

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE LA SANTÍSIMA CONCEPCIÓN

Facultad de Ingeniería

Ingeniería Civil Industrial



**ANÁLISIS DE INDICADORES PARA MEDIR LA CALIDAD DE LOS PROCESOS  
DESDE UNA PERSPECTIVA EXTERNA A LOS CENTROS DE SALUD**

**KATTERINE JAVIERA WEIBEL PUENTES**

INFORME DE PROYECTO DE TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE

**INGENIERO CIVIL INDUSTRIAL.**

Profesor guía: Dra. María Teresa Bull.

Profesor informante: Dra. Emma Chávez Mora.

CONCEPCIÓN, NOVIEMBRE DE 2016

## **Resumen**

Esta investigación aborda medir la calidad de los procesos en los centros médicos desde una perspectiva externa, a través de establecer indicadores prioritarios para mejorar la Gestión de Calidad en Salud en Chile. Se entiende por control externo al conjunto de políticas, normas, métodos, procedimientos técnicos ejercidos por la Contraloría General de la República y órganos del Estado, que evalúan la gestión y uso de los recursos públicos (Universidad Nacional Mayor de San Marcos , 2016).

La necesidad de realizar esta investigación se debe por los servicios que prestan los centros de salud y por la forma con que éstos son controlados por los entes reguladores, tanto en el sector público como privado. Tal divergencia se demuestra al observar las preferencias de los usuarios en el sistema de salud, ya que prefieren el sector privado al público, cuando son ellos los que toman la decisión de donde atenderse, lo cual se verificó mediante el estudio y análisis realizados por Clínicas de Chile A.G. (2013). Aquí también se evidenció que -según la percepción de los usuarios- el sector privado posee mejor calidad de atención, procesos y regulación.

Enlazado a esto se constató la confusión manifestada por los usuarios hacia el concepto de calidad, por lo que se hace necesario definir este término en el área de la Salud. Se entiende por calidad el “Grado por el que los servicios asistenciales aumentan la posibilidad de resultados de salud deseados para individuos y poblaciones” (Institute of Medicine, 2001).

Con el fin de lograr el objetivo general: “Establecer indicadores prioritarios para medir la calidad desde una perspectiva de control externo a los centros de salud de atención abierta y/o cerrada”. Se desarrollaron tres objetivos específicos:

- Analizar la reglamentación actual de calidad de los procesos externos de los centros de salud.
- Identificar los principales grupos de indicadores del área de salud de acuerdo a los seis factores de calidad.
- Clasificar los indicadores de mayor importancia para la calidad de los procesos externos de los centros de salud, de acuerdo a los seis factores de calidad definidos por el Institute of Medicine de Estados Unidos.

Para alcanzar los objetivos específicos se utilizó una metodología compuesta de tres fases; así, la fase 1 permitió recopilar información de la reglamentación actual que rige los centros de salud e investigar los indicadores actualmente usados. Luego, en la fase 2, se procedió a buscar indicadores de información complementaria. Posteriormente, se seleccionaron los indicadores de cada grupo de acuerdo a los seis factores de mejora de calidad establecidos por el Institute of Medicine (2001), dichos indicadores serán ordenados por grado de importancia.

De la investigación realizada se generó un listado con los indicadores prioritarios que ayudan a medir la calidad en los procesos de los centros de salud desde una perspectiva de control externa para cada uno de los seis factores de calidad.

El resultado de la investigación de acuerdo al grado de importancia de los factores dio el siguiente orden: Seguridad, Oportuna, Atención Centrada en el Paciente, Eficacia, Eficiencia y Equitativa.

## **Abstract**

This research addresses measure the quality of processes in medical centers from an external perspective, by establishing priority indicators to improve Quality Management in Health in Chile. It is understood by external control to the set of policies, standards, methods, technical procedures exercised by the Comptroller General of the Republic and State agencies, which assess the management and use of public resources (National University of San Marcos, 2016).

The need for this research is because of services provided by health centers and the way that these are controlled by regulatory bodies, both in the public and private sectors. Such divergence is demonstrated by observing the preferences of users in the health system, preferring the private sector to the public, when it is they who make the decision where addressed, which was verified the study and analysis performed by Clinics of Chile A.G. (2013). Here also it is evident that -according to the perception of the users- the private sector has better quality of care, processes and regulation.

Linked to this the confusion expressed by users towards the concept of quality is found, so it is necessary to define this term in the area of the Health. Quality it is understood as the “Grade by which care services increase the likelihood of desired health outcomes for individuals and populations” (Institute of Medicine, 2001).

In order to achieve the overall objective: “Establish priority indicators to measure quality from the perspective of external control to health care centers open and/or closed”. Three specific objectives were developed:

- Analyze the current regulation of quality of the external processes of health centers.
- Identify the major groups of indicators of the area of health according to the six factors of quality.
- Classify the indicators of greater importance to the quality of the external processes of health centers, according to the six factors of quality defined by the Institute of Medicine of the United States.

To achieve the specific objectives was used a methodology consisting of three phases; thus, the phase 1 allowed collect information from the current regulations governing the health centers and investigate the indicators currently used. Then, in the phase 2, we proceeded to look for indicators of complementary information. Subsequently, we selected indicators from each group according to the six factors of improvement of quality established by the Institute of Medicine (2001), these indicators will be sorted by degree of importance.

From the research performed a list was generated with the priority indicators that help measure quality in processes of health centers from a perspective of external control for each of the six factors of quality.

The result of the research according to the degree of importance of factors gave the following order: Security, Timely, Attention Focused on the Patient, Effectiveness, Efficiency and Equitable.

## **Dedicatoria**

Dedicado a mis  
Padres.

## Índice General

<b>Resumen</b> .....	ii
<b>Abstract</b> .....	iv
<b>Dedicatoria</b> .....	vi
<b>Índice de Tablas</b> .....	x
<b>Índice de Figuras</b> .....	x
<b>Índice de Ecuaciones</b> .....	x
<b>CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>1.1 Descripción del Problema</b> .....	1
<b>1.2 Justificación de la Investigación</b> .....	3
<b>1.4 Delimitación de la Investigación</b> .....	5
<b>1.5 Objetivos</b> .....	6
1.5.1 General.....	6
1.5.2 Específicos.....	6
<b>1.6 Metodología aplicada</b> .....	7
<b>1.7 Técnica y tipo de investigación</b> .....	8
1.7.1 Método de análisis y síntesis.....	8
1.7.2 Investigación Exploratoria.....	9
<b>1.8 Estructura del documento</b> .....	11
<b>CAPÍTULO 2: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA</b> .....	12
<b>2.1 Calidad</b> .....	12
<b>2.2 Indicadores</b> .....	15
2.2.1 Características de los Indicadores.....	15
2.2.2 Tipos de Indicadores.....	16
2.2.2.1 <i>Indicadores de Gestión</i> .....	16
2.2.2.2 <i>Indicadores de Calidad</i> .....	17
2.2.2.3 <i>Indicadores de Desempeño</i> .....	20
2.2.3 Construcción de Indicadores.....	22

2.2.4 Selección de Indicadores .....	24
2.2.4.1 Criterios de Selección de Indicadores de Calidad .....	25
<b>CAPÍTULO 3: DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL EN CHILE.</b> .....	<b>26</b>
<b>3.1 Una Visión Global de Calidad en Salud</b> .....	<b>26</b>
<b>3.2 Normas para Centros de Salud en Chile</b> .....	<b>27</b>
<b>3.3 Entes Reguladores del Sector de Salud</b> .....	<b>29</b>
<b>3.4 Acreditación para Centros de Salud en Chile</b> .....	<b>31</b>
3.4.1 Proceso de Acreditación .....	32
3.4.1.1 La Etapa de Planificación e Implementación de calidad .....	33
3.4.1.2 Etapa del Proceso de Acreditación .....	33
<b>CAPITULO 4: MEDICIÓN DE CALIDAD DE SALUD EN CHILE</b> .....	<b>34</b>
<b>4.1 Parámetros de Cumplimiento para Acreditarse en Salud</b> .....	<b>34</b>
<b>CAPÍTULO 5: RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN PRIMARIA</b> .....	<b>52</b>
<b>5.1 Plan de investigación e Hipótesis</b> .....	<b>52</b>
<b>5.2 Recolección de datos</b> .....	<b>52</b>
<b>5.3 Muestra objeto</b> .....	<b>52</b>
<b>5.4 Esquema de la encuesta</b> .....	<b>53</b>
<b>CAPÍTULO 6: CLASIFICACIÓN DE LOS INDICADORES PROPUESTOS A LOS SEIS FACTORES DE MEJORA DE CALIDAD EN SALUD</b> .....	<b>55</b>
<b>CAPÍTULO 7: RESULTADOS</b> .....	<b>60</b>
<b>7.1 Priorización de los Factores</b> .....	<b>61</b>
<b>7.2 Jerarquización de los indicadores para cada Factor</b> .....	<b>62</b>
<b>CAPITULO 8: CONCLUSIONES</b> .....	<b>72</b>
<b>REFERENCIAS</b> .....	<b>74</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>77</b>
<b>Anexo 1: Reseña Código Sanitario</b> .....	<b>77</b>
<b>Anexo 2: Encuesta validada</b> .....	<b>80</b>
<b>Anexo 3: Priorización de los Factores</b> .....	<b>86</b>
<b>Anexo 4: Jerarquización Indicadores Factor Seguridad</b> .....	<b>87</b>
<b>Anexo 5: Jerarquización Indicadores Factor Oportuna</b> .....	<b>88</b>
<b>Anexo 6: Jerarquización Indicadores Factor Atención Centrada en el Paciente</b> .....	<b>89</b>

<b>Anexo 7: Jerarquización Indicadores Factor Eficacia.....</b>	<b>90</b>
<b>Anexo 8: Jerarquización Indicadores Factor Eficiente .....</b>	<b>91</b>
<b>Anexo 9: Jerarquización Indicadores Factor Equitativo.....</b>	<b>92</b>
<b>Anexo 10: Priorización de los Factores por Centro de Salud.....</b>	<b>93</b>

## Índice de Tablas

Tabla 1: Definiciones de calidad asistencial .....	13
Tabla 2: Los seis factores de calidad en salud .....	14
Tabla 3: Indicador de calidad.....	19
Tabla 4: Criterio para seleccionar indicadores.....	24
Tabla 5: Listado de cumplimiento de ámbitos para centros de salud tanto en atención cerrada y abierta. ....	36
Tabla 6: Indicadores seleccionado y creados para el Factor Seguridad.....	55
Tabla 7: Indicadores seleccionados y creados para el Factor Eficacia. ....	56
Tabla 8: Indicadores seleccionados y creados para el Factor Atención Centrada en el Paciente. ....	57
Tabla 9: Indicadores seleccionados y creados para el Factor Oportuna. ....	58
Tabla 10: Indicadores seleccionados y creados para el Factor Equitativo.....	58
Tabla 11: Indicadores seleccionados y creados para el Factor Eficiente. ....	59
Tabla 12: Priorización de los factores a través de los resultados de la encuesta. ....	61
Tabla 13: Jerarquización indicadores del Factor Seguridad. ....	63
Tabla 14: Jerarquización indicadores del Factor Oportuna.....	65
Tabla 15: Jerarquización indicadores del Factor Atención Centrada en el Paciente. ....	66
Tabla 16: Jerarquización indicadores del Factor Eficacia.....	67
Tabla 17: Jerarquización indicadores del Factor Eficiente. ....	68
Tabla 18: Jerarquización indicadores del Factor Equitativo. ....	70
Tabla 19: Priorización Factores por Centro de Salud. ....	71

## Índice de Figuras

Figura 1: Pasos de la Metodología .....	7
Figura 2: Características mínimas en atención cerrada y abierta.....	48
Figura 3: Pasos en el diseño de cuestionarios .....	53

## Índice de Ecuaciones

Ecuación 1 .....	60
Ecuación 2.....	60

# CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

## 1.1 Descripción del Problema

Las instituciones que prestan servicios de salud en Chile constantemente son criticadas por los usuarios por no otorgar una atención de calidad, independientemente del sector al cual pertenezcan. Existe evidencia de preferencia por atención privada por parte de los usuarios, cuando son ellos quienes deciden; esto se basa en la información obtenida por el estudio y análisis realizado por Clínicas de Chile A.G, (2013); llamado “Dimensionamiento del sector privado en Chile”, en el cual el sector privado entrega un 47% de las prestaciones de salud, siendo de estas un 55% de FONASA<sup>1</sup>.

Actualmente en Chile los usuarios de centros de salud, clínicas, hospitales y/o CESFAM<sup>2</sup> sienten gran molestia e insatisfacción hacia el servicio prestado por estas instituciones, tanto por la atención que entregan como por la calidad con que funcionan dichos establecimientos, especialmente en el sector público, lo que se evidencia gracias a una encuesta realizada por la Universidad Católica Raúl Silva Henríquez; en donde el 75% de la población califica “mala” o “muy mala” la atención. Esto puede ser síntoma del incumplimiento de las normas y acreditaciones que dicta el Ministerio de Salud o alguna Institucionalidad Pública. Es así que el problema de calidad en salud se gatilla por la desigualdad existente en las distintas instituciones del ramo al servicio de los usuarios (Punto final, 2014).

El Ministerio de Salud (MINSAL<sup>3</sup>), al saber la preferencia de los usuarios, ha decidido incluirlo en las decisiones de los centros de atención de salud pública, cuyo foco de interés es mejorar la calidad de la atención.

La propuesta de determinar un grupo de indicadores para controlar la calidad de los servicios prestados por los centros de salud desde una perspectiva externa posibilita controlar el funcionamiento, las acreditaciones y los roles de los diversos centros de salud;

---

<sup>1</sup>FONASA: Fondo Nacional de Salud.

<sup>2</sup> CESFAM: Centros de Salud Familiar.

<sup>3</sup>MINSAL: Ministerio de Salud.

realizar la propuesta bajo los factores de mejora de calidad de salud permite ver la semejanza con otros países, como Estados Unidos.

Determinar los indicadores por estos seis factores apoya la posición de la Superintendencia de Salud, ya que son ellos los que ocupan la definición de: Calidad en la Atención de Salud emitida por la OMS<sup>4</sup>, la que menciona estos factores; dicha información ha sido publicada en el informe “El Sistema Nacional de Acreditación en Salud: Visión de la Superintendencia de Salud”, realizado por Escobar (2013).

El grupo de indicadores propone una manera de medir la calidad de los centros salud, que resulta como producto de la inclusión de lo que se debe cumplir como centro de salud ante la Institucionalidad Pública.

---

<sup>4</sup>OMS: Organización Mundial de la Salud.

## **1.2 Justificación de la Investigación**

Con base en la insatisfacción de los usuarios de hospitales, clínicas y CESFAM, por la calidad que deberían entregar éstos y la errónea definición de calidad que poseen los usuarios, es de importancia establecer indicadores prioritarios para el manejo del control externo de calidad de dichos centros de salud.

Si bien estos centros de salud operan en función de las normas regulatorias que establece el Ministerio de Salud y la Institucionalidad Pública, no han podido convenir un nivel igualitario para ser percibidos por sus usuarios como centros que destaquen y ofrezcan altos estándares de calidad en salud; al contrario y debido a sus habituales deficiencias, los mencionados entes sanitarios provocan decepción, desaliento y desconfianza no sólo en los pacientes sino también en los médicos y en los distintos funcionarios que hacen posible el servicio de la salud en Chile (Punto final, 2014).

Debido a la diferencia en la satisfacción de los usuarios del sector privado y público, que se aprecia a través de la mayor preferencia de los usuarios por el sector privado ante el público, deja en evidencia la importancia que ha tomado la salud privada en Chile. En el año 2012 el sector privado otorgó un 47% del total de las prestaciones de salud en Chile, siendo de ellas un 55% de FONASA, lo cual demuestra que las personas prefieren el sector privado sobre el público en condiciones de libre elección (Clínicas de Chile A.G , 2013).

Es sustancial tener indicadores que permitan medir la calidad desde una perspectiva de control externo a los centros de salud, ya que los indicadores de calidad se basan en datos que faciliten dar una valoración a procesos, productos y servicios que son realizados en los centros de salud con el objeto de aumentar o mantener la satisfacción y la eficacia en la atención de los clientes.

El Ministerio de Salud de Chile cuenta con un programa de Acreditación en Calidad y Seguridad del Paciente. El Hospital Higuera de Talcahuano recibió su acreditación el 24 de abril de 2015; en dicha instancia el Superintendente Pavlovic declaró: “la Región del BíoBío lidera las acreditaciones a nivel nacional, contabilizando un total de 14 centros

certificados, 8 de los cuales son públicos (6 hospitales y 2 CESFAM) y 6 centros privados. Entre ellos contamos el Hospital de Tomé -el primero en acreditarse en el sur-, Herminda Martín de Chillán, San José de Coronel y San Carlos. Además, los primeros CESFAM de Chile: Juan Soto Fernández y Lorenzo Arenas de Concepción” (Superintendencia de Salud, 2015).

Si actualmente existe la Acreditación en Calidad y Seguridad del Paciente, también es posible realizar un estudio en el cual se puedan establecer indicadores prioritarios para medir la calidad desde una mirada de control externo a los centros de salud para que éstos cumplan con la calidad más allá de sus áreas funcionales propias y básicas, extendiéndose hasta integrar éticas humanitarias, normas, leyes y financiamiento.

Para ello, entonces, se requiere establecer indicadores prioritarios que sean controlados por el Ministerio de Salud y la Institucionalidad Pública (organismos externos a los centros de salud) con la finalidad de mejorar la gestión de la calidad de los servicios ofrecidos por los distintos centros de salud que posee el país. Para que esto ocurra es preciso que la atención en los centros se forme de buena calidad: eficiente, segura, cálida y respetuosa (Servicio de Salud Talcahuano, 2011). También deben existir acuerdos entre médicos, usuarios y el ente regulador para la satisfacción de las partes, de manera de facilitar la toma de decisiones.

## **1.4 Delimitación de la Investigación**

Se fija que se determinarán los indicadores prioritarios para el manejo del control externo en el área de calidad de los centros de salud, limitándose especialmente a hospitales, clínicas y postas de atención cerrada y/o abierta, siendo estos la base de estudio, permitiendo su control con base en sus indicadores.

Se considera el tipo de atención de los centros de salud, puesto que se diferencia según el perfil de paciente que se atiende. Es decir, la atención cerrada se brinda en hospitales y clínicas donde los pacientes necesiten hospitalización, o sea pernocten en las instalaciones. La atención abierta, en cambio, es propia de consultorios y postas rurales, donde la atención proporcionada a los pacientes es ambulatoria.

Los indicadores se determinarán de acuerdo a los seis factores de mejora de calidad propuestos por el Institute of Medicine (IOM<sup>5</sup>) de EE.UU., los cuales son: Seguridad, Eficacia, Centrada en el paciente, Oportuna, Eficiente y Equitativa (Institute of Medicine, 2001). Los cuales son los mismos en que se basa la Superintendencia de Salud Chilena, en el artículo: El Sistema Nacional de Acreditación de Calidad en Salud: Visión de la Superintendencia de Salud (Escobar, 2013); para definir la calidad en la atención en salud y a su vez el camino del proceso de acreditación.

De esta forma, los indicadores prioritarios para el control externo de los centros de salud permitirán tener información más clara y transparente acerca de cómo funcionan y cuál es el rendimiento de éstos.

La investigación no incluye la implementación de los indicadores prioritarios para el control externo, pero permitirá determinar una base con la cual los centros de salud puedan guiarse, para que sean vistos por los usuarios/pacientes como centros que se preocupan de obtener altos estándares de calidad en la salud.

---

<sup>5</sup>IOM: Institute of Medicine.

## **1.5 Objetivos**

### 1.5.1 General

Establecer indicadores prioritarios para medir la calidad desde una perspectiva de control externo a los centros de salud de atención abierta y/o cerrada.

### 1.5.2 Específicos

- Analizar la reglamentación actual de calidad de los procesos externos de los centros de salud.
- Identificar los principales grupos de indicadores del área de salud de acuerdo a los seis factores de calidad.
- Clasificar los indicadores de mayor importancia para la calidad de los procesos externos de los centros de salud, de acuerdo a los seis factores de calidad definidos por el Institute of Medicine de Estados Unidos.

## 1.6 Metodología aplicada

En el presente trabajo se realizó una investigación para proponer indicadores que miden la calidad de la salud de los procesos desde una perspectiva externa a los centros de salud, además se evaluó el grado de importancia de los indicadores con un ranking de preferencias.

Lo primero a desarrollar fue la definición del problema. Además de la definición de objetivos y la delimitación de la investigación. Se aplicó la metodología que se muestra en la figura 1.

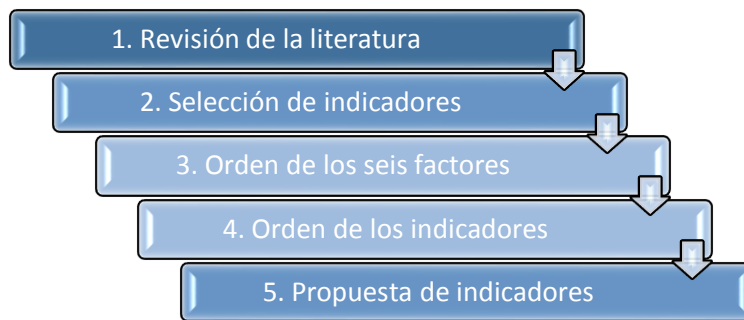


Figura1: Pasos de la Metodología

La metodología parte con el estudio y recolección de información existente, la cual entrega conceptos y herramientas, a través de la revisión de la literatura mediante el método de análisis-síntesis, aplicado principalmente en los Manuales de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud de atención cerrada y abierta. El análisis de estos manuales permitió conocer los ámbitos, componentes y características exigidas a los centros de salud para su acreditación, como también proponer los indicadores para esta investigación.

Junto a ello, se utiliza la investigación exploratoria. La investigación exploratoria está diseñada para obtener un análisis preliminar de la situación en estudio, además de tener la característica de flexibilidad ante sucesos inesperados y el descubrimiento de información.

Una vez terminada la revisión de la literatura y obtenido la selección de indicadores, se agruparon los indicadores a los seis factores de mejora de calidad en salud: seguridad, eficacia, centrada al paciente, oportuna, eficiente y equitativo.

En el desarrollo de la última etapa de la investigación se consultó a profesionales del área de la salud, a los cuales se les aplicó una encuesta, con la finalidad de obtener una calificación para los factores e indicadores. Con los resultados de la encuesta se conoce la importancia que le dan los expertos a los factores e indicadores. Finalmente para ordenar ambos resultados y determinar el grupo de indicadores por factor, se aplicó método de análisis jerárquico para el orden de los seis factores, como también ranking de preferencias para el orden de los indicadores, con la ayuda de herramientas estadísticas como: promedio, varianza, mínimo y máximo.

## **1.7 Técnica y tipo de investigación**

### **1.7.1 Método de análisis y síntesis**

Este método consiste en la separación de un todo en partes, para estudiarlas en forma individual es decir el “análisis”, y su unión para estudiarlos en su totalidad es decir “síntesis”.

El análisis es la separación de un todo en sus partes constitutivas con el objeto de estudiarlas por separado, como también las relaciones que la unen. La síntesis es la reunión de los elementos y/o partes para analizar su naturaleza y comportamiento dentro de un todo (Universidad Nacional Autónoma de México, 2010).

Los elementos del método de análisis-síntesis son:

- a. Observación: de un fenómeno, sus hechos, comportamiento, partes y componentes.

- b. Descripción: identificar todos sus elementos, partes y componentes para poder entenderlo.
- c. Examen crítico: es revisar rigurosamente cada uno de los elementos de un todo.
- d. Descomposición: análisis exhaustivo de todos los detalles, comportamientos y características de cada uno de los elementos pertenecientes al todo.
- e. Enumeración: división de los componentes a fin de identificarlos, registrarlos y establecer sus relaciones con los demás.
- f. Ordenación: armar y reacomodar cada una de las partes del todo.
- g. Clasificación: ordenar cada una de las partes por clases, siguiendo el patrón del fenómeno analizado, para conocer sus características, detalles y comportamiento.
- h. Conclusión: analizar los resultados obtenidos, estudiarlos y dar una explicación del fenómeno.

### 1.7.2 Investigación Exploratoria

La investigación exploratoria resulta conveniente cuando la investigación en sus objetivos incorpora: identificación de problemas u oportunidades, desarrolla una representación exacta de un problema u oportunidad identificados superficialmente, consigue un punto de vista con respecto a la relación con las variables insertas en la situación, define prioridades según la importancia del problema u oportunidad, consigue una expectativa de la gerencia y del investigador de acuerdo a la naturaleza del problema, reconoce y propone cursos de acción alternativos y recopila información de los problemas de realizar una investigación concluyente.

Generalmente la investigación exploratoria es la fase inicial en estudios enfocados en la toma de decisiones. El objeto de la investigación es formular una hipótesis en relación con el problema y/u oportunidad identificado. El término hipótesis se refiere a un enunciado con base en supuestos.

La investigación exploratoria es adecuada para este estudio, ya que está diseñada para obtener un análisis preliminar de la situación. La característica de esta investigación es la

flexibilidad ante sucesos inesperados y el descubrimiento de información. La investigación exploratoria tiene como fuentes de información la observación, datos secundarios, entrevistas con expertos, entrevistas con grupos de personas bien informados e historia de casos (Kinneer y Taylor, 1998).

Además, la investigación exploratoria es apropiada a esta investigación, porque ya se ha definido el problema de la investigación; la investigación exploratoria es de gran ayuda para reconocer cursos de acción. La idea principal es tener un conjunto de alternativas a evaluar con el objeto de incluir la mejor.

Diseñar la investigación es la guía básica para la recolección y análisis de datos, pues posibilita especificar el tipo de información que se recogerá, la fuente de datos y el procedimiento de la recolección de los mismos. Diseñar de forma adecuada avala que la información obtenida es consistente con los objetivos del estudio.

La recolección de datos en la investigación exploratoria se obtiene mediante la aplicación de técnicas cualitativas, como grupo foco y entrevistas a profundidad, técnicas que permiten gran flexibilidad por la forma con que se realizan las preguntas.

Las características de las técnicas cualitativas son las siguientes:

- i. Se usa un grupo pequeño de muestras.
- ii. La información está relacionada con las motivaciones, creencias, sentimientos y actitudes del encuestado.
- iii. Domina un enfoque intuitivo y subjetivo en la recolección de datos.
- iv. La recolección de los datos es de respuesta abierta.
- v. Este enfoque no intenta proveer datos estadísticos o científicos exactos.

Las metodologías grupo foco y entrevista en profundidad son técnicas no estructuradas-directas, las cuales no siguen un formato definido, pero sí obtienen información directa del encuestado sobre el tema en discusión.

Grupo foco: es una discusión interactiva sutilmente estructurada, guiada por un moderador en conjunto con un grupo pequeño de encuestados.

Entrevista en profundidad: es una entrevista personal no estructurada cuya finalidad consiste en que el entrevistado responda libremente, y deje en claro sus creencias y sentimientos sobre el tema en discusión.

### **1.8 Estructura del documento**

El informe se organiza de la siguiente manera: En el segundo capítulo se realiza un análisis bibliográfico. El tercer capítulo muestra el diagnóstico de la situación actual; el cuarto capítulo trata de indicadores vinculados a las características de medición de calidad; el quinto capítulo trata de la recolección de información primaria; el capítulo seis muestra los indicadores para cada factor. Finalmente en el capítulo siete y ocho se entregan los resultados obtenidos y conclusiones de la investigación respectivamente.

## **CAPÍTULO 2: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

### **2.1 Calidad**

Dada la perspectiva multidimensional que tiene el concepto de calidad es difícil encontrar una definición única. En términos generales, el concepto de calidad tiene “relación con la percepción de las personas sobre el grado en que una serie de características inherentes cumplen con las expectativas o requisitos de algún bien o servicio” (Asociación española para la calidad, AEC; 2015).

A medida que ha pasado el tiempo el concepto de calidad ha ido cambiando, es por ello que en el siglo XX se definió como “satisfacción de las expectativas del cliente” (Feigenbaum, 1951), “cumplimiento de los requisitos” (Crosby, 1979), “mínima pérdida a la sociedad” (Tagushi, 1979), “adecuación al uso” (Juran, 1988) o “satisfacción del cliente” (Deming, 1988).

La calidad enfocada a la salud ha sido definida de varias maneras, ya que depende del contexto en el cual se va a emplear. En medicina, “calidad” se aplica al grado de excelencia, a la perfección de un proceso, a la obtención de buenos resultados con una determinada técnica o procedimiento (García, 2001).

El concepto de calidad en salud, a través de los años, también ha sido precisado por distintos autores y organizaciones. La tabla 1 resume las definiciones de calidad asistencial y señala autor, año y definición de la misma.

**Tabla 1: Definiciones de calidad asistencial**

<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Definición</b>
Donabedian	1980	Modelo esperado para maximizar el nivel de bienestar del paciente, una vez considerado el balance de beneficios y pérdidas esperadas en todas las fases del proceso asistencial.
Ministerio de Sanidad (Reino Unido)	1997	Realizar las cosas adecuadas (qué) a las personas adecuadas (a quién) en el momento preciso (cuándo) y hacer las cosas bien a la primera vez.
Consejo de Europa	1998	Grado por el que el tratamiento entregado aumenta las posibilidades del paciente de alcanzar los resultados deseados y reduce las posibilidades de resultados indeseados, considerando el estado de conocimiento actual.
OMS	2000	Nivel de realización de objetivos para mejorar la salud en los sistemas sanitarios y de receptividad a las expectativas legítimas de la población.
Instituto de Medicina (IOM)	2001	Grado por el que los servicios asistenciales aumentan la posibilidad de resultados de salud deseados para individuos y poblaciones.

Fuentes: Donabedian 1980; Ministerio de Sanidad (Reino Unido) 1997; Consejo de Europa 1998; OMS 2000; Instituto de Medicina (IOM) 2001.

Para que surjan avances en la atención de salud se debe comenzar con que todos los grupos de atención de salud (profesionales de la salud, compradores, políticas estatales, sector público y privado, reguladores, etc.) se comprometan a cumplir los seis factores de mejora establecidos por el Institute of Medicine (2001). Estos tienen sus cimientos en la atención de la salud sea segura, eficaz, centrada en el paciente, oportuna, eficiente y equitativa. La tabla 2 resume las definiciones de los seis factores de mejora de calidad.

**Tabla 2: Los seis factores de calidad en salud**

<b>Factor</b>	<b>Definición</b>
Seguridad	Evitar el daño corporal real o potencial que lesionen a los pacientes que ya están siendo tratados.
Eficacia	Se refiere a entregar los procesos de atención y lograr los resultados, con el apoyo de la evidencia científica.
Atención centrada en el paciente	Se refiere a satisfacer las necesidades del paciente respetando sus preferencias, siendo éstas la guía de todas las decisiones clínicas.
Oportuna	Se relaciona con obtener la atención necesaria y disminuir los tiempos de espera y retrasos, con el objeto que no sean perjudiciales tanto a pacientes como a personal médico.
Eficiente	Otorgar un servicio de atención en que se eviten residuos, ya sea en suministros, equipos, energía, etc.
Equitativo	Dar atención de calidad igualitaria a los pacientes, sin discriminar según sean sus características personales, como: el género, el origen étnico, la ubicación geográfica y el nivel socio-económico.

Fuente: Institute of Medicine (2001).

## 2.2 Indicadores

Si bien existen varias definiciones de indicadores, no se puede señalar solo una. Por ejemplo, Mondragón (2002), los define como:

“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”.

La definición más usada, ya sea por autores u organismos, es la definición enunciada en 1966 por Bauer, citado por (Mondragón, 2002, pág. 52), que dice lo siguiente:

“Los indicadores sociales (...) son estadísticas, serie estadística o cualquier forma de indicación que 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”.

Es así como la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1981), también ha definido a los indicadores como: “Variables que sirven para medir los cambios”.

### 2.2.1 Características de los Indicadores

Los indicadores deben cumplir con algunas características, es decir, que tengan las siguientes atribuciones: (1) *sensibilidad* (capaz de comprender los cambios), (2) *confiabilidad*, (3) *especificidad* (exhibir exclusivamente los cambios de una determinada situación) y de (4) *validez* (que midan lo establecido).

En el caso de indicadores del área de la salud, éstos se refieren a que son instrumentos para la evaluación de distintas actividades de los centros médicos con la finalidad de configurar

una representación de la situación actual. En ocasiones los indicadores pueden verse afectados por más de una situación o fenómeno.

Los indicadores permiten evaluar las actividades de los centros de salud, dan a conocer desviaciones, falencias o ejecuciones erróneas, por lo cual con ellos se toman decisiones para el mejoramiento de la calidad de atención. La finalidad de estos indicadores de salud es compararlos con estándares nacionales o internacionales.

### 2.2.2 Tipos de Indicadores

Aunque existen diversos tipos de indicadores, ellos dependen del área en la cual se va a utilizar; en forma genérica se pueden identificar indicadores simples o sintéticos. Los indicadores simples están relacionados con la estadística, a su vez, los indicadores sintéticos reflejan la situación general de organizaciones. Como también los indicadores de gestión, desempeño y calidad que son reiterativos en la literatura y son los estudiados para realizar este trabajo.

#### 2.2.2.1 *Indicadores de Gestión*

Basándose en el artículo de Pérez (1999), los indicadores de gestión se entienden como la expresión cuantitativa del comportamiento o el desempeño de toda una organización o una de sus partes, cuya magnitud, al ser comparada con algún nivel de referencia, puede estar señalando una desviación sobre la cual se toman acciones correctivas o preventivas según el caso.

Es así como los indicadores de gestión tienen por objetivo medir en forma global y apreciar el resultado obtenido de diversas actividades.

#### 2.2.2.2 Indicadores de Calidad

Son instrumentos que permiten medir, que se basan en hechos y datos, que facilitan valorar la calidad de procesos, productos y servicios con el objeto de mantener la satisfacción de los clientes.

Los indicadores de calidad influyen en los indicadores de gestión, que a su vez son utilizados por la dirección de la organización para proponer y realizar acciones correctivas.

Según la Organización Pan-Europea de Planificación y Gestión de los Espacios Protegidos de España (EUROPARC, 2002), los indicadores de calidad deben ser:

- i. Realistas: enlazados a dimensiones significativas de la calidad ya sea en procesos, productos y/o servicios.
- ii. Efectistas: su centro de acción es el impacto de la calidad.
- iii. Visibles: representación gráfica, que sea de fácil interpretación y accesible a las personas relacionadas con el análisis.
- iv. Sensibles: a los cambios relacionados que puedan ocurrir al parámetro de estudio.
- v. Económicos: que sean fáciles de calcular y gestionar.

##### 2.2.2.2.1 Clasificación Indicadores de Calidad

Se pueden clasificar de acuerdo al horizonte de planificación, según (Rafael, David y Rincón, 1998), es decir, en:

- i. Corto plazo: relacionados con los objetivos que proponen las instituciones y organizaciones en el diario vivir, esto es, día a día.
- ii. Mediano y largo plazo: relacionados con objetivos que toman más tiempo, para lo cual se toma en cuenta el comportamiento de los sistemas y procesos.

Según el informe desarrollado por EUROPARC- España, (2002), llamado “Manual Guía para la Definición e Implantación de un sistema de Indicadores de Calidad”, los indicadores de calidad pueden clasificarse en:

- i. Generales: indican el incumplimiento de algún servicio en forma general.
- ii. Específicos: parecidos a los generales, pero hacen referencia a un servicio en particular o a una falla determinada.
- iii. Ponderados: relacionados con un valor, independiente de una asociación económica.

En el informe realizado por EUROPARC- España, (2002), los indicadores también pueden clasificarse en:

- i. Conformidad: índices que constantemente se evalúan para ver el grado de cumplimiento, con las especificaciones, requisitos del cliente o antes alguna inspección.
- ii. Servicio: relacionados con el trato, amabilidad, capacidad de respuesta, etc.
- iii. Satisfacción: toman la evaluación del cliente acerca de la calidad de un servicio.

A modo de resumen la tabla 3 muestra la definición y clasificación del Indicador de calidad, según autores.

**Tabla 3: Indicador de calidad**

Tipo de indicador	Definición			
Calidad	Son instrumentos que permiten medir, que se basan en hechos y datos, que nos facilitan valorar la calidad de procesos, productos y servicios con el objeto de mantener la satisfacción de los clientes.			
	<b>Autores</b>			
	EUROPARC (2002)		Rafael, David y Rincón (1998)	
	<b>Clasificación</b>	<b>Características</b>	<b>Clasificación</b>	<b>Características</b>
	Generales	Incumplimiento de algún servicio.	Corto plazo	Relacionados con los objetivos del diario vivir.
	Específicos	Hacen referencia a un servicio en particular o falla		
	Ponderados	Relacionados con un valor, es la importancia de cumplir.		
	Conformidad	Grado de cumplimiento.	Mediano y Largo plazo	Consideran el comportamiento de los objetivos en el tiempo.
	Servicio	Relacionado con el trato, amabilidad, capacidad de respuesta.		
	Satisfacción	Evaluación del Cliente.		

Fuente: Basado en EUROPARC (2002) y Rafael, David y Rincón (1998).

#### 2.2.2.2.2 *Tipos de Indicadores de Calidad*

De acuerdo a lo señalado con EUROPARC- España (2002), es posible reunir los indicadores en tres tipos de carácter global, los cuales son:

- i. *Indicador de calidad del proceso y/o actividad*: plasman el grado de cumplimiento de especificaciones establecidas de la organización, basándose en datos autoproducidos.
- ii. *Indicadores de calidad del servicio*: revelan las características del servicio otorgado al usuario, usando recopilación interna de datos para inspeccionar.
- iii. *Indicador de calidad de la percepción del visitante*: reflejan la opinión del usuario, en cuanto hayan recibido el servicio. La opinión de los usuarios es obtenida mediante encuestas o algún método similar.

#### 2.2.2.3 *Indicadores de Desempeño*

En la literatura se encuentran diversas definiciones de indicadores de desempeño. Stubbs (2004), ha citado a los siguientes autores:

- i. McClure (1990) define los indicadores de desempeño como herramientas de gestión que son utilizados tanto en entradas (indicadores en relación con recursos esenciales para proveer un servicio), procesos o actividades (cómo es utilizado un recurso), indicadores de los servicios resultantes del uso de esos recursos y el impacto (el efecto de esas salidas sobre otras variables o factores).
- ii. Bruusgaard (1995): los indicadores de desempeño han sido creados para establecer la comparación de elementos cuantitativos en diferentes combinaciones.
- iii. Lakos (1997) determina los indicadores de desempeño como la diferencia entre las mediciones de las entradas y salidas. Las entradas abarcan: personal, materiales y recursos financieros, a diferencia de las salidas que identifica los resultados o productos y mediciones del rendimiento o de impacto y el grado de satisfacción de los clientes.

De acuerdo a los autores mencionados anteriormente los indicadores de desempeño son usados en gran medida en propuestas relacionadas con la medición de recursos, procesos y productos. Por esto, los indicadores de desempeño son un conjunto de herramientas que apuntan al desempeño organizacional, que son la base del éxito presente y futuro de las organizaciones.

Una definición general de indicador de desempeño es la que plantea (Armijo, 2011) “los indicadores de desempeño son medidas que describen cuán bien se están desarrollando los objetivos de un programa, un proyecto y/o la gestión de una institución.”

#### *2.2.2.3.1 Tipos de Indicadores de Desempeño*

Para los tipos de indicadores de desempeño existen diversas tipologías establecidas por distintos autores que abarcan seis o más categorías; considerando lo anterior, se considera la taxonomía de (Armijo, 2011), según la cual hay dos grupos de indicadores:

- i. Indicadores que entregan información de los resultados desde el punto de vista de la actuación pública en la generación de los productos incluyendo indicadores de:
  - *Insumos o estructura (inputs)*: determina los recursos físicos, humanos y/o financieros, ocupados en la realización de bienes y/o servicios. Por ejemplo: número de profesionales y días de trabajo consumidos, etc.
  - *Procesos o actividades*: cuantifican las actividades relacionadas con la ejecución o la forma en que el trabajo es realizado para la producción de bienes y/o servicios. Por ejemplo: días de demora del proceso de compra.
  - *Productos (outputs)*: cuantifican los bienes y/o servicios realizados por la organización. Por ejemplo: número de vacunaciones realizadas.
  - *Resultados finales (outcomes)*: miden los efectos finales realizados por la organización una vez que el bien y/o servicio fue entregado. Por ejemplo: porcentaje de pacientes dados de alta.

Este primer grupo se refiere a la medición de las variables principales, relacionadas con cumplir los objetivos de cuántos insumos se utilizan, cuántos productos y/o servicios fueron entregados y cuáles son las consecuencias finales de los propósitos logrados.

ii. Indicadores desde el punto de vista del desempeño de dichas actuaciones en las dimensiones de:

- Eficiencia
- Eficacia
- Calidad
- Economía

Este segundo grupo tiene relación con el juicio de valor; es decir a una opinión, asociado una vez realizada la atención e intenta buscar respuesta a: se cumplieron los objetivos, cuál es el nivel de satisfacción de la calidad percibida por los usuarios y si fue oportuno el servicio.

### 2.2.3 Construcción de Indicadores

Para la construcción de indicadores es necesario considerar que los indicadores se basan en dos criterios, (Druker, 1999) citado por Stubbs (2004), menciona:

- i. Criterio cualitativo: este criterio brinda una información perceptiva, intangible, subjetiva y difícil de asimilar.
- ii. Criterio cuantitativo: este criterio se caracteriza por usar métodos estandarizados, fundamentales para corroborar si los recursos se utilizan adecuadamente y enfocado a la producción de resultados.

Ambos criterios facilitan conocer si los recursos entregados son utilizados de manera adecuada y enfocados a generar resultados. En el caso del criterio cualitativo, entrega información amplia, intangible la mayor parte del tiempo, subjetiva y difícil de comprender. Por otra parte, el criterio cuantitativo ocupa procedimientos estandarizados por lo cual ofrece información exacta.

Trzesniak (1998), citado por Stubbs (2004), propone un método para la construcción de indicadores cuantitativos, definiendo tres etapas:

- i. Etapa anterior a obtener información: se realiza una propuesta con los indicadores que impliquen una respuesta directa o indirecta a la respuesta que se evaluará.
- ii. Etapa de obtención de información: cumplida la etapa anterior se hace una base con los datos brutos, luego se interpreta con la finalidad que la información resultante sea realmente significativa.
- iii. Etapa de perfeccionamiento de la relación indicador- información: se efectúa un refinamiento de la información y se buscan valores de referencia para comparar, con el objeto que la información se convierta en metas a superar.

Asimismo, Guinart (2004) propone un método más eficaz para la construcción de indicadores, en el cual debe haber un consenso entre los miembros de la organización en la que será aplicado el método. Por lo cual, para la construcción de los indicadores, la organización debe reflexionar y formularse las siguientes preguntas:

- a. ¿Qué hace la organización?: el objeto de esta pregunta es que la organización tenga claro cuáles son sus principales actividades, con el propósito de trabajar en torno a ellas y tener algún conocimiento a priori de lo que puede obtener.
- b. ¿Qué se desea medir?: para esta interrogante es necesario tener una selección de las actividades que se consideren prioritarias dentro de la organización; para ello se establece una relación de valoración (ejemplo: de 0 a 10).
- c. ¿Quién utilizará la información?: luego de tener descritas y valoradas las actividades de la organización, se selecciona a quiénes les llegará esta información.
- d. ¿Cada cuánto tiempo?: en esta fase se debe determinar cada cuánto tiempo se desea obtener información, es decir, los indicadores poseerán una frecuencia de tiempo en el momento de ser necesitados.

- e. ¿Con qué se compara?: a fin de obtener comparaciones se deben establecer referentes respecto a su estructura, proceso o resultado, ya sea en procesos internos o externos de la organización.

#### 2.2.4 Selección de Indicadores

Un indicador debe ser fácil de comprender e interpretar para establecer relación con otros indicadores para medir una situación o fenómeno en estudio; es decir el indicador debe ser comparado en tiempo y espacio, debe ser elaborado sencillo, automático, sistemático y continuo (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2012).

Para que un indicador sea adecuado debe responder afirmativamente a todas las preguntas indicadas en la tabla 4.

**Tabla 4: Criterio para seleccionar indicadores**

<b>Criterio de Selección</b>	<b>Pregunta</b>	<b>Objetivo</b>
Pertinencia	¿El indicador expresa qué se quiere medir de forma clara y precisa?	Busca que el indicador permita describir la situación o fenómeno determinado, objeto de la acción.
Funcionalidad	¿El indicador es monitoreable?	Verifica que el indicador sea medible, operable y sensible a los cambios registrados en la situación inicial.
Disponibilidad	¿La información del indicador está disponible?	Los indicadores deben ser contruidos a partir de variables sobre las cuales exista información estadística, de tal manera que puedan ser consultados cuando sea necesario.
Confiabilidad	¿De dónde provienen los datos?	Los datos deben ser medidos siempre bajo ciertos estándares y la información requerida debe poseer atributos de calidad estadística.
Utilidad	¿El indicador es relevante con lo que se quiere medir?	Que los resultados y análisis permitan tomar decisiones.

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2012).

#### *2.2.4.1 Criterios de Selección de Indicadores de Calidad*

En referencia a la información de EUROPARC- España (2002), es posible tener cinco criterios para seleccionar indicadores de calidad, los cuales se muestran a continuación:

- i. De acuerdo a la influencia que tiene la calidad en el servicio entregado a los usuarios, relacionados con variables críticas que posea la organización.
- ii. En procesos que son mas críticos, ya que están bajo la influencia de los resultados que pueda tener la organización.
- iii. En servicios y procesos que tengan bajos niveles de prestación, que exige la dirección de la organización.
- iv. En procesos y servicios que estén en niveles menores a los esperados por los usuarios.
- v. En procesos y servicios situados en niveles de eficiencia menores o cuyos costos sean más altos de los que puede solventar la institución.

## **CAPÍTULO 3: DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL EN CHILE.**

### **3.1 Una Visión Global de Calidad en Salud**

Desde el año 2010 el gobierno se ha impuesto grandes desafíos que abarcan: crecimiento, empleo, seguridad pública, educación, salud, democracia, modernización y pobreza.

El principal desafío en Salud en Chile es: “situar al usuario en el centro de la toma de decisiones del sistema público de salud... toda la estrategia tiene como elemento central mejorar la calidad de la atención que reciben los usuarios del sistema de salud” (Ministerio de Salud , 2011).

La mejora en la atención de los usuarios pasa por medio de una atención más oportuna y segura. Chile define la calidad en la atención de salud de acuerdo a la definición entregada por la Organización Mundial de Salud: “el nivel de realización de objetivos para mejorar la salud en los sistemas sanitarios y de receptividad a las expectativas legítimas de la población” (Escobar, 2013).

El Ministerio de Salud de Chile considera la calidad de los sistemas de salud de acuerdo a las seis dimensiones de la calidad en la atención de salud: Efectiva, Eficiente, Accesibilidad, Centrada en el Paciente, Equitativa y Seguridad (Escobar, 2013). Por tanto, el cuidado de los usuarios se basa en la evidencia clínica, de manera cultural y técnica competente, con la ayuda de la comunicación y la toma de decisiones compartida.

Si bien el MINSAL<sup>6</sup> y la Superintendencia de Salud trabajan en base a los seis factores de mejora en calidad, propuestos por el IOM<sup>7</sup>, aún no han podido plasmarlos completamente en el Sistema de Acreditación vigente; debido a que solo incluye los factores seguridad y atención centrada en el paciente, en el sistema de *“Acreditación en calidad y seguridad en el paciente”*.

---

<sup>6</sup> MINSAL: Ministerio de Salud.

<sup>7</sup> IOM: Institute of Medicine.

### 3.2 Normas para Centros de Salud en Chile

El cuerpo legal que rige la salud en Chile es el Código Sanitario, que proporciona la normativa en relación con el fomento, protección y recuperación de la salud de la población de Chile. El primer Código Sanitario se publicó en 1918, segundo Código en 1931, hasta que en 1967 se reformuló completamente. Este último es el que rige desde 1968 en adelante con algunas modificaciones, conocido también como decreto con Fuerza de Ley N° 725 del Ministerio de Salud Pública (Legislación Chilena, 2011). El Código Sanitario<sup>8</sup> posee tres párrafos, siendo de importancia en esta investigación el párrafo II: De los Servicios de Salud, por lo cual se revisa su contenido, para el resto de los párrafos se realiza solo una pequeña reseña (ver anexo 1).

#### Párrafo II: De los Servicios de Salud:

El párrafo II se compone de 2 artículos, los cuales tratan sobre el cumplimiento, normas y sanciones que abarca el código sanitario que deben cumplir los centros de salud. Como también de la implementación y entrega de información a la comunidad sobre enfermedades y campañas sanitarias.

A continuación el desglose de los artículos que componen este párrafo:

Artículo 9°.- Sin perjuicio de las atribuciones del Ministerio de Salud y del Instituto de Salud Pública de Chile, así como de las demás facultades que les confieren las leyes, corresponde en especial a los Directores de los Servicios de Salud en sus respectivos territorios:

- a. velar por el cumplimiento de las disposiciones de este Código y de los reglamentos, resoluciones e instrucciones que lo complementen, y sancionar a los infractores;

---

<sup>8</sup> Para mayor información acerca del Código Sanitario ver link:  
<http://web.uchile.cl/archivos/derecho/CEDI/Normativa/C%F3digo%20Sanitario.pdf>.

- b. velar por el cumplimiento de las disposiciones de este Código y de los reglamentos, resoluciones e instrucciones que lo complementen, y sancionar a los infractores;
- c. dictar dentro de las atribuciones conferidas por el presente Código, las órdenes y medidas de carácter general, local o particular, que fueren necesarias para su debido cumplimiento;
- d. solicitar al Presidente de la República, a través del Ministerio de Salud, la dictación de los reglamentos del presente Código y proponerle las normas que deben regular las funciones de orden sanitario a cargo de las Municipalidades;
- e. informar al Ministerio de Salud sobre las materias que éste le requiera;
- f. dictar dentro de las atribuciones conferidas por el presente Código, las órdenes y medidas de carácter general, local o particular, que fueren necesarias para su debido cumplimiento;
- g. solicitar al Presidente de la República, a través del Ministerio de Salud, la dictación de los reglamentos del presente Código y proponerle las normas que deben regular las funciones de orden sanitario a cargo de las Municipalidades;
- h. informar al Ministerio de Salud sobre las materias que éste le requiera;
- i. solicitar de las autoridades, instituciones públicas o privadas o individuos particulares los datos y cooperación que estimen convenientes para el mejor ejercicio de sus atribuciones. Los datos o cooperación deben ser proporcionados en el plazo prudencial que el Director del Servicio señale; rebajar o eximir, en casos excepcionales y por motivos fundados, los derechos que deben pagarse por las actuaciones de los Servicios fijados por el Arancel aprobado por el Ministerio de Salud, a determinadas personas naturales o jurídicas que ejecuten actividades de asistencia social, docencia o investigación científica. Las mismas facultades serán ejercidas por el Director del Instituto de Salud Pública de Chile, que podrá aplicarlas especialmente respecto de los controles relativos a medicamentos para necesidades personales de enfermos o de donaciones en casos de emergencias o catástrofes.
- j. delegar las facultades que les concede el presente Código.

Art. 10. Para el cumplimiento de campañas sanitarias o en casos de emergencia, el Servicio Nacional de Salud podrá contratar, por períodos transitorios, personal de acuerdo a las normas del Código del Trabajo, con cargo a campañas sanitarias o imprevistos, según corresponda. Estas contrataciones se harán directamente por dicho Servicio, sin necesidad de cumplir otros requisitos que los señalados en ese cuerpo legal. El personal así contratado cesará automáticamente en sus funciones a la expiración del plazo fijado en su contrato, cualquiera que sea la duración de éste.

### **3.3 Entes Reguladores del Sector de Salud**

Las entidades reguladoras son instituciones creadas por el Estado con el objeto de controlar industrias o sectores que presten servicios a las personas. Dichas entidades controlan y regulan el comportamiento de estas instituciones para que cumplan de la mejor forma con los requerimientos de las personas, procesos, normas y leyes.

La Guía Práctica para el Proceso de Acreditación de Prestadores Institucionales de salud (2014), determina los siguientes roles para los entes reguladores (Superintendencia de Salud, 2014):

- i. Ministerio de salud: Regula el sistema de salud, dictando los estándares de calidad para los distintos tipos de prestadores, como también los estándares específicos según GES (Garantías Explícitas en Salud) y actualiza periódicamente los estándares de calidad.
- ii. Superintendencia de Salud (SIS): Administra el sistema de acreditación. Autoriza y fiscaliza entidades acreditadoras. Cautela y evalúa el cumplimiento de requisitos normativos de los prestadores que solicitan su ingreso al sistema. Fiscaliza el mantenimiento de los estándares por parte de los prestadores institucionales acreditados. Mantienen registros públicos actualizados de entidades acreditadoras autorizadas y de prestadores acreditados.
- iii. Secretarías Ministeriales de Salud: Otorgan autorización sanitaria para las instalaciones y el funcionamiento de los prestadores institucionales de salud, fiscalizando su cumplimiento.

- iv. Entidades acreditadoras: Realizan los procedimientos de evaluación en terreno y elaboran el Informe de Acreditación.
  
- v. Instituto de Salud Pública (ISP): Realiza la fiscalización de los procesos de acreditación de laboratorios clínicos efectuados por las entidades acreditadoras autorizadas y de los laboratorios clínicos acreditados en la mantención de los estándares por los cuales fueron acreditados.
  
- vi. Prestadores de salud: Pueden ser personas naturales o jurídicas, como consultorios, consultas, centros médicos, hospitales, o clínicas que entregan atención de salud a las personas beneficiarias.

El Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud son los organismos que crean las instancias de colaboración donde se preparan los establecimientos de la Red Asistencial Pública para su ingreso al Sistema Nacional de Acreditación.

Los nuevos desafíos de todas las instituciones es lograr avances en materia de acreditación de tal forma de cumplir con los objetivos sanitarios y con lo establecido en materia de Garantía de Calidad. También conseguir instalar el mejoramiento continuo de la calidad en el sistema de salud chileno.

### 3.4 Acreditación para Centros de Salud en Chile

La acreditación es un método reconocido de evaluación externa, en el cual se verifica que un centro sanitario asume un conjunto de estándares previamente establecidos y que se materializa a través de un certificado de garantía (Velásquez, 2011).

Las acreditaciones de salud trabajan de acuerdo a objetivos, acción que consiste en garantizar la calidad de un centro o servicio sanitario asistencial partiendo por asegurar lo básico de calidad, por medio del análisis de su estructura física, orgánica y funcional, con base en la comparación con las normas vigentes y a través de la homogenización de las prestaciones asistenciales con el uso óptimo de los recursos humanos y materiales.

Las acreditaciones de los centros de salud varían según el tipo de atención que proporcionen a la población, distinguiendo claramente la diferencia entre atención cerrada y atención abierta. La atención cerrada es la atención de los prestadores de salud en sus dependencias a pacientes hospitalizados (pernoctan), distinta de la atención abierta, sólo de tipo ambulatorio.

Así es como se tienen acreditaciones para:

- a. Atención Cerrada.
- b. Atención Abierta.
- c. Atención Psiquiátrica Cerrada.
- d. Centro de Diálisis.
- e. Servicios de Esterilización.
- f. Otorgamiento de Servicios de Imagenología.
- g. Laboratorios Clínicos.
- h. Servicios de Radioterapia.
- i. Unidades de Quimioterapia Ambulatoria.

Cada una de estas acreditaciones cuenta con un manual y una pauta de cotejo<sup>9</sup> para lograr que los centros de salud tengan conocimiento de lo exigido (Superintendencia de Salud, 2015).

### 3.4.1 Proceso de Acreditación

Los procesos de acreditación implican que las organizaciones sanitarias:

- i. Establezcan un modelo de gestión basado en la Calidad y Seguridad de los pacientes, manteniendo un mejoramiento continuo de la calidad.
- ii. Para la gestión de la calidad, la cual debe ser permanente y gradual, hay que considerar dos factores críticos:
  - Instalación de una política de calidad institucional, donde los lineamientos de la institución estén incorporados a la misión y la visión, para tener un cambio cultural.
  - Formar una estructura de calidad formal con resolución de horas y funciones.
- iii. Tanto la Gerencia como la Dirección de la institución deben liderar la instalación de una cultura de calidad con énfasis en el mejoramiento de los procesos, pues la calidad no es sólo responsabilidad de los gerentes y/o jefes de área, sino de todos.

Algunos de los requisitos que deben cumplir los centros asistenciales para la acreditación son:

- i. Poseer autorización sanitaria vigente, para demostrar que los requisitos estructurales de calidad se cumplen.
- ii. Haber realizado una autoevaluación en los 12 meses previos a la solicitud.
- iii. Presentar la solicitud de acreditación ante la Intendencia de Prestadores.

---

<sup>9</sup> Pauta de Cotejo: es un listado de características, aspectos, cualidades, etc. Sobre las que interesa determinar su presencia o ausencia. Para mayor información ver el link: <http://www.supersalud.gob.cl/568/w3-article-4530.html>.

El proceso de acreditación considera varios plazos y necesita documentación determinada dependiendo de las etapas del proceso. De forma práctica, un prestador que desee acreditarse tiene que pasar por estas dos grandes etapas:

1. Etapa de Planificación e Implementación de la Calidad.
2. Etapa del Proceso de Acreditación: esta etapa se subdivide en: Solicitud de Acreditación, Evaluación en Terreno y Resolución del Proceso.

#### *3.4.1.1 La Etapa de Planificación e Implementación de calidad*

El objetivo de esta etapa es fijar la estructura organizativa con la idea de trabajar según el modelo de gestión de calidad institucional, como también desarrollar la cultura de calidad con clara definición de las políticas de calidad institucional para la seguridad de los pacientes. La implementación y desarrollo debe ser progresiva y participativa, con el objeto de alcanzar la mejora continua en la seguridad y la calidad de la atención al paciente. Esta fase tiene una duración de dos a cinco años según sea la complejidad del establecimiento y los tipos de prestaciones que ofrezca.

#### *3.4.1.2 Etapa del Proceso de Acreditación*

Esta etapa se inicia formalmente al ingresar la solicitud de acreditación en la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, quienes evalúan el cumplimiento de los requisitos normativos por medio de un análisis jurídico y técnico de los antecedentes presentados.

Luego de la valorización de los antecedentes, en caso de ser afirmativa la solicitud, se designa una Entidad Acreditadora para seguir con el proceso. La acreditadora realiza las evaluaciones en terreno y contrasta los hallazgos con lo solicitado, para generar el Informe de Acreditación con la respectiva respuesta del proceso. Esta etapa tiene una duración aproximadamente 5 meses (Superintendencia de Salud, 2014).

## **CAPITULO 4: MEDICIÓN DE CALIDAD DE SALUD EN CHILE**

### **4.1 Parámetros de Cumplimiento para Acreditarse en Salud**

Se puntualiza que este trabajo se limita a analizar la situación de los centros de atención abierta y cerrada, por ello se da a conocer la pauta de cotejo para los centros que se acreditan bajo estos tipos de atención. La pauta de cotejo incluye una serie de condiciones (ámbitos, componentes y características) que deben cumplir los centros de salud. La pauta de atención abierta está comprendida dentro de la pauta de la atención cerrada, se diferencia que la atención cerrada comprende un número mayor de aspectos a cumplir. Se entiende por ámbito: a los alcances de la política pública sanitaria para el otorgamiento de una atención de salud que cumpla condiciones mínimas de seguridad. Los componentes: constituyen el primer nivel de desagregación del ámbito y proveen definiciones de aspectos más operacionales. Las características: son los requerimientos específicos de gestión sanitaria que se evalúan en cada componente (Superintendencia de Salud, 2015). Se utiliza la pauta de cotejo porque es un documento fácil de entender, en cual se identifica claramente lo que deben cumplir los centros de salud para acreditarse.

A modo de ejemplo se presentan las siguientes definiciones:

Ámbito: Respeto a la dignidad del paciente (DP); Componente: El prestador institucional cautela que el paciente reciba un trato digno; Característica: El prestador institucional desarrolla actividades relacionadas con la gestión de reclamos.

Los ámbitos a ser evaluados en el proceso de acreditación son los siguientes:

1. Respeto a la Dignidad del Paciente.
2. Gestión de la Calidad.
3. Gestión Clínica.
4. Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención.
5. Competencias del Recurso Humano.
6. Registros.
7. Seguridad del Equipamiento.
8. Seguridad de las Instalaciones.
9. Servicios de Apoyo.

La tabla 5 muestra los 9 ámbitos y las características que son seleccionadas para la creación de potenciales indicadores.

**Tabla 5: Listado de cumplimiento de ámbitos para centros de salud tanto en atención cerrada y abierta.**

<b>1° ÁMBITO: RESPETO A LA DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)</b>
<b>Componente DP-1:</b> <i>El prestador institucional cautela que el paciente reciba un trato digno.</i> <sup>(0)</sup>
<b>Características</b>
<b>Atención Cerrada y Atención Abierta</b>
(*)(***)DP 1.1 Existe una definición de derechos explícitos, que se incorporan a las obligaciones jurídicas que la institución adquiere para con cada uno de sus pacientes, y que es informada por medios constatables. <sup>(0)</sup>
DP 1.2 El prestador institucional desarrolla actividades relacionadas con la gestión de reclamos. <sup>(0)</sup>
DP 1.3 Se evalúa el efectivo respeto de los derechos de los pacientes, incluyendo mediciones de la percepción de los pacientes y demás usuarios. <sup>(0)</sup>
<b>Componente DP-2:</b> <i>Los pacientes son informados sobre las características de los procedimientos a los que serán sometidos, incluyendo sus potenciales riesgos, y se les solicita su consentimiento para someterse a ellos previo a su ejecución.</i>
<b>Características</b>
<b>Atención Cerrada y Atención Abierta</b>
(**)(***)DP 2.1 Se utilizan documentos destinados a obtener el consentimiento informado del paciente en forma previa a la ejecución de los procedimientos de mayor riesgo. <sup>(0)</sup>
<b>Componente DP-3:</b> <i>Respecto de los pacientes que participan en investigaciones en seres humanos desarrolladas en la institución, se aplican procedimientos para resguardar su derecho al consentimiento, la seguridad y la confidencialidad.</i>
<b>Características</b>
<b>Atención Cerrada y Atención Abierta</b>
DP 3.1 Las investigaciones en seres humanos en las que participa la institución han sido previamente evaluadas y aprobada su ejecución por un comité de ética. <sup>(0)</sup>
<b>Componente DP-4:</b> <i>El prestador institucional cautela que las actividades docentes de pregrado que se realizan en ella no afecten la seguridad ni las condiciones de trato de los pacientes.</i>
<b>Características</b>
<b>Atención Cerrada y Atención Abierta</b>
(*)DP 4.1 Las actividades docentes de pre-grado se regulan mediante convenios docente asistenciales y un marco reglamentario suficiente, que vela por proteger la seguridad de los pacientes, el respeto a los derechos y demás condiciones de trato digno al usuario definidas por la institución, explicitando la precedencia de la actividad asistencial sobre la docente. <sup>(0)</sup>
DP 4.2 Las actividades y procedimientos que realizan los alumnos de pre-grado dentro de la Institución están definidos, y son evaluados periódicamente con la finalidad de proteger la seguridad de los pacientes y velar por el efectivo respeto de sus derechos. <sup>(0)</sup>
<b>Componente DP-5:</b> <i>El prestador institucional somete formalmente a evaluación ética las situaciones o eventos de esa índole que afectan la atención de los pacientes.</i>
<b>Características</b>
<b>Atención Cerrada y Atención Abierta</b>
DP 5.1 El prestador institucional dispone de, o tiene acceso a, un comité de ética donde se resuelven las materias de orden ético que se suscitan como consecuencia de la labor asistencial.

(\*): Características obligatorias para atención abierta.

(\*\*): Características obligatorias para atención cerrada (centros de alta o mediana complejidad).

(\*\*\*): Características obligatorias para atención cerrada (centro de baja complejidad).

(0): Característica seleccionada para la creación de potencial indicador (propuesto en el capítulo 6).

<b>2º ÁMBITO: GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)</b>
<b>Componente CAL-1:</b> <i>El prestador institucional cuenta con políticas de calidad de nivel estratégico y una estructura organizacional que es responsable de liderar las acciones de mejoría continua de la calidad.</i>
<b><u>Características</u></b>
<b>Atención Cerrada y Atención Abierta</b>
(*)(**)(***)CAL 1.1 Existe una política explícita de mejoría continua de la calidad y un programa de trabajo estructurado que incluye una evaluación anual de los aspectos más relevantes relacionados con la seguridad de los pacientes. (◊)
<b>Atención Cerrada</b>
(**)CAL 1.2 Existe un responsable de coordinar las actividades de mejoría continua de la calidad en las Unidades, y se definen metas de calidad anuales en dichas unidades. (◊)

(\*): Características obligatorias para atención abierta.

(\*\*): Características obligatorias para atención cerrada (centros de alta o mediana complejidad).

(\*\*\*) : Características obligatorias para atención cerrada (centro de baja complejidad).

(◊): Característica seleccionada para la creación de potencial indicador (propuesto en el capítulo 6).

<b>3º ÁMBITO: GESTIÓN CLÍNICA (GCL)</b>	
<b>Componente GCL-1:</b> <i>El prestador institucional cuenta con un sistema de evaluación de las prácticas clínicas.</i>	
<b><u>Características</u></b>	
<b>Atención Cerrada y Atención Abierta</b>	
(**)(***)GCL 1.1 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Evaluación pre - anestésica.	
(*)GCL 1.2 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Atención de enfermería. (º)	
GCL 1.4 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Reanimación cardiopulmonar. (º)	
(**)GCL 1.7 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Indicación de transfusión.	
GCL 1.8 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Decisiones de tratamiento oncológico. (º)	
(*)(**)GCL 1.11 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias. (º)	
(**)(***)GCL 1.12 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Proceso de identificación del paciente. (º)	
(*)GCL 1.13 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Uso de anticoagulantes orales. (º)	
<b>Atención Cerrada</b>	<b>Atención Abierta</b>
GCL 1.3 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Evaluación y manejo del dolor agudo. (º)	(**)GCL 1.5 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Selección de pacientes para cirugía ambulatoria. (º)
GCL 1.5 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Criterios de ingreso y egreso a unidades de paciente crítico. (º)	
GCL 1.6 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Indicación de cesárea. (º)	
GCL 1.9 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de la contención física de pacientes en agitación psicomotora, para prevenir eventos adversos asociados a su uso. (º)	
GCL 1.10 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Criterios de ingreso, egreso y derivación de pacientes con intento de suicidio. (º)	
<b>Componente GCL-2:</b> <i>El prestador institucional cuenta con programas para prevenir y vigilar la ocurrencia de eventos adversos (EA) asociados a la atención de los pacientes</i>	
<b><u>Características</u></b>	
<b>Atención Cerrada</b>	<b>Atención Abierta</b>
(***)GCL 2.1 Se aplican medidas de prevención de los eventos adversos (EA) asociados a la atención: Prevención de eventos adversos asociados a procesos quirúrgicos.	GCL 2.1 Se aplican medidas de prevención de los eventos adversos (EA) asociados a la atención:
(***)GCL 2.2 Se aplican medidas de prevención de los eventos adversos (EA) asociados a la atención: Prevención de eventos	

(\*): Características obligatorias para atención abierta.

(\*\*): Características obligatorias para atención cerrada (centros de alta o mediana complejidad).

(\*\*\*): Características obligatorias para atención cerrada (centro de baja complejidad).

(º): Característica seleccionada para la creación de potencial indicador (propuesto en el capítulo 6).

adversos asociados a procesos asistenciales.	Prevención de eventos adversos asociados a cirugía mayor ambulatoria. <sup>(◊)</sup>
<b>Atención Cerrada y Atención Abierta</b>	
GCL 2.3 Se realiza vigilancia de los eventos adversos (EA) asociados a la atención. <sup>(◊)</sup>	
<b>Componente GCL-3:</b> <i>El prestador institucional ejecuta un Programa de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias (IIH) de acuerdo a orientaciones técnicas vigentes del MINSAL.</i>	
<b><u>Características</u></b>	
<b>Atención Cerrada</b>	<b>Atención Abierta</b>
<sup>(***)</sup> GCL 3.1 El prestador institucional cuenta con una estructura organizacional que es responsable de liderar las acciones de prevención y control de las IIH.	GCL 3.1 El prestador institucional cuenta con una estructura organizacional que es responsable de liderar las acciones de prevención, vigilancia y control de las IIH.
<sup>(**)</sup> GCL 3.2 El prestador institucional cuenta con un sistema de vigilancia de Infecciones Intrahospitalarias (IIH) que cumple con la normativa nacional. <sup>(◊)</sup>	
<b>Atención Cerrada y Atención Abierta</b>	
<sup>(**)</sup> GCL 3.3 Se realizan actividades de supervisión que dan cuenta del cumplimiento de la normativa de Control y Prevención de las IIH. <sup>(◊)</sup>	

(\*): Características obligatorias para atención abierta.

(\*\*): Características obligatorias para atención cerrada (centros de alta o mediana complejidad).

(\*\*\*): Características obligatorias para atención cerrada (centro de baja complejidad).

(◊): Característica seleccionada para la creación de potencial indicador (propuesto en el capítulo 6).

<b>4º ÁMBITO: ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (AOC)</b>
<b>Componente AOC-1:</b> <i>La atención se realiza según criterios de acceso y oportunidad relacionados con la gravedad y el nivel de riesgo de los pacientes.</i> <sup>(◊)</sup>
<b><u>Características</u></b>
<b>Atención Cerrada y Atención Abierta</b>
(*)(**)(***)AOC 1.1 Se utilizan procedimientos explícitos para proveer atención inmediata a los pacientes en situaciones de emergencia con riesgo vital dentro de la institución. <sup>(◊)</sup>
(**)AOC 1.3 Se aplican procedimientos para asegurar la notificación oportuna de situaciones de riesgo, detectadas a través de exámenes diagnósticos en las áreas de Anatomía Patológica, Laboratorio e Imagenología.
<b>Atención Cerrada</b>
(**)AOC 1.2 El prestador institucional utiliza un sistema de priorización de la atención de urgencia.
<b>Componente AOC-2:</b> <i>El prestador institucional vela por la continuidad de la atención en aspectos relevantes para la seguridad de los pacientes.</i>
<b><u>Características</u></b>
<b>Atención Cerrada y Atención Abierta</b>
(*)(***)AOC 2.1 El prestador institucional dispone de un sistema de derivación de los pacientes que presentan urgencias que exceden su capacidad de resolución. <sup>(◊)</sup>
<b>Atención Cerrada</b>
AOC 2.2 Existen sistemas de entrega de turnos en las unidades clínicas que enfatizan aspectos directamente relacionados con la seguridad de la atención. <sup>(◊)</sup>

(\*): Características obligatorias para atención abierta.

(\*\*): Características obligatorias para atención cerrada (centros de alta o mediana complejidad).

(\*\*\*) : Características obligatorias para atención cerrada (centro de baja complejidad).

(◊): Característica seleccionada para la creación de potencial indicador (propuesto en el capítulo 6).

<b>5º ÁMBITO: COMPETENCIA DEL RECURSO HUMANO (RH)</b>	
<b>Componente RH-1:</b> <i>Los técnicos y profesionales de salud del prestador institucional están habilitados.</i>	
<b>Características</b>	
<b>Atención Cerrada y Atención Abierta</b>	
(*)(**)(***)RH 1.1 Los profesionales médicos y cirujanos dentistas que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados. <sup>(o)</sup>	
(*)(**)(***)RH 1.2 Los técnicos y profesionales de salud que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados. <sup>(o)</sup>	
RH 1.3 Los médicos y odontólogos que se desempeñan en las distintas especialidades tienen las competencias requeridas evaluadas a través de la normativa vigente. <sup>(o)</sup>	
<b>Componente RH-2:</b> <i>El prestador institucional realiza actividades para asegurar que el personal que ingresa adquiera conocimientos generales y específicos acerca del funcionamiento y normas locales, con énfasis en materias que afectan la seguridad de los pacientes.</i>	
<b>Características</b>	
<b>Atención Cerrada y Atención Abierta</b>	
RH 2.1 El prestador institucional cuenta con programas de inducción que enfatizan temas relacionados con la seguridad de los pacientes, y son aplicados sistemáticamente al personal que ingresa a la institución. <sup>(o)</sup>	
RH 2.2 El prestador institucional cuenta con programas de orientación que enfatizan aspectos específicos del funcionamiento de la Unidad relacionados con la seguridad de los pacientes y son aplicados sistemáticamente al personal que ingresa a la Unidad. <sup>(o)</sup>	
<b>Componente RH-3:</b> <i>El prestador institucional programa y prioriza la capacitación del personal que participa en atención directa de pacientes, en materias relevantes para su seguridad.</i>	
<b>Características</b>	
<b>Atención Cerrada</b>	<b>Atención Abierta</b>
RH 3.1 El prestador institucional incluye en su programa de capacitación temas relacionados con prevención y control de infecciones y reanimación cardiopulmonar. Todos ellos destinados al personal que participa en atención directa de pacientes. <sup>(o)</sup>	RH 3.1 El prestador institucional incluye en su programa de capacitación la reanimación cardiopulmonar, destinada al personal que participa en atención de pacientes.
<b>Componente RH-4:</b> <i>El prestador institucional desarrolla acciones programadas de salud en su personal.</i>	
<b>Características</b>	
<b>Atención Cerrada y Atención Abierta</b>	
RH 4.1 El prestador institucional ejecuta un programa de control de riesgos a exposiciones. <sup>(o)</sup>	
RH 4.2 El prestador institucional ejecuta acciones frente a accidentes laborales con material contaminado con sangre o fluidos corporales de riesgo y sustancias peligrosas.	
<b>Atención Cerrada</b>	
RH 4.3 Se aplica un programa de vacunación del personal.	

(\*): Características obligatorias para atención abierta.

(\*\*): Características obligatorias para atención cerrada (centros de alta o mediana complejidad).

(\*\*\*) : Características obligatorias para atención cerrada (centro de baja complejidad).

(o): Característica seleccionada para la creación de potencial indicador (propuesto en el capítulo 6).

<b>6° ÁMBITO: REGISTROS (REG)</b>
<b>Componente REG-1:</b> <i>El prestador institucional utiliza un sistema formal de ficha clínica.</i>
<b><u>Características</u></b>
<b>Atención Cerrada y Atención Abierta</b>
(*)(**)(***)REG 1.1 El prestador institucional cuenta con ficha clínica única individual.
REG 1.2 El prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de registros clínicos. <sup>(o)</sup>
REG 1.3 El prestador institucional entrega al paciente por escrito información relevante sobre las prestaciones realizadas e indicaciones de seguimiento. <sup>(o)</sup>
REG 1.4 Se aplican procedimientos establecidos para evitar pérdidas, mantener la integridad de los registros y su confidencialidad por el tiempo establecido en la regulación vigente. <sup>(o)</sup>

<b>7° ÁMBITO: SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)</b>
<b>Componente EQ-1:</b> <i>Se aplica un procedimiento establecido para la adquisición y reposición del equipamiento en la institución, que vela por mantener la calidad de éste.</i>
<b><u>Características</u></b>
<b>Atención Cerrada y Atención Abierta</b>
EQ 1.1 El procedimiento establecido para la adquisición del equipamiento incluye la definición de sus responsables y considera la participación de los profesionales usuarios. <sup>(o)</sup>
EQ 1.2 El prestador institucional conoce la vida útil y las necesidades de reposición del equipamiento crítico para la seguridad de los usuarios. <sup>(o)</sup>
<b>Componente EQ-2:</b> <i>Los equipos relevantes para la seguridad de los pacientes se encuentran sometidos a un programa de mantenimiento preventivo.</i>
<b><u>Características</u></b>
<b>Atención Cerrada y Atención Abierta</b>
(*)(**)(***)EQ 2.1 Se ejecuta un programa de mantenimiento preventivo que incluye los equipos críticos para la seguridad de los pacientes. <sup>(o)</sup>
EQ 2.2 Se ejecuta un programa de mantenimiento preventivo que incluye los equipos relevantes para la seguridad de los pacientes en las Unidades de Apoyo.
<b>Componente EQ-3:</b> <i>Los equipos relevantes para la seguridad de los pacientes son utilizados por personas autorizadas para su operación.</i>
<b><u>Características</u></b>
<b>Atención Cerrada y Atención Abierta</b>
EQ 3.1 Los equipos clínicos relevantes son utilizados por personas autorizadas para su operación. <sup>(o)</sup>

(\*): Características obligatorias para atención abierta.

(\*\*): Características obligatorias para atención cerrada (centros de alta o mediana complejidad).

(\*\*\*): Características obligatorias para atención cerrada (centro de baja complejidad).

(o): Característica seleccionada para la creación de potencial indicador (propuesto en el capítulo 6).

<b>8° ÁMBITO: SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)</b>
<b>Componente INS-1:</b> <i>El prestador institucional evalúa periódicamente la vulnerabilidad de sus instalaciones.</i>
<b>Características</b>
<b>Atención Cerrada y Atención Abierta</b>
(**)INS 1.1 El prestador institucional evalúa periódicamente el riesgo de incendio y realiza acciones para mitigarlo. <sup>(o)</sup>
<b>Componente INS-2:</b> <i>El prestador institucional cuenta con planes de emergencia frente a accidentes o siniestros, que permiten la evacuación oportuna de los usuarios y el personal.</i>
<b>Características</b>
<b>Atención Cerrada y Atención Abierta</b>
INS 2.1 Existen planes de evacuación actualizados, difundidos y sometidos a pruebas periódicas frente a los principales accidentes o siniestros. <sup>(o)</sup>
INS 2.2 El prestador institucional mantiene la funcionalidad de la señalética de vías de evacuación.
<b>Componente INS-3:</b> <i>Las instalaciones relevantes para la seguridad de los pacientes se encuentran sometidas a un programa de mantenimiento preventivo y se dispone de un plan de contingencias en caso de interrupción de servicios básicos.</i>
<b>Características</b>
<b>Atención Cerrada y Atención Abierta</b>
INS 3.1 El prestador institucional ejecuta un programa de mantenimiento preventivo de las instalaciones relevantes para la seguridad de pacientes y público. <sup>(o)</sup>
(***)INS 3.2 El prestador institucional ejecuta un plan de contingencia en caso de interrupción del suministro eléctrico y de agua potable. <sup>(o)</sup>

(\*): Características obligatorias para atención abierta.

(\*\*): Características obligatorias para atención cerrada (centros de alta o mediana complejidad).

(\*\*\*): Características obligatorias para atención cerrada (centro de baja complejidad).

(o): Característica seleccionada para la creación de potencial indicador (propuesto en el capítulo 6).

<b>9º ÁMBITO: SERVICIOS DE APOYO (AP)</b>
<b>Componente APL Laboratorio Clínico:</b> <i>Los exámenes de laboratorio clínico se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los pacientes.</i>
<b>Características</b>
<b>Atención Cerrada y Atención Abierta</b>
APL 1.1 Los exámenes de laboratorio comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad. <sup>(*)</sup>
APL 1.2 El Laboratorio norma, aplica y evalúa periódicamente los procesos de la etapa pre analítica.
APL 1.3 El Laboratorio aplica procedimientos explícitos y evalúa sistemáticamente los procesos de las etapas analítica y post analítica. <sup>(*)</sup>
(**)APL 1.4 El Laboratorio participa en un Programa de Control de Calidad Externo acorde a la normativa vigente. <sup>(*)</sup>
(**)APL 1.5 El Laboratorio asegura las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso. <sup>(*)</sup>
<b>Componente APF Farmacia:</b> <i>El prestador institucional asegura que los servicios y los productos entregados por Farmacia sean de la calidad requerida para la seguridad de los pacientes.</i> <sup>(*)</sup>
<b>Características</b>
<b>Atención Cerrada y Atención Abierta</b>
APF 1.1 Los preparados antineoplásicos y/o fórmulas de nutrición parenteral comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.
APF 1.2 Existe una estructura organizacional de carácter técnico que define la adquisición de medicamentos e insumos.
APF 1.4 El prestador institucional utiliza procedimientos de Farmacia actualizados de las prácticas relevantes para resguardar la seguridad de los pacientes.
APF 1.5 Farmacia estandariza procedimientos relacionados con medicamentos y evalúa su cumplimiento en las diferentes Unidades Clínicas. <sup>(*)</sup>
APF 1.6 La preparación, almacenamiento, distribución y desecho de medicamentos antineoplásicos se realiza bajo las condiciones de seguridad previstas en la normativa vigente.
<b>Atención Cerrada</b>
(**)APF 1.3 Se mantiene un stock mínimo de medicamentos e insumos predefinido en las unidades de pacientes de mayor riesgo. <sup>(*)</sup>
APF 1.7 La elaboración, almacenamiento y dispensación de fórmulas de nutrición parenteral se realiza bajo condiciones seguras para los pacientes.
<b>Componente APE Esterilización:</b> <i>Los procesos de esterilización y desinfección de materiales y elementos clínicos se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los pacientes.</i> <sup>(*)</sup>
<b>Características</b>
<b>Atención Cerrada y Atención Abierta</b>
APE 1.1 Las prestaciones de Esterilización compradas a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.
(**)APE 1.2 Las etapas de lavado, preparación y esterilización propiamente tal se realizan en forma centralizada.
(**)APE 1.3 El material es procesado de acuerdo a métodos de esterilización basados en las

(\*): Características obligatorias para atención abierta.

(\*\*): Características obligatorias para atención cerrada (centros de alta o mediana complejidad).

(\*\*\*): Características obligatorias para atención cerrada (centro de baja complejidad).

(<sup>o</sup>): Característica seleccionada para la creación de potencial indicador (propuesto en el capítulo 6).

normas técnicas vigentes en la materia y se evalúa su cumplimiento
APE 1.4 El almacenamiento de material estéril se realiza de acuerdo a normas técnicas vigentes en la materia.
APE-1.5 La desinfección de alto nivel (DAN) se realiza de acuerdo a normas técnicas vigentes en la materia y se evalúa su cumplimiento.
<b><u>Componente APT Transporte de Pacientes:</u></b> <i>El transporte de pacientes se efectúa en condiciones que garantizan su seguridad.</i> <sup>(0)</sup>
<b><u>Características</u></b>
<b>Atención Cerrada y Atención Abierta</b>
APT 1.1 Los sistemas de transporte de pacientes comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.
APT 1.2 El proceso de transporte de pacientes cumple condiciones mínimas de seguridad.
<b><u>Componente APD Diálisis:</u></b> <i>Los procedimientos de Diálisis se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los pacientes.</i> <sup>(0)</sup>
<b><u>Características</u></b>
<b>Atención Cerrada y Atención Abierta</b>
APD 1.1 Los procedimientos de Diálisis comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.
(**)APD 1.2 El prestador institucional aplica protocolos y normas actualizadas de las prácticas clínicas relevantes para la seguridad de los pacientes que reciben tratamiento de peritoneodiálisis y/o hemodiálisis y dispone de registros estandarizados.
APD 1.3 El prestador institucional aplica protocolos y normas actualizadas de las prácticas clínicas relevantes para prevenir infecciones asociadas a peritoneodiálisis y/o hemodiálisis y evalúa su cumplimiento.
APD 1.4 Se ejecuta un programa de control de calidad del agua tratada para hemodiálisis.
<b><u>Componente APR Radioterapia:</u></b> <i>Los procedimientos de Radioterapia se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los pacientes.</i> <sup>(0)</sup>
<b><u>Características</u></b>
<b>Atención Cerrada y Atención Abierta</b>
APR 1.1 Los procedimientos de Radioterapia contratados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.
APR 1.2 El prestador institucional aplica protocolos actualizados respecto a los procedimientos de Radioterapia.
APR 1.3 El prestador institucional cuenta con un sistema de control de calidad de los procedimientos de Radioterapia.
APR 1.4 El prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de registros de radioterapia.
<b><u>Componente APA Anatomía Patológica:</u></b> <i>Los servicios de Anatomía Patológica aportan resultados confiables y oportunos.</i>
<b><u>Características</u></b>
<b>Atención Cerrada y Atención Abierta</b>
APA 1.1 Los exámenes de Anatomía Patológica comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.
(**)APA 1.2 El Servicio de Anatomía Patológica aplica procedimientos explícitos y evalúa sistemáticamente los procesos de la etapa pre analítica.

(\*): Características obligatorias para atención abierta.

(\*\*): Características obligatorias para atención cerrada (centros de alta o mediana complejidad).

(\*\*\*): Características obligatorias para atención cerrada (centro de baja complejidad).

(0): Característica seleccionada para la creación de potencial indicador (propuesto en el capítulo 6).

APA 1.3 El Servicio de Anatomía Patológica aplica procedimientos explícitos y evalúa sistemáticamente los procesos de las etapas analítica y post analítica.
APA 1.4 El Servicio de Anatomía Patológica asegura las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso.
<b>Componente APQ Quimioterapia:</b> <i>El prestador institucional provee condiciones que garantizan la seguridad de los procedimientos de Quimioterapia.</i> <sup>(0)</sup>
<b>Características</b>
<b>Atención Cerrada y Atención Abierta</b>
APQ 1.1 Los procedimientos de Quimioterapia comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.
APQ 1.2 El prestador institucional aplica protocolos actualizados y sistemas de registros específicos para las prácticas relacionadas con la quimioterapia.
(**)APQ 1.3 El prestador institucional aplica procedimientos actualizados y ejecuta un programa de supervisión periódica de las prácticas relacionadas con quimioterapia y realiza vigilancia de las infecciones asociadas a catéteres vasculares centrales.
<b>Componente API Imagenología:</b> <i>Los procedimientos de Imagenología se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los pacientes.</i> <sup>(0)</sup>
<b>Características</b>
<b>Atención Cerrada y Atención Abierta</b>
API 1.1 Los procedimientos de Imagenología comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.
(**)API 1.2 Los procedimientos imagenológicos que conllevan riesgo para los pacientes se realizan en condiciones seguras.
API 1.3 El prestador institucional cuenta con un sistema de evaluación de la solicitud de exámenes y entrega de indicaciones para los pacientes que se realizan procedimientos imagenológicos.
<b>Componente APK Kinesioterapia y Rehabilitación Kinésica:</b> <i>El prestador institucional provee condiciones que garantizan la seguridad de los procedimientos de Kinesioterapia y Rehabilitación Kinésica.</i> <sup>(0)</sup>
<b>Características</b>
<b>Atención Cerrada y Atención Abierta</b>
APK 1.1 Los procedimientos de Kinesioterapia y Rehabilitación Kinésica comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.
APK 1.2 El prestador institucional resguarda la seguridad de la atención en la aplicación de kinesioterapia respiratoria.
APK 1.3 El prestador institucional resguarda la seguridad de la atención en la aplicación de rehabilitación kinésica.
<b>Componente APTr Medicina Transfusional:</b> <i>El prestador institucional provee condiciones que garantizan la calidad de los componentes sanguíneos.</i>
<b>Características</b>
<b>Atención Cerrada y Atención Abierta</b>
APTr 1.1 Los servicios de Medicina Transfusional comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.
APTr 1.2 Se aplican procedimientos para que las transfusiones cumplan las condiciones necesarias para la seguridad de los pacientes.

(\*): Características obligatorias para atención abierta.

(\*\*): Características obligatorias para atención cerrada (centros de alta o mediana complejidad).

(\*\*\*): Características obligatorias para atención cerrada (centro de baja complejidad).

(0): Característica seleccionada para la creación de potencial indicador (propuesto en el capítulo 6).

APTr 1.3 El prestador institucional utiliza un sistema de registro que asegura la trazabilidad de los componentes sanguíneos.
<b>Componente APDs Atención de Donantes:</b> <i>El prestador institucional provee condiciones de seguridad en el proceso de donación de sangre.</i>
<b>Características</b>
<b>Atención Cerrada y Atención Abierta</b>
APDs 1.1 Se aplican procedimientos para que la donación de sangre se realice bajo condiciones de calidad y seguridad.
(**)APDs 1.2 El prestador institucional utiliza un sistema de registro que asegura la trazabilidad de los componentes sanguíneos.
<b>Componente APCs Centro de Sangre:</b> <i>El prestador institucional provee condiciones para la entrega de productos seguros y efectivos.</i>
<b>Características</b>
<b>Atención Cerrada</b>
APCs 1.1 Los servicios y productos del centro de sangre recibidos de terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.
APCs 1.2 El centro de sangre aplica procedimientos para la entrega de productos seguros y efectivos.
APCs 1.3 El prestador institucional participa en un Programa de Control de Calidad Externo acorde a la normativa vigente.
APCs 1.4 El prestador institucional utiliza un sistema de registro que asegura la trazabilidad de componentes sanguíneos.

Fuente: basado en el Manual del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención cerrada y abierta (2015).

(\*): Características obligatorias para atención abierta.

(\*\*): Características obligatorias para atención cerrada (centros de alta o mediana complejidad).

(\*\*\*): Características obligatorias para atención cerrada (centro de baja complejidad).

(<sup>o</sup>): Característica seleccionada para la creación de potencial indicador (propuesto en el capítulo 6).

Basándose en la tabla 5 es posible determinar los indicadores que permiten medir la calidad de los centros de salud desde una perspectiva externa.

Como se observa las pautas de cotejo de atención cerrada y abierta son extensas, cada ámbito abarca varios componentes y su vez los componentes se desglosan en características; a partir de estas características se proponen los indicadores. Se podría determinar un indicador por cada característica, pero de acuerdo al enfoque de este trabajo solo se presentan los indicadores que ayuden a medir la calidad de los procesos desde un control externo a los centros de salud.

También se identifican características obligatorias para atención cerrada y abierta dependiendo si el centro de salud es de alta-mediana complejidad o baja complejidad. Para la atención abierta se identifican 12 características obligatorias. La atención cerrada se ejecuta en centros de alta o mediana complejidad y baja complejidad. La atención cerrada en centros de alta o mediana complejidad posee 30 características obligatorias a diferencia de la atención cerrada en centros de baja complejidad que son solo 13; existen 9 características obligatorias que se comparten en los centros de alta o media complejidad y baja complejidad. Estas características obligatorias para la atención abierta y cerrada, son las mínimas que deben poseer lo centros de salud. De forma práctica se visualiza el párrafo en el siguiente Diagrama de Venn.



Figura 2: Características mínimas en atención cerrada y abierta

El 2° ámbito: Gestión de la Calidad (CAL); presenta solo un componente y dos características, considerando que dicho ámbito es primordial en la acreditación a la que optan los centros de salud, por ende llama la atención que el ámbito no sea extenso; ya que precisamente la acreditación lleva por nombre “Acreditación en Calidad y Seguridad al Paciente. Considerando la otra parte del nombre de la acreditación “seguridad al paciente” se destacan las características perteneciente al ámbito 9°: Servicios de Apoyo (AP), ya que muchas de ellas están fuertemente relacionadas con acciones y procedimientos realizados a los pacientes, por lo cual deberían estar ligadas principalmente a la seguridad.

De acuerdo al estudio de fuentes secundarias, cabe destacar que existe un documento de la Superintendencia de Salud, llamado “Indicadores para el Manual de Acreditación de Atención Cerrada”, el cual consta de 13 indicadores (GCL 1.1; GCL 1.7; GCL 1.12; GCL 2.1; GCL 2.2; AOC 1.3; AOC 1.2; APE 1.3; APD 1.2; APA 1.2; APQ 1.3; API 1.2). Se podría pensar que dichos indicadores deberían ir acorde con las características obligatorias de la atención cerrada, pero esto no ocurre, ni siquiera para las 9 características que poseen en común los centros de alta-mediana complejidad y baja complejidad. Lo positivo del documento “Indicadores para el Manual de Acreditación de Atención Cerrada”, es que muestra el tipo de indicador que es, cada cuanto tiempo se controlan, los responsables de este, entre otras cosas. Lo anterior sirve como idea, para que se realice un documento guía para los centros de salud con los indicadores propuestos de este trabajo. Ya que las acreditaciones solo ven si se cumplen ciertos requisitos (existen), no existe información, si son controlados periódicamente y tampoco miden los distintos procesos que entregan los centros de salud; es decir regulan las existencias de los procedimientos y no los resultados de estos.

Siguiendo con las fuentes secundarias, se revisó la página web de Salud del Reino Unido, en la cual se estudiaron los documentos “*Quality Accounts Data Dictionary*” y “*Quality Accounts audit guidance*”; los documentos tratan acerca de indicadores y pasos a cumplir para medir calidad en salud, gran parte de la información es similar a la de los manuales y pautas de cotejo de acreditación cerrada y abierta existente en Chile, pues todos apuntan a la mejora de calidad en salud. De los documentos analizados se seleccionó el siguiente

indicador “*incidentes de seguridad del paciente y el porcentaje que dio como resultado un daño grave o la muerte*<sup>10</sup>”.

Gracias al método de análisis-síntesis, es posible saber las acciones que están tomando algunos países con respecto a controlar la calidad en salud. Es así como Dinamarca ha desarrollado el “Proyecto Indicador Nacional” (NIP), el que evalúa la calidad proporcionada por hospitales a pacientes con condiciones clínicas específica. En Francia, el proceso de acreditación, implementa un sistema de indicadores de calidad. En Italia se ha identificado una serie de indicadores para controlar epidemiologías, utilización de recursos y tiempos de espera. En Eslovenia, lanzaron un proyecto para desarrollar indicadores a través de grupos especializados. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad España, 2005). En el año 2005 México se sumó a la Organización Panamericana de la Salud, para formar una estrategia de desarrollo del sistema de salud en ayuda con otros países (Organización Panamericana de la Salud Oficina Regional de la Organización Mundial de Salud, 2005). Cabe destacar la acción tomada con respecto a la calidad en salud realizada en Perú, en el año 2001, el Ministerio de Salud desarrollo el Manual de Indicadores Hospitalarios, dicho manual permitió la creación de un sistema de evaluación y fortalecer la capacidades de cada una de las áreas del hospital (Ministerio de Salud, 2001). La mayoría de la información obtenida de estos países es semejante a los manuales de salud en Chile, lo cual es positivo ya que se están siguiendo lineamientos de consenso desarrollados hace una década. De los informes de México y Perú se, extrajo información de base para crear los siguientes indicadores:

- a. Porcentaje de gasto en salud como % del PIB.
- b. Porcentaje de gastos en salud per cápita<sup>11</sup>.
- c. Porcentaje de gasto farmacéutico.
- d. Porcentaje de gasto farmacéutico per cápita<sup>12</sup>.
- e. Porcentaje de gasto público en salud.
- f. Porcentaje de gasto en salud, pagados por cuenta propia de los pacientes.

---

<sup>10</sup> Característica seleccionada para la creación de potencial indicador (propuesto en el capítulo 6).

<sup>11</sup> Característica seleccionada para la creación de potencial indicador (propuesto en el capítulo 6).

<sup>12</sup> Característica seleccionada para la creación de potencial indicador (propuesto en el capítulo 6).

- g. Porcentaje de incremento de los gastos de salud.
- h. Porcentaje del presupuesto operativo ejecutado total o por partidas en un periodo<sup>13</sup>.
- i. Porcentaje del presupuesto asignado total o por partidas en un periodo<sup>14</sup>.
- j. Porcentaje del gasto por meta programada durante un periodo.

---

<sup>13</sup> Característica seleccionada para la creación de potencial indicador (propuesto en el capítulo 6).

<sup>14</sup> Característica seleccionada para la creación de potencial indicador (propuesto en el capítulo 6).

## **CAPÍTULO 5: RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN PRIMARIA**

### **5.1 Plan de investigación e Hipótesis**

Como se definió en el punto 1.7.2 el diseño de esta investigación es de tipo exploratoria, la cual tiene como cimientos los cursos de acción para la toma de decisiones del problema en estudio y el trabajo de entrevistar expertos como método de recolección de datos. A su vez la investigación exploratoria trabaja con formular una hipótesis en relación con el problema. Así la hipótesis es la siguiente:

¿Es factible establecer indicadores para medir calidad fundamentada en los factores propuestos por el Institute of Medicine de Estados Unidos en Chile?

### **5.2 Recolección de datos**

La investigación exploratoria se caracteriza por usar técnicas cualitativas para la recolección de información. La información puede ser obtenida por fuentes primarias o secundarias. Dentro de las fuentes primarias de información se tiene la observación, entrevistas y encuestas con expertos; en donde se destaca el enfoque intuitivo y subjetivo de la persona, así como también sus motivaciones, creencias y actitudes. A su vez las fuentes de información secundaria como la bibliográfica, enciclopedias y libros; proporcionan información elaborada y organizada, como resultado de análisis de documentos (Kinnear y Taylor, 1998)

### **5.3 Muestra objeto**

La investigación exploratoria se caracteriza por trabajar con un grupo pequeño de muestras, ya que busca obtener un análisis preliminar de la situación y se caracteriza por ser flexible ante sucesos inesperados y descubrimiento de información (Kinnear y Taylor, 1998).

En base a la inexistencia de información y/o estudios que apuntaran a medir calidad de los procesos desde una perspectiva externa a los centros de salud, específicamente a la falta de indicadores. Se decidió aplicar una encuesta a los expertos de las unidades y/o

departamentos de Calidad de los Hospitales y Clínicas. La encuesta está limitada por el número de personas que accedan a responder. La encuesta se aplicó a 10 profesionales del área de la salud, en su calidad de expertos sobre el tema, entre ellos médicos y enfermeros (as).

#### 5.4 Esquema de la encuesta

La recolección de datos para esta investigación se realizó a través de una encuesta de opinión y experiencia, a las personas que estén relacionadas con el problema en su calidad de expertos.

El diseño de la encuesta se realizó a través de 7 pasos (Kinnear y Taylor, 1998). Los cuales se muestran en la Figura 3.

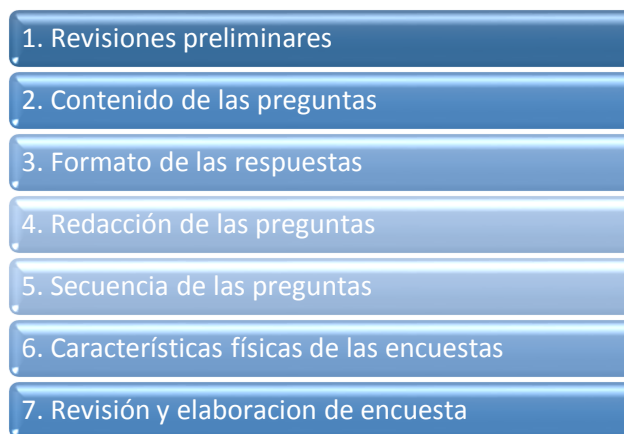


Figura 3: Pasos en el diseño de cuestionarios

1. Revisiones preliminares: se debe constatar y corroborar que el proyecto se desarrolle satisfactoriamente, considerando que se tomaron las decisiones correctas.
2. Contenido de las preguntas: se determina el contenido de las preguntas, de acuerdo al tipo de encuestado, es decir el tipo de lenguaje, conocimiento y habilidades.

3. Formato de las respuestas: se especifica si las preguntas serán abiertas o cerradas, de acuerdo a los lineamientos de la encuesta.
4. Redacción de las preguntas: se establece el marco de referencia de las preguntas, así como también las palabras técnicas sobre el tema.
5. Secuencia de las preguntas: las preguntas se deben asignar en un orden lógico.
6. Características físicas de la encuesta: la encuesta debe ser atractiva para la persona encuestada, es decir debe llevar logo de la institución que crea la encuesta, nombre del estudio y que se espera obtener.
7. Revisión y elaboración de encuesta: se comprueba que los pasos anteriores se entiendan por los encuestados, para ello la encuesta se validó por un experto de la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente del Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente de Concepción. La encuesta se encuentran en el Anexo 2.

## CAPÍTULO 6: CLASIFICACIÓN DE LOS INDICADORES PROPUESTOS A LOS SEIS FACTORES DE MEJORA DE CALIDAD EN SALUD

A partir de la información proporcionada en el punto 4.1, se proponen los indicadores clasificados a cada uno de los factores de mejora de calidad en salud, analizando su pertenencia a estos.

Por consiguiente en las tablas 6, 7, 8, 9, 10 y 11, se muestran los indicadores respectivos a cada factor.

**Tabla 6: Indicadores seleccionado y creados para el Factor Seguridad.**

N°	Nombre Indicador	Formula
1	“Tasa de ocurrencia de eventos adversos (EA) asociados a cirugía mayor ambulatoria”	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de eventos adversos ocurridos en cirugía mayor ambulatoria} * 100}{\text{Total de pacientes intervenidos en cirugía mayor ambulatoria en un periodo X de tiempo.}}$
2	“Tasa de ocurrencia de eventos adversos (EA) asociados a atención”	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de eventos adversos ocurridos en atención} * 100}{\text{Total de pacientes atendidos en un periodo X de tiempo.}}$
3	“Porcentaje de Infecciones Asociadas a la atención en Salud (IAAS)”	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de infecciones intrahospitalarias en un periodo X de tiempo.}}{\text{Total de pacientes atendidos en un periodo X de tiempo.}}$
4	“Supervisión del cumplimiento de la normativa de control y prevención de las Infecciones Asociadas a la atención en Salud (IAAS)”	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de supervisiones aprobadas de las IHH en un periodo X de tiempo} * 100}{\text{N}^\circ \text{ total de supervisiones de las IHH realizadas en el periodo de tiempo.}}$
5	“Que el personal profesional esté capacitado con la seguridad de los pacientes”	$\frac{\text{N}^\circ \text{ del personal capacitado en seguridad del paciente} * 100}{\text{N}^\circ \text{ total del personal.}}$
6	“Frecuencia de aplicación de programa de control de riesgos a exposiciones.”	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de programas de control a exposiciones aplicados en periodo X de tiempo.}}{\text{Total de exposiciones en periodo X de tiempo.}}$
7	“La revisión de los equipos críticos. (ej: ventiladores fijos y de transporte, incubadoras, monitores desfibriladores, etc)”	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de revisiones de los equipos críticos en un periodo X de tiempo.}}{\text{Total de equipos críticos en periodo X de tiempo.}}$
8	“Las acciones de mitigación ante riesgo incendio”	Existencia de acciones de mitigación frente riesgo de incendio.
9	“Que el personal esté capacitado para enfrentar incendios u otros siniestros”	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de incendios ocurridos en un periodo X de tiempo.}}{\text{Total de personal capacitado en periodo X de tiempo.}}$
10	¿Qué tan importante es para usted el “Tiempo de evacuación frente a siniestros y/o accidentes”	Tiempo (minutos) de reacción frente a siniestros y/o accidente.
11	¿Qué tan importante es para usted la “Inspección de la revisión de las instalaciones”	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de revisiones de las instalaciones en un periodo X de tiempo.}}{\text{Total de instalaciones en periodo X de tiempo.}}$
12	“Tiempo de reposición del suministro eléctrico y agua potable en caso de interrupción”	Tiempo (minutos) de reposición de suministro eléctrico y/o agua potable.

13	“La ejecución de procedimientos de los servicios de apoyo que se realizan de acuerdo a la seguridad del paciente. (ej: servicios de apoyo: laboratorio, diálisis, radioterapia, quimioterapia, imagenología y kinesioterapia)”	N° procedimientos de servicios de apoyo realizados de acuerdo a la seguridad del paciente en un periodo X de tiempo*100/ N° total de procedimientos de servicios de apoyo realizados en el periodo de tiempo.
14	“El rechazo de esterilización y desinfección de materiales y elementos clínicos”	N° de esterilizaciones y desinfecciones realizadas en un periodo X de tiempo.
15	“Tasa de ocurrencia de eventos adversos (EA) asociados a pacientes”	N° de incidentes leves ocurridos en un periodo X de tiempo *100/ N° total de pacientes atendidos en el periodo X de tiempo.

Fuente: Elaboración Propia.

**Tabla 7: Indicadores seleccionados y creados para el Factor Eficacia.**

N°	Nombre Indicador	Formula
1	“La existencia de protocolos definidos por el centro de salud, aplicados a los pacientes previa ejecución de los procedimientos”	N° de protocolos aplicados a los pacientes en un periodo X de tiempo*100/ N° total de protocolos del centro de salud en el periodo de tiempo.
2	“Porcentaje de procedimientos clínicos en el cual se sigue la pauta de trabajo”	N° de procedimientos clínicos que se realizan de acuerdo a la pauta de trabajo en un periodo X de tiempo*100 / N° total de procedimientos realizados en el periodo de tiempo.
3	“Porcentaje de las prácticas clínicas que cuentan con un sistema de evaluación. (ej: prácticas clínicas: enfermería, reanimación cardiopulmonar, tratamientos oncológicos, procedimientos con biopsias, anticoagulantes orales, tratamiento de dolores agudos y cirugía ambulatoria)”	N° de prácticas clínicas que se evalúan en un periodo X de tiempo*100/ N° total de prácticas clínicas realizadas en el periodo de tiempo.
4	“Tasa de pacientes egresados de las unidades asistenciales”	N° de pacientes que salen de las unidades asistenciales en un periodo X de tiempo *100/ N° total de pacientes que ingresan a las unidades asistenciales en el periodo de tiempo.
5	“Número exámenes de laboratorio erróneos”	N° de exámenes erróneos*100/ N° total de exámenes realizados.

Fuente: Elaboración Propia.

**Tabla 8: Indicadores seleccionados y creados para el Factor Atención Centrada en el Paciente.**

N°	Nombre Indicador	Formula
1	“Porcentaje de reclamos de los pacientes resueltos”	N° de pacientes con reclamos resueltos en un periodo X de tiempo*100/ N° total de pacientes atendidos en el periodo de tiempo.
2	“Tasa de satisfacción de los pacientes”	N° de pacientes que responden la encuesta de satisfacción con “satisfecho o muy satisfecho * 100/ N° total de pacientes que responden la encuesta de satisfacción.
3	“Porcentaje de pacientes que entendieron los procedimientos antes de que se los realizaran”	N° de pacientes que entienden los procedimientos que se les realizara* 100/ N° total de pacientes a que se les explican los procedimientos a realizar.
4	“Porcentaje de procedimientos que se realizan de acuerdo a la gravedad y emergencia del paciente”	N° de pacientes que son atendidos de acuerdo a su gravedad y emergencia en un periodo de tiempo X* 100/ N° total de pacientes atendidos en el periodo de tiempo.
5	“Número de pacientes ingresados a las unidades asistenciales”	N° de pacientes ingresados a las unidades asistenciales en un periodo X de tiempo*100 / N° total de pacientes ingresados al centro en el periodo de tiempo.
6	“Cantidad de medicamentos e insumos entregados, de acuerdo a la necesidad del paciente”	N° de medicamentos para la necesidad del paciente entregados*100/ N° total de medicamentos disponibles.
7	“Porcentaje de pacientes satisfechos con el servicio de transporte” (buses de acercamiento, vans de traslado de pacientes)	N° de pacientes satisfechos con el servicio de transporte*100/ N° total de pacientes transportados.

Fuente: Elaboración Propia.

**Tabla 9: Indicadores seleccionados y creados para el Factor Oportuna.**

N°	Nombre Indicador	Formula
1	“Que se realice atención inmediata a los pacientes en situaciones de emergencia con riesgo vital dentro de la institución”	$N^{\circ}$ de pacientes de emergencia atendidos inmediatamente en un periodo X de tiempo*100/ $N^{\circ}$ total de pacientes de emergencia en el periodo de tiempo.
2	“Sistema de derivación de pacientes por exceso de capacidad del centro de salud”	$N^{\circ}$ de pacientes derivados por exceder la capacidad del centro de salud en un periodo de tiempo X*100/ $N^{\circ}$ total de paciente al que da abasto el centro de salud en el periodo de tiempo.
3	“Que los turnos de las unidades asistenciales comiencen a tiempo”	$N^{\circ}$ de turnos que empiezan en sus horarios en un periodo de tiempo *100/ $N^{\circ}$ total de turnos en el periodo de tiempo.
4	“Porcentaje de profesionales capacitados en reanimación cardiopulmonar”	$N^{\circ}$ de profesionales capacitados en reanimación cardiopulmonar*100/ $N^{\circ}$ total de profesionales
5	“Porcentaje de profesionales capacitados en prevención y control de infecciones”	$N^{\circ}$ de profesionales capacitados en prevención y control de infecciones*100/ $N^{\circ}$ total de profesionales
6	usted “Que los equipos de medicación se encuentren operativos y disponibles para la atención de urgencias”	$N^{\circ}$ de equipos clínicos para urgencias*100/ $N^{\circ}$ total de equipos clínicos.
7	“Personal disponible para urgencias”	$N^{\circ}$ de personal disponible para urgencias*100/ $N^{\circ}$ total del personal.

Fuente: Elaboración Propia.

**Tabla 10: Indicadores seleccionados y creados para el Factor Equitativo.**

N°	Nombre Indicador	Formula
1	“Porcentaje de reclamos de pacientes por no recibir un trato digno”	$N^{\circ}$ de reclamos de los pacientes por no recibir un trato digno en un periodo X de tiempo*100/ $N^{\circ}$ total de reclamos realizados por los pacientes en el periodo de tiempo.
2	“Tasa de registros respondidos por los pacientes en el cual se evalúa el respeto y trato digno del personal de la institución hacia los pacientes”	$N^{\circ}$ de pacientes que responden sobre el trato digno del personal en la encuesta*100/ $N^{\circ}$ total de pacientes que responden la encuesta.
3	“Tasa de informes respondidos por los pacientes sobre las prestaciones realizadas e indicaciones de seguimiento de tratamientos”	$N^{\circ}$ de informes respondidos por los pacientes que evalúan las prestaciones realizadas e indicaciones de los tratamientos en un periodo X de tiempo*100/ $N^{\circ}$ total de informes aplicados a los pacientes.
4	“Porcentaje de reclamos de pacientes por no sienten que se respeten sus derechos”	$N^{\circ}$ de reclamos de los pacientes en que no les respetan sus derechos*100/ $N^{\circ}$ total de reclamos realizados por los pacientes.

Fuente: Elaboración Propia.

**Tabla 11: Indicadores seleccionados y creados para el Factor Eficiente.**

N°	Nombre Indicador	Formula
1	“Porcentaje de médicos habilitados permanentes en la institución”	$N^{\circ}$ de médicos permanentes habilitados *100/ $N^{\circ}$ total de médicos
2	“Porcentaje de médicos habilitados transitorios en la institución”	$N^{\circ}$ de médicos transitorios habilitados *100/ $N^{\circ}$ total de médicos
3	“Porcentaje de cirujanos dentistas habilitados permanentes en la institución”	$N^{\circ}$ de cirujanos dentistas permanentes habilitados *100/ $N^{\circ}$ total de cirujanos dentistas.
4	“Porcentaje de cirujanos dentistas habilitados transitorios en la institución”	$N^{\circ}$ de cirujanos dentistas transitorios habilitados *100/ $N^{\circ}$ total de cirujanos dentistas.
5	“Porcentaje de técnicos habilitados permanentes en la institución”	$N^{\circ}$ de técnicos permanentes habilitados *100/ $N^{\circ}$ total de técnicos.
6	“Porcentaje de técnicos habilitados transitorios en la institución”	$N^{\circ}$ de técnicos transitorios habilitados *100/ $N^{\circ}$ total de técnicos.
7	“Porcentaje de médicos especialistas en la institución que poseen las competencias requeridas por la normativa vigente”	$N^{\circ}$ de médicos especialistas*100/ $N^{\circ}$ total de médicos.
8	“Que los registros clínicos estén estandarizados”	$N^{\circ}$ de registros clínicos estandarizados*100/ $N^{\circ}$ total de registro clínicos.
9	“Existencia de procedimientos para evitar pérdidas de suministros”	$N^{\circ}$ de procedimientos realizados exitosos*100/ $N^{\circ}$ total de procedimientos
10	“Porcentaje de copago en salud por paciente”	Gasto de salud por paciente*100/ Total de gastos de los pacientes.
11	“Porcentaje de copago farmacéutico por paciente”	Gasto farmacéutico por paciente*100/ Total de gasto farmacéutico.
12	“Diagnóstico correcto de enfermedades a través de exámenes. (ej: de exámenes: anatomía patológica, laboratorios e imagenología)”	$N^{\circ}$ de exámenes para diagnosticar correctamente*100/ $N^{\circ}$ total de exámenes realizados.

Fuente: Elaboración Propia.

Se puede concluir que la calidad de los procesos desde una perspectiva externa a los centros de salud se interpreta por indicadores relacionados a los factores Seguridad y Eficiente, esto se refleja por el número de indicadores perteneciente a estos factores.

Para la priorización de los seis factores y jerarquización de los indicadores propuestos para cada uno de los factores, se aplicó una encuesta a distintos expertos pertenecientes a distintos centros de salud, siendo estos los siguientes: La Oficina de Calidad y Planificación del Hospital Las Higueras de Talcahuano; Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente del Hospital Naval Almirante Adriaola de Talcahuano; Unidad de Calidad de la Clínica Biobío de Talcahuano y Unidad de Calidad del Hospital Clínico del Sur de Concepción.

## CAPÍTULO 7: RESULTADOS

Los resultados de la investigación se obtuvieron a través de la media aritmética, para la priorización de los seis factores como también para la jerarquización de los indicadores para cada factor. La media aritmética se obtiene de la suma de un conjunto de números, dividida por la cantidad de estos. Para la priorización de los factores se calculó el peso de cada uno de ellos, para lo cual se normalizaron los valores de los promedios (ver Anexo 3). Para la jerarquización de los indicadores por factor se trabajó con el promedio, valor máximo, valor mínimo, moda y varianza de cada indicador.

Así

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

$n_i$ : Número total de priorización para el factor  $i$ .

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

**Ecuación 1**

$C_{xij}$ : 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  $i$ .

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

**Ecuación 2**

### 7.1 Priorización de los Factores

La siguiente tabla muestra la priorización de los factores.

**Tabla 12: Priorización de los factores a través de los resultados de la encuesta.**

N°	Factor	Promedio (ri)	Valores Normalizados $R_i=1/ri$	Peso $W_i= R_i/(\sum_1^6 R_i)$
1	Seguridad	1,2	0,83	0,37
2	Oportuna	2,4	0,42	0,19
3	Atención Centrada al Paciente	2,7	0,37	0,16
4	Eficacia	4	0,25	0,11
5	Eficiente	4,9	0,20	0,09
6	Equitativo	5,8	0,17	0,08

Fuente: Elaboración Propia.

De acuerdo a lo solicitado a los expertos, que fue priorizar los factores, en una escala de 1 a 6, siendo 1 el grado de mayor importancia y 6 la menor. Se muestra en la tabla 12, los promedios, valores normalizados y el peso de importancia para cada uno de los factores. Por consiguiente el factor prioritario para los expertos es Seguridad con un promedio de 1,2 y un peso de 0,37; le sigue el factor Oportuna y Atención Centrada al Paciente con un promedio de 2,4 y 2,7 respectivamente, la diferencia entre estos 2 factores es mínima, lo que coincide con la relación de estos factores, ya que la idea del factor Atención Centrada al Paciente es satisfacer las necesidades de este; va ligado con que esa atención sea en el tiempo adecuado; es decir Oportuna.

En la cuarta posición los expertos priorizan con un promedio de 4, el factor Eficacia por encima de Eficiente y Equitativo, de acuerdo al valor normalizado para calcular el peso de importancia de los factores de Eficiente y Equitativo, los expertos no hacen diferencia significativa en estos valores. Lo que evidencia que los factores mencionados anteriormente son menos importantes.

En el Anexo 3 se evidencia que la gran mayoría de los expertos reconocen que el factor más importante, es Seguridad; lo que coincide con el actual proceso de acreditación en Chile. En su contra parte los expertos consideran que el factor con menor importancia es Equitativo, lo que se debe al enfoque con que los expertos de los distintos centros

consultados trabajan en el ámbito de calidad, pues no se orientan a la mejora de la equidad en sus pacientes y/o usuarios.

Se destaca en tercera posición de importancia el factor Atención Centrada al Paciente, los expertos señalan que los centros de salud deben satisfacer las necesidades de este, siendo los requerimientos del paciente el eje central dentro de las ejecuciones del personal de salud.

Los expertos destacan el factor Eficacia sobre el factor Eficiente, más que ocupar los suministros óptimamente, para ellos es primordial, lograr los objetivos adquiridos con cada uno de sus pacientes.

## **7.2 Jerarquización de los indicadores para cada Factor**

La presentación de los indicadores pertenecientes a cada factor, se realiza de acuerdo a la priorización de los factores entregada por los expertos. Con la calificación de los expertos para cada uno de los indicadores propuestos se calculó el promedio, valor máximo, valor mínimo, moda y la variabilidad de los indicadores. Así el orden queda definido de la siguiente manera: Seguridad, Oportuna, Atención Centrada al Paciente, Eficacia, Eficiente y Equitativo.

La tabla 13, enseña el orden de los indicadores para el factor Seguridad, según la opinión de los encuestados.

**Tabla 13: Jerarquización indicadores del Factor Seguridad.**

N°	Indicador	Promedio	Valor Máximo	Valor Mínimo	Moda	Varianza
1	¿Qué tan importante es para usted la “Tasa de ocurrencia de eventos adversos (EA) asociados a atención”?	7	7	7	7	0
2	¿Qué tan importante es para usted “Que el personal profesional esté capacitado con la seguridad de los pacientes”?	6,7	7	5	7	0,46
3	¿Qué tan importante es para usted “La revisión de los equipos críticos. (ej: ventiladores fijos y de transporte, incubadoras, monitores desfibriladores, etc)”?	6,6	7	6	7	0,27
3	¿Qué tan importante es para usted la “Inspección de la revisión de las instalaciones”?	6,6	7	6	7	0,27
4	¿Qué tan importante es para usted la “Tasa de ocurrencia de eventos adversos (EA) asociados a pacientes”?	6,4	7	5	7	0,49
4	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de Infecciones Asociadas a la atención en Salud (IAAS)”?	6,4	7	5	7	0,71
5	¿Qué tan importante es para usted la “Tasa de ocurrencia de eventos adversos (EA) asociados a cirugía mayor ambulatoria”?	6,3	7	5	7	0,68
6	¿Qué tan importante es para usted “El rechazo de esterilización y desinfección de materiales y elementos clínicos”?	6,2	7	5	6	0,62
6	¿Qué tan importante es para usted “La ejecución de procedimientos de los servicios de apoyo que se realizan de acuerdo a la seguridad del paciente. (ej: servicios de apoyo: laboratorio, diálisis, radioterapia, quimioterapia, imagenología y kinesioterapia)”?	6,2	7	5	7	0,84
6	¿Qué tan importante es para usted “Que el personal esté capacitado para enfrentar incendios u otros siniestros”?	6,2	7	5	7	0,84
7	¿Qué tan importante es para usted el “Tiempo de evacuación frente a siniestros y/o accidentes”?	6,1	7	3	7	2,32
7	¿Qué tan importante es para usted la “Frecuencia de aplicación de programa de control de riesgos a exposiciones.”?	6,1	7	5	7	0,99
7	¿Qué tan importante son para usted “Las acciones de mitigación ante riesgo incendio”?	6,1	7	4	7	0,99
7	¿Qué tan importante es para usted la “Supervisión del cumplimiento de la normativa de control y prevención de las Infecciones Asociadas a la atención en Salud (IAAS)”?	6,1	7	4	7	1,43
8	¿Qué tan importante es para usted el “Tiempo de reposición del suministro eléctrico y agua potable en caso de interrupción”?	5,9	7	4	7	1,43

Fuente: Elaboración Propia.

Dada la opinión de los expertos para los indicadores del factor Seguridad, se observa que los resultados obtenidos poseen un promedio alto, la mayoría mayor a 6, lo que deja en claro que los indicadores para el factor Seguridad son importantes para los expertos encuestados. Analizando la posición de los indicadores por jerarquía, en la posición jerárquica 3 se compone por dos indicadores con un promedio de 6,6; la posición jerárquica 4 está compuesta por dos indicadores con 6,4; la posición jerárquica 6 es compartida por tres indicadores con un promedio de 6,2; como también la posición jerárquica 7 posee cuatro indicadores con un promedio de 6,1. Cabe destacar que la variabilidad de los datos con respecto a cada indicador es distinta entre ellos, esto es por las calificaciones que los expertos le asignaron a cada uno de los indicadores (ver Anexo 4).

Se observa de la tabla 13, que los indicadores del nivel jerárquico 7 (solo dos de ellos) y 8, poseen una alta variabilidad entre sus datos, lo que se debe a la diferencia entre su valor máximo y mínimo.

La gran mayoría de los indicadores del factor Seguridad, se calificaron como muy importantes por parte de los expertos, lo que se refleja con la moda de cada uno de los indicadores, ya que la calificación más reiterativa fue la máxima (7 puntos).

La tabla 14, exhibe en orden de importancia de los indicadores para el factor Oportuna, según los promedios.

**Tabla 14: Jerarquización indicadores del Factor Oportuna.**

N°	Indicador	Promedio	Valor Máximo	Valor Mínimo	Moda	Varianza
1	¿Qué tan importante es para usted “que se realice atención inmediata a los pacientes en situaciones de emergencia con riesgo vital dentro de la institución”?	7	7	7	7	0
1	¿Qué tan importante es para usted el “Personal disponible para urgencias”?	7	7	7	7	0
2	¿Qué tan importante es para usted “Que los turnos de las unidades asistenciales comiencen a tiempo”?	6,9	7	6	7	0,1
3	¿Qué tan importante es para usted “Que los equipos de medicación se encuentren operativos y disponibles para la atención de urgencias”?	6,7	7	5	7	0,46
4	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de profesionales capacitados en reanimación cardiopulmonar”?	6,5	7	5	7	0,72
5	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de profesionales capacitados en prevención y control de infecciones”?	6,4	7	5	7	0,49
6	¿Qué tan importante es para usted el “Sistema de derivación de pacientes por exceso de capacidad del centro de salud”?	6,3	7	5	6	0,46

Fuente: Elaboración Propia.

En base a la información entregada por los expertos de los indicadores del factor Oportuna, la cual se refleja en la tabla 14, que los promedios de todos los indicadores superan la calificación 6, lo que demuestra que dichos indicadores son fundamentales. Además se infiere que en la posición jerárquica 1 es compartida por dos indicadores ambos con promedio 7, siendo esta la calificación máxima; lo que indica que los indicadores de esta posición son sustanciales para los expertos. Los datos entregados por los expertos para cada indicador, no presenta una gran variabilidad entre ellos, lo que se plasma con la varianza de cada indicador; esto se debe a la calificación otorgada por los expertos (ver Anexo 5).

Todos los indicadores del factor Oportuna, se calificaron como elementales de acuerdo a la opinión de los expertos.

La tabla 15, presenta en orden de importancia de los indicadores para el factor Atención Centrada en el Paciente, según los promedios.

**Tabla 15: Jerarquización indicadores del Factor Atención Centrada en el Paciente.**

Nº	Indicador	Promedio	Valor Máximo	Valor Mínimo	Moda	Varianza
1	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de procedimientos que se realizan de acuerdo a la gravedad y emergencia del paciente”?	6,8	7	6	7	0,18
2	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de pacientes que entendieron los procedimientos antes de que se los realizaran”?	6,7	7	6	7	0,23
3	¿Qué tan importante es para usted la “Tasa de satisfacción de los pacientes”?	6,2	7	5	7	0,62
4	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de reclamos de los pacientes resueltos”?	5,7	7	5	5	0,68
5	¿Qué tan importante es para usted la “Cantidad de medicamentos e insumos entregados, de acuerdo a la necesidad del paciente”?	5,5	7	3	6	2,28
6	¿Qué tan importante es para usted el “Número de pacientes ingresados a las unidades asistenciales”?	4,7	7	1	6	4,90
7	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de pacientes satisfechos con el servicio de transporte” (buses de acercamiento, vans de traslado de pacientes)?	4,4	7	1	5	3,16

Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo a la calificación que los expertos proporcionaron a los indicadores del factor Atención Centrada en el Paciente, se observa que los promedios son bastantes diferentes. En las tres primeras posiciones jerárquicas los indicadores poseen promedios sobre 6, lo que demuestra que dichos indicadores son los que preponderan dentro del factor. Por otro lado los indicadores de la posición jerárquica 5, 6 y 7; tiene una variabilidad mayor, lo que apunta a la diferencia existe entre el valor máximo y valor mínimo (diferencia de 4, 6 y 6 puntos de importancia respectivamente). Si se examinan las calificaciones de la posición jerárquica 6 y 7, se observa la calificación “1” asignada (ver Anexo 6).

Por medio de los valores de los indicadores a través la moda, cuyos valores son sobre 5, indica que los indicadores para el factor Atención Centrada en el Paciente, son significativos; según la valoración de los expertos.

La tabla 16, expone en orden de importancia de los indicadores para el factor Eficacia, según los promedios.

**Tabla 16: Jerarquización indicadores del Factor Eficacia.**

Nº	Indicador	Promedio	Valor Máximo	Valor Mínimo	Moda	Varianza
1	¿Qué tan importante es para usted “La existencia de protocolos definidos por el centro de salud, aplicados a los pacientes previa ejecución de los procedimientos”?	6,7	7	6	7	0,23
2	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de las prácticas clínicas que cuentan con un sistema de evaluación. (ej: prácticas clínicas: enfermería, reanimación cardiopulmonar, tratamientos oncológicos, procedimientos con biopsias, anticoagulantes orales, tratamiento de dolores agudos y cirugía ambulatoria)”?	6,2	7	5	7	0,62
2	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de procedimientos clínicos en el cual se sigue la pauta de trabajo”?	6,2	7	5	7	0,84
2	¿Qué tan importante es para usted el “Número exámenes de laboratorio erróneos”?	6,2	7	4	7	1,51
3	¿Qué tan importante es para usted la “Tasa de pacientes egresados de las unidades asistenciales”?	5,3	7	4	6	1,12

Fuente: Elaboración Propia.

Dada la información adquirida por los expertos, para la jerarquización de los indicadores del factor Eficacia, destaca que la posición jerárquica 2, es comprendida por tres indicadores, con un promedio de 6,2, de los cuales dos de ellos no poseen una variabilidad significativa entre sus evaluaciones, a diferencia del tercer indicador que comparte dicho nivel jerárquico, donde su varianza es significativa, lo que se debe a la diferencia de 3 puntos de importancia entre su valor máximo y valor mínimo.

Considerando los valores de la moda para los indicadores, siendo estos de 6 y 7; se concluye que los indicadores calificados por los expertos son elementales para el factor Eficacia (ver Anexo 7).

La tabla 17, organiza los indicadores para el factor Eficiente, en orden según los promedios.

**Tabla 17: Jerarquización indicadores del Factor Eficiente.**

Nº	Indicador	Promedio	Valor Máximo	Valor Mínimo	Moda	Varianza
1	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de médicos habilitados permanentes en la institución”?	7	7	7	7	0
1	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de médicos especialistas en la institución que poseen las competencias requeridas por la normativa vigente”?	7	7	7	7	0
2	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de técnicos habilitados permanentes en la institución”?	6,9	7	6	7	0,1
3	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de médicos habilitados transitorios en la institución”?	6,8	7	5	7	0,4
4	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de cirujanos dentistas habilitados permanentes en la institución”?	6,7	7	6	7	0,23
4	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de técnicos habilitados transitorios en la institución”?	6,7	7	4	7	0,9
5	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de cirujanos dentistas habilitados transitorios en la institución”?	6,5	7	4	7	0,94
6	¿Qué tan importante es para usted “Que los registros clínicos estén estandarizados”?	6,1	7	4	7	1,21
7	¿Qué tan importante es para usted el “Diagnóstico correcto de enfermedades a través de exámenes. (ej: de exámenes: anatomía patológica, laboratorios e imagenología)”?	5,7	7	1	7	6,23
8	¿Qué tan importante es para usted la “Existencia de procedimientos para evitar pérdidas de suministros”?	5,6	7	4	6	1,16

9	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de copago en salud por paciente”?	4,5	5	3	5	0,72
10	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de copago farmacéutico por paciente”?	4,3	5	2	5	1,57

Fuente: Elaboración Propia.

Con las calificaciones facilitadas por los expertos para los indicadores del factor Eficiente, para la jerarquía; se tiene que la posición jerárquica 1, está compuesta por dos indicadores los cuales poseen el promedio más alto. Como también la posición jerárquica 4, igualmente está constituida por dos indicadores. De los doce indicadores propuestos para el factor Eficiente, ocho de ellos son calificados como importantes o muy importantes, lo que se denota en su promedio, que es sobre 6. Sobre los datos entregados por los expertos, sobresalen cuatro indicadores, los que su varianza es mayor a uno, pero específicamente el indicador de la posición jerárquica 7, ya que su varianza es altísima, lo que se debe a la diferencia de 6 puntos de importancia entre el valor máximo y valor mínimo. Observando las calificaciones para dicho indicador (ver Anexo 8), existen dos calificaciones con la nota mínima, lo que alude como datos atípicos esas calificaciones.

Los valores dominantes en la moda son 6 y 7, lo que apunta que son las calificaciones más reincidentes proporcionada por los expertos para los indicadores del factor Eficiente.

De la información anterior se infiere que el 80% de los indicadores propuestos son esenciales para los expertos dentro del factor en estudio.

La tabla 18, muestra en orden de importancia de los indicadores para el factor Equitativo, según los promedios.

**Tabla 18: Jerarquización indicadores del Factor Equitativo.**

N°	Indicador	Promedio	Valor Máximo	Valor Mínimo	Moda	Varianza
1	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de reclamos de pacientes por no recibir un trato digno”?	6,3	7	5	7	0,68
2	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de reclamos de pacientes por no sienten que se respeten sus derechos”?	6,2	7	5	6	0,4
2	¿Qué tan importante es para usted la “Tasa de registros respondidos por los pacientes en el cual se evalúa el respeto y trato digno del personal de la institución hacia los pacientes”?	6,2	7	4	7	1,07
3	¿Qué tan importante es para usted la “Tasa de informes respondidos por los pacientes sobre las prestaciones realizadas e indicaciones de seguimiento de tratamientos”?	5,9	7	4	6	0,99

Fuente: Elaboración Propia.

Con la información suministrada por parte de los expertos para los indicadores del factor Equitativo, se observa que la posición jerárquica 2 está constituida por dos indicadores, ambos con un promedio sobre 6. La moda entre las calificaciones dada por los expertos es 6 y 7, lo cual indica que son indicadores elementales para el factor, lo que se confirma con el promedio de estos. Si bien existe un indicador con una varianza alta, dicho valor atípico se podría eliminar, ya que es el único valor dentro de las calificaciones del indicador de la posición jerárquica 2 (ver Anexo 9).

Finalmente las tablas: 13, 14, 15, 16, 17 y 18, que muestran los indicadores propuestos para cada factor, para medir la calidad de los procesos desde una perspectiva externa a los centros de salud, constatan que la gran mayoría de los expertos consideran importantes los indicadores.

Considerando la priorización dada por los expertos para cada factor; por centro de salud se tiene la siguiente tabla. Para ver en detalle los datos ver anexo 10.

**Tabla 19: Priorización Factores por Centro de Salud.**

<b>Centros de Salud/ Orden Factor</b>	<i>Hospital Las Higueras de Talcahuano</i>	<i>Hospital Naval almirante Adriaola de Talcahuano</i>	<i>Clínica Biobío de Talcahuano</i>	<i>Hospital Clínico del Sur de Concepción</i>
<u>1</u>	Seguridad	Seguridad	Seguridad	Seguridad
<u>2</u>	Oportuna	Oportuna	Atención Centrada en el Paciente	Oportuna
<u>3</u>	Atención Centrada en el Paciente	Atención Centrada en el Paciente	Eficacia	Atención Centrada en el Paciente
<u>4</u>	Eficacia	Eficacia	Oportuna	Eficacia
<u>5</u>	Eficiente	Eficiente	Eficiente	Eficiente
<u>6</u>	Equitativa	Equitativa	Equitativa	Equitativa

Fuente: Elaboración Propia.

Observando la priorización de los factores por centro de salud, de acuerdo al grado de importancia que le dan los expertos, se deduce que el factor más importante es Seguridad, en segundo lugar tenemos el factor Oportuna, pero se destaca que en el sector privado en segundo lugar sobresale el factor Atención Centrada en el Paciente, es por ello la diferencia que percatan los usuarios y/o pacientes en cómo es la atención que entrega el sector público versus el privado; ya que es claro que el sector privado está enfocado en satisfacer y respetar las necesidades del paciente en cambio el público en dar la atención necesaria y disminuir los tiempos de espera y retrasos. En tercer lugar destaca el factor Atención Centrada en el Paciente, le sigue Eficacia; en quinto lugar es del factor Eficiente y en última posición el factor Equitativa.

## CAPITULO 8: CONCLUSIONES

De acuerdo a la investigación realizada, se concluye:

- ❖ Debido a la falta claridad de la definición de calidad en la salud chilena, tanto de usuarios, pacientes y personal de los centros de salud; es preciso definir al unísono cual definición utilizar. Por lo tanto, se sugiere emplear la definición dada por el Institute of Medicine de Estados Unidos. Para que tanto personas naturales como centros de salud puedan evaluar, criticar o juzgar bajo la misma información y perspectiva la calidad en salud.
- ❖ En relación con la propuesta de indicadores para cada factor de mejora, estos son de gran ayuda para medir la calidad de los procesos desde un control externo a los centros de salud, lo que se respalda con las calificaciones asignadas por los expertos. Pues así esta investigación queda como una guía para que los centros de salud se basen en los indicadores propuestos para los procesos de acreditación futuros.
- ❖ Los factores Seguridad, Oportuna y Atención Centrada en el Paciente, son los primordiales para los expertos. Cuyas definiciones ya las tienen interiorizadas, por el hecho que la acreditación a la cual deben responder, lleva por nombre “Calidad y Seguridad del Paciente”.
- ❖ Todos los expertos destacan los factores Eficacia y Eficiente, ya que los centros de salud priman por dar la atención necesaria que beneficie a sus pacientes involucrando ocupar los recursos de la mejor forma posible; pero esto no se ve reflejado en la priorización de los factores.
- ❖ Los expertos encuestados señalan al Factor Equitativo, con el menor grado de importancia, lo que se debe a la poca información sobre este factor, además sumándole que es bastante subjetivo, ya que depende fuertemente de la apreciación que tienen los pacientes sobre los procedimientos y trato del personal de salud.  
Si bien este factor no se trabaja en los centros de salud actualmente, los centros de salud cuenta con una oficina de sugerencias y reclamos por parte de los pacientes, la cual guarda información valiosísima. Pues algunos de los expertos señalaron que en

un corto plazo, para las nuevas propuestas de acreditación este factor estará presente. Por ende los indicadores propuesto en el factor Equitativo son de gran ayuda a los centros de salud.

- ❖ De acuerdo a la priorización de los factores, entre los diversos expertos, no se ve gran diferencia en el orden de importancia. Pues todos coinciden que el factor más importante es Seguridad, después le sigue Oportuna y Atención Centrada en el Paciente o viceversa, siendo estos dos factores los que ocupan la segunda o tercera posición de importancia de acuerdo a los expertos. Y los demás factores van en este orden: Eficacia, Eficiente y Equitativo.
- ❖ La información proporcionada a los expertos, les era conocida, varios de ellos reconocieron trabajar con algunos de los factores. También destacaron que es de suma importancia que se consideren todos los factores propuestos en esta investigación junto a sus respectivos indicadores. Los expertos señalan que la acreditación actual solo les exige tener lo estipulado en las pautas de cotejo, pero en ningún momento los miden o les hacen revisiones periódicas; lo que sería de muchísima ayuda para mejorar la atención que se les brinda a todas las persona del país y romper el prejuicio de la atención privada versus la atención pública.

## REFERENCIAS

- Armijo, M. (2011). *Planificación estratégica e indicadores de desempeño en el sector público*. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES). Santiago, Chile: CEPAL .
- Clínicas de Chile A.G . (Diciembre de 2013). *Dimensionamiento del sector de salud privado en Chile*. Obtenido de isapre.cl:  
<http://isapre.cl/PDF/dimensionamiento2012.pdf>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2012). *Guía para Diseño, Contrucción e Interpretacion de Indicadores*. Bogota, Colombia.
- Druker, P. (1999). *Manual de autoevaluación de la fundacion Druker: guía de trabajo* . Buenos Aires: Granica.
- Educarm. (noviembre de 2013). *Consejería de Educación y Universidades*. Obtenido de educarm:  
<http://servicios.educarm.es/templates/portal/images/ficheros/etapasEducativas/secundaria/3/secciones/373/contenidos/9290/ponderada>
- Escobar, L. (2 de julio de 2013). *El Sistema Nacional de Acreditación de Calidad en Salud: Visión de la Superintendencia de Salud*. Obtenido de  
[http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articles-8307\\_p1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articles-8307_p1.pdf)
- EUROPARC. (2002). *Manual Guía para la Definicion e Implantacion de un Sistema de Indicadores de Calidad*. España.
- García, R. E. (julio de 2001). *El concepto de calidad y su aplicación en Medicina*. Recuperado el 8 de enero de 2016, de scielo:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872001000700020&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000700020&lng=es&tlng=es). 10.4067/S0034-98872001000700020.
- Guinart, J. M. (2004 ). *Indicadores de gestión para la entidades públicas*. Barcelona.
- Huerta, H. (30 de mayo de 2013). *Diario UChile*. Obtenido de radio.uchile :  
<http://radio.uchile.cl/2013/05/30/encuesta-revela-mala-calidad-en-la-atencion-de-salud-publica>
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A NEW HEALTH SYSTEM FOR THE 21ST CENTURY*. Washington.
- Kinnear y Taylor. (1998). *Investigación de Mercado*. Santafé de Bogotá: Mc Graw Hill.
- Legislación Chilena. (13 de Septiembre de 2011). *Código Sanitario-Decreto con Fuerza de Ley 725*. Obtenido de [www.uchile.cl](http://www.uchile.cl):  
<http://web.uchile.cl/archivos/derecho/CEDI/Normativa/C%F3digo%20Sanitario.pdf>

- Ministerio de Salud . (2011). Cuenta pública Ministerio de Salud. *Cuenta pública Ministerio de Salud*. Santiago.
- Ministerio de Salud. (2001). *Manual de indicadores hospitalarios*. Lima-Perú: Oficina general de epidemiología.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad España. (2005). *La calidad asistencial en la union europea*. Obtenido de <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/informe2005.htm>
- Mondragón, A. R. (2002). ¿Qué son los indicadores? *Cultura y Estadística y Geográfica*, 52-54.
- OMS. (1981). *Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de salud para todos en el años 2000*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud Oficina Regional de la Organización Mundial de Salud. (2005). *Estrategia de Cooperación con el país México*. Obtenido de Who: [http://www.who.int/countryfocus/cooperation\\_strategy/ccs\\_mex\\_es.pdf](http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_mex_es.pdf)
- Punto final. (marzo-abril de 2014). *La agonía de la salud pública*. Obtenido de <http://www.puntofinal.cl/800/salud800.php>
- Rafael, David y Rincón. (1998). Los indicadores de Gestión Organizacional: Una Guía para su definición. *Universidad Eafit*, 43-59.
- Servicio de Salud Talcahuano. (2011). *Plan Estratégico Hospital Higuera 2011-2014*.
- Stubbs, E. A. (2004). *Indicadores de desempeño: naturaleza, utilidad y construcción*. Brasilia.
- Superintendencia de Salud. (2014). *Guía Práctica para el Proceso de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud* . Santiago .
- Superintendencia de Salud. (noviembre de 2015). *Manual del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención cerrada*. Obtenido de [www.supersalud.gob.cl](http://www.supersalud.gob.cl): [http://www.supersalud.gob.cl/568/articles-4530\\_Manual\\_AC\\_pdf.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/568/articles-4530_Manual_AC_pdf.pdf)
- Superintendencia de Salud. (Noviembre de 2015). *Manuales de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud*. Obtenido de [www.supersalud.gob.cl](http://www.supersalud.gob.cl): <http://www.supersalud.gob.cl/568/w3-article-4530.html>
- Superintendencia de Salud. (24 de abril de 2015). *Noticias Superintendencia*. Obtenido de <http://www.supersalud.gob.cl/568/w3-article-12359.html>
- Trzesniak, P. (1998). *Indicadores quantitativos: reflexões que antecedem seu estabelecimento*. Brasilia.

Universidad Nacional Autónoma de México. (1 de Noviembre de 2010). *Metodología de la Investigación* . Obtenido de profesores.fi-b.unam.mx: [http://profesores.fi-b.unam.mx/jlfl/Seminario\\_IEE/Metodologia\\_de\\_la\\_Inv.pdf](http://profesores.fi-b.unam.mx/jlfl/Seminario_IEE/Metodologia_de_la_Inv.pdf)

Universidad Nacional Mayor de San Marcos . (15 de Abril de 2016). *Glosario de términos sobre administracion pública*. Obtenido de <http://www.unmsm.edu.pe/ogp/ARCHIVOS/Glosario/indc.htm#82>

Velásquez, M. S. (19 de Diciembre de 2011). *Acreditación de Calidad en Salud*. Obtenido de [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl): <http://web.minsal.cl/portal/url/item/b644fa9a8af8d5cce040010164011221.pdf>

## **ANEXOS**

### **Anexo 1: Reseña Código Sanitario**

#### Párrafo I: Disposiciones Generales.

Se compone de 8 artículos. A modo general este párrafo define que el código sanitario rige todo lo relacionado con el fomento, protección y recuperación de la salud de los habitantes. Los reglamentos de este código son dictados por el Director General de Salud en conjunto con la aprobación del Presidente de la República.

El Servicio Nacional de Salud se encarga de atender todas las materias relacionadas con la salud pública y el bienestar higiénico del país; y cada municipalidad está a cargo de sus asuntos sanitarios.

La autoridad máxima del presente código es el Ministerio de Salud, el cual es el único que puede otorgar autorizaciones y/o permisos a los distintos centros asistenciales.

#### Párrafo I: Disposiciones Generales.

Se compone de 8 artículos. A modo general este párrafo define que el código sanitario rige todo lo relacionado con el fomento, protección y recuperación de la salud de los habitantes. Los reglamentos de este código son dictados por el Director General de Salud en conjunto con la aprobación del Presidente de la República.

El Servicio Nacional de Salud se encarga de atender todas las materias relacionadas con la salud pública y el bienestar higiénico del país; y cada municipalidad está a cargo de sus asuntos sanitarios.

La autoridad máxima del presente código es el Ministerio de Salud, el cual es el único que puede otorgar autorizaciones y/o permisos a los distintos centros asistenciales.

#### Párrafo I: Disposiciones Generales.

Se compone de 8 artículos. A modo general este párrafo define que el código sanitario rige todo lo relacionado con el fomento, protección y recuperación de la salud de los habitantes.

Los reglamentos de este código son dictados por el Director General de Salud en conjunto con la aprobación del Presidente de la República.

El Servicio Nacional de Salud se encarga de atender todas las materias relacionadas con la salud pública y el bienestar higiénico del país; y cada municipalidad está a cargo de sus asuntos sanitarios.

La autoridad máxima del presente código es el Ministerio de Salud, el cual es el único que puede otorgar autorizaciones y/o permisos a los distintos centros asistenciales.

### Párrafo III: De las Atribuciones y Obligaciones Sanitarias de la Municipalidad

Compuesto por 5 artículos, en los que se tratan los asuntos sanitarios de cada municipalidad los cuales son: limpieza y seguridad de sitios públicos; recolectar, transportar y eliminar los residuos y desperdicios de su comunidad, como también cumplir con el Servicio Nacional de salud para no ser multados.

El decreto con Fuerza de Ley N° 725 (Código Sanitario) se compone de diez libros, de los cuales se describen de forma breve solo los que tienen relación con la gestión de salud; a continuación:

Libro I: *De la protección y promoción de la salud:* en este libro se encuentran acciones a seguir (procedimientos), normas y obligaciones, acerca de la protección de madres e hijos, enfermedades transmisibles, enfermedades venéreas, laboratorios de salud pública, como también de estadísticas sanitarias y de la difusión y educación sanitaria.

Libro II: *De la profilaxis<sup>15</sup> sanitaria internacional:* este libro abarca las medidas que se toman internacionalmente para la prevención de enfermedades, como también se define la protección sanitaria internacional.

Libro III: *De la higiene y seguridad del ambiente y de los lugares de trabajo:* hace referencia a los permisos, reglamentos, prohibiciones, normas, multas y acciones a seguir para el correcto funcionamiento de: la higiene y seguridad del ambiente, aguas y sus usos

---

<sup>15</sup>Profilaxis: Conjunto de medidas que se toman para proteger o preservar de las enfermedades.

sanitarios, desperdicios y basura, sustancias tóxicas, higiene y seguridad en los lugares de trabajo, también de la contaminación del aire y acústica.

Libro IV: *De los productos farmacéuticos, alimenticios, cosméticos y artículos de uso médico*: establece la composición, disposición y rotulado de productos farmacéuticos, alimenticios y elementos de uso médico, como también de cosméticos y productos de higiene.

Libro V: *Del ejercicio de la medicina y profesiones afines*: define las actividades propias del desempeño de la medicina, como también de: odontología, química y farmacia, enfermería entre otros; y la buena práctica de estas profesiones.

Libro VI: *De los establecimientos del área de salud*: trata de la infraestructura, insumos, fuentes de energía, normas, obligaciones, entre muchos otros; para los establecimientos asistenciales de salud, de óptica y otros elementos de uso médico, al igual que los establecimientos del área farmacéutica.

Libro VII: *De la observación y reclusión de los enfermos mentales, de los alcohólicos y de los que presenten estado de dependencia de otras drogas y sustancias*: relacionado con los requisitos que deben cumplir los establecimientos que tratan a estas personas; como también del cuidado, permanencia y rehabilitación de ellas.

Libro X: *De los procedimientos y sanciones*: define que la autoridad sanitaria podrá realizar inspección y registro de cualquier sitio, edificio, casa, local y lugares de trabajo, ya sean públicos o privados. Aplicando allanamiento, sumarios sanitarios y sanciones.

## Anexo 2: Encuesta validada



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE LA SANTÍSIMA CONCEPCIÓN  
Facultad de Ingeniería  
Ingeniería Civil Industrial

### Encuesta de calificación de los seis factores de mejora de calidad en salud

En el marco de una investigación desarrollada por el Departamento de Ingeniería Industrial de la Facultad de Ingeniería de la Universidad Católica de la Santísima Concepción. A cargo de la alumna Katterine Weibel; bajo la supervisión de la Profesora María Teresa Bull. Nos dirigimos a usted en su calidad de experto para que responda esta encuesta. La encuesta es de gran ayuda para el Proyecto de Título realizado por la alumna para optar al título de Ingeniero Civil Industrial; la cual trata de un análisis de indicadores para medir la calidad de las instituciones de salud desde un control de evaluación externa.

El objeto de esta encuesta es conocer la priorización que ustedes les darán a los seis factores de mejora de calidad de la salud, lo cuales son: seguridad, eficacia, atención centrada al paciente, oportuna, eficiente y equitativa; los cuales fueron establecidos el año 2001 por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos.

En esta encuesta se les pide calificar cada uno de los indicadores propuestos para los seis factores mencionados anteriormente. Dando su opinión experta independiente de la institución que usted este afiliado. Para tener una visión general de lo que deben cumplir los centros de salud.

En la encuesta se referirán los siguientes conceptos:

- ❖ **Seguridad:** Evitar el daño corporal real o potencial que lesionen a los pacientes que ya están siendo tratados.
  
- ❖ **Eficacia:** se refiere a la entrega de procesos de atención y lograr los resultados, con el apoyo de la evidencia científica.

- ❖ **Atención Centrada en el paciente:** Se refiere a satisfacer las necesidades del paciente respetando sus referencias, siendo estas la guía de todas las decisiones clínicas.
  - ❖ **Oportuna:** Se relaciona con obtener la atención necesaria y disminuir los tiempos de espera y retrasos, con el objeto que no sean perjudiciales tanto a pacientes como personal médico.
  - ❖ **Eficiente:** Otorgar un servicio de atención en que se eviten residuos ya sea en suministros, equipos, energía, etc.
  - ❖ **Equitativa:** Dar atención de calidad igualitaria a sus pacientes, sin discriminar cuales sean sus características personales, como el género, el origen étnico, la ubicación geográfica y el nivel socioeconómico.
- Jerarquizar de acuerdo a su preferencia, los seis factores de mejora de calidad en salud; con una escala de 1 a 6, siendo 1 el grado de mayor importancia y 6 la menor.

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

- Para los indicadores propuestos por cada factor se les pidió que los califiquen en una escala de 1 a 7, de acuerdo al grado de importancia según su preferencia. Siendo 7 la mayor calificación y 1 la menor calificación

<b>Para medir el Factor <u>SEGURIDAD</u></b>		
<b>N°</b>	<b>Indicador</b>	<b>Calificación</b>
1	¿Qué tan importante es para usted la “Tasa de ocurrencia de eventos adversos (EA) asociados a cirugía mayor ambulatoria”?	
2	¿Qué tan importante es para usted la “Tasa de ocurrencia de eventos adversos (EA) asociados a atención”?	
3	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de Infecciones Asociadas a la atención en Salud (IAAS)”?	
4	¿Qué tan importante es para usted la “Supervisión del cumplimiento de la normativa de control y prevención de las Infecciones Asociadas a la atención en Salud (IAAS)”?	
5	¿Qué tan importante es para usted “Que el personal profesional esté capacitado con la seguridad de los pacientes”?	
6	¿Qué tan importante es para usted la “Frecuencia de aplicación de programa de control de riesgos a exposiciones.”?	
7	¿Qué tan importante es para usted “La revisión de los equipos críticos. (ej: ventiladores fijos y de transporte, incubadoras, monitores desfibriladores, etc)”?	
8	¿Qué tan importante son para usted “Las acciones de mitigación ante riesgo incendio”?	
9	¿Qué tan importante es para usted “Que el personal esté capacitado para enfrentar incendios u otros siniestros”?	
10	¿Qué tan importante es para usted el “Tiempo de evacuación frente a siniestros y/o accidentes”?	
11	¿Qué tan importante es para usted la “Inspección de la revisión de las instalaciones”?	
12	¿Qué tan importante es para usted el “Tiempo de reposición del suministro eléctrico y agua potable en caso de interrupción”?	
13	¿Qué tan importante es para usted “La ejecución de procedimientos de los servicios de apoyo que se realizan de acuerdo a la seguridad del paciente. (ej: servicios de apoyo: laboratorio, diálisis, radioterapia, quimioterapia, imagenología y kinesioterapia)”?	
14	¿Qué tan importante es para usted “El rechazo de esterilización y desinfección de materiales y elementos clínicos”?	
15	¿Qué tan importante es para usted la “Tasa de ocurrencia de eventos adversos (EA) asociados a pacientes”?	

Otro		
------	--	--

Para medir el Factor <u>EFICACIA</u>		
N°	Indicador	Calificación
1	¿Qué tan importante es para usted “La existencia de protocolos definidos por el centro de salud, aplicados a los pacientes previa ejecución de los procedimientos”?	
2	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de procedimientos clínicos en el cual se sigue la pauta de trabajo”?	
3	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de las prácticas clínicas que cuentan con un sistema de evaluación. (ej: prácticas clínicas: enfermería, reanimación cardiopulmonar, tratamientos oncológicos, procedimientos con biopsias, anticoagulantes orales, tratamiento de dolores agudos y cirugía ambulatoria)”?	
4	¿Qué tan importante es para usted la “Tasa de pacientes egresados de las unidades asistenciales”?	
5	¿Qué tan importante es para usted el “Número exámenes de laboratorio erróneos”?	
Otro		
Otro		

Para medir el Factor <u>ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE</u>		
N°	Indicador	Calificación
1	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de reclamos de los pacientes resueltos”?	
2	¿Qué tan importante es para usted la “Tasa de satisfacción de los pacientes”?	
3	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de pacientes que entendieron los procedimientos antes de que se los realizaran”?	
4	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de procedimientos que se realizan de acuerdo a la gravedad y emergencia del paciente”?	
5	¿Qué tan importante es para usted el “Número de pacientes ingresados a las unidades asistenciales”?	
6	¿Qué tan importante es para usted la “Cantidad de medicamentos e insumos entregados, de acuerdo a la necesidad del paciente”?	
7	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de pacientes satisfechos con el servicio de transporte” (buses de acercamiento, vans de traslado de pacientes)?	
Otro		
Otro		
Para medir el Factor <u>EFICIENTE</u>		
N°	Indicador	Calificación
1	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de médicos habilitados	

	permanentes en la institución”?	
2	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de médicos habilitados transitorios en la institución”?	
3	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de cirujanos dentistas habilitados permanentes en la institución”?	
4	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de cirujanos dentistas habilitados transitorios en la institución”?	
5	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de técnicos habilitados permanentes en la institución”?	
6	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de técnicos habilitados transitorios en la institución”?	
7	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de médicos especialistas en la institución que poseen las competencias requeridas por la normativa vigente”?	
8	¿Qué tan importante es para usted “Que los registros clínicos estén estandarizados”?	
9	¿Qué tan importante es para usted la “Existencia de procedimientos para evitar pérdidas de suministros”?	
10	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de copago en salud por paciente”?	
11	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de copago farmacéutico por paciente”?	
12	¿Qué tan importante es para usted el “Diagnóstico correcto de enfermedades a través de exámenes. (ej: de exámenes: anatomía patológica, laboratorios e imagenología)”?	
Otro		
Otro		

<b>Para medir el Factor <u>EQUITATIVA</u></b>		
<b>N°</b>	<b>Indicador</b>	<b>Calificación</b>
1	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de reclamos de pacientes por no recibir un trato digno”?	
2	¿Qué tan importante es para usted la “Tasa de registros respondidos por los pacientes en el cual se evalúa el respeto y trato digno del personal de la institución hacia los pacientes”?	
3	¿Qué tan importante es para usted la “Tasa de informes respondidos por los pacientes sobre las prestaciones realizadas e indicaciones de seguimiento de tratamientos”?	
4	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de reclamos de pacientes por no sienten que se respeten sus derechos”?	
Otro		
Otro		

Para medir el Factor <b>OPORTUNA</b>		
N°	Indicador	Calificación
1	¿Qué tan importante es para usted “que se realice atención inmediata a los pacientes en situaciones de emergencia con riesgo vital dentro de la institución”?	
2	¿Qué tan importante es para usted el “Sistema de derivación de pacientes por exceso de capacidad del centro de salud”?	
3	¿Qué tan importante es para usted “Que los turnos de las unidades asistenciales comiencen a tiempo”?	
4	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de profesionales capacitados en reanimación cardiopulmonar”?	
5	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de profesionales capacitados en prevención y control de infecciones”?	
6	¿Qué tan importante es para usted “Que los equipos de medicación se encuentren operativos y disponibles para la atención de urgencias”?	
7	¿Qué tan importante es para usted el “Personal disponible para urgencias”?	
Otro		
Otro		

Si gusta ser informado por los resultados de la investigación, deje la siguiente información de contacto:

Nombre:.....

Correo electrónico:.....

**Información de Contacto:**

Profesor a cargo: María Teresa Bull Torres.  
 Correo electrónico: mbull@ucsc.cl  
 Fono: +56 412345352

Alumno responsable: Katterine Weibel Puentes.  
 Correo electrónico: kjweibel@ing.ucsc.cl

### Anexo 3: Priorización de los Factores

N°	Factor	Priorización de acuerdo a los 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			
1	Seguridad	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1,2	0,83	0,37
2	Oportuna	3	2	3	2	2	1	3	5	2	1	2,4	0,42	0,19
3	Atención Centrada al Paciente	2	3	2	3	3	3	2	2	3	4	2,7	0,37	0,16
4	Eficacia	5	4	5	4	4	4	4	3	4	3	4	0,25	0,11
5	Eficiente	4	5	4	5	6	5	5	4	5	6	4,9	0,20	0,09
6	Equitativa	6	6	6	6	5	6	6	6	6	5	5,8	0,17	0,08

Fuente: Elaboración Propia

### Anexo 4: Jerarquización Indicadores Factor Seguridad

Indicadores Factor Seguridad																	
N°	Indicador	Calificación de los expertos										Promedio	Valor Máximo	Valor Mínimo	Moda	Varianza	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						
1	¿Qué tan importante es para usted la “Tasa de ocurrencia de eventos adversos (EA) asociados a atención”?	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	0
2	¿Qué tan importante es para usted “Que el personal profesional esté capacitado con la seguridad de los pacientes”?	7	7	5	6	7	7	7	7	7	7	6,7	7	5	7	7	0,46
3	¿Qué tan importante es para usted “La revisión de los equipos críticos. (ej: ventiladores fijos y de transporte, incubadoras, monitores desfibriladores, etc)”?	6	6	6	6	7	7	7	7	7	7	6,6	7	6	7	7	0,27
3	¿Qué tan importante es para usted la “Inspección de la revisión de las instalaciones”?	7	6	6	6	7	7	7	7	7	6	6,6	7	6	7	7	0,27
4	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de Infecciones Asociadas a la atención en Salud (IAAS)”?	6	6	5	5	7	7	7	7	7	7	6,4	7	5	7	7	0,71
4	¿Qué tan importante es para usted la “Tasa de ocurrencia de eventos adversos (EA) asociados a pacientes”?	5	6	6	6	7	7	7	7	7	6	6,4	7	5	7	7	0,49
5	¿Qué tan importante es para usted la “Tasa de ocurrencia de eventos adversos (EA) asociados a cirugía mayor ambulatoria”?	6	5	5	6	7	7	7	7	7	6	6,3	7	5	7	7	0,68
6	¿Qué tan importante es para usted “Que el personal esté capacitado para enfrentar incendios u otros siniestros”?	7	7	5	5	7	7	6	6	7	5	6,2	7	5	7	7	0,84
6	¿Qué tan importante es para usted “La ejecución de procedimientos de los servicios de apoyo que se realizan de acuerdo a la seguridad del paciente. (ej: servicios de apoyo: laboratorio, diálisis, radioterapia, quimioterapia, imagenología y kinesioterapia)”?	5	6	5	5	7	7	7	7	7	6	6,2	7	5	7	7	0,84
6	¿Qué tan importante es para usted “El rechazo de esterilización y desinfección de materiales y elementos clínicos”?	6	5	5	6	6	6	7	7	7	7	6,2	7	5	6	7	0,62
7	¿Qué tan importante es para usted la “Supervisión del cumplimiento de la normativa de control y prevención de las Infecciones Asociadas a la atención en Salud (IAAS)”?	6	6	4	4	7	7	7	7	7	6	6,1	7	4	7	7	1,43

7	¿Qué tan importante es para usted la “Frecuencia de aplicación de programa de control de riesgos a exposiciones.”?	6	5	5	5	7	7	7	7	7	5	6,1	7	5	7	0,99
7	¿Qué tan importante son para usted “Las acciones de mitigación ante riesgo incendio”?	7	7	6	5	7	6	6	6	7	4	6,1	7	4	7	0,99
7	¿Qué tan importante es para usted el “Tiempo de evacuación frente a siniestros y/o accidentes”?	7	7	4	3	7	7	7	7	7	5	6,1	7	3	7	2,32
8	¿Qué tan importante es para usted el “Tiempo de reposición del suministro eléctrico y agua potable en caso de interrupción”?	6	5	4	4	7	7	6	6	7	7	5,9	7	4	7	1,43

Fuente: Elaboración Propia.

### Anexo 5: Jerarquización Indicadores Factor Oportuna

Indicadores Factor Oportuna																
N°	Indicador	Calificación de los expertos										Promedio	Valor Máximo	Valor Mínimo	Moda	Varianza
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					
1	¿Qué tan importante es para usted “que se realice atención inmediata a los pacientes en situaciones de emergencia con riesgo vital dentro de la institución”?	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	0
1	¿Qué tan importante es para usted el “Personal disponible para urgencias”?	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	0
2	¿Qué tan importante es para usted “Que los turnos de las unidades asistenciales comiencen a tiempo”?	7	7	6	7	7	7	7	7	7	7	6,9	7	6	7	0,1
3	¿Qué tan importante es para usted “Que los equipos de medicación se encuentren operativos y disponibles para la atención de urgencias”?	6	5	7	7	7	7	7	7	7	7	6,7	7	5	7	0,46
4	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de profesionales capacitados en reanimación cardiopulmonar”?	5	5	6	7	7	7	7	7	7	7	6,5	7	5	7	0,72
5	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de profesionales capacitados en prevención y control de infecciones”?	5	6	6	6	7	7	7	7	7	6	6,4	7	5	7	0,49

6	¿Qué tan importante es para usted el “Sistema de derivación de pacientes por exceso de capacidad del centro de salud”?	7	7	6	6	7	6	6	5	7	6	6,3	7	5	6	0,46
---	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----	---	---	---	------

Fuente: Elaboración Propia.

### Anexo 6: Jerarquización Indicadores Factor Atención Centrada en el Paciente

Indicadores Factor Atención Centrada en el Paciente																
N°	Indicador	Calificación de los expertos										Promedio	Valor Máximo	Valor Mínimo	Moda	Varianza
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					
1	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de procedimientos que se realizan de acuerdo a la gravedad y emergencia del paciente”?	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7	6,8	7	6	7	0,18
2	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de pacientes que entendieron los procedimientos antes de que se los realizaran”?	7	7	6	6	7	7	7	7	7	6	6,7	7	6	7	0,23
3	¿Qué tan importante es para usted la “Tasa de satisfacción de los pacientes”?	7	7	5	5	7	6	6	6	7	6	6,2	7	5	7	0,62
4	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de reclamos de los pacientes resueltos”?	5	5	6	6	7	6	5	5	7	5	5,7	7	5	5	0,68
5	¿Qué tan importante es para usted la “Cantidad de medicamentos e insumos entregados, de acuerdo a la necesidad del paciente”?	3	3	5	6	5	6	7	7	7	6	5,5	7	3	6	2,28
6	¿Qué tan importante es para usted el “Número de pacientes ingresados a las unidades asistenciales”?	1	1	4	4	5	6	6	6	7	7	4,7	7	1	6	4,90
7	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de pacientes satisfechos con el servicio de transporte” (buses de acercamiento, vans de traslado de pacientes)?	1	2	6	4	5	5	5	5	7	4	4,4	7	1	5	3,16

Fuente: Elaboración Propia.

## Anexo 7: Jerarquización Indicadores Factor Eficacia

Indicadores Factor Eficacia																
N°	Indicador	Calificación de los expertos										Promedio	Valor Máximo	Valor Mínimo	Moda	Varianza
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					
1	¿Qué tan importante es para usted “La existencia de protocolos definidos por el centro de salud, aplicados a los pacientes previa ejecución de los procedimientos”?	7	7	6	6	7	7	7	7	7	6	6,7	7	6	7	0,23
2	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de procedimientos clínicos en el cual se sigue la pauta de trabajo”?	5	5	6	6	7	7	7	7	7	5	6,2	7	5	7	0,84
2	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de las prácticas clínicas que cuentan con un sistema de evaluación. (ej: prácticas clínicas: enfermería, reanimación cardiopulmonar, tratamientos oncológicos, procedimientos con biopsias, anticoagulantes orales, tratamiento de dolores agudos y cirugía ambulatoria)”?	7	7	5	5	7	6	6	6	7	6	6,2	7	5	7	0,62
2	¿Qué tan importante es para usted el “Número exámenes de laboratorio erróneos”?	4	4	6	6	7	7	7	7	7	7	6,2	7	4	7	1,51
3	¿Qué tan importante es para usted la “Tasa de egresados de las unidades asistenciales”?	4	4	5	4	5	6	6	6	7	6	5,3	7	4	6	1,12

Fuente: Elaboración Propia

## Anexo 8: Jerarquización Indicadores Factor Eficiente

Indicadores Factor Eficiente																
N°	Indicador	Calificación de los expertos										Promedio	Valor Máximo	Valor Mínimo	Moda	Varianza
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					
1	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de médicos habilitados permanentes en la institución”?	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	0
1	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de médicos especialistas en la institución que poseen las competencias requeridas por la normativa vigente”?	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	0
2	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de técnicos habilitados permanentes en la institución”?	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6,9	7	6	7	0,1
3	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de médicos habilitados transitorios en la institución”?	7	7	7	7	7	7	7	7	7	5	6,8	7	5	7	0,4
4	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de cirujanos dentistas habilitados permanentes en la institución”?	7	7	6	6	7	7	7	7	7	6	6,7	7	6	7	0,23
4	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de técnicos habilitados transitorios en la institución”?	7	7	7	7	7	7	7	7	7	4	6,7	7	4	7	0,9
5	¿Qué tan importante es para usted el “Porcentaje de cirujanos dentistas habilitados transitorios en la institución”?	7	7	6	6	7	7	7	7	7	4	6,5	7	4	7	0,94
6	¿Qué tan importante es para usted “Que los registros clínicos estén estandarizados”?	4	5	7	7	6	5	7	7	7	6	6,1	7	4	7	1,21
7	¿Qué tan importante es para usted el “Diagnóstico correcto de enfermedades a través de exámenes. (ej: de exámenes: anatomía patológica, laboratorios e imagenología)”?	1	1	7	6	7	7	7	7	7	7	5,7	7	1	7	6,23

8	¿Qué tan importantes para usted la "Existencia de procedimientos para evitar pérdidas de suministros"?	4	4	6	6	6	5	5	6	7	7	5,6	7	4	6	1,16
9	¿Qué tan importantes para usted el "Porcentaje de copago en salud por paciente"?	3	3	4	5	5	5	5	5	5	5	4,5	5	3	5	0,72
10	¿Qué tan importantes para usted el "Porcentaje de copago farmacéutico por paciente"?	2	2	4	5	5	5	5	5	5	5	4,3	5	2	5	1,57

Fuente: Elaboración Propia.

### Anexo 9: Jerarquización Indicadores Factor Equitativo

Indicadores Factor Equitativo																
N°	Indicador	Calificación de los expertos										Promedio	Valor Máximo	Valor Mínimo	Moda	Varianza
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					
1	¿Qué tan importantes para usted el "Porcentaje de reclamos de pacientes por no recibir un trato digno"?	6	5	6	6	7	7	7	7	7	5	6,3	7	5	7	0,68
2	¿Qué tan importantes para usted la "Tasa de registros respondidos por los pacientes en el cual se evalúa el respeto y trato digno del personal de la institución hacia los pacientes"?	6	6	5	6	7	7	7	7	7	4	6,2	7	4	7	1,07
2	¿Qué tan importantes para usted el "Porcentaje de reclamos de pacientes por no sienten que se respeten sus derechos"?	6	6	6	5	6	6	7	7	7	6	6,2	7	5	6	0,4
3	¿Qué tan importantes para usted la "Tasa de informes respondidos por los pacientes sobre las prestaciones realizadas e indicaciones de seguimiento de tratamientos"?	6	5	5	6	6	6	7	7	7	4	5,9	7	4	6	0,99

Fuente: Elaboración Propia.

### Anexo 10: Priorización de los Factores por Centro de Salud

Hospital Las Higueras de Talcahuano							
N°	Factor	Datos			Promedio	Valor Normalizado	Peso
1	Seguridad	1	1	1	1	1	0,41
2	Oportuna	2	3	2	3	2,5	0,17
3	Atención Centrada en el Paciente	3	2	3	2	2,5	0,17
4	Eficacia	5	4	5	4	4,5	0,09
5	Eficiente	4	5	4	5	4,5	0,09
6	Equitativa	5	6	6	6	5,75	0,07
Hospital Naval Almirante Adriaola de Talcahuano							
N°	Factor	Datos		Promedio	Valor Normalizado	Peso	
1	Seguridad	1	2	1,5	0,67	0,29	
2	Oportuna	2	1	1,5	0,67	0,29	
3	Atención Centrada en el Paciente	3	3	3	0,33	0,15	
4	Eficacia	4	4	4	0,25	0,11	
5	Eficiente	6	5	5,5	0,18	0,08	
6	Equitativa	5	6	5,5	0,18	0,08	
Clínica Biobío de Talcahuano							
N°	Factor	Datos		Promedio	Valor Normalizado	Peso	
1	Seguridad	1	1	1	1	0,41	
2	Atención Centrada en el Paciente	2	2	2	0,5	0,21	
3	Eficacia	4	3	3,5	0,29	0,12	
4	Oportuna	3	5	4	0,25	0,10	
5	Eficiente	5	4	4,5	0,22	0,09	
6	Equitativa	6	6	6	0,17	0,07	
Hospital Clínico del Sur de Concepción							
N°	Factor	Datos		Promedio	Valor Normalizado	Peso	
1	Seguridad	1	2	1,5	0,67	0,29	
2	Oportuna	2	1	1,5	0,67	0,29	
3	Atención Centrada en el Paciente	3	4	3,5	0,29	0,13	
4	Eficacia	4	3	3,5	0,29	0,13	
5	Eficiente	5	6	5,5	0,18	0,08	
6	Equitativa	6	5	5,5	0,18	0,08	

Fuente: Elaboración Propia.