torres Ph.D.

Alumno responsable: Michael Estobar Valdebenito.

Anexo 5: Resultado de encuesta para la priorización de los factores.

N°	Factor	Priorización según Encuestados													Promedio (ri)	Valores Normalizados Ri=1/ri	Peso Wi=Ri/($\sum_1^6 R_i$)	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13				
1	Seguridad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,42
5	Eficiente	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2,62	0,38	0,16	
3	Atención Centrada en el Paciente	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4	4	4	4	2,77	0,36	0,15	
2	Eficacia	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3,62	0,28	0,12	
4	Oportuna	5	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	5,38	0,19	0,08	
6	Equitativa	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5	5	5	5,62	0,18	0,07	

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 6: Resultado de encuesta Jerarquización de indicadores para el Factor Seguridad.

Para medir el Factor SEGURIDAD																			
N°	Indicador	Calificación según Encuestados													Promedio	Varianza	Máximo	Mínimo	Moda
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13					
1	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de pacientes con pauta de evaluación de riesgo de caída”?	7	7	7	7	7	7	7	7	5	7	7	7	7	6,85	0,31	7	5	7
2	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de pacientes que sufren caídas dentro de la institución”?	7	7	7	7	7	7	7	7	5	6	7	7	6	6,69	0,40	7	5	7
3	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de eventos centinela durante un periodo “X” de tiempo”?	7	7	7	7	7	7	7	7	5	7	7	5	6	6,62	0,59	7	5	7
3	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de pacientes operados en los cuales se ha cumplido las medidas de prevención de eventos adversos”?	7	7	7	7	7	7	7	7	5	6	6	7	6	6,62	0,42	7	5	7
3	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de infecciones intrahospitalarias”?	7	6	7	7	6	7	6	6	6	7	7	7	7	6,62	0,26	7	6	7
4	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de aplicación de la medida de los cinco correctos antes de la administración de medicamentos por vía endovenosa”?	7	7	7	7	7	7	7	7	6	5	5	6	6	6,46	0,60	7	5	7
5	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de eventos adversos durante un periodo “X” de tiempo”?	7	7	7	7	7	7	7	7	5	5	5	5	6	6,31	0,90	7	5	7
5	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de revisiones a los implementos críticos y materiales que requieren esterilización”?	6	5	7	7	6	7	5	6	6	7	7	6	7	6,31	0,56	7	5	7
6	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de protocolos de riesgo vital aplicados según norma. Porcentaje de protocolos de riesgo vital aplicados según norma”?	6	6	7	7	7	6	7	6	6	2	6	6	6	6,00	1,67	7	2	6
7	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje del cumplimiento de protocolos preventivos para evitar adquirir nuevas enfermedades”?	5	5	7	7	6	7	5	7	6	1	3	5	6	5,38	3,09	7	1	5
8	¿Cuán importante es para usted el “Número de alumnos de pregrado por médico en el centro de salud”?	5	5	7	6	5	5	6	5	5	2	1	4	5	4,69	2,56	7	1	5

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 7: Resultado de encuesta Jerarquización de indicadores para el Factor Eficiente.

Para medir el Factor EFICIENTE																			
N°	Indicador	Calificación según Encuestados													Promedio	Varianza	Máximo	Mínimo	Moda
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13					
1	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de errores en la medicación”?	7	7	7	7	7	7	6	7	6	7	7	7	7	6,85	0,14	7	6	7
2	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de pacientes intervenidos quirúrgicamente con evaluación pre-anestésica registrada en ficha clínica”?	7	6	7	7	6	7	7	7	6	7	7	7	7	6,77	0,19	7	6	7
3	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de pacientes que permanecen más de 24 horas en el servicio de urgencias”?	7	6	7	7	6	6	7	7	6	6	3	5	6	6,08	1,24	7	3	6
4	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de paquetes de cirugía preparados según norma”?	7	7	6	7	7	6	7	7	5	3	3	5	5	5,77	2,19	7	3	7
5	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de ingreso de pacientes tras cirugía mayor ambulatoria”?	6	5	6	6	6	5	6	6	5	6	5	6	6	5,69	0,23	6	5	6
6	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de coincidencias entre días reales de permanencia en la institución y permanencia esperada”?	6	5	6	6	5	5	6	6	5	5	6	5	6	5,54	0,27	6	5	6
7	¿Cuán importante es para usted el “Tiempo promedio que permanece el paciente en el área de observación”?	6	6	6	6	6	6	6	5	6	3	4	6	5	5,46	0,94	6	3	6
8	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de exámenes extras aplicados a un paciente en el tratamiento”?	5	6	7	6	6	6	5	6	5	4	4	4	5	5,31	0,90	7	4	6

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 8: Resultado de encuesta Jerarquización de indicadores para el Factor Atención Centrada en el Paciente.

Para medir el Factor <u>ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE</u>																			
Nº	Indicador	Calificación según Encuestado													Promedio	Varianza	Máximo	Mínimo	Moda
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13					
1	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de pacientes identificados correctamente en la ficha de acceso al centro de salud.”?	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	6	6,85	0,14	7	6	7
2	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de satisfacción de pacientes”?	6	6	7	7	7	7	6	6	6	6	7	7	6	6,46	0,27	7	6	6
3	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de reclamos realizados por los pacientes”?	6	5	6	6	5	6	6	6	5	6	7	6	6	5,85	0,31	7	5	6
4	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de médicos por pacientes”?	5	5	7	7	5	6	7	5	6	1	4	5	6	5,31	2,56	7	1	5
5	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de visitas diarias realizadas por el médico a los pacientes”?	5	5	7	7	5	6	7	5	5	1	4	6	5	5,23	2,53	7	1	5

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 9: Resultado de encuesta Jerarquización de indicadores para el Factor Eficacia.

Para medir el Factor EFICACIA																			
N°	Indicador	Calificación según Encuestado													Promedio	Varianza	Máximo	Mínimo	Moda
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13					
1	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de readmisión no programada”?	6	6	6	5	6	6	6	6	5	6	5	6	6	5,77	0,19	6	5	6
2	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de diagnósticos erróneos en un periodo “X” de tiempo”?	7	7	6	7	7	6	6	6	6	4	3	4	5	5,69	1,73	7	3	6
3	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de protocolos definidos por el centro de salud, aplicados a los pacientes”?	7	5	6	7	6	7	7	6	6	3	2	5	6	5,62	2,42	7	2	6
3	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de pacientes evaluados que retornan en 72 horas”?	7	6	6	7	7	7	6	7	6	2	4	4	4	5,62	2,59	7	2	7

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 10: Resultado de encuesta Jerarquización de indicadores para el Factor Oportuna.

Para medir el Factor OPORTUNA																			
N°	Indicador	Calificación según Encuestados													Promedio	Varianza	Máximo	Mínimo	Moda
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13					
1	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de mortalidad de pacientes en urgencias”?	7	7	7	7	7	7	6	7	6	5	5	6	6	6,38	0,59	7	5	7
2	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de uso del sistema de notificación de exámenes alterados según norma local”?	7	6	6	7	6	6	7	7	6	7	5	6	6	6,31	0,40	7	5	6
3	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de <i>triage</i> en urgencias”?	7	6	7	7	7	6	6	7	6	2	7	6	6	6,15	1,81	7	2	7
4	¿Cuán importante es para usted el “Tiempo de espera en urgencias”?	6	7	7	7	7	7	7	6	6	2	3	6	4	5,77	2,86	7	2	7
5	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de equipos médicos disponibles en urgencias para la realización de exámenes”?	6	5	7	7	6	7	7	6	6	1	3	7	5	5,62	3,26	7	1	7
6	¿Cuán importante es para usted la “Tasa de pacientes que abandona la institución antes de ser diagnosticados”?	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	2	5	6	5,46	1,27	6	2	6

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 11: Resultado de encuesta Jerarquización de indicadores para el Factor Equitativa.

Para medir el Factor EQUITATIVA																			
N°	Indicador	Calificación según Encuestados												Promedio	Varianza	Máximo	Mínimo	Moda	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12						13
1	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de reclamos de pacientes que no sienten un trato digno en la atención que reciben por la institución”?	6	4	7	7	7	7	6	7	6	7	7	7	6	6,46	0,77	7	4	7
2	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de médicos con alguna especialidad según la demanda que tiene el centro de salud”?	6	4	7	7	6	6	7	7	6	5	6	6	6	6,08	0,74	7	4	6
3	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de trabajadores del centro de salud que asisten a cursos que capacitan la equidad”?	5	5	7	7	7	6	6	5	6	4	7	6	5	5,85	0,97	7	4	5
4	¿Cuán importante es para usted el “Porcentajes de pacientes extranjeros no atendidos”?	5	4	6	6	5	6	5	6	5	4	7	6	6	5,46	0,77	7	4	6
5	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de inspecciones de comunicación verbal y no verbal que tiene el personal con los pacientes”?	5	4	6	6	4	4	6	6	6	5	6	6	5	5,31	0,73	6	4	6
5	¿Cuán importante es para usted el “Porcentaje de participación y colaboración con otro departamento de salud, organizaciones y agencias de servicios sociales en relación con la forma de adaptar los servicios, programas y enfoques o responder mejor a las necesidades de las poblaciones marginadas”?	5	4	6	6	6	5	5	5	5	6	6	5	5	5,31	0,40	6	4	5

Fuente: Elaboración propia.

