

**UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES**  
**DEPARTAMENTO DE GESTIÓN EMPRESARIAL**  
**INGENIERÍA COMERCIAL**



**Universidad del Bío-Bío**

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA DEL**  
**HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTIN DE CHILLÁN.**

**Alumnas:**

Srta. M<sup>a</sup> Magdalena Aedo Cerda.  
Srta. Marlén Godoy Bustos.

**Profesor Guía:**

Sr. Omar Acuña Moraga.

**Profesor Informante:**

Sr. Eduardo Castillo Morales.

**Memoria para optar al título de Ingeniero Comercial.**

Chillán, Diciembre de 2008.

UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO  
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES  
CARRERA DE INGENIERIA COMERCIAL

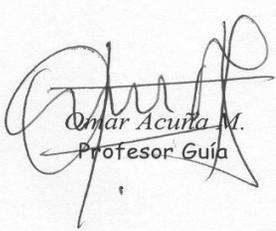
Chillán, Enero 16 de 2009

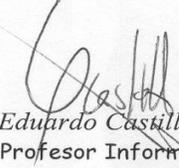
**Informe: Memoria de Título**

En relación a la evaluación de la Memoria para optar al Título de Ingeniero Comercial, denominada "CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTIN de las alumnas María Magdalena Aedo Cerda y Marlén Verónica Godoy Bustos.

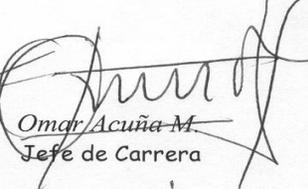
Teniendo en cuenta las exigencias de la Carrera de Ingeniería Comercial y en especial las referidas a la actividad de titulación, la comisión de examinación califica el presente informe con 92 puntos (escala de 1 a 100)

Atentamente,

  
Omar Acuña M.  
Profesor Guía

  
Eduardo Castillo M.  
Profesor Informante

  
Luis San Martín H.  
Profesor Sala

  
Omar Acuña M.  
Jefe de Carrera



CC. - Jefe Carrera Ingeniería de Ingeniería Comercial  
- Alumnos(as)  
- Archivo

## *AGRADECIMIENTOS*

*Cuando comencé esta etapa de mi vida no logré vislumbrar que seguir estudiando, significaría un esfuerzo tan importante, tanto para mí como para mi familia. “Mi paso por la universidad” está iniciando la cuenta regresiva, la que aún no es muy fácil de asimilar. Etapa que estuvo marcada de emociones, tristezas y alegrías, y que sin duda es muy difícil de plasmar en un papel.*

*Quisiera partir agradeciendo a Dios, quien siempre estuvo conmigo en los momentos más difíciles, dándome fuerzas para seguir adelante, sin su ayuda no hubiese sido posible llegar a esta instancia.*

*En este largo camino que he recorrido hasta hoy, quiero agradecer por sobre todo a mis padres, comenzando por mi papito querido “Francisco” que gracias a su persona me he convertido en una persona de bien, quien desde pequeña ha cuidado de mí y me ha enseñado que con dedicación, confianza en sí misma y fe en Dios todo es posible en esta vida y como no agradecer el amor y comprensión brindada por mi mamita “Verónica” quien siempre se ha preocupado por mis problemas y me ha dado un abrazo cuando lo he necesitado... Por todo esto y muchas otras cosas quiero dedicarles mi éxito en esta etapa que culmina, por su sacrificio y por siempre buscar la forma de hacerme feliz.*

*Del mismo modo, quisiera referirme a dos personitas que hicieron de mi vida y por sobre todo mi paso por la universidad, que fuese cada día mejor, en esta oportunidad quisiera expresarles mi más sincera gratitud, por todo el cariño y apoyo incondicional que me brindaron sobre todo en los momentos más difíciles, “Mi tía Patricia y Mi tío Luchito”.*

*Y como no mencionar a mi niño querido “Carlos”, quien siempre ha estado conmigo, en mis alegrías y tristezas, tampoco quiero dejar de agradecerte todo el amor y la comprensión que me has dado, por saber escucharme y cuidar de mí siempre.*

*No puedo dejar de mencionar a mi compañera de tesis “Maggi”, quien me dio su confianza al permitirme realizar la tesis con ella y vivir esta etapa juntas, la verdad es que nunca me imagine que iba trabajar contigo en esto, pero la verdad es que conformamos un buen equipo, gracias por tu apoyo y optimismo. Y espero de corazón que en un día no muy lejano nos volvamos a reunir para recordar viejos tiempos.*

*Durante mi estadía en la universidad, conocí a grandes personas que me entregaron su amistad, la cual no quisiera perder. Evelyn, gracias por tu cariño y consejos, espero que el término de esta etapa no nos separe; Sebastián, gracias por hacerme reír, voy ha echar de menos cuando peleabamos; Gerardo, gracias por manifestarme tu apoyo en los momentos difíciles y enseñarme que no rendirse nos hace mejores personas. Gracias a todos por su apoyo y buenos consejos que supieron alentarme. Y como no agradecer a mi profesor Guía “Omar Acuña”, que gracias a sus enseñanzas y disposición no hubiese sido posible concluir este proceso.*

*Por último, quiero dedicar estos agradecimientos a todas aquellas personas que me han enseñado a levantarme cuando las cosas no van bien y me han ayudado a salir adelante. Mi vecina querida Betzabé, mi mejor amiga Margarita, Lorena mi cuñada, a mi Tía María Gladys , Tío Carlos Juan, a mis compañeras Yohana y Janette y a toda mi familia en general, en especial a mi hermano Héctor y a mi Tía Isabel , reconozco y agradezco el apoyo, fuerza y alegría que me dan cada día.*

*Hoy comienza una nueva etapa, la cual espero enfrentar con optimismo, a paso firme, con fuerza y la ayuda de Dios.*

***Marlén Verónica Godoy Bustos.***

***Ingeniero Comercial.***

## **AGRADECIMIENTOS**

*Resulta muy difícil poder expresar con palabras todo el agradecimiento que siento por tantas personas que han creído o creen en lo que hago. Muchos recuerdos embargan mi mente en estos momentos, pero comenzaré agradeciendo a DIOS, quien me dio la fortaleza para seguir adelante ante aquellas dificultades que se presentaron en mi vida, por su infinito amor, comprensión y misericordia en cada instante de mi vida.*

*Quisiera agradecer a mi PADRE, que desde la distancia me acompañó siempre. Lástima que la vida no haya permitido que puedas seguir ahí, compartiendo mis sueños. A pesar de la distancia que ahora nos separa, quiero que sepas que siempre estarás en mi corazón. Estoy segura que desde el cielo me cuidas y eres mi ángel guardián, no sabes lo que daría porque pudieras estar conmigo en éste momento tan especial, pero sé que estás bien y que aunque físicamente no estás, tu amor está presente a cada momento.*

*Quiero darle una mención honrosa a mi MADRE, que sin ella no hubiera llegado a esta etapa de mi vida y espero retribuir todo lo que me ha dado. Gracias principalmente por estar siempre junto a mí, por tu cariño y dedicación, no olvidaré nunca cuando cada tarde me esperaba sentada para entregarme su infinito amor. No acabaría nunca de agradecerte y de decirte lo mucho que significas para mí, pero quiero recordarte que te adoro y que siempre estás presente en cada momento, que te admiro mucho por tu fuerza interna, por que has salido adelante de cualquier situación poniendo siempre por delante tu amor y cariño, me siento muy orgullosa de ser tu hija. “Mamita te Amo”.*

*Agradecer a mis hermanas, Hilda y Nathalie, quienes desde el principio creyeron en mí. Gracias por apoyarme, y decirme que tenía que seguir adelante. Espero que sigamos siendo tan unidas como lo hemos sido hasta hoy, y que nunca nos separamos.*

*A ti Julio, por ser mi cuñado, te agradezco porque siempre cuidaste y apoyaste en todo momento a mi familia. Al igual que mi tío Nelson y mi tía Julia.*

*A mis SOBRINAS, Leslie y Bárbara, quienes sólo con su presencia han inundado de enorme felicidad mi existencia desde el primer momento.*

*A mi Abuela que aunque no está físicamente conmigo, siempre la he tenido a mi lado y desde allá arriba se que en estos momentos y en todos me está cuidando.*

*A FRANCISCO, Mi Pololo, el amor de mi vida, en quien encontré la estabilidad emocional y felicidad que cualquier persona desearía tener. Gracias por estar a mi lado en todo momento. Gracias por comprender que el amor, a veces no es tan solo disponer de tiempo para estar juntos, sino demostrar con hechos los sentimientos. Como tú me lo demuestras siempre.*

*A mi compañera de tesis Marlén con la que compartí durante los meses que duro nuestro seminario gracias por tu apoyo, consideración y amistad.*

*Profesor Omar, muchas gracias por habernos acogido desde el primer día y darnos la oportunidad de trabajar con Usted.*

*También quiero manifestar mis agradecimientos a aquellas personas que conocí en la universidad y que se convirtieron en mis amigos y fueron un apoyo fundamental durante mi camino, Marce, Braulio, Alexis y Rodrigo.*

*En general, y para no extenderme ya más en esta lista que parece interminable, quiero agradecer profundamente a todas y cada una de las personas que van siguiendo de cerca mis pasos, se interesan por saber lo que estoy haciendo, me animan, me aconsejan y me guían.*

*Hoy comienza una nueva etapa, la cual espero enfrentar con la mirada en alto, con fuerza, valentía y la ayuda de Dios.*

*Uno no está solo en la vida, siempre habrá alguien que te apoyará, dará confianza y fuerzas para salir adelante.*

*"La gratitud es la memoria del corazón" (Jean Baptiste Massieu).*

*María Magdalena Aedo Cerda  
Ingeniero Comercial*

*Queremos agradecer especialmente a todas las personas del Hospital Clínico Herminda Martín que hicieron posible el desarrollo de nuestra investigación, que sin ellas no lo hubiésemos logrado. Muchas Gracias por su colaboración y disponibilidad.*

*Sr. Luis San Martín, Subdirector Administrativo,  
Sra. Araceli, Secretaria Subdirección administrativa,  
Sr. Pablo Ibarra, Jefe de Some,  
Sr. Héctor Herrera, Jefe de Sección Estadística,  
Sra. Marta Rubilar, Jefe C.R., RRHH  
Sr. Juan Carlos Castro, Subdepartamento de RRHH,  
Sr. Carlos Jara, Jefe de Laboratorio,  
Sr. Gonzalo Sepúlveda, Jefe de Archivos HHCC,  
Sra. Aurora Hermosilla, Enfermera Supervisora C.R. C.A.E.,  
Sr. Francisco Cifuentes, Jefe Contabilidad y Presupuesto,  
Srta. Ingrid Vergara, encargada unidad de despacho área farmacia,  
Sr. Francisco Saavedra, encargado proveedores de fármacos,  
Sra. Verónica, Jefe oficina de Hospitalización,  
Srta. Emily Sandoval, encargada proveedores de insumos,  
Srta. Elizabeth Abarca, Jefe de Sección Auge Valoradas,  
Sra. Solanyen Cárdenas, oficina de información OIRS,  
Sr. Jaime Reyes, SEREMI de salud Chillán,  
Sr. Daniel Miranda, secretario administrativo, servicio de lavandería,  
Sr. Patricio Araya, jefe servicio de alimentación,  
Sr. Gastón Vergara, Jefe Ingeniería de Sistemas,  
Sr. Mario Muñoz, Jefe de Bienes.*

## Tabla de contenido

INVESTIGACIÓN PROPUESTA .....	6
a.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	9
a.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN .....	9
c.1. Objetivo General.....	11
c.2. Objetivos Específicos .....	11
1. Antecedentes históricos de la calidad en salud.....	15
1.4.1. Calidad en general .....	23
1.4.2. Calidad de los servicios de salud:.....	23
1.4.3. Calidad de un servicio para un problema de salud concreto: .....	23
1.5.1 Modelo de Donabedian.....	24
1.5.2 Modelo C-Dopri. ....	25

## ÍNDICE

<b><u>CONTENIDOS</u></b>	<b><u>PÁGINA</u></b>
<b>RESUMEN EJECUTIVO</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
<b>FORMULACIÓN GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>6</b>
a. Antecedentes del Problema	7
a.1. Planteamiento del Problema	9
a.2. Preguntas de Investigación	9
b. Justificación del Tema	9
c. Objetivos del Estudio	11
d. Hipótesis de trabajo	12
e. Alcances de la Investigación	13
f. Limitaciones de la Investigación	13
g. Metodología de Trabajo	14
<b>CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO</b>	<b>15</b>
1. Antecedentes históricos de la calidad.	16
1.1. Definición del concepto calidad de la atención.	18
1.2. Atributos de la calidad de atención en salud.	20
1.3. Dimensiones de la calidad en los servicios de salud.	22
1.4. Niveles del concepto de calidad	23

1.5. Indicadores de Medición de la calidad de la atención medica.	24
1.6. Reseña Organizacional del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán.	26
<b>CAPÍTULO II: SISTEMA DE SALUD EN CHILE</b>	<b>29</b>
2. Definición del Sistema de Salud.	30
2.1. Sectores de Salud.	30
2.2. Funciones del Sistema de Salud en Chile.	31
2.3. Red Asistencial del Sector Público de Salud.	33
2.3.1. Financiamiento de la salud.	38
2.4. Descripción de la Red Asistencial del Servicio de Salud Ñuble.	38
2.4.1. Área de Influencia del Servicio de Salud Ñuble	38
2.4.2. Red Asistencial del Servicio de Salud Ñuble	39
<b>CAPÍTULO III: MÉTODO DE ESTUDIO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA.</b>	<b>40</b>
3. Introducción.	41
3.1. Descripción del Modelo de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica.	42
3.2. Descripción de la Población y Muestra.	47
3.2.1. Población.	47
3.2.2. Muestra	48
3.2.3. Calculo del Tamaño Muestral.	48
3.2.4. Unidad de Análisis.	49
3.3. Procedimiento Recolector de Datos.	50
3.4. Procesamiento de Datos.	50
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN.</b>	<b>51</b>
4.1. Plantilla de Evaluación Contexto	51
4.1.1. Legislación	51
4.1.2. Políticas, planes y programas	53
4.1.3. Relaciones Institucionales	54

4.1.4. Relaciones con proveedores	54
4.1.5. Relaciones con la comunidad	55
4.2. Plantilla de Evaluación Demanda	61
4.2.1. Relación entre la pertinencia y el nivel de atención institucional	61
4.2.2. Demanda efectiva atendida	63
4.3. Plantilla de Evaluación Oferta	66
4.3.1. Plantilla de Evaluación de la estructura orgánica	66
4.3.2. Plantilla de Evaluación de la estructura funcional	69
4.3.3. Plantilla de Evaluación de los Recursos Humanos	73
4.3.4. Plantilla de Evaluación de los Recursos Físicos	79
4.3.5. Plantilla de Evaluación de los Recursos Económicos	91
4.3.6. Plantilla de Evaluación de los Sistemas de Información	100
4.4. Plantilla de Evaluación de Procesos	106
4.5. Plantilla de Evaluación de Resultados	115
4.6. Plantilla de Evaluación de Impacto	126

## **CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACION**

1. Cumplimiento de Objetivos
2. Contrastación de la Hipótesis de Trabajo
3. Conclusiones

## **SUGERENCIAS**

<b>ANEXOS</b>	<b>146</b>
Anexo N° 1: Esquematización Modelo de Evaluación C-DOPRI	147
Anexo N° 2: Proveedores de Fármacos, elementos de sutura y curación.	162
Anexo N° 3: Cálculo de la Demanda y Lista de Espera.	163
Anexo N° 4: Organigrama.	165
Anexo N° 5: Demanda Global de Hospitalización	166
Anexo N° 6: Flujograma Procesos de Hospitalización	167
Anexo N° 7: Resumen Garantías AUGE	172
Anexo N° 8: Personas atendidas por primera vez	173

Anexo N° 9: Cumplimiento de Medicina Especializada	175
Anexo N° 10: Datos para la plantilla de evaluación de impacto	176
Anexo N° 11: Encuesta de Satisfacción de Usuarios	177
Anexo N° 12: Distribución de encuestas por Centros de Responsabilidad	180
Anexo N° 13: Encuesta de Satisfacción de proveedores del servicio	181
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>183</b>

## **RESUMEN EJECUTIVO**

En la actualidad, el gobierno tiene como uno de sus principales objetivos otorgar garantías de salud a todos los chilenos, mediante los distintos programas que dicta. Esto ha conducido a los hospitales públicos a estar muy interesados en conocer las verdaderas necesidades de sus usuarios para dar solución a los problemas de salud de manera eficiente y eficaz, interés que requiere un aumento de una infinidad de recursos humanos, económicos, físicos, entre otros.

La inmensa responsabilidad que tienen las instituciones de salud ante el individuo, su familia y la comunidad en general, la complejidad de su manejo, los avances técnicos y científicos y los modernos conceptos de gerencia y administración, han sido los principales factores de motivación para emprender la difícil labor de recopilar criterios, y reunir elementos primordiales de juicio, para lograr una aproximación al prototipo del hospital eficiente.

La gestión en un hospital moderno, implica características diferentes a las del hospital de antes, puesto que hoy estas instituciones se conciben como empresas prestadoras de servicios de salud, en disposición permanente de atender a cabalidad las expectativas y demandas de los pacientes. Asimismo, se encuentran dispuestas a funcionar en un mundo de competencia a base de calidad. Esta competencia, debe establecerse sobre los pilares de: planeación, organización, satisfacción del trabajador y del usuario, presupuesto, evaluación de gestión y disposición de permanente retroalimentación y ética.

En consecuencia con estos postulados, es que la calidad de la atención en salud se constituye como una de las mayores preocupaciones del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Este aspecto de la atención en salud se ha posesionado como tema de alta relevancia dentro de las legítimas exigencias de los usuarios siendo recogido como uno de los elementos centrales del proceso de la Reforma en Salud. El problema de la calidad, como bien lo expone Alfonso González (1994), se les plantea como una cuestión práctica a los profesionales de la salud, es por ello que este

planteamiento adquiere real significado con lo que afirma Juan Mendoza (1996), que por ser obras humanas y estar en manos de seres humanos, las instituciones asistenciales de salud, pueden sufrir errores que afecten cualquiera de sus servicios, sistemas y procedimientos. Por tal razón, es indispensable mantener vigilancia sobre todos ellos, de modo que las fallas se detecten tan temprano como sea posible y los correctivos no demoren.

El estudio de la presente Memoria de Título se centró en analizar la Calidad de la Atención Médica del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán, desde la perspectiva metodológica del Modelo C-Dopri, desarrollado por Galán. La investigación se fundamentó en todas las áreas de evaluación que propone el Modelo; Contexto, Demanda, Oferta, Procesos, Resultados e Impacto, destacando que cada área contiene sus propios indicadores de evaluación para medir aspectos puntuales de la entidad en estudio. Al poner en práctica la aplicación del modelo, se logró obtener información que se utilizó para formular sugerencias y de ésta forma lograr mejoras en la calidad del servicio que entrega el hospital y en la totalidad de su gestión.

Para dar respuesta a los objetivos propuestos en la investigación, en primera instancia se dieron a conocer las generalidades de ésta, para luego abordar el marco teórico donde se presentaron los aspectos más relevantes relacionados con el tema de la calidad de la atención médica en las instituciones de salud, y sobre la legislación y normatividad vigente en esta materia. Seguido de ello, se realizaron coordinadas visitas a la institución objeto de estudio, con el propósito de recabar la información demandada por el modelo a aplicar, solicitando las pertinentes autorizaciones a los responsables del Hospital. También, fue necesario aplicar entrevistas al Subdirector de la institución, a los Jefes de la Sección Archivo de Historias Clínicas y de Estadísticas, puesto que son los departamentos que proporcionan mayor información para el desarrollo de la investigación. En cuanto a los demás centros de responsabilidad, en su totalidad se tuvo que aplicar encuestas

al personal de cada uno, además, de los usuarios que reciben tanto atención médica abierta como cerrada.

Los resultados obtenidos de la investigación, indicaron que el desempeño del Hospital Clínico Herminda Martin es adecuado, puesto que obtuvo una sumatoria ponderada de 3 (buena), siendo las áreas de evaluación que presentan mayores fortalezas las de Contexto e Impacto. Esto se explica fundamentalmente porque el contexto, en general favorece la prestación de los servicios de salud de buena calidad, lo cual se refleja en la evaluación del impacto, donde se obtuvo que los índices de mortalidad son los aceptados y la satisfacción de los usuarios y proveedores del servicio es buena.

Las calificaciones más deficientes las obtuvieron las áreas de demanda, oferta, procesos y resultados. En la demanda, se explica básicamente por la excesiva derivación de pacientes para consultas de medicina especializada como odontológica, provenientes de las distintas comunas de la Provincia de Ñuble, lo cual conduce a la creación de listas de espera, ya que no siempre es posible otorgar atención inmediata a la totalidad de los pacientes derivados. En cuanto a la oferta, las deficiencias se encuentran principalmente en dos de sus Subáreas de evaluación, los recursos humanos y recursos financieros, los que afectan negativamente en la evaluación global de la oferta. Los factores de Procesos que acentúan una evaluación menor, se debe a la inexistencia de flujogramas en los centros de responsabilidad más relevantes y a los excesivos tiempos de espera de la atención cerrada (hospitalización). Finalmente en los Resultados, la asignación de citas para medicina especializada y la utilización de salas de parto, son los factores que inciden insatisfactoriamente en la evaluación global.

Un adecuado manejo de la Calidad de la Atención Médica, permite mejorar la imagen de la institución y aumentar la competitividad de ésta, además es preciso indicar que la calidad requiere del compromiso de todos los miembros de la entidad para que ésta logre traspasar la frontera y llegar al cliente externo.

## **INTRODUCCIÓN**

En un momento importante como el que vive el mundo moderno, donde las grandes empresas se mueven dentro del contexto de la calidad total como única estrategia para el éxito y se abren paso los conceptos de gerencia estratégica, gestión del servicio, reingeniería de los procesos, surge el imperativo de situar a la institución de salud dentro de estos ámbitos, con el propósito de hacer de la institución un ente confiable y capaz de responder a las crecientes expectativas generadas por la necesidad que tiene el individuo de garantizar su salud.

Éste es el principal motivo que ha impulsado a los países en los últimos años a efectuar importantes transformaciones en la organización de su Sistema Nacional de Salud, involucrando la calidad de la atención como uno de los pilares fundamentales de la prestación de los servicios de salud.

Es así, como en nuestro país, la Constitución Política de la República de Chile de 1980, en su artículo N° 19, inciso 9 declara que es el Estado el encargado de proteger el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Como asimismo es su deber preferente garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cabe destacar, que también existen Decretos, Reglamentos y un Código Sanitario, que hacen referencia a la regulación y a la protección de los de los individuos a los servicios de salud del país. Siendo el Ministerio de Salud el encargado de formular y fijar, de acuerdo con las directivas que señale el Supremo Gobierno, las políticas de salud y dictar las normas y planes generales para el Sistema.

De la normatividad anterior se deduce que la calidad de la atención es un requisito fundamental de la prestación de los servicios de salud, por lo se ha puesto en evidencia la imperiosa necesidad de implantar un sistema de garantía de calidad, que pueda ser evaluado regularmente, con el fin de realizar los ajustes necesarios

que conduzcan a brindar a la población una atención ajustada a las exigencias de la buena calidad.

La metodología de estudio de la presente investigación se centró en cuatro capítulos.

El capítulo primero se fundamenta en la recopilación de los antecedentes históricos de la Calidad, enfocándose principalmente en la Calidad de la Atención Médica, con la finalidad de comprender el funcionamiento de la institución en estudio.

El desarrollo del capítulo segundo, contempla el estudio del Sistema de Salud en Chile, con el propósito de comprender el funcionamiento de las redes asistenciales que rigen y norman las instituciones de salud de nuestro país, primordialmente las instituciones de carácter público.

El capítulo tercero, describe la metodología basada en el Modelo C-DOPRI, el cual tiene por objetivo evaluar la calidad de la atención médica, cuyo autor es el Médico Cirujano de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, el Sr. Ricardo Galán Morera.

La investigación basada en el Modelo C-DOPRI, tiene como última finalidad su aplicación práctica en el Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán, lo que se refleja en el capítulo cuarto de la presente Memoria de Título. Ésta institución se ha caracterizado por ser base de referencia de alta complejidad para otros establecimientos de salud.

Finalmente, de esta aplicación se pretende conseguir una mejor y más eficiente gestión de los recursos, así como la consecución de los objetivos estratégicos de la entidad, redundando en la mejora continua de la atención en salud.

## **FORMULACIÓN GENERAL** **DE LA INVESTIGACIÓN**

### **INVESTIGACIÓN PROPUESTA**

#### **a. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA**

En la actualidad la calidad en salud, no solamente se relaciona con la cobertura que tienen los pacientes en tema de salud, ni mucho menos con las condiciones en dónde se les va a proporcionar el servicio, sino más bien con la calidad de atención médica que reciben los pacientes al momento de requerir el servicio. Ésta es la gran preocupación de hoy para los servicios de salud, y principalmente para el Ministerio de Salud en el caso particular de Chile.

En consecuencia con este postulado, Alfonso González (1994), señala que para los profesionales de la salud, el problema de calidad se les plantea como una cuestión práctica. Entonces, se puede concluir que el problema consiste en transformar la calidad del servicio, lo que implica que los profesionales de la salud deben percibir desde su propia perspectiva que es lo que sucede y que desean que suceda respecto a este tema. Desde este punto de vista es necesario aclarar algunas implicaciones teóricas, pero sólo lo necesario para ayudar a esa práctica.

Las acciones de salud que lleven a cabo las instituciones de prestaciones médicas, ya sean de promoción, prevención o curación, deben ser siempre de la más alta calidad, esta exigencia es tan obvia para los profesionales de la salud que no requiere discusión alguna. Sin embargo, cuando se disponen a aplicar la más alta calidad a sus acciones, surgen obstáculos inesperados, Alfonso González (1994), los enumera de la siguiente manera.

1. Necesidad de establecer qué se debe entender por calidad.
2. Necesidad de delimitar el campo en el que se estudia la calidad, para no disipar en problemas que no corresponden.
3. Resuelto lo anterior, surge otra dificultad no menos grave: ¿cómo se mide la calidad y a partir de esto fijar estándares, apreciar tendencias, hacer comparaciones, etc.?
4. Y si se logra medir la calidad del acto o proceso que nos ocupa, ¿cómo se puede controlar (control de calidad), o asegurar que la calidad no decaiga (garantía de calidad)?

Estas interrogantes, son asuntos complejos que requieren dedicación y estudios en ciertas ramas de las ciencias que permitan responder a ellas de manera apropiada. El gran problema de la calidad en la mayoría de los casos no es bien resuelto debido a que no se han centrado en responder con detención previamente las cuatro interrogantes.

Por consiguiente, las instituciones de salud pública, tienen la gran labor de promover el proceso de cambio en cada uno de los servicios que componen la entidad, de tal forma de identificar los problemas esenciales, que luego serán objetos de análisis y del proceso de transformación.

Sin embargo, al observar cautelosamente las cuatro interrogantes, se puede apreciar que no se ha considerado dentro de las dificultades el carácter transversal del concepto calidad, es decir, la capacidad que tiene este concepto de atravesar o estar presente en todas las prácticas de salud. Es natural que así sea, puesto que la reflexión sobre la calidad, está presente en todas las propiedades de la realidad en la que se interesa. Por tanto, difícilmente escapará una sola acción al juicio de la calidad. Así lo plantea Alfonso González (1994).

En base a lo anterior, es posible afirmar que el problema que actualmente enfrentan las instituciones públicas de salud, no es por no contar con los recursos, herramientas y modelos de gestión para mejorar la calidad, sino más bien pasa por cómo son capaces todos los profesionales de la salud de asimilar su propia visión de lo que es calidad y cómo asumen intrínsecamente el compromiso de conceder en sus acciones la máxima disposición.

Considerando todo lo expuesto anteriormente se puede apreciar que el concepto calidad no sólo se limita al cómo prestar un servicio en un área determinada, sino que también está sujeta a cómo los entes involucrados perciben el contexto en el que se desenvuelve.

### a.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se desconoce el nivel de calidad de la atención médica otorgada por el Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán (HCHM).

### a.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de calidad de la atención médica otorgada por el Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán?

¿Cuál es la percepción respecto de la calidad de la atención médica desde la perspectiva usuaria y proveedores del servicio?

### b. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

Actualmente las instituciones de salud pública, se hacen más competitivas dentro de su rama y cada vez adoptan más estrategias a fin de garantizar el éxito. Estas organizaciones están adoptando herramientas de optimización, basadas en los nuevos enfoques gerenciales (gestión estratégica y modelos de medición de gestión). Al mismo tiempo dichas instituciones están poniendo gran énfasis en lo que respecta a temas de Calidad y de Gestión del Servicio, a fin de alcanzar el éxito a corto, mediano y largo plazo con el propósito de establecerse metas que permitan el alcance de los Planes Estratégicos de la institución, enfocados al cumplimiento de la Visión, Misión, Valores, etc., elementos que conjugados comprometen a todos los niveles jerárquicos de la organización y a su vez esto favorece la identificación y el compromiso por parte de cada uno de los funcionarios con los objetivos de la misma.

Dado lo anterior, la investigación contribuirá a mejorar la Calidad Global de la entidad. Sin lugar a dudas uno de los factores que mayormente contribuye a esto es

la percepción que los usuarios se formen de la calidad de la atención médica que reciban por parte de la institución. De ahí la importancia de este concepto, puesto que la calidad de la atención es un requisito fundamental de la prestación de los servicios de salud en el país. Por tal razón, es de vital importancia que se logre establecer una cercanía o similitud con respecto al concepto de calidad, puesto que no siempre los usuarios del servicio y la del oferente coinciden, como también las políticas de calidad implantadas por los servicios médicos no siempre están acordes con las reales necesidades y expectativas del usuario.

Todo ello, generará beneficios no sólo para los usuarios, sino que además se verán expresados en la optimización de los procesos de los servicios, lo que a su vez repercutirá en la calidad de la atención a nivel institucional.

Por otra parte, esta investigación también se justifica desde tres puntos de vista. Desde el punto de vista práctico, este trabajo proporcionará antecedentes estimados producto del instrumento de medición que se aplicará a la institución objeto de estudio.

Desde el punto de vista teórico, esta investigación generará reflexión y discusión tanto sobre el conocimiento existente del área investigada, como dentro del ámbito de la salud. Y por último, desde el punto de vista metodológico, en este estudio se aplicará un instrumento que evaluará la calidad de la atención médica y que asimismo servirá como indicador de calidad para mostrar la eficiencia y eficacia del servicio que proporciona la institución en estudio. Se espera además, que el resultado obtenido le permita a la entidad y a todos los servicios que la componen implantar un modelo de gestión de calidad a futuro. Y al mismo tiempo, aportar con la experiencia y, así aumentar la evidencia empírica y mostrar el real beneficio que acarrea la aplicación de un instrumento de medición de la calidad de la atención médica.

### **c. OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

### c.1. Objetivo General

Determinar la Calidad de la Atención Médica del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán.

### c.2. Objetivos Específicos

- Construir el Marco Teórico de la Calidad de la Atención Médica en salud.
- Describir el funcionamiento del sistema de salud en Chile.
- Aplicar el instrumento de evaluación C-DOPRI para medir la calidad de la atención médica.
- Analizar los resultados derivados de la aplicación del instrumento para medir la calidad de la atención médica.
- Establecer las conclusiones generales sobre la calidad de la atención médica.
- Detectar las principales deficiencias que presenta el Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán, con respecto a la calidad de la atención médica.
- Plantear sugerencias de acuerdo a los resultados y conclusiones expuestas en la investigación.

### d. HIPÓTESIS DE TRABAJO

H<sub>0</sub>: “La calidad de la atención médica del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán es óptima”.

H<sub>1</sub>: “La calidad de la atención médica del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán no es óptima”.

La evaluación global de la calidad de la atención médica, depende directamente de las áreas de evaluación de Contexto, Demanda, Oferta, Procesos, Resultados e Impacto, lo cual se ve reflejado en la siguiente función:

$$CAM_{HCHM} = f(C, D, O, P, R, I)$$

### **Nomenclatura**

C: Contexto

D: Demanda

O: Oferta

P: Procesos

R: Resultados

I: Impacto

### **e. ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN**

El presente estudio investigará el desempeño en la calidad de la atención médica del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán.

### **f. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación se basará en el Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán. Aunque, para efectos de comprender su funcionamiento, se complementará con antecedentes e información del Servicio de Salud de Chile.

Sólo se efectuará un análisis de la información proporcionada por la institución, además, de aquella recopilada por los investigadores en materia de calidad de la atención médica.

No obstante, la principal limitación que se puede presentar, es con respecto al tiempo asignado a la investigación, ya que éste podría ser insuficiente para capturar la información realmente importante, lo cual podría reflejar la simplificación de algunos aspectos del estudio.

Otra limitación relevante a considerar que traerá consigo el desarrollo de este proyecto tiene que ver principalmente con la disponibilidad de tiempo de los Jefes de Servicios y Funcionarios de la institución en estudio.

#### **g. METODOLOGÍA DE TRABAJO**

Para el desarrollo del trabajo se llevaron a cabo los siguientes métodos de trabajo:

- Revisión de bibliografía especializada, sobre la cual se formará una idea general del tema a estudiar. Los documentos que se examinarán serán: Libros, apuntes, revistas, tesis, etc.
- Recopilación de información extraída sobre la base de Internet, orientada a temas relacionados con la calidad de la atención médica y a la legislación vigente respecto de ésta, en instituciones de salud pública.
- Análisis de la información recopilada de ambas fuentes: Revisión Bibliográfica e Internet.
- Compilación de los antecedentes de la respectiva institución de salud pública en estudio. Además, se procederá a recabar información sobre el funcionamiento de la red asistencial de la región del Bío Bío, para su mayor comprensión.
- Visitas al Hospital unidad de estudio, para solicitar mayor información sobre el tema a investigar y observar cómo se desenvuelven la institución con respecto al tema de la calidad de la atención médica.
- Para proseguir, se solicitará previamente autorización para la aplicación de un modelo o instrumento que permita medir la calidad de la atención médica en la unidad objeto de estudio.
- Aplicación de encuestas al personal que corresponda, según los requerimientos del instrumento de medida en la institución. Cuya finalidad permitirá determinar las deficiencias de la calidad de la atención.
- Análisis de la información recopilada.
- Presentación de resultados y Conclusiones.

## **CAPÍTULO I** **MARCO TEÓRICO**

### **1. Antecedentes históricos de la calidad en salud.**

La calidad en salud es un concepto que ha ido evolucionado a lo largo del tiempo. En un principio la calidad estaba regulada por el código deontológico de la profesión, que es un documento que recoge un conjunto amplio de criterios, normas y valores que enuncian y asumen, quienes llevan a cabo una actividad profesional.

En el año 1858, posterior a la guerra de Crimea, Florence Nightingale (pionera de la enfermería), introdujo dos hechos fundamentales, apoyó la formación de los profesionales de enfermería y por otro lado, estableció un programa de garantía de la calidad en salud, basándose en el control del ambiente.

En 1910 Abraham Flexner, orientó gran parte de su labor pedagógica al perfeccionamiento de la educación médica norteamericana, teniendo un impacto e influencia universal significativos en la enseñanza de la medicina.

En el año 1912, Ernest Codman (cirujano), desarrolla un método que permite clasificar y medir “los resultados finales” de la asistencia hospitalaria, con el propósito de conseguir el mayor beneficio posible en la salud de los pacientes.

A consecuencia de los estudios y antecedentes recopilados por Flexner y Codman, en 1913, el Colegio Americano de Cirujanos emprende estudios sobre la normalización de los hospitales.

En el año 1933, Lee y Jones enfatizan en la elaboración de normas y estándares estructurales para establecer los fundamentos del proceso de la "buena atención médica".

En 1950, en Canadá se crea el Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales, un año más tarde (1951) se funda en Estados Unidos la Joint Comisión on Accreditation of Hospitals (JCAH). Estos organismos permiten la generalización de las normas de acreditación en los hospitales y la aparición de las primeras definiciones de parámetros de calidad.

En 1961, Avedis Donabedian publica su primer artículo sobre la calidad de la atención médica, concepto que continúa desarrollando posteriormente y que constituirá una de las bases del desarrollo del control de calidad en la asistencia

sanitaria. Este control se ejerce con tres pilares básicos que son: análisis de la estructura, análisis del proceso y análisis de los resultados.

En la década de los ochenta, La Organización Mundial de la Salud manifestó su interés por potenciar y desarrollar la calidad en salud comenzando a utilizar las filosofías industriales del proceso de mejoramiento continuo (PMC) y la administración total de la calidad (TQM).

Durante los años 90, Karl Albrecht, destaca la importancia de la calidad en el servicio al cliente interno, como paso indispensable para lograr calidad en el servicio al cliente externo. Por otro lado, el Dr. Joseph Juran, logró incorporar la dimensión humana al concepto de calidad.

En Chile en el año 1990 las instituciones de salud se fueron acreditando en Infecciones Intrahospitalarias (IIH).

Actualmente, cada institución de salud pública, se encuentra abordando y trabajando en el tema de la calidad en la atención. Poniendo énfasis en la creación de sus propios verificadores e indicadores para medirla, sujetándose a lo que establece y exige el Ministerio de Salud correspondiente a cada país.

### **1.1 Definición del concepto de Calidad de la atención**

El Concepto de calidad es un concepto básico, un término primitivo, y por tanto, no admite definición analítica. Es decir, que al tratarse de un término antiguo, se pueden realizar varias definiciones a partir de él, pero no puede adquirir una definición dogmática, puesto que se construye en base a la realidad del contexto en

el que se desenvuelve y a lo que queremos entender por calidad. De acuerdo con el diccionario de la lengua española, la palabra calidad proviene del latín *qualitas*, que significa “*Conjunto de cualidades de una persona o cosa*”. El término calidad tuvo su origen en los procesos industriales. Por ende, en el ámbito de las organizaciones, surge el concepto de calidad total, definida como una filosofía, una estrategia, un modelo de hacer negocios y está enfocada al cliente. La calidad total no sólo se refiere al producto o servicio en sí, sino que es una mejoría permanente del aspecto organizacional, dónde cada nivel jerárquico desde la gerencia hasta el funcionario de más bajo nivel, están comprometidos con los objetivos empresariales.

Esta definición abarca un significado bastante amplio, puesto que integra el concepto de calidad en todas las fases del proceso y en todos los departamentos de la empresa que tienen algún grado de influencia en la calidad final del proceso y/o servicio prestado al cliente.

Una definición más consensuada, se basa en la usada en la Norma Internacional ISO 8402/94: “*Conjunto de propiedades o características de alguna cosa (producto, servicio, proceso, organización, etc.), que la hacen apta para satisfacer necesidades*”. Hasta aquí se ha visto lo que es la Calidad en el ámbito industrial y en servicios. En lo que refiere al campo sanitario, el concepto de calidad también ha ido evolucionado y probablemente ha de seguir este camino de transformación.

Actualmente, el concepto de calidad en la atención médica ha constituido permanentemente una de las prioridades y responsabilidad fundamentales del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), ya que no sólo hace referencia a determinados sistemas o técnicas aplicables a sanidad, sino también a los necesarios cambios en las actitudes y al modo en que se relacionan los distintos profesionales de la organización. Éste párrafo, pone de manifiesto lo que establecen diversos expertos con respecto a la calidad, que depende de todos los factores para que se concrete. (Infraestructura, recursos humanos, equipos, insumos, gerencia, sistemas de apoyo, finanzas, etc.).

Por tanto, la *“Calidad es la provisión de servicios Accesibles y Equitativos con un nivel profesional óptimo con los recursos disponibles logrando la adhesión y satisfacción del usuario”* (MINSAL, 1991). La definición adoptada por el Ministerio de Salud, se complementa con la siguiente, en que se entiende por *“calidad de la atención en salud: a la entrega de servicios que satisfacen las expectativas y necesidades de los actores involucrados en los procesos de atención en salud”* (adaptada por la Dra. Heather Palmer), quien además, menciona que la calidad no solamente implica realizar las acciones correctas a la persona que corresponde en el tiempo preciso y al más bajo costo. Sino, que también cada equipo de la organización debe construir su propia definición sobre el término, porque respecto de ella, se va a comprometer.

Por otra parte, La Organización Mundial de la Salud (1985), define que *“la Calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios, diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos<sup>1</sup> y la máxima satisfacción del paciente durante el proceso”*.

Cabe recalcar, que entre los estudios pioneros que abordaron el desarrollo conceptual de la calidad en salud, destacan los de Avedis Donabedian (1993), quien define la calidad como *“El grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud”*. En base a este planteamiento es posible afirmar que el autor pone mayor énfasis en la praxis del enfoque técnico, puesto que se refiere fundamentalmente en el saber hacer de la ciencia médica y de la existencia de los recursos disponibles, para proporcionar eficientemente la prestación del servicio a la población. Otra definición más completa sobre el concepto de Calidad de la Atención Médica apunta al *“Conjunto de características*

---

<sup>1</sup> Iatrogénicos: En [medicina](#) se llama iatrogenia a cualquier tipo de alteración del estado del [paciente](#) producida por el médico.

*técnico-científicas, materiales y humanas que debe tener la atención de salud que se provea a los beneficiarios, con la finalidad de que éstos puedan alcanzar el máximo de beneficios y a un costo que sea social y económicamente viable para el sistema”.* (Galán, Ricardo; 1996)

Como es posible apreciar, el concepto de calidad y ulteriormente el de calidad de la atención médica, han tenido importantes transformaciones que apuntan a diferentes perspectivas de estudio.

## **1.2. Atributos de la calidad de atención en salud.**

Para evaluar la calidad de la atención es importante tener en cuenta los atributos que caracterizan una buena atención de la salud. Según los autores Galán, Ricardo; Malagón, Gustavo y Pontón, Gabriel, 1996, los más relevantes son:

**Efectividad:** es el grado máximo de mejoramiento de la salud que es posible alcanzar con la mejor atención disponible.

**Eficiencia:** es la capacidad de reducir al máximo los costos de la atención, sin afectar significativamente el grado de mejoramiento de la salud.

**Optimización:** es el balance entre los costos y los beneficios de la atención en salud.

**Aceptabilidad:** adecuación a deseos, valores y expectativas de los usuarios y sus familias. Incluye dos dimensiones:

- ❖ **Satisfacción del paciente:** es el grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y los resultados de la misma. Incluye la satisfacción con la organización, la asistencia recibida, los profesionales y los resultados de la asistencia de los servicios de salud.

- ❖ **Cooperación del paciente:** es el grado en que el enfermo cumple el plan de atención. Depende de la relación que se establece entre el paciente y el profesional.

**Legitimidad:** es la conformidad que manifiestan los usuarios ante las actuaciones sanitarias, con las preferencias sociales expresadas en los principios éticos, normas y valores.

**Equidad:** distribución de los recursos en función de las necesidades de los grupos poblacionales. Debe existir una distribución equilibrada y oportuna en el tiempo de la atención sanitaria apropiada para individuos con necesidades equivalentes.

**Calidad científico-técnica:** aplicación e incorporación de los conocimientos y tecnologías médicas disponibles para lograr los mejores niveles de calidad posible.

**Continuidad:** los servicios deben ser continuos y coordinados para que el plan de cuidados de un enfermo progrese sin interrupciones. La atención de salud debe proveer la atención de una forma ininterrumpida y coordinada.

**Oportunidad:** grado en que el cuidado prestado se produce en el momento necesario.

**Seguridad:** balance positivo de la relación entre riesgos y beneficios. Respecto a los equipos y edificios, la seguridad se refiere a la garantía y protección de los mismos.

### **1.3. Dimensiones de la calidad en los servicios de salud.**

Los cambios que se han evidenciado en las políticas de salud, han sido en gran medida por efectos de la globalización, puesto que en la actualidad es de suma importancia desarrollar e impulsar cambios en la forma en cómo se prestan los

servicios, de manera que éstos se enfoquen primordialmente a satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios y de garantizar servicios de calidad eficientes, que a la vez contribuyan a la viabilidad y subsistencia de la entidad. A partir de esta situación, deriva la importancia de las dimensiones de la calidad en salud.

El Dr. Oscar Dueñas (Colombia) establece las siguientes dimensiones de la calidad en los servicios de salud:

**La dimensión técnico científica:** pretende garantizar servicios seguros a los usuarios dentro de la balanza riesgo beneficio. No obstante, en esta dimensión el usuario tiene poca capacidad y posibilidad de evaluar y calificar, por lo cual presupone que la institución como mínimo garantiza estos aspectos y son las entidades de control las que tienen la labor de verificar y supervisar que se cumplan los parámetros mínimos que garanticen a la sociedad servicios de calidad y seguros.

**La dimensión administrativa:** describe las relaciones prestadores consumidores, que se refieren a las facilidades que la institución dispone para la mejor prestación de los servicios y que generan valor agregado para el usuario a costos razonables y sostenibles.

**La dimensión humana:** tradicionalmente desconocida y poco tratada cuando se habla de calidad siendo la parte fundamental de la atención en salud ya que la razón de ser del servicio de salud es el ser humano como un todo *biopsicosocial*<sup>2</sup>.

Finalmente, conviene destacar que muchos autores del área clínica han puesto gran énfasis en estudiarlas, por ello en el transcurso de las investigaciones han surgido otras dimensiones como es el caso de una dimensión económica que no deja de ser de menor relevancia, puesto que supone la distribución y utilización racional de los recursos disponibles a fin de conseguir los objetivos propuestos por parte de la

---

<sup>2</sup> Biopsicosocial hace referencia a las tres esferas que componen al ser humano; la biológica que integra cuerpo y funciones, la psicológica, relacionada con sus pensamientos, emociones y sensaciones, y la social que es como lo ven los demás y como interactúa con ellos.

institución, lo cual obliga previamente a priorizar en aquellos factores que tienen una significativa incidencia en la calidad y el costo en salud para los usuarios.

#### **1.4. NIVELES DEL CONCEPTO DE CALIDAD**

Existen tres niveles del concepto calidad, cada uno de ellos se puede apreciar claramente en la estructura organizativa de cada institución de salud. Para mayor comprensión de éstos, se procederá a realizar una breve descripción de cada uno, comenzando por:

1.4.1. Calidad en general: un concepto general de calidad sería aplicable a cualquier producto o servicio de cualquier actividad o empresa. Por tanto, el término calidad adquiere una dimensión holística y única para todos los involucrados de una determinada institución, en base a la cual deben orientar sus esfuerzos para proporcionar un producto y/o servicio de la más alta calidad.

1.4.2. Calidad de los servicios de salud: este nivel es de mayor especificación. Aquí una definición de calidad sería para un tipo determinado de productos o servicios, a nivel agrupado, genérico, por ejemplo, calidad de la atención sanitaria o servicios de salud en general.

1.4.3. Calidad de un servicio para un problema de salud concreto: un tercer nivel sería especificar qué es calidad en referencia a un producto o servicio concreto, como podrían ser cada uno de los muchos servicios diferentes que ofrecen los diversos centros sanitarios. Como por ejemplo, Atención al infarto del miocardio, diabético, niño sano, vacunaciones, cita previa, programación de ingresos, etc.

En base a lo anterior, se puede observar que los dos primeros niveles (más generales) son marcos de referencia necesarios, que orientan pero no sirven para medir, mientras que en el último nivel se pueden describir ciertas variables y

proceder a medirlas, de manera de obtener información que permita explicar un determinado comportamiento o tendencia de parte de la unidad de estudio.

### **1.5. INDICADORES DE MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA.**

Para la medición de la calidad de la atención medica, se han utilizado una serie de modelos, los cuales se basan para su análisis a través de los llamados INDICADORES. Estos no son más que datos que "indican" como se están haciendo las cosas, comparado con cómo se deberían hacer. Algunas definiciones que se pueden mencionar con respecto a lo que se espera de los modelos de evaluación son:

- Medición de los resultados pasados y presentes en relación con los esperados, ya sea parcial o integralmente, con la finalidad de modificar, afinar, mejorar y formular nuevos planes.
- Comparar una situación, acción, hecho o resultado, con un indicador, por medio de otros con características similares o norma de calidad preestablecida.
- Proceso ordenado y metodológico para establecer análisis y mediciones sistemáticas de políticas, estrategias y programas de salud.

Como se puede observar, aunque expresadas con términos diferentes, la mayoría de estas definiciones concluyen en un mismo concepto: establecer un juicio de valor en relación con un marco de referencia previamente determinado.

1.5.1 Modelo de Donabedian. En el año 1966 sistematizó la evaluación de la calidad de la atención conceptualizándola como una triada compuesta por “la estructura, el proceso y el resultado”, marcando la evolución conceptual y metodológica del término en el ámbito de la salud. Según el autor, estos tres

elementos de la asistencia sanitaria, conforman el conjunto de atributos determinantes de la calidad de un acto médico concreto. Constituye hoy día el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud.

- ❖ **La estructura:** se refiere a la organización de la institución y a las características de los recursos humanos, físicos y financieros. Comprende las características relativamente estables de los proveedores de la atención, los instrumentos y recursos que tienen a su alcance, así como los lugares físicos donde trabajan. El examen de la estructura de atención a la salud constituye un método indirecto de medida de la calidad de la prestación de la atención, basado en el supuesto de que la calidad de los medios puestos a disposición de la prestación del servicio condiciona la calidad del mismo.
- ❖ **Los procesos:** corresponden al contenido de la atención y a la forma como es ejecutada dicha atención. Hace referencia a la forma de organizar, planificar, diseñar y prestar una determinada asistencia a un paciente. La mejor forma de asegurar la calidad de los procesos es basarse en evidencias científicas y en sistematizar la información disponible mediante protocolos y guías de práctica (Saura, 1997).
- ❖ **Los resultados:** hacen referencia a los logros, tanto en materia de salud como a los resultados económicos o de valoración por el paciente y el profesional de lo que se alcanza tras una prestación de servicio determinado (Donabedian, 1980). La evaluación y monitorización de resultados presentan múltiples dificultades, en especial por la escasa información disponible en la práctica sobre los mismos cuando éstos no son óptimos.

1.5.2 Modelo C-Dopri. Desarrollado por Ricardo Galán Morera, éste a diferencia del modelo anterior es mucho más amplio en cuanto a las áreas de evaluación y posibilidades de inferir sobre los distintos atributos de la calidad. Las variables que se someten a estudio y las que se evaluarán en este modelo son: Contexto

en el cual se presta la atención, la Demanda, la Oferta, el Proceso, los Resultados y el Impacto. Han sido numerosas las experiencias Colombianas y Venezolanas que han mostrado las ventajas del modelo desarrollado por Galán, para evaluar la calidad de la atención en instituciones hospitalarias y en servicios particulares. La descripción de este modelo, se detalla en el capítulo tercero de la presente Memoria.

Es importante destacar, que la gran mayoría de las investigaciones realizadas en el área de la salud, se han centrado en alguno de estos dos modelos, puesto que son los que engloban íntegramente todas las variables e involucrados que inciden en el tema de la calidad en salud.

#### **1.5. RESEÑA ORGANIZACIONAL DEL HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTIN DE CHILLÁN.**

El Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán tiene 60 años de existencia y hoy es un establecimiento de referencia de alta complejidad para otros hospitales y para los consultorios de la Provincia de Ñuble.

Éste fue construido entre los años 1941 y 1945 con fondos donados por Doña Herminda Martín Mieres, distinguida dama chillaneja en cuyo honor lleva su nombre y que antes de morir destinó gran parte de su fortuna para la construcción de un nuevo Hospital para Chillán. Hasta antes de esa fecha funcionaba en la ciudad, el antiguo Hospital San Juan de Dios, que fue casi completamente destruido por el terremoto de 1939, quedando sólo su capilla, hoy Monumento Nacional.

Inicialmente el hospital estaba compuesto por dos edificios comunicados por un tercero que, en su conjunto, formaban una letra H cuya superficie alcanzaba los 10 mil m<sup>2</sup>. En la estructura mayor se ubicaban los cuatro servicios básicos y los pabellones. En el menor, las salas para la atención de emergencia, pensionado, dirección y algunas consultas para atención abierta.

*Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán.*

En tanto, gran parte de las oficinas administrativas se encontraban en el subterráneo. Para ese entonces el "Nuevo Hospital", como se le llamó, contaba con una capacidad de 380 camas y una infraestructura de lujo para la época. A principios de los 70 se construye un auditorio que hoy lleva el nombre del Dr. Germán Villagrán con capacidad para 150 personas; y un consultorio adosado destinado a la atención general y de especialidades. Ambas obras aumentan la superficie de 13.000 m<sup>2</sup>. En el período 1991 – 1996 se construye la torre quirúrgica junto a varias unidades de apoyo (Cuidados Intensivos e Intermedios, Emergencia, Radiología, etc.) completando 23.000 m<sup>2</sup>. A lo anterior se debe sumar las posteriores ampliaciones de 3.000 m<sup>2</sup>. destinadas a vestuarios, Unidad de Medicina Transfusional, Neurología y Psiquiatría y la ampliación de la Unidad de Emergencia.

Actualmente el establecimiento, está compuesto por 1.496 funcionarios, posee una capacidad de 506 camas, cuyo índice ocupacional se mantiene cerca del 85.1%, con una alta demanda en los servicios de Medicina, Quirúrgico Adultos y Unidades de Pacientes Críticos también de Adultos.

### **Misión**

“El Usuario es nuestro centro. Por ello, el Hospital Clínico Herminda Martín, a través de sus trabajadores (as) y en coordinación con la red asistencial brindará a la comunidad de Ñuble acciones de salud oportunas y de calidad”.

### **Visión**

“Llegar a ser uno de los mejores hospitales públicos del país, en atender y satisfacer las necesidades de sus usuarios de acuerdo a la realidad epidemiológica y demográfica de la provincia y los Principios inspiradores de la reforma sanitaria en Chile”.

### **Valores**

## Satisfacción Usuaría

Eficiencia

Participación

Efectividad

Equidad.

## **HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTÍN, SU REALIDAD ACTUAL**

Este establecimiento de salud, dependiente del Servicio de Salud Ñuble, es el de mayor importancia de la Provincia de Ñuble, formando parte de la red de hospitales y consultorios públicos, categorizado como Hospital Tipo 1, siendo base de referencia de alta complejidad, dado a que no existe ningún centro privado con estructura médica semejante.

Este Hospital ha mantenido durante los últimos años una actividad creciente en respuesta a la mayor demanda de la población, tanto en infraestructura, recursos humanos y en la complejidad de la atención brindada.

# CAPÍTULO II

## SISTEMA DE SALUD EN CHILE

### 2. Definición del Sistema de Salud

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, el concepto de sistemas de salud abarca todas las organizaciones, las instituciones y los recursos dedicados a producir actividades de salud<sup>3</sup>.

Por otro lado, se entiende por actividad o acción de salud todo acto, en el ámbito de la salud personal, de los servicios de salud pública o de iniciativas intersectoriales, cuyo principal objetivo sea mejorar la salud.

---

<sup>3</sup> Referencia: Informe sobre la salud en el mundo 2000, OMS. Definición extraída de la página Web: [http://72.249.12.201/wordpress-mu/chile/?page\\_id=3](http://72.249.12.201/wordpress-mu/chile/?page_id=3).

## **2.1. Sectores de Salud**

El sistema de salud está compuesto por todas las personas naturales o jurídicas, de derecho público o privado, que realicen o contribuyan a la ejecución de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma.

En definitiva, el sector está integrado por instituciones, organismos y entidades pertenecientes al sector público y el sector privado, constituyendo un sistema de salud mixto. El subsector público está representado principalmente por FONASA en su aspecto financiero y por el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) en su componente de prestación de servicios. Por otra parte, el subsector privado principalmente representado por las ISAPRES y mutuales en su aspecto financiero y los profesionales y centros asistenciales privados en su componente de prestación de servicios.

## **2.2. Funciones del Sistema de Salud en Chile.**

Como se mencionó anteriormente el sistema de salud en Chile es de carácter mixto, es decir, tiene un sector público (70%) y otro privado (30%), ambos sectores están regidos, normados y regulados por un sólo sistema de salud gubernamental el Ministerio de Salud (MINSAL). Cada sector tiene funciones específicas, pero ambos proporcionan atenciones en salud y administran su propio financiamiento. El sistema de salud en Chile establece las siguientes funciones para cada sector:

### **Funciones del Sector Público**

- Definición y Supervisión de las políticas, normas, planes y programas de salud.
- Ejecución de programas de salud pública y la administración del sistema de salud estatal.
- Financiamiento del sector público, contribuyendo con aportes importantes para las prestaciones de salud de las personas de menores ingresos, para los programas de cuidado del medio ambiente y para las campañas de prevención.

### **Funciones del Sector Privado**

- Otorgamiento directo de las prestaciones.
- Administración de su financiamiento.
- Desarrollo de nuevos sistemas privados para la atención de salud.

Por otra parte, el Sistema de Salud (en su máximo grado de integridad) contempla tres funciones básicas:

#### **🔗 Función normativa, de regulación, supervisión y control.**

Consiste en la labor de elaborar políticas y orientaciones, para establecer normas técnicas a las acciones de salud. Esta función radica en el sector público.

Esta función se organiza de la siguiente manera:

- El Ministerio de Salud es el encargado de definir, controlar y evaluar las políticas, planes, normas y programas de salud. Destacando que el MINSAL requiere representación de todas las regiones del país, la cual es llevada a cabo a través de los SEREMIS (Secretarías Ministeriales Regionales), oficinas que dependen directamente del MINSAL.
- La Subsecretaría de Salud es la encargada de crear las políticas de salud del país.

Es fundamental destacar que la Subsecretaría de Salud (Gabinete), la Secretaría Regional Ministerial y la Superintendencia de ISAPRE asesoran en la regulación, control y supervisión del sistema completo, que actualmente componen la Subsecretaría de Redes.

#### **🌟 Administración del financiamiento.**

Tanto en el Sector Público como Privado existen instituciones que tienen entre sus funciones la administración del financiamiento.

- En el Sector Público, FONASA es quien administra el financiamiento, identifica los beneficiarios y gestiona los beneficios.
- En el sector privado, son las ISAPRES quienes administran el financiamiento y entregan atención médica en forma directa, a través de establecimientos y profesionales particulares.

#### **🌟 Otorgamiento de las prestaciones de salud.**

El otorgamiento de las prestaciones de salud (o la entrega directa de los servicios de salud al público), se efectúa en distintas instancias dependiendo del sector al que tengan acceso las personas.

En el sector público son efectuadas a través de:

- Hospitales: dependientes del Sistema Nacional de Servicios de Salud.
- Postas, CESFAM y estaciones de enfermería: dependientes de los Municipios, pero supervisados por los Servicios de Salud.

En el sector privado se efectúan a través de:

- Clínicas, centros médicos especializados, hospitales y otros.

### **2.3. Red Asistencial del Sector Público de Salud.**

La composición de la Red Asistencial del Sector Público de Salud se divide en dos sectores. El sector municipalizado y otro dependiente de los Servicios de Salud. A su vez, de estos sectores dependen establecimientos asistenciales de nivel primario, secundario y terciario.

A continuación se expondrá una breve descripción de cada nivel. Planteada por los organismos de salud encargados.

- Establecimientos del nivel primario: En este nivel encontramos los Consultorios Generales Urbanos y Rurales, las Postas de Salud Rural y las Estaciones Médico Rurales. También funcionan como establecimientos de primer nivel los Consultorios Generales Adosados a Hospitales tipo 3 y 4 que realizan actividades de promoción y prevención u otras correspondientes a la estrategia de atención primaria. Estos establecimientos son supervisados técnicamente por los Servicios de Salud, pero dependen de los respectivos municipios. El nivel primario es de mínima complejidad, y en él se ejecutan los programas básicos de salud de las personas.

- Establecimientos del nivel secundario y terciario: Esta compuesto por Hospitales e Instituciones que ofrecen atención de especialidades y hospitalización, se diferencian entre sí por el grado de complejidad de los servicios que prestan. Dependen directamente de los Servicios de Salud.

A su vez, en el nivel secundario deben incluirse los Centros de Referencia de Salud (CRS) y los Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), los cuales tienen como propósito potenciar la capacidad resolutive de los consultorios, además, son centros de referencia para la atención especializada y policlínicos de especialidad situados fuera de los hospitales.

Destacando que el nivel secundario corresponde a una complejidad intermedia de cobertura media, mientras que el nivel terciario se caracteriza por su alta complejidad y cobertura reducida.

## **Servicios de Salud y Establecimientos Dependientes.**

La creación de los Servicios de Salud se originó a mediados de la década de los 70'. Su principal función es fomentar, proteger y recuperar la salud de la población, así como también, procurar la rehabilitación de las personas enfermas.

Aunque todos los Centros de Salud del Sector Público contribuyen a esta misión (postas, consultorios, hospitales e institutos), los Servicios de Salud tienen a su cargo directo, sólo a los establecimientos de nivel secundario (hospitales) y terciarios (institutos). Éstos también tienen protección técnica, administrativa y financiera sobre los establecimientos del nivel primario que existen en su área geográfica.

En total en el país existen 28 Servicios, más el de Salud del Ambiente, que se encarga de controlar los problemas ambientales que afectan a la salud de las personas, como por ejemplo, la contaminación.

### **Hospitales e Institutos.**

Los Hospitales e Institutos dependen directamente de los Servicios de Salud. Estos organismos son los facultados para realizar actividades de recuperación, fomento, protección de la salud y rehabilitación en aquellos casos más complejos desde el punto de vista médico, que requieren un tratamiento más largo y eventualmente una internación por varios días. Por lo demás, se atiende a pacientes provenientes desde otros establecimientos y a las personas que son internadas de emergencia. Su área geográfica de atención es fijada por la Dirección del Servicio de Salud, del cual dependen.

Los Institutos son una clase especial de establecimientos hospitalarios, determinados por el Ministerio de Salud, destinados a la atención preferente de una determinada especialidad, de alta complejidad técnica, como por ejemplo, enfermedades respiratorias y cirugía torácica, neurología, etc.

Por otro lado, es importante mencionar que tanto los hospitales como los institutos se clasifican en cuatro tipos (1, 2, 3 y 4), de acuerdo a los siguientes criterios:

- Grado de complejidad técnica y nivel de desarrollo de las especialidades.
- Grado de Desarrollo de organización administrativa.
- Ámbito geográfico de acción, acorde con el sistema de complementación asistencial.
- Número de prestaciones: consultas, egresos y otros.

**Qué significa que un Hospital Público se clasifique en:**

**Hospital tipo 1 de alta complejidad.** Establecimientos de atención médica hospitalaria que poseen las cuatro especialidades básicas de la medicina (medicina, cirugía, pediatría y obstetricia), enfermería y la totalidad de las sub-especialidades. Además, cuenta con laboratorios y camas que requiere la comunidad. Trata las patologías más difíciles.

**Hospital tipo 2 de alta complejidad.** Es de menor tecnología y tamaño, pero igualmente contiene las cuatro especialidades básicas de la medicina, enfermería y sólo algunas de las sub-especialidades. Tiene sólo un laboratorio clínico, pero que no realiza todos los exámenes.

**Hospital tipo 3 de mediana complejidad.** Cuentan sólo con las cuatro especialidades básicas y enfermería.

**Hospital tipo 4 de baja complejidad:** Tiene medicina familiar y enfermería, y poseen camas indiferenciadas para adultos y niños.

El Ministerio de Salud es el encargado de decidir por la clasificación de los establecimientos. La cual puede ser modificada a petición del Director del Servicio de Salud respectivo.

Cada hospital e instituto está a cargo de un Director que desarrolla su labor en conjunto con una serie de servicios clínicos y unidades de apoyo que componen a dichas entidades.

### **Sector Municipal de Salud y Establecimientos Dependientes.**

Desde un inicio los establecimientos asistenciales de nivel primario dependían técnica y administrativamente de los Servicios de Salud, los que a su vez se relacionaban con el Ministerio de Salud y eran los responsables de la prestación de servicios a la población. Sin embargo, durante la década de los ochenta gran parte de los establecimientos fueron traspasados a la administración municipal. Desde principio, se excluyeron de este proceso a los hospitales con sus consultorios adosados.

### **Consultorios Generales Urbanos y Rurales.**

Como bien se mencionó anteriormente, desde la década de los ochenta, los establecimientos de nivel primario, es decir, los consultorios urbanos, rurales y las postas de salud rural, dependen administrativamente de los municipios, en lo relativo al presupuesto y gestión financiera. En el aspecto técnico, dependen del Ministerio de Salud.

Tanto los consultorios generales urbanos y los rurales tienen a su cargo la satisfacción de las necesidades básicas de salud de la población, dentro del territorio del Servicio de Salud respectivo. Entregan atención ambulatoria de nivel primario y sobre el ambiente, en distintos grados de complejidad, atienden a los diferentes sectores de la población.

A modo de ejemplo, se presentan algunas de las acciones que deben realizar los consultorios generales urbanos.

- Promoción, fomento y protección de la salud de la población que les corresponden.
- Atención médica, de especialidades y odontológicas, cuando procede.
- Orientación y derivación de los pacientes a establecimientos de mayor complejidad (hospitales/institutos).
- Controles médicos a enfermos que no requieran ser hospitalizados, a embarazadas y niños.
- Atenciones de primeros auxilios.
- Actividades relacionadas con el medio ambiente y otras que tiendan al desarrollo integral de la población.

Los consultorios generales rurales extienden las acciones de salud a poblaciones pequeñas de las áreas rurales más alejadas, a través de atenciones ambulatorias de nivel primario. Éstos están a cargo de un Director, que debe ser un profesional del área de la salud.

### **Postas y Estaciones Médico Rurales.**

Son 1822 postas y estaciones médico rurales de salud a lo largo de todo el país. Atienden a la población rural alejada de otros establecimientos asistenciales. Su área geográfica de atención es determinada por el Servicio de Salud correspondiente. Se preocupan de realizar actividades como mantener y preservar la salud individual y colectiva. Principalmente desarrollan acciones de fomento, protección y atenciones sencillas de recuperación. Las situaciones que no pueden ser atendidas con sus medios, son derivadas a establecimientos de mayor complejidad.

Las postas rurales están a cargo de un auxiliar paramédico que vive en la localidad y está preparado para desempeñar estas funciones. Su labor es supervisada por un equipo de salud profesional.

### **2.3.1. Financiamiento de la salud**

Como bien se conoce, a cada trabajador se le descuenta el 7% de su remuneración, porcentaje que se destina posteriormente a salud, tanto en el sector público (Fonasa) como privado (Isapre).

Sin embargo, existen otras fuentes de financiamiento como el aporte estatal (vía impuestos), los tributos municipales, el pago adicional que cancelan algunas personas para su afiliación, entre otros.

## **2.4. Descripción de la Red Asistencial del Servicio de Salud Ñuble.**

### **2.4.1. Área de Influencia del Servicio de Salud Ñuble**

La Provincia de Ñuble posee una población de de 441.604 personas, lo que corresponde al 24,53% de la población regional del Bío-Bío. El 49,53% de la población provincial es del sexo masculino y el 50,46% es del sexo femenino. El 65,07% de la población habita en áreas urbanas mientras el 34,92% en el área rural. La densidad poblacional es del 33,24% hab. /km<sup>2</sup>. Las comunas más pobladas de la provincia son: Chillán (173.326 Hab.), Bulnes (21.420 Hab.), Coihueco (24.464 Hab.) y Chillán Viejo (26.172 Hab.).

Su administración política administrativa la constituyen 21 comunas: Chillán, San Carlos, Ñiquén, San Fabián, Coihueco, Pinto, San Ignacio, El Carmen, Yungay,

Temuco, Bulnes, Quillón, Ranquil, Portezuelo, Coelemu, Treguaco, Cobquecura, Quirihue, Ninhue, San Nicolás y Chillán Viejo.

#### **2.4.2. Red Asistencial del Servicio de Salud Ñuble**

La red asistencial del SSÑ, se compone de 7 establecimientos hospitalarios: **Hospital Herminda Martín de Chillán (tipo 1)**, Hospital de San Carlos (tipo 2), Hospital de Bulnes (tipo 4), Hospital de Yungay (tipo 4), Hospital de Quirihue (tipo 4), Hospital de El Carmen (tipo 4), Hospital de Coelemu (tipo 4), 2 CECOF (Centro Comunitario Familiar)<sup>4</sup>, 1 CAE<sup>5</sup>, 4 consultorios urbanos, 13 consultorios rurales, 10 CESFAM (Centro de Salud Familiar), 54 postas de salud rural y 43 estaciones médico rurales.

Los Hospitales Clínico Herminda Martín de Chillán, de San Carlos, Bulnes, Coelemu, Quirihue, Yungay y El Carmen, más el centro de salud Violeta Parra, dependen administrativamente del SSÑ. Los otros establecimientos de salud de la red, son de administración municipal.

---

<sup>4</sup> Se entiende por CECOF, a los establecimientos dependientes de un consultorio base, insertos en el nivel local, con base comunitaria y en un terreno geográfico definido.

<sup>5</sup> CAE: Consultorio Adosado de Especialidades.

# **CAPÍTULO III**

## **MÉTODO DE ESTUDIO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA.**

### **3. Introducción**

En el siguiente capítulo se procederá a explicar en términos generales la metodología de trabajo a utilizar para el desarrollo de la investigación. En primera instancia se realiza una descripción del modelo a utilizar para medir la calidad de la atención médica. Luego se determina el universo estudiado y la fórmula para el cálculo muestral. Finalmente, se hace mención al procedimiento recolector de datos y al procesamiento de éstos.

Cabe señalar, que para llevar a cabo la investigación, no se debe desatender el propósito principal del estudio “Analizar la Calidad de la Atención Médica del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán”. Para dar cumplimiento al objetivo central de la investigación, se procede a la aplicación del modelo de evaluación C-DOPRI, el cual se describe a continuación, en el apartado 3.1.

El tipo de investigación es de carácter cuantitativo y cualitativo y se desarrolló en un período de tiempo de aproximadamente cuatro meses.

Por otra parte, es necesario recalcar que existen antecedentes de investigaciones específicas anteriores sobre esta temática, por lo que se adentrará en el campo de la descripción.

Los resultados de las investigaciones anteriores, más el resultado obtenido de esta investigación, serán los que se expondrán y describirán en la presente memoria de título.

### **3.1. Descripción del Modelo de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica.**

El modelo que permite evaluar la calidad de la atención médica en las distintas instituciones prestadoras de servicios de salud se denomina Modelo C-DOPRI, el cual presenta una estructura que está constituida por seis áreas de evaluación: contexto, demanda, oferta, procesos, resultados e impacto. (Ver Anexo N° 1, Esquema N° 1, Pág. 147).

El contexto se define como aquellos fenómenos, circunstancias y elementos que constituyen el entorno o ambiente en el cual se prestan los servicios de salud. Analiza la legislación vigente en materia de salud, políticas, planes y programas que regulan y orientan la prestación de los servicios de salud y específicamente del servicio o institución evaluada, también estudia las relaciones que tiene la institución con otras entidades y con sus proveedores, además de las relaciones que establece con la comunidad. (Ver Anexo N° 1, Esquema N° 2, Pág. 148). El procedimiento para la calificación de esta área de evaluación, se realiza mediante entrevistas al director, subdirector, gerente de la institución, o bien otras personas que conozcan bien cada aspecto a evaluar.

En la demanda se incluyen las atenciones que exige la sociedad en cuanto a la consulta externa, urgencias y hospitalización, además de la severidad de los diagnósticos que llegan a las instituciones asistenciales, verificando a través de éstos si la derivación es pertinente de acuerdo al grado de complejidad de la patología. Además, establece la demanda efectivamente asistida a partir del porcentaje de pacientes que fueron realmente atendidos en relación con el total de demandantes. (Ver Anexo N° 1, Esquema N° 3, Pág. 150). Para obtener la información necesaria para la calificación de la demanda, se debe consultar las estadísticas que regularmente recoge la institución objeto de estudio.

La oferta estudia la organización (estructura orgánica) y funcionamiento (estructura funcional) de la institución. Además contempla la evaluación de los recursos humanos, físicos y económicos. Igualmente, incorpora para su análisis los sistemas de información. (Ver Anexo N° 1, Esquema N° 4, Pág. 152).

La estructura orgánica, corresponde a la organización de la institución sintetizada en su organigrama; la estructura funcional analiza la existencia de manuales de funciones y procedimientos, su evaluación y cumplimiento y los procesos de

inducción de personal dentro de la institución; la evaluación de los recursos, incluye la disponibilidad de recursos humanos, recursos físicos y recursos económicos con los que se cuenta para la adecuada atención de los pacientes, y los sistemas de información que se evalúan a partir de los registros utilizados para recolectar la información y el uso que le dan a la misma (procesamiento y análisis). Para obtener la calificación de la estructura orgánica, funcional y de los sistemas de información, se procede en forma similar a la descrita en el área de contexto. En lo que respecta a los recursos físicos, se requiere visitar las instalaciones del hospital, en los recursos humanos, se debe consultar la dotación de personal y para los recursos económicos, se requiere revisar el balance general y el estado de resultados.

Por su parte, los procesos están dirigidos a la evaluación de la marcha de los programas de asistencia médica. El monitoreo y control son funciones administrativas complementarias y esenciales en las operaciones diarias de un sistema de salud, incluye el seguimiento permanente para identificar posibles desviaciones de lo programado y ejecutado, de manera que permita instituir su corrección oportuna y rápida. Dentro de esta área se analizan los flujogramas de atención; tiempos de espera; sistema de referencia de pacientes, el cual consiste en el procedimiento administrativo que permite el tránsito ordenado de los pacientes por los distintos niveles de atención, de acuerdo con la severidad de la patología; diligenciamiento de historias clínicas, este procedimiento se preocupa de evaluar, que el registro de las historias clínicas se encuentre completo de acuerdo a los tópicos establecidos, tales como identificación, motivo de consulta, antecedentes familiares, exámenes clínicos, entre otros; finalmente, esta área evalúa la existencia de protocolos de manejo clínico terapéutico. Cabe destacar, que en las instituciones de salud existe una gran variedad de protocolos, por lo cual la evaluación sólo se realizó en base al protocolo de cumplimiento de los tiempos de espera de las patologías AUGE. (Ver Anexo N° 1, Esquema N° 5, Pág. 155). Para obtener la información necesaria para la calificación de los procesos, se utilizan varios procedimientos. Es así, como para los flujogramas de atención, se debe verificar la existencia de éstos en las siguientes dependencias: Hospitalización, Unidad de

Emergencia, Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) y Servicios de apoyo y diagnóstico (laboratorio y radiología); en cuanto a los tiempos de espera, éstos se obtienen de los resultados obtenidos a partir de la misma muestra seleccionada para el estudio de satisfacción de usuarios, que se realiza en el área de evaluación impacto; en lo que respecta al sistema de referencia de pacientes y al diligenciamiento de la historia clínica, la evaluación se lleva a cabo en una muestra representativa de historias clínicas de pacientes que fueron remitidos a CAE, a la unidad de emergencia u hospitalización, la información se obtiene de la sección de archivos de historias clínicas de la institución. Por último para el protocolo de cumplimiento de los tiempos de espera de las patologías AUGE, se utiliza la información disponible en la sección AUGE valoradas.

Los resultados, básicamente corresponden a la producción del hospital, y sus indicadores de evaluación corresponden a la concentración, que se define como el número de veces que se presta un servicio sobre el mismo usuario; la oportunidad, evalúa los tiempos de espera en la asignación de citas en consulta de medicina especializada; la utilización de los recursos, que se refiere al porcentaje de recurso disponible utilizado; gastos de atención, donde se determina el costo de las principales actividades de la institución; actividades con resultados normales y anormales (exámenes de laboratorio y radiología); la productividad, la cual evalúa el rendimiento de la hora médica, en cuanto al número de consultas realizadas por hora. Por último, ésta área evalúa el aprovechamiento de la cama hospitalaria, la cual considera el porcentaje ocupacional, que es el grado de utilización del recurso cama disponible en la institución; promedio días de estada, es el número de días que en promedio han permanecido hospitalizados los pacientes egresados; y el giro cama que corresponde al número de pacientes egresados por cada cama, durante el período de investigación. Estos indicadores son los que permiten evaluar cuantitativamente los resultados de la institución. (Ver Anexo N° 1, Esquema N° 6, Pág. 157). Para obtener la información que se necesita para la evaluación de los resultados, la mayor parte se solicita de las estadísticas del hospital, no obstante,

para las actividades con resultados normales y anormales, es necesario consultar al responsable del servicio de laboratorio clínico.

La última área de evaluación es el impacto, la que evalúa la modificación del riesgo de enfermar o morir de la población durante el transcurso del tiempo, a través de la mortalidad bruta, mortalidad materna y mortalidad bruta en pediatría. Además, analiza la satisfacción de usuarios y la satisfacción de los proveedores del servicio de salud. (Ver Anexo N° 1, Esquema N° 7, Pág. 159). La información requerida para desarrollar esta área se obtiene de las estadísticas del hospital. Sin embargo, para medir la satisfacción de los clientes internos y externos se requiere de encuestas realizadas en muestras representativas.

### **Plantillas para la evaluación de la calidad de la atención.**

Las plantillas para la evaluación de la calidad de la atención en salud, se definen como los instrumentos operativos que facilitan la recolección de la información para las distintas áreas de evaluación del Modelo C-DOPRI, que constituye la base de dicha evaluación.

### **Características generales de las plantillas**

Cada área de evaluación tiene su propia plantilla, y éstas a su vez incluyen los criterios de calificación correspondientes a cada uno de los indicadores de cada área; así, se dispone de plantillas para la evaluación del contexto, demanda, oferta, procesos, resultados e impacto. (Ver anexo N° 1, Plantilla N° 1, 2, 3, 4, 5 y 6 respectivamente). Como la oferta se compone de seis sub-áreas de evaluación

(estructura orgánica, estructura funcional, recursos humanos, recursos físicos, recursos económicos y sistema de información), se han elaborado plantillas para cada uno de estos componentes y una plantilla global para la integración de los mismos. Además, cuenta con una plantilla para la evaluación global de la calidad de la atención en salud, que integra la evaluación de las distintas áreas (Ver anexo N° 1, Plantilla N° 7, Pág. 161). En total se han diseñado trece plantillas para llevar a cabo esta evaluación.

En lo que respecta a la estructura de la plantilla, ésta se divide en cinco columnas.

1. La primera corresponde al indicador de evaluación.
2. En la segunda se encuentran los criterios de calificación donde se le asigna a cada indicador una escala de 1 a 4, de acuerdo a los parámetros establecidos por el modelo.
3. En la tercera columna se registra la calificación obtenida de los distintos indicadores, en una escala de 1 a 4.  
La calificación 4 corresponde a óptimo, 3 a bueno, 2 a regular y 1 a malo.  
Los criterios para las calificaciones se basan en los establecidos por el modelo de evaluación. Se asume una valoración adecuada si la sumatoria es de 3 o mayor de 3 e inadecuada si es menor de 3.
4. En la cuarta columna se tiene una ponderación de los distintos indicadores de evaluación, en una escala de 0 a 1, según su importancia en la respectiva área, de acuerdo a lo establecido por el modelo de evaluación.
5. Finalmente, en la quinta columna se registran las calificaciones ponderadas de los distintos indicadores, que resultan de multiplicar las respectivas calificaciones

por su correspondiente valor de ponderación. Al sumar los valores de esta columna se obtiene la calificación del área.

No obstante, es importante señalar que para la obtención de la calificación de la plantilla de evaluación del impacto, será necesaria la aplicación de una encuesta de satisfacción de usuarios y de satisfacción de los proveedores de servicios de salud. La encuesta contempla 10 y 18 preguntas respectivamente.

Cabe destacar, que las plantillas se han diseñado con indicadores que se aplican fundamentalmente para la evaluación de la calidad de la atención en hospitales, pero éstas, es posible adaptarlas de acuerdo a las características propias que posee una determinada institución.

### **3.2. Descripción de la Población y Muestra.**

#### **3.2.1. Población.**

Corresponde a todo el personal que desempeña funciones al interior del HCHM. También se considerará a los usuarios hospitalizados, a aquellos que efectivamente se atienden y a los que se encuentran en lista de espera.

#### **3.2.2. Muestra.**

El tipo de muestreo a utilizar en la investigación es aleatorio simple. Ésta se determinó en base a: Historias Clínicas, Usuarios y Proveedores del servicio. Es importante destacar que dichas muestras se determinan para indicadores específicos de las áreas de evaluación de procesos e impacto. En los procesos, se establece

para llevar a cabo el diligenciamiento de las historias clínicas y para el sistema de referencia de pacientes. En el impacto, la muestra se utiliza para la aplicación de encuestas de satisfacción usuaria y de proveedores del servicio.

Para efectos de la aplicación de la encuesta, en la muestra de usuarios sólo se considera la demanda atendida efectivamente en términos de atención abierta (Consultorio Adosado a Especialidades), cerrada (Hospitalización) y de urgencias (Unidad de Emergencia).

Para la aplicación de la encuesta de proveedores de servicios, la muestra se determina a partir de la totalidad de los funcionarios de la institución, dándoles una representación proporcional a los distintos centros de responsabilidad.

En lo que respecta a la muestra de Historias Clínicas de pacientes, ésta se calcula de forma global, es decir, se considera el total de Historias Clínicas, puesto que en la Sección de Archivo de Historias Clínicas no se lleva un registro por separado de cada tipo de atención (abierta, cerrada y de urgencias)

### **3.2.1. Cálculo del Tamaño Muestral.**

El cálculo del tamaño de la muestra es uno de los aspectos a concretar en las fases previas de la investigación. Además, determina el grado de credibilidad que se le asigna a los resultados obtenidos.

Cabe señalar, que la fórmula del cálculo de la muestra será válida para todos los indicadores de evaluación que requieran de una muestra representativa.

La fórmula que será utilizada para determinar el tamaño muestral, es la siguiente:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{(e^2 \times (N - 1)) + Z^2 \times p \times q}$$

El cálculo se realizará en base a los siguientes datos:

**N:** tamaño poblacional.

**Z:** (95% Nivel de Confianza).

**e:** 10%, error muestral.

**p:** proporción de individuos de la población que poseen la característica del estudio.

**q:** proporción de individuos que no poseen esa característica ( $1 - p$ )

*Nota:* En caso de no conocerse  $p$  y  $q$ , se le asignará a cada uno el valor de 50% para obtener la máxima muestra posible.

### **3.2.2. Unidad de Análisis.**

La unidad de estudio está suscrita a la totalidad de los centros de responsabilidad del HCHM.

Específicamente se trabajará con el personal que desempeña funciones en el área médica y administrativa, pertenecientes al establecimiento. Además, se considerará a los usuarios que reciben atención ambulatoria<sup>6</sup> y de hospitalización.

### **3. 3. Procedimiento Recolector de Datos.**

La recopilación de la información se llevó a cabo a través de la solicitud de información estadística a los distintos centros de responsabilidad, entrevistas a los responsables de los servicios pertinentes, visitas a la planta física de algunas dependencias en las cuales se observó su funcionamiento. Todo esto con el propósito de desarrollar las plantillas de evaluación propuestas por el modelo,

---

<sup>6</sup> La Atención Ambulatoria incluye la atención especializada (CAE) y la de urgencias (Unidad de Emergencia).

considerando que para la obtención de la información, se requirió la autorización de los directivos correspondientes.

La aplicación del instrumento se realizó entre los meses de Noviembre y Diciembre del año 2008, durante turnos de mañana de 8<sup>00</sup> a 13<sup>00</sup> horas y de tarde de 14<sup>30</sup> a 17<sup>00</sup> horas.

### **3.4. Procesamiento de Datos.**

Los datos fueron tabulados en las plantillas de evaluación de cada una de las áreas del Modelo C-DOPRI, luego de haber analizado cada uno de los indicadores que contempla el modelo (capítulo IV).

# **CAPÍTULO IV**

## **ÁNÁLISIS Y DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN.**

En el presente capítulo se procederá a dar desarrollo a la aplicación del Modelo propuesto para medir la Calidad de la Atención Médica en el Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán.

Además, se analizará cada una de las áreas que propone el Modelo con sus respectivos indicadores de evaluación. Al término de cada una de éstas, se

presentarán los resultados obtenidos, a fin de mostrar las conclusiones de la investigación de forma clara y precisa, al término de este capítulo.

## **ÁREAS DE EVALUACIÓN DEL MODELO C- DOPRI**

### **4.1. PLANTILLA DE EVALUACIÓN: “CONTEXTO”**

El contexto corresponde al conjunto de normas que regulan la prestación de los servicios de salud en la población, las relaciones institucionales que se establecen para la operación de dichos servicios y la participación de la comunidad. En resumen, corresponde al ambiente en el cual se prestan los servicios de salud.

La plantilla de evaluación del contexto califica como indicadores la legislación vigente, las políticas de salud y seguridad social, los planes y programas establecidos para el sector, las relaciones institucionales para la prestación de los servicios, las relaciones con los proveedores de insumos para las instituciones prestadoras de servicios de salud y las relaciones con la comunidad.

**4.1.1. Legislación.** Este indicador hace mención a la legislación vigente en materia de salud, en el país de aplicación del Modelo. En relación a la legislación<sup>7</sup> vigente en nuestro país es conveniente consultar:

- ❖ La Constitución Política de la República de Chile de 1980, artículo N° 19 inciso 9 (derecho a la protección de la salud) e inciso 18 del mismo artículo (El derecho a la seguridad social). Es importante revisar este artículo, ya que a través de éste, el estado garantiza el acceso de todos los habitantes al goce de prestaciones básicas uniformes, sea que se otorguen a través de instituciones públicas o privadas.

---

<sup>7</sup> Información extraída de la página web: <http://www.supersalud.cl/normativa/571/find-results.html>.

- ❖ El Código Sanitario Decreto Fuerza de Ley N° 725, artículo N° 1 (Rige todas los asuntos relacionados con el fomento, protección y recuperación de la salud de los habitantes de la República). Es conveniente revisar las disposiciones de este código ya que en él se exponen tópicos generales, los cuales tienen como última finalidad la protección de la salud de los ciudadanos. Se destaca también que reúne las condiciones óptimas para ofrecer un servicio de calidad.
- ❖ Ley Autoridad Sanitaria N° 19.937, modifica el D.L. N° 2763 de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. La principal modificación es que sustituye el artículo N° 4 por el siguiente: “Artículo 4°: Al Ministerio de Salud le corresponderá formular, fijar y controlar las políticas de salud.” La importancia de ésta ley, destaca, en que tanto la Ley de FONASA como la Ley de ISAPRES se fundamentan en ésta para garantizar la prestación de los servicios de salud a los ciudadanos de la república, puesto que ésta ley establece el acceso universal a la salud.
- ❖ Ley FONASA N° 18.469, regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud. Es importante esta ley, ya que garantiza el acceso a la salud a los ciudadanos de menores ingresos e indigentes.
- ❖ Ley de ISAPRE N° 18.933, crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por Isapre y deroga el Decreto con Fuerza de Ley N°3, de salud de 1981. Al igual que ley FONASA, garantiza el acceso a la salud, pero además permite a sus afiliados optar por planes y seguros que tienen mayor cobertura en algunas enfermedades catastróficas.
- ❖ Ley AUGE N° 19.966, artículo N° 4, hace mención al Régimen General de Garantías, el que es un instrumento de regulación sanitaria que establecerá las

prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, y los programas que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la ley N° 18.469. La importancia de esta ley, radica fundamentalmente en los beneficios que tienen los cotizantes de FONASA e ISAPRE, los cuales pueden exigir:

- ❁ Acceso: Derecho que tienen los usuarios a recibir las prestaciones de salud que se requiera, sin discriminación, ante cualquiera de los 56 problemas de Salud garantizados.
- ❁ Oportunidad en la Atención: Derecho a recibir atención dentro de los plazos determinados por la ley, según lo establecido para cada una de los 56 problemas de salud AUGE.
- ❁ Calidad: Derecho a recibir las prestaciones de salud en los establecimientos de la red asistencial pública y en los centros privados que tengan convenio vigente con FONASA.
- ❁ Protección Financiera: Considera el monto de los ingresos del afiliado para determinar el tope que deberá pagar por las prestaciones, asociadas a cualquiera de las 56 problemas de salud AUGE. El máximo a pagar alcanzará el 20% del arancel definido para tales efectos (Beneficiarios Tramo D).

Es imprescindible señalar que en nuestro país existen otras leyes, decretos y circulares, que también contemplan reglamentaciones en materia de salud. Sin embargo, están relacionadas directamente con las mencionadas anteriormente, o bien son modificaciones, derogaciones o añaden nuevas disposiciones generales, como beneficios, coberturas, control y fiscalización de las garantías explícitas de salud, entre otras.

**4.1.2. Políticas, Planes y Programas.** Para éstas es necesario consultar las políticas, planes y programas del Ministerio de Salud.

- ❖ **Políticas de Salud:** Las políticas de salud son el marco donde los individuos, las organizaciones, las empresas y las asociaciones de una comunidad pueden ejercer su actividad y condicionan además, la forma y el contexto en el que se desenvuelve la vida de los ciudadanos. Las políticas tienen que ver con los procesos y el poder para situar los valores (recursos e ideas) en la sociedad.<sup>8</sup>

Es necesario hacer la salvedad, de que las políticas al encontrarse insertas dentro de los programas de salud, es muy difícil determinarlas, por lo que sólo se mencionarán algunos aspectos de las políticas de salud en Chile.

### **Algunos aspectos de la política de salud en Chile**

- Cada persona tiene un rol prioritario en la mantención de su salud y debe contribuir a su financiamiento.
- Cada persona puede elegir atenderse en sector público o privado.
- La atención de salud debe ser integral, universal, continua, oportuna, eficaz, comunitaria, de libre elección, humanitaria y personalizada.
- Salud como aspecto prioritario → Componente del nivel de vida.  
→ Elemento de desarrollo económico.
- Acciones en los distintos niveles de prevención:  
Primaria → promoción y fomento de la salud  
Secundaria → diagnóstico y tratamiento oportuno  
Terciaria → evitar secuelas.
- ❖ **Plan Nacional de Salud Pública:** integra las políticas y estrategias del sector a nivel nacional, regional y comunal para la protección y fomento de la salud, que promueve mejores condiciones de vida, acceso oportuno a servicios de salud, prevención de riesgos ambientales y de enfermedades transmisibles y no transmisibles para la población del país en concordancia con los avances

---

<sup>8</sup>Definición extraída de la página Web:  
[http://perso.wanadoo.es/aniorte\\_nic/progr\\_asignat\\_polit\\_plan.htm](http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/progr_asignat_polit_plan.htm)

alcanzados en los objetivos sanitarios de la década e incorporando el enfoque de Equidad y Determinantes Sociales<sup>9</sup>. En el HCHM se llevan a cabo planes, tales como el Plan Nacional de Promoción de Salud y Vida Chile, Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, entre otros.

- ❖ **Programas de Salud:** son instrumentos que permiten operacionalizar las políticas de salud, a través de la planeación, ejecución y evaluación de acciones de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud de las personas asignadas a la comuna. En síntesis, un programa de salud debe ser el producto de un proceso de planificación en salud, inserto en un plan de desarrollo determinado<sup>10</sup>. Algunos de los programas de salud que se realizan en el HCHM son Programa Nacional de Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión, Programa Nacional de Cáncer de Mama, Programa Nacional de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, Programa de Salud del Niño, Programa de Salud del Adulto Mayor, entre otros.

**4.1.3. Relaciones institucionales.** Se refieren a las que se establecen mediante contratación o convenios para la prestación de los servicios de salud. Entre los institutos o centros médicos que tiene una relación contractual con la institución, destacan: El Centro Médico Cordillera, Instituto Renacer, Clínica las Amapolas, entre otros<sup>11</sup>.

**4.1.4. Relaciones con proveedores.** Éstas cubren los contratos para el suministro de insumos y medicamentos para la institución. Entre los Proveedores de fármacos destacan el SSÑ, Recalcine, Cenabast, Braun Medical S.A, Pfizer y Laboratorio Chile. En el caso de los proveedores de insumos, destacan Tecnigen, Braun Medical S.A, Ortomélica Lifante y Cía. Ltda., Cenabast,

<sup>9</sup> Definición extraída de la página web: [http://www.dipres.cl/574/articles-39715\\_doc\\_pdf.pdf](http://www.dipres.cl/574/articles-39715_doc_pdf.pdf).

<sup>10</sup> Definición adaptada de la página web: <http://www.redsalud.gov.cl/conozcanos/funciones.html>.

<sup>11</sup> Fuente: Información proporcionada por el Subdepto. de Abastecimiento y Finanzas del HCHM.

entre otros<sup>12</sup>. (Véase Lista de Proveedores más representativos en términos de volumen, anexo N° 2, Pág. 162).

Es importante señalar que el 95% de las compras de fármacos e insumos varios, son de responsabilidad directa del Servicio Salud Ñuble (SSÑ), puesto que éste actúa como intermediario entre la institución y proveedores mayores. La licitación de las compras las lleva este organismo con el fin de conseguir economías de escala, y negociar un mejor precio de compra. El 5% restante se licita a través de Chile Compras.

Al igual que el SSÑ, la Cenabast (Central de Abastecimiento de Insumos) actúa como intermediaria. Sin embargo, la diferencia radica en que la Cenabast agrupa a los Hospitales más grandes del país, con el fin de comprar los insumos a los grandes proveedores para luego distribuirlos entre ellos.

**4.1.5. Relaciones con la comunidad.** Corresponden a la participación de la misma en la planeación y ejecución de los programas, a través de representantes en las juntas directivas de las instituciones o en los comités de veeduría<sup>13</sup>.

*En este indicador es factible encontrar las pautas para la evaluación de la integración comunitaria. Entre las más relevantes destacan:*

- **Participación de la comunidad en la planeación:** es importante la acción de ésta en esta etapa, puesto que de ella se pueden identificar sus necesidades locales, problemas relevantes, conveniencias locativas, disponibilidad de los recursos básicos, facilidad de las comunicaciones, problemas ambientales y las características de la población. La institución en estudio contempla la

<sup>12</sup> Fuente: Información Proporcionada por el responsable de la Unidad de despacho área farmacia, elementos de sutura, curación e insumos del HCHM.

<sup>13</sup> Se entiende por veeduría ciudadana el mecanismo democrático de representación que les permite a los ciudadanos o a las diferentes organizaciones comunitarias, ejercer vigilancia sobre la gestión pública, respecto a las autoridades públicas, administrativas, políticas, electorales, legislativas y órganos de control.

participación de la comunidad en la planeación de los programas, a través de la puesta en marcha del **Consejo Consultivo**<sup>14</sup> del Hospital y mediante talleres informativos.

- **Participación de la comunidad en el programa:** la presencia de representantes de la comunidad en el programa de prestación de los servicios, es importante ya que pueden expresar sus necesidades, problemas, logros, fortalezas y debilidades. Cabe destacar, que el HCHM cuenta con un **Consejo Consultivo** como se mencionó anteriormente, regulado por la Ley de Autoridad Sanitaria N° 19.937 artículo N° 25, que consiste en una instancia de participación social, en donde cada ente tiene derecho a proponer opiniones, sugerencias e ideas nuevas. Son 40 instituciones de la comuna de Chillán que participan del consejo. Sin embargo, para efectos de organización interna se compone de la siguiente manera:
  - 🌐 Instituciones públicas: FONASA y la Universidad del Bío Bío.
  - 🌐 Voluntariado: Las Damas de Blanco.
  - 🌐 Organizaciones funcionales: Oficina de orientación al consumidor y COLODEP (Consejo Local de Deporte).
  - 🌐 Representantes de la institución: 2 funcionarios administrativos.
  
- **Reglamento para la participación de la comunidad:** tanto para la elección de los representantes del consejo, como para la actuación de éstos dentro de la institución, debe establecerse un reglamento que ofrezca claridad sobre todos los aspectos como mecanismo de elección, período del representante, funciones, obligaciones, responsabilidades, derechos y actividades específicas. El reglamento lo establece el MINSAL y contiene aspectos tales como: actas de consenso, plan de intervención, información de evaluación en base a metas de

---

<sup>14</sup> Fuente: información proporcionada por la Oficina de Informaciones de Reclamos y Sugerencias del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán.

cumplimiento, registro de asistencia y un manual de organización del Consejo Consultivo HCHM<sup>15</sup>.

- **Programas de Educación Continua para la Comunidad:** estos programas van dirigidos a los aspectos relacionados con normas generales de promoción y prevención de la salud, a la utilización racional de los servicios, así mismo a la conformación, capacidad y organización de la institución de salud. Estos fines, se ven reflejados en la elaboración de los distintos programas de salud que imparte el establecimiento de acuerdo a las diferentes patologías de salud existentes<sup>16</sup>.

Para la calificación de los indicadores de la plantilla de contexto, se realizaron entrevistas coordinadas con los responsables de los distintos centros de responsabilidad de la institución, entre éstos:

Sr. Luis San Martín Hernández, Subdirector Administrativo,  
Sra. Solanyen Cárdenas, encargada de la oficina de información OIRS,  
Srta. Ingrid Vergara, encargada unidad de despacho área farmacia.

Además, para un mayor análisis de la plantilla de Contexto, se complementó con la información recabada en la investigación de campo, la cual se materializó en la información descrita anteriormente con el fin de asignar un mayor grado de confiabilidad y validez a la investigación.

#### **Tabla 4.1. Resultados de la plantilla de evaluación Contexto.**

---

<sup>15</sup> Fuente: información proporcionada por la Oficina de Informaciones de Reclamos y Sugerencias del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán.

<sup>16</sup> Fuente: información proporcionada por la Oficina de Informaciones de Reclamos y Sugerencias del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán.

Indicador	Criterios de Calificación	Calificación Obtenida	Ponderación	Calificación Ponderada
Legislación	4) Favorecen la prestación de servicios de salud de buena calidad. 3) La favorecen, con escasas excepciones. 2) Limita la prestación de servicios de salud de buena calidad. 1) Conducen a prácticas de mala calidad.	3	0,30	0,9
Políticas	4) Favorecen la prestación de servicios de salud de buena calidad. 3) La favorecen, con escasas excepciones. 2) Limita la prestación de servicios de salud de buena calidad. 1) Conducen a prácticas de mala calidad.	4	0,30	1,2
Planes y Programas	4) Favorecen la prestación de servicios de salud de buena calidad. 3) La favorecen, con escasas excepciones. 2) Limita la prestación de servicios de salud de buena calidad. 1) Conducen a prácticas de mala calidad.	4	0,10	0,4
Relaciones Institucionales	4) Favorecen la prestación de servicios de salud de buena calidad. 3) La favorecen, con escasas excepciones. 2) Limita la prestación de servicios de salud de buena calidad. 1) Conducen a prácticas de mala calidad.	4	0,10	0,4
Relaciones con proveedores	4) Favorecen la prestación de servicios de salud de buena calidad. 3) La favorecen, con escasas excepciones. 2) Limita la prestación de servicios de salud de buena calidad. 1) Conducen a prácticas de mala calidad.	3	0,10	0,3
Relaciones con la comunidad	4) Favorecen la prestación de servicios de salud de buena calidad. 3) La favorecen, con escasas excepciones. 2) Limita la prestación de servicios de salud de buena calidad. 1) Conducen a prácticas de mala calidad.	3	0,10	0,3
<b>Total</b>			<b>1,00</b>	<b>3,50</b>

Los resultados del cuadro muestran una calificación óptima de 4 para los indicadores en lo que se refiere a políticas, planes y programas y relaciones institucionales. En cuanto a las políticas, planes y programas, la calificación máxima se explica fundamentalmente por el establecimiento de éstas por el MINSAL y son instauradas como reglamento en el HCHM, por lo que deben regirse acorde a éstos. Las relaciones institucionales, favorecen la prestación de servicios de salud de buena calidad, ya que permite descongestionar la alta demanda de pacientes que llega al hospital, ya que éste deriva a los pacientes a los centros con los cuales tiene contratos o convenios de salud. Estás, a su vez repercuten favorablemente en la prestación de los servicios, ya que se mejoran los distintos procesos que se dan en la institución.

#### 4.2. PLANTILLA DE EVALUACIÓN: “DEMANDA”

Esta plantilla estudia la pertinencia<sup>17</sup> y la demanda efectivamente atendida en la institución. La información necesaria, se obtiene de las estadísticas que regularmente acopia el hospital.

#### 4.2.1. Relación entre la pertinencia y el nivel de atención institucional en:

❖ **Consulta Externa.** Consiste en la atención abierta, la cual se clasifica en consulta especializada<sup>18</sup> y consulta no especializada<sup>19</sup>. La medición en el hospital se realiza en forma semanal, evaluando la derivación de pacientes de hospitales tipo 2 y 4, atención primaria en general (APS), intra CAE (derivación interna entre especialidades del CAE) y urgencias cuando deriva a CAE, donde se mide la pertinencia en términos de si es adecuada la derivación de acuerdo a la patología y al diagnóstico médico entregado al paciente. A continuación se muestra el cuadro de pertinencia resumen del año 2007, donde se muestran sólo algunas especialidades. El motivo de esto se debe fundamentalmente por la facilidad al acceso y disponibilidad de la información.

**Tabla 4.2: Resumen de la pertinencia en Consulta externa.**

ESPECIALIDAD	PROCEDENCIA DE LA INTERCONSULTA			TOTAL INTERCONSULTAS	PERTINENCIA DE LA INTERCONSULTA		PORCENTAJE DE PERTINENCIA
	A.P.S	URGENCIA	INTRA CAE		DERIVACION	DIAGNOSTICO	
CARDIOLOGIA	1008	0	1056	2064	2064	2064	100%
DERMATOLOGIA	2064	240	1056	3360	3360	3360	100%
OFTALMOLOGIA	7200	1248	2544	10992	10992	10992	100%
OTORRINO	1344	192	1536	3072	3072	3072	100%
TRAUMATOLOGIA	1392	1488	1008	3888	3888	3888	100%
PSIQUIATRIA	384	144	336	864	864	864	100%
TOTAL SERVICIO	13392	3312	7536	24240	24240	24240	100%
						PROMEDIO	100%

**Fuente: elaboración propia en base a información proporcionada por el departamento de estadísticas del HCHM.**

<sup>17</sup> Se entiende por pertinencia, a la correcta atención del paciente en un determinado nivel de atención, de acuerdo a la naturaleza y al grado de complejidad de la patología que presenta.

<sup>18</sup> Consulta especializada: también se denomina consulta médica, la que incluye todas las especialidades que requieren de la atención de un médico. Ejemplo: cirujano, traumatólogo, ginecólogo, entre otras.

<sup>19</sup> Consulta no especializada: también se denomina consulta no médica y son aquellas que requieren la atención de un profesional no médico, como por ejemplo, psicólogo, kinesiólogo, fonoaudiólogo, etc.

- ❖ **Urgencias:** para calcular la pertinencia de ésta, la institución toma una muestra representativa trimestralmente, donde se analiza la última semana del mes correspondiente al respectivo trimestre. La pertinencia se evalúa, al igual que en el apartado anterior, en términos de procedencia, ya sea de SAPU (Servicio de atención al paciente y usuario) o de hospital tipo 4. Para efectos de su evaluación, se revisó el material proporcionado por el departamento de estadísticas del año 2007, haciendo la salvedad de que en esta unidad la pertinencia se mide en base al DAU (documento de atención de urgencia), el cual contiene un ítem, donde el profesional determina si la procedencia es correcta o no es correcta.

**Tabla 4.3: Resumen de la pertinencia en Urgencias.**

PERTINENCIA SEGÚN PROCEDENCIA				Total Pertinencia	
SAPU		HOSPITAL TIPO 4			
Si	No	Si	No	Si	No
48	144	144	48	192	192
0	0	336	48	336	48
144	0	192	48	336	48
0	0	480	0	480	0
0	0	960	0	960	0
336	48	240	0	576	48
528	96	624	0	1152	96
1056	288	2976	144	4032	432
<b>PERTINENCIA</b>				<b>90,32%</b>	

**Fuente:** elaboración propia en base a información proporcionada por el departamento de estadísticas del HCHM.

De la tabla 4.3, se obtuvo que de un total de 4.464 pacientes derivados a urgencias desde SAPU y de hospital tipo 4, 4.032 usuarios fueron derivados correctamente y 432 derivados erróneamente, por lo que se obtiene un 90.32% de pertinencia.

- ❖ **Hospitalización:** según la información obtenida de los estudios realizados por parte del departamento de estadística y el centro de responsabilidad (CR) de Hospitalización, la pertinencia durante el año 2007, corresponde a un **100%**. Esto

se debe principalmente a que los pacientes internados antes de ingresar a una determinada unidad clínica, se someten a una atención médica especializada para su posterior derivación al servicio correspondiente, complementándolo con una serie de exámenes de laboratorio y de imagenología según sea el caso.

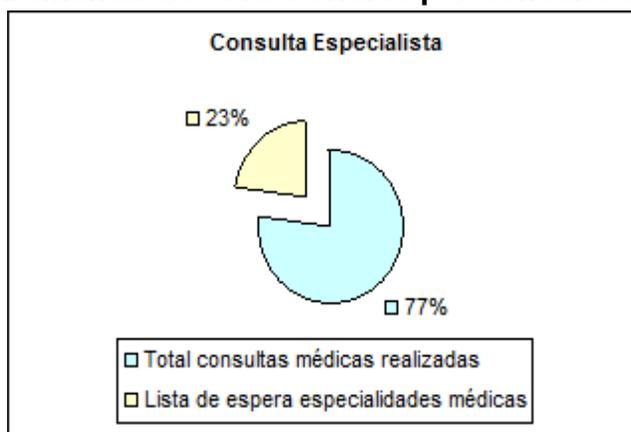
**4.2.2. Demanda efectiva atendida.** Permite analizar la demanda efectivamente atendida en cada una de las consultas que a continuación se mencionan. El periodo de evaluación es de enero del 2007 hasta marzo del 2008. (Para información detallada remítase Anexo N° 3, Pág. 163).

❖ **Consulta Especializada:**  $\frac{\text{Pacientes atendidos en Consulta Especializada}}{\text{Demanda por Consulta Especializada}} \times 100$

Consulta Especializada:  $\frac{172.405}{223.667} \times 100$

Consulta Especializada: **77%**

**Gráfico 4.1: Demanda efectiva atendida por consulta especializada.**



Total consultas médicas realizadas	172.405
Lista de espera especialidades médicas	51.262
Demanda Total	223.667

**Fuente: Elaboración propia.**

**Interpretación:** el gráfico 4.1, muestra que el 77% de la demanda total por consulta especializada son efectivamente atendidos, mientras que el 23% restante de las consultas, corresponden a las listas de espera.

❖ **Consulta Odontológica:**  $\frac{\text{Pacientes atendidos en Consulta Odontológica}}{\text{Demanda por Consulta Odontológica}} \times 100$

Consulta Odontológica:  $\frac{62.085}{69.835} \times 100$

Consulta Odontológica: **89%**

**Gráfico 4.2: Demanda efectiva atendida por consulta odontológica.**



Total consultas odontológicas realizadas	62.085
Lista de espera odontológica	7.750
Demanda Total	69.835

**Fuente:**

**Elaboración propia.**

**Interpretación:** el gráfico 4.2, muestra que el 89% de la demanda total por consulta odontológica son efectivamente atendidos, mientras que el 11% restante de las consultas, corresponden a las listas de espera.

**Tabla 4.4: Resultados de la plantilla de evaluación Demanda.**

Indicador	Criterios de Calificación	Calificación Obtenida	Ponderación	Calificación Ponderada
<b>Relación entre la pertinencia y el nivel de atención institucional</b>				
Consulta Externa	4) 90% y más 3) Entre 80 % y 89% 2) Entre 60% y 79% 1) Menos del 60%	4	0,20	0,8
Urgencias	4) 90% y más 3) Entre 80 % y 89% 2) Entre 60% y 79% 1) Menos del 60%	4	0,20	0,8
Hospitalización	4) 90% y más 3) Entre 80 % y 89% 2) Entre 60% y 79% 1) Menos del 60%	4	0,20	0,8
<b>Demanda efectiva atendida</b>				
Consulta especializada	4) 100% 3) Entre 90 % y 99% 2) Entre 80% y 89% 1) Menos del 80%	1	0,30	0,3
Consulta Odontológica	4) 100% 3) Entre 90 % y 99% 2) Entre 80% y 89% 1) Menos del 80%	2	0,10	0,2
<b>Total</b>			1,00	2,90

La plantilla de evaluación de la Demanda, muestra una calificación ponderada de 2.9, la cual se califica como regular. Esto se debe principalmente, por la alta concentración de listas de espera en el hospital, no logrando ser atendida la totalidad de la población que requiere de dichas consultas. El exceso de listas de espera, se explica a su vez, por una alta demanda de pacientes derivados de consultorios rurales y urbanos, como también de los hospitales tipo 2 y 4.

Lo que fortalece el resultado de esta área de evaluación, es que la pertinencia de derivación hacia el hospital, en los tres tipos de atenciones analizadas, cumple satisfactoriamente con la calificación máxima.

### 4.3. **PLANTILLA DE EVALUACIÓN: “OFERTA”**

En ésta área se evalúan la estructura orgánica (organigrama), la estructura funcional (manual de funciones y procedimientos), los recursos (humanos, físicos y económicos) y el sistema de información.

**4.3.1. Plantilla de Evaluación de la Estructura Orgánica.** Corresponde a la organización de la institución, esquematizada en su organigrama, el cual debe estar ajustado a los siguientes criterios:

- ❖ **Estructura ajustada a los principios generales de la organización y a las características particulares de ésta.** El organigrama debe incluir las *Áreas Básicas de la Entidad*<sup>20</sup>, de acuerdo con los servicios que presta y debe existir un equilibrio entre éstas. Además, es necesario identificar una clara jerarquización de las diferentes ramas de la organización, y ésta debe facilitar la integración y coordinación de las actividades (Ver organigrama, Anexo N° 4, Pág. 165 ). La calificación se realiza de acuerdo al grado de ajuste entre las distintas áreas y el organigrama de la institución.
- ❖ **Estructura ajustada a los estatutos, visión, misión, objetivos, estrategias y servicios.** Se debe confrontar el organigrama con lo establecido en la normatividad vigente. La calificación se realiza de acuerdo al grado de correspondencia de ésta y su incidencia en la calidad de atención.
- ❖ **Estructura ajustada a los procesos científicos, administrativos y financieros.** Las instituciones bien organizadas, deben contar con manuales de procedimientos para la operación de los distintos procesos señalados. La estructura debe ser consecuente con los procesos que se deben cumplir. La calificación se realiza comprobando que los procesos sean consecuentes con la

<sup>20</sup> Áreas básicas de la entidad: Medicina, Cirugía, Pediatría y Obstetricia.

estructura y si existen discrepancias que puedan afectar al cumplimiento de estos procesos.

- ❖ **Estructura ajustada a los mecanismos de control.** Para un efectivo control de la institución, se deben aplicar rigurosos manuales de procedimientos con una estructura orgánica que facilite la realización de las distintas acciones. La calificación se realiza de acuerdo a la facilitación que otorga la estructura para llevar el control de las distintas acciones, señaladas en el manual de procedimientos.
  
- ❖ **Estructura ajustada al sistema de información.** Este sistema es de vital importancia para la organización y el funcionamiento de la institución. Debe operar sujeto a un manual de procedimientos y a una adecuada estructura. Su calificación se realiza conforme a ésta afirmación.

Para la calificación de los indicadores de la plantilla de la estructura orgánica, se realizaron entrevistas a las siguientes personas:

Sr. Luis San Martín Hernández, Subdirector Administrativo,

Sra. Marta Rubilar Albornoz, Jefe Centro de Responsabilidad Recursos Humanos,

Al igual que en la plantilla de evaluación de Contexto, el análisis de la estructura orgánica se complementó con la información recopilada en la investigación de campo, con el propósito de asignar mayor confiabilidad y validez de los datos recopilados.

**Tabla 4.5: Resultados de la plantilla de evaluación de la Estructura Orgánica.**

Indicador	Criterios de Calificación	Calificación Obtenida	Ponderación	Calificación Ponderada
<b>Ajustada a</b>				
Principios de Organización	4) El organigrama incluye las áreas básicas de la entidad de acuerdo a los servicios que presta; si existe un equilibrio entre las distintas áreas; si se identifica una clara jerarquización de las diferentes ramas de la organización y si facilita la integración y coordinación de las actividades. 3) Se detectan vacíos menores en los aspectos señalados anteriormente, pero que no afectan la calidad de los servicios. 2) Se detectan vacíos muy importantes en los aspectos señalados anteriormente, que afectan seriamente la calidad de la atención. 1) No existe estructura formal.	4	0,20	0,8
Estatutos, visión, misión, objetivos, estrategias y servicios	4) Si la correspondencia es completa de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente. 3) Si se detectan algunas diferencias, pero no afectan la calidad de la atención. 2) Si no hay correspondencia de la atención. 1) Si no hay organigrama o no hay precisión de los elementos antes mencionados.	4	0,20	0,8
<b>Procesos</b>				
Científicos	4) La estructura es consecuente con los procesos científicos que se deben cumplir, señalados en el manual de procedimientos. 3) Existen pequeñas discrepancias que no afectan en forma importante el cumplimiento de los procesos científicos. 2) Existen claras discrepancias entre los procesos científicos y la estructura. 1) No existe manuales o la estructura no se encuentra definida en un organigrama.	3	0,20	0,6
Administrativos	4) La estructura es consecuente con los procesos administrativos que se deben cumplir, señalados en el manual de procedimientos. 3) Existen pequeñas discrepancias que no afectan en forma importante el cumplimiento de los procesos administrativos. 2) Existen claras discrepancias entre los procesos administrativos y la estructura. 1) No existen manuales o la estructura no se encuentra definida en un organigrama.	4	0,10	0,4
Financieros	4) La estructura es consecuente con los procesos financieros que se deben cumplir, señalados en el manual de procedimientos. 3) Existen pequeñas discrepancias que no afectan en forma importante el cumplimiento de los procesos financieros. 2) Existen claras discrepancias entre los procesos financieros y la estructura. 1) No existen manuales o la estructura no se encuentra definida en un organigrama.	4	0,10	0,4
Mecanismos de Control	4) La estructura facilita el control de la institución de las distintas acciones, señaladas en el manual de procedimientos. 3) Existen pequeñas discrepancias que no afectan en forma importante el cumplimiento de los mecanismos de control. 2) Existen claras discrepancias entre los mecanismos de control y la estructura. 1) No existen manuales o la estructura no se encuentra definida en un organigrama.	4	0,10	0,4
Sistemas de Información	4) Opera sujeto a un manual de procedimiento y a una adecuada estructura. 3) Existen pequeñas discrepancias que no afectan en forma importante el funcionamiento de los sistemas de información. 2) Existen claras discrepancias que afectan en forma importante el funcionamiento de los sistemas de información. 1) No existe manuales o la estructura no se encuentra definida en un organigrama.	4	0,10	0,4
<b>Total</b>			<b>1,00</b>	<b>3,80</b>

La buena calificación obtenida por la subárea de evaluación estructura orgánica, se debe a que la mayoría de sus indicadores obtuvo la calificación óptima. Esto se debe a que el HCHM, se ha preocupado de crear las dependencias necesarias para cumplir con los objetivos que satisfagan lo propuesto dentro de la misión institucional, lo que a su vez se ha visto favorecido por el organigrama, puesto que éste permite mayor flexibilidad en la adaptación a los cambios del entorno, sin descuidar lo que exige la normatividad vigente (principios, estatutos, misión, visión, etc.). No obstante, lo que impide una calificación global óptima de 4, siendo la obtenida de 3,8, se debe a la influencia del indicador de procesos científicos, si bien es consecuente con la estructura de la institución, existen pequeñas discrepancias que no afectan el cumplimiento de los procesos ni tampoco repercuten negativamente en la calidad de la atención médica.

**4.3.2. Plantilla de Evaluación de la Estructura Funcional.** Esta evaluación se lleva a cabo a través del análisis de los manuales de funciones y de procedimientos de la institución de acuerdo con los siguientes criterios:

- ❖ **Existe manual de funciones.** Deben existir manuales que definan claramente todas las funciones del personal de la institución. La calificación se realiza conforme a ésta afirmación.
- ❖ **Inducción al personal sobre las funciones.** Corresponde a la inducción realizada a todo el personal de planta de la institución, como aquellos que trabajan por primera vez en ella, con respecto a las funciones que debe cumplir en su respectivo lugar de trabajo. La calificación es similar a la anterior.
- ❖ **Evaluación del cumplimiento de las funciones.** Corresponde a la evaluación periódica que se les debe practicar a los funcionarios de la institución con respecto al cumplimiento oportuno de sus funciones. La calificación es similar a la anterior.

- ❖ **Existe manual de procedimientos en las áreas científicas<sup>21</sup>, administrativas y financieras.** Este indicador hace referencia a que al interior del establecimiento de salud debe existir como mínimo manuales de procedimientos en las dependencias importantes de la institución. La calificación se realiza conforme a ésta afirmación.
  
- ❖ **Inducción para la correcta realización de los procedimientos en las áreas científicas, administrativa y financiera.** Corresponde a la inducción realizada al personal que desempeña funciones en las áreas mencionadas, como aquellos que trabajan por primera vez en ella, con respecto a las funciones que deben cumplir en su respectivo lugar de trabajo. La calificación es similar a la anterior.
  
- ❖ **Evaluación del cumplimiento de los procedimientos en las áreas científicas, administrativas y financieras.** Corresponde a la evaluación periódica que se les debe practicar a los funcionarios que desempeñan funciones en las áreas mencionadas, con respecto al cumplimiento oportuno de sus funciones. La calificación es similar a la anterior.
  
- ❖ **Se revisan los manuales de procedimientos.** Este indicador se basa en la revisión periódica de todos los manuales de procedimientos, cumpliendo como mínimo la revisión en las áreas básicas de la entidad.

Para la calificación de los indicadores de la plantilla de la estructura funcional, se recopiló información por medio de la investigación de campo. Además se coordinaron entrevistas con las siguientes personas:

Sr. Luis San Martín Hernández, Subdirector Administrativo,

Sra. Marta Rubilar Albornoz, Jefe Centro de Responsabilidad Recursos Humanos.

Sr. Juan Carlos Castro, funcionario Centro de Responsabilidad Recursos Humanos.

---

<sup>21</sup> El Área Científica incluye todos los procesos médicos, desde el diagnóstico Clínico que se le informa al paciente sobre su estado de salud, hasta el tratamiento. Además, incorpora de forma holística, los manuales de protocolos y procedimientos médicos e instrumentales (materiales), capacitación, formación y cómo debe circular el personal médico y no médico en un servicio determinado.

**Tabla 4.6: Resultados de la plantilla de evaluación de la Estructura Funcional.**

Indicador	Criterios de Calificación	Calificación Obtenida	Ponderación	Calificación Ponderada
Existe manual de funciones	4) Existe manual que defina las funciones de todo el personal de la institución. 3) Existe manual que defina las funciones de la mayoría del personal de la institución. 2) Existe manual que defina las funciones de solamente algunos. 1) No existe manual de funciones.	4	0,10	0,4
Inducción al personal sobre funciones	4) La totalidad de los funcionarios ha recibido inducción sobre sus funciones. 3) La gran mayoría ha recibido ésta inducción. 2) Solo algunos pocos la han recibido. 1) No se realiza inducción sobre funciones.	4	0,10	0,4
Se evalúa cumplimiento	4) Se evalúa periódicamente el cumplimiento de las funciones de todo el personal. 3) Se evalúa periódicamente el cumplimiento de las funciones de la gran mayoría. 2) Se evalúa periódicamente el cumplimiento de las funciones de algunos pocos. 1) No se realiza ésta actividad.	4	0,10	0,4
Existe manual de procedimientos en las áreas:				
Científica	4) Todas las dependencias importantes de la institución tiene manual de procedimiento científico. 3) La mayoría lo tiene y los vacíos no afectan la calidad de los servicios. 2) Sólo algunas dependencias lo tienen. 1) No existe estos manuales.	3	0,10	0,3
Administrativa	4) Todas las dependencias importantes de la institución tiene manual de procedimiento administrativo. 3) La mayoría lo tiene y los vacíos no afectan la calidad de los servicios. 2) Sólo algunas dependencias lo tienen. 1) No existe estos manuales.	4	0,10	0,4
Financiera	4) Todas las dependencias importantes de la institución tiene manual de procedimiento científico. 3) La mayoría lo tiene y los vacíos no afectan la calidad de los servicios. 2) Sólo algunas dependencias lo tienen. 1) No existe estos manuales.	4	0,10	0,4
Inducción al personal de las áreas:				
Científica	4) La totalidad de los funcionarios ha recibido inducción para la correcta realización de los procedimientos en el área científica. 3) La gran mayoría ha recibido ésta inducción. 2) Solo algunos pocos la han recibido. 1) No se realiza inducción.	1	0,05	0,05
Administrativa	4) La totalidad de los funcionarios ha recibido inducción para la correcta realización de los procedimientos en el área administrativa. 3) La gran mayoría ha recibido ésta inducción. 2) Solo algunos pocos la han recibido. 1) No se realiza inducción.	4	0,05	0,2
Financiera	4) La totalidad de los funcionarios ha recibido inducción para la correcta realización de los procedimientos en el área financiera. 3) La gran mayoría ha recibido ésta inducción. 2) Solo algunos pocos la han recibido. 1) No se realiza inducción.	4	0,05	0,2
Se evalúa el cumplimiento en las áreas:				
Científica	4) Se evalúa periódicamente el cumplimiento de los procedimientos en el área científica. 3) Se evalúa periódicamente el cumplimiento de la gran mayoría. 2) Se evalúa periódicamente el cumplimiento de algunos pocos. 1) No se realiza ésta actividad.	1	0,05	0,05
Administrativa	4) Se evalúa periódicamente el cumplimiento de los procedimientos en el área administrativa. 3) Se evalúa periódicamente el cumplimiento de la gran mayoría. 2) Se evalúa periódicamente el cumplimiento de algunos pocos. 1) No se realiza esta actividad.	4	0,05	0,2
Financiera	4) Se evalúa periódicamente el cumplimiento de los procedimientos en el área financiera. 3) Se evalúa periódicamente el cumplimiento de la gran mayoría. 2) Se evalúa periódicamente el cumplimiento de algunos pocos. 1) No se realiza ésta actividad.	4	0,05	0,2
Se revisan los manuales	4) Se revisan periódicamente todos los manuales. 3) Se revisan periódicamente la gran mayoría. 2) Se revisan periódicamente algunos pocos. 1) No se realiza revisión.	3	0,10	0,3
<b>Total</b>			1,00	3,50

La evaluación global, corresponde a 3.5, ya que la mayoría de sus indicadores, al igual que en la estructura orgánica, obtuvieron la calificación óptima de 4, situación que se debe básicamente a que la institución cuenta con manuales de procedimientos y funciones en las áreas administrativa y financiera, lo cual permite mantener informados a los funcionarios, y a través de la inducción orientan la conducta de éstos, unificando los criterios de desempeño y cursos de acción que deberán seguir para cumplir con los objetivos trazados. El HCHM, se preocupa también de evaluar periódicamente el cumplimiento de las funciones de todo el personal que lo compone. En cuanto a la totalidad de los manuales, la gran mayoría se revisa periódicamente, destacando que el manual de procedimiento en el área científica solamente existe en algunas dependencias de la institución, por tal razón, éstas últimas obtuvieron una calificación de 3 (buena).

La mayor deficiencia, calificada con la nota mínima de 1 (mala) se presenta por no realizar inducción al personal en el área científica, ni tampoco se evalúa su cumplimiento, lo cual impide obtener una calificación óptima en esta área de evaluación.

**4.3.3. Plantilla de Evaluación de los Recursos Humanos.** Se evalúan a través de los indicadores que se describen a continuación:

- ❖ **Médicos de consulta especializada.** El cálculo se basa en la demanda de pacientes de consulta especializada y el número de consultas que pueden efectuar los médicos durante el periodo de evaluación, con el fin de poder establecer si el número de médicos que efectivamente laboran en la institución es el que se requiere para poder satisfacer la demanda de usuarios.

La demanda corresponde desde enero del 2007 a marzo del 2008 a **223.667** us, según usuarios datos proporcionados por la institución (Información detallada, anexo N° 3, Pág. 163), considerando los pacientes efectivamente atendidos más las listas de espera.

Mensualmente, la cantidad de horas ofrecidas por el total de médicos de consulta especializada corresponde a 292 horas<sup>22</sup>, y se considera que por cada hora un médico puede realizar 3 consultas<sup>23</sup>, es decir, durante el periodo de evaluación, el total de consultas que pueden efectuar es de **13.140** (292 x 3 x 15 meses). Al dividir la demanda por el número de consultas que se pueden realizar (223.667/13.140), se obtiene el número de médicos requeridos para esta atención, lo cual corresponde a 17.

Los médicos que atienden actualmente en consulta especializada son 13<sup>24</sup>.

$$\frac{\text{Total médicos}}{\text{Nº de médicos requeridos}} \times 100 = \frac{13}{17} \times 100 = \mathbf{76\%}$$

**Interpretación:** la dotación de personal médico de consulta especializada del HCHM es de un 76%, con lo cual no satisface la demanda total de pacientes.

<sup>22</sup> Fuente: Distribución de cargos y horas por centro de responsabilidad HCHM, proporcionado por el jefe de RRHH.

<sup>23</sup> Fuente: Información proporcionada por el SEREMI de Salud Chillán.

- ❖ **Médicos hospitalarios.** El cálculo se basa en el número de camas y el porcentaje ocupacional. El hospital cuenta con 506 camas y una ocupación del 85,1%, por lo tanto se tienen 431 (506 x 85,1%) estancias diarias y **157.171** (431 x 365) en el año, que corresponde a las consultas por realizar.

Las consultas, que efectivamente realizan los médicos hospitalarios durante el año son **1890**, esto considerando que las visitas a los pacientes hospitalizados por parte de los médicos, en promedio corresponde a 2,5 horas diarias<sup>25</sup> y a 3 consultas por hora, trabajando de lunes a viernes. Por lo tanto, al multiplicar los 2,5 por 3 y por los 252 días hábiles del año, se obtienen las consultas realizadas.

El número de médicos requeridos, se obtiene dividiendo las consultas por realizar (157.171) por las consultas que efectivamente se realizan (1890), es decir, 84.

La dotación de médicos hospitalarios actualmente corresponde a 82<sup>26</sup>.

$$\frac{\text{Total médicos}}{\text{Nº de médicos requeridos}} \times 100 = \frac{82}{84} \times 100 = \mathbf{98\%}$$

**Interpretación:** la dotación de personal médico hospitalario del HCHM es de un 98%, con lo cual no se alcanza a atender la demanda total de pacientes hospitalizados.

Es importante destacar que de acuerdo a la legislación vigente, no es posible referirse a funcionarios como tal, sino más bien a cargos. Por ejemplo, un médico puede desempeñar la función de directivo y al mismo tiempo realizar consultas médicas. Por lo tanto, un profesional puede tener uno o más cargos.

---

<sup>24</sup> Fuente: Distribución de cargos y horas por centro de responsabilidad HCHM, proporcionado por el jefe de RRHH.

<sup>25</sup> Fuente: información proporcionada por el SEREMI de Salud de Chillán.

<sup>26</sup> Fuente: Distribución de cargos y horas por centro de responsabilidad HCHM, proporcionado por jefe de RRHH.

- ❖ **Enfermeras(os).** Para el cálculo de la necesidad de enfermeras(os), al igual que el indicador anterior, se utiliza el número de camas y el porcentaje ocupacional. Es decir, las estancias diarias ocupadas corresponden a 431.

Dentro de las 24 horas diarias, las enfermeras (os) cubren 3 turnos, por lo tanto al multiplicar las estancias diarias por los turnos (431 x 3), se obtiene las estancias diarias total que deben ser cubiertas por las enfermeras(os), es decir 1293. El número de enfermeras, que actualmente laboran en el hospital son 166<sup>27</sup>.

Al dividir las estancias diarias total por las enfermeras disponibles (1293/166), se obtiene el número de camas asignadas por enfermeras(os), es decir, 8, siendo el ideal de 1 enfermera(o) por cada 6 camas<sup>28</sup>, por lo tanto, el N° de enfermeras(os) requeridos corresponde a 216 (1293/6).

$$\frac{\text{Total de enfermeras(os)}}{\text{Nº de enfermeras(os) requeridos}} \times 100 = \frac{166}{216} \times 100 = \mathbf{77\%}$$

**Interpretación:** la dotación de personal de enfermería del HCHM es de un 77%, por lo cual éstos se ven en la obligación de atender más camas de las que corresponde, es decir, 8 camas atendidas por enfermero (a), en lugar de 6, que es el óptimo.

- ❖ **Auxiliares paramédico de enfermería.** Se utiliza la misma metodología que en el indicador anterior, pero considerando un óptimo de 1 auxiliar paramédico por cada 3 camas.

Al dividir las estancias diarias total que deben ser cubiertas, las cuales son de 1293 (calculada en el indicador anterior) por el número de auxiliares paramédicos

<sup>27</sup> Fuente: Desglose de dotación de personal HCHM, proporcionado por el jefe de RRHH.

<sup>28</sup> Fuente: información proporcionada por profesional de enfermería.

disponibles, los cuales son 313<sup>29</sup>, se obtiene el número de camas por auxiliar paramédico de enfermería, es decir, 4 (1293/313), siendo el ideal de 3, por lo tanto, el N° auxiliares paramédicos requeridos corresponde a 431 (1293/3).

$$\frac{\text{Total de auxiliares paramédico}}{\text{N° de auxiliares paramédicos requeridos}} \times 100 = \frac{313}{431} \times 100 = \mathbf{73\%}$$

**Interpretación:** la dotación de personal auxiliar paramédico del HCHM es de un 73%, por lo cual éstos se ven en la obligación de atender más camas de las que corresponde, es decir, 4 camas atendidas por auxiliar paramédico, en lugar de 3, que es el óptimo.

- ❖ **Bacteriólogos.** Para el cálculo de este indicador se requiere la demanda de exámenes de laboratorio. Según antecedentes proporcionados por el Jefe de Laboratorio, la dotación de este personal en la institución corresponde a 3, los cuales cubren satisfactoriamente la demanda de exámenes en un **100%**. Cabe señalar que estos profesionales son tecnólogos médicos, de los cuales 2 tienen la especialidad de infecciones intrahospitalarias, y el tercero, tiene la especialidad de infectólogo pediátrico.
- ❖ **Otro personal.** El cálculo depende del volumen de trabajo del personal que labora en la institución, entre estos, directivos, administrativos, choferes, personal de aseo, entre otros. Excluye a médicos, enfermeras(os), profesionales no médicos y auxiliares paramédicos. Durante el transcurso de la investigación, se logró percibir, que la jornada laboral diaria se extendía desde las 8:00 de la mañana hasta las 18:00 horas en promedio, siendo las 17:00 horas el horario de término de la jornada, existiendo una sobre carga laboral en los trabajadores. A pesar de que la jornada, está dentro de lo permitido legalmente<sup>30</sup>, no se logra cubrir con la totalidad de las necesidades diarias programadas, por lo que de

<sup>29</sup> Fuente: Desglose de dotación de personal HCHM, proporcionado por RRHH.

acuerdo al volumen trabajo, se necesitaría mayor dotación de personal. De acuerdo con la información anterior, en relación a las horas de trabajo, excluyendo 1 hora de colación, la proporción de horas que deberían trabajar (8) versus las que trabajan (9), muestra un déficit de un 11%  $((1-(8/9)) \times 100)$  de personal que se requiere en la institución. Por lo tanto, la calificación de este indicador, corresponde a un 89%.

**Tabla 4.7: Resultados de la plantilla de evaluación de los Recursos Humanos.**

---

<sup>30</sup> A partir del 1º de Enero del 2005, la jornada ordinaria de trabajo disminuyó de 48 a 45 horas semanales.

Indicador	Criterios de Calificación	Calificación Obtenida	Ponderación	Calificación Ponderada
Médicos especialistas de consulta externa	4) Entre 100% y 104% 3) Entre 95% y 99% 2) Entre 90% y 94% ó entre 105% y 109% 1) Menos del 90% ó Mayor del 110%	1	0,30	0,3
Médicos especialistas hospitalarios	4) Entre 100% y 104% 3) Entre 95% y 99% 2) Entre 90% y 94% ó entre 105% y 109% 1) Menos del 90% ó Mayor del 110%	3	0,30	0,9
Enfermeras	4) Entre 100% y 104% 3) Entre 95% y 99% 2) Entre 90% y 94% ó entre 105% y 109% 1) Menos del 90% ó Mayor del 110%	1	0,10	0,1
Auxiliares paramédicos de enfermería	4) Entre 100% y 104% 3) Entre 95% y 99% 2) Entre 90% y 94% ó entre 105% y 109% 1) Menos del 90% ó Mayor del 110%	1	0,05	0,05
Bacteriólogas	4) Entre 100% y 104% 3) Entre 95% y 99% 2) Entre 90% y 94% ó entre 105% y 109% 1) Menos del 90% ó Mayor del 110%	4	0,10	0,4
Otro personal	4) Entre 100% y 104% 3) Entre 95% y 99% 2) Entre 90% y 94% ó entre 105% y 109% 1) Menos del 90% ó Mayor del 110%	1	0,15	0,15
<b>Total</b>			<b>1,00</b>	<b>1,90</b>

El resultado global obtenido en la plantilla de evaluación de los recursos humanos, muestra una calificación ponderada de 1,9 (mala), lo que se debe principalmente a la falta de dotación de personal: médicos de consulta especializada, enfermeras, auxiliares de enfermería y otro personal. Con esto, los médicos de consulta especializada no alcanzan a cubrir la demanda total de pacientes. En cuanto a los enfermeros (as) y auxiliares paramédicos de enfermería, tienen a su cargo más camas del óptimo establecido, lo cual repercute negativamente en la

atención de los pacientes, mientras que en otro personal, la sobre carga laboral, influye en la pérdida de eficiencia de los funcionarios.

En lo que se refiere a los médicos especialistas hospitalarios, la calificación obtenida corresponde a 3, es decir buena, ya que logran atender casi a la totalidad de la demanda de pacientes (98%). En tanto, los bacteriólogos cubren en un 100% la demanda de exámenes de laboratorio, siendo calificados con la nota máxima de 4 (óptima).

**4.3.4. Plantilla de Evaluación de los Recursos Físicos.** En esta plantilla se evalúan los siguientes indicadores:

- ❖ **Consultorios de Especialidades Médicas.** Para calcular el N° de consultorios requeridos de acuerdo a la demanda anual<sup>31</sup>, se necesitan los días laborales al

---

<sup>31</sup> Demanda promedio anual calculada a partir de la producción, más las listas de espera en el periodo Enero 2007 y Marzo 2008.

año (252) y el tiempo promedio de consulta (15 minutos). Además, se debe calcular el N° de consultas diarias realizadas de acuerdo a la demanda anual y el N° de consultas que pueden realizar los médicos especialistas, trabajando 8 horas diarias.

El número de consultorios de especialidades médicas existentes son 15, distribuidos por especialidades médicas<sup>32</sup>.

$$\text{Consultas diarias realizadas} = \frac{\text{Demanda Anual}}{\text{Días laborales al año}} = \frac{178.934}{252} = 710$$

N° de consultas que se pueden realizar = Consultas por hora x horas trabajadas

N° de consultas que se pueden realizar = 3 x 8 = 24

$$\text{N° de consultorios requeridos} = \frac{\text{Total consultas diarias}}{\text{Consultas que se pueden realizar}}$$

$$\text{N° de consultorios requeridos} = \frac{710}{24} = 30$$

$$\frac{\text{N° de consultorios existentes}}{\text{N° de consultorios requeridos}} = \frac{15}{30} \times 100 = \mathbf{50\%}$$

**Interpretación:** según la demanda de consultas de especialidades, se obtuvo un déficit de consultorios, motivo por el cual sólo se logra atender el 50% de las consultas demandadas, ya que no existen las dependencias suficientes.

---

<sup>32</sup> Los consultorios de especialidades médicas se encuentran divididos de la siguiente forma: pasillo 1, traumatología y cirugía infantil; pasillo 2, cirugía adulto y urología; pasillo 3, otorrino y medicina interna; pasillo 4, oftalmología y obstetricia; pasillo 5, pediatría y ginecología; pasillo 6, neurología y psiquiatría; pasillo 7, medicina integral, cardiología y dermatología.

- ❖ **Quirófanos.** Se debe establecer si la cantidad de quirófanos requeridos para abastecer la demanda de usuarios, es suficiente, comparado con la cantidad real de quirófanos existentes, los cuales son 7.

El cálculo se realiza considerando la demanda de pacientes quirúrgicos en los 365 días del año, la cual se obtiene a partir del número de camas, el promedio día de estada y el índice ocupacional.

**Tabla 4.8: Antecedentes necesarios para el cálculo de salas de cirugía.**

<b>Total Camas</b>	<b>90</b>
Camas de Cirugía adulto	76
Camas de Cirugía infantil	14
<b>Promedio días de estada</b>	<b>5,1</b>
Cirugía infantil	3,7
Cirugía adulto	6,5
<b>Promedio índice ocupacional</b>	<b>86,55%</b>
Cirugía infantil	76,20%
Cirugía adulto	96,90%

**Fuente: elaboración propia en base a los indicadores de atención cerrada.**

$$\text{Demanda de pacientes por año} = \frac{(90 \times 365) \times 86,55\%}{5,1} = 5.575$$

Para el análisis de este indicador, se considera cirugía adulto e infantil. Es necesario, para determinar la necesidad de quirófanos, el N° de intervenciones diarias, el cuál se obtiene a partir del cálculo de la demanda dividido por los días hábiles al año (252).

$$\text{N° de intervenciones diarias} = \frac{5.575}{252} = 22$$

Luego, se calcula el N° de quirófanos día, donde se multiplica el N° de intervenciones diarias por el promedio de horas de las intervenciones quirúrgicas (2,5 horas).

$$\text{N° de horas quirófanos día} = 22 \times 2,5 = 55$$

Finalmente, para obtener la necesidad de quirófanos, se divide el N° de quirófanos día por una jornada de ocupación de 8 horas.

$$\text{N° de quirófanos requeridos} = \frac{55}{8} = 7$$

$$\frac{\text{N° de quirofanosexistentes}}{\text{N° de quirófanos requeridos}} = \frac{7}{7} \times 100 = \mathbf{100\%}$$

**Interpretación:** el número de quirófanos existentes satisface en un 100% a la demanda de pacientes quirúrgicos.

- ❖ **Salas de partos.** Se debe establecer si el N° de salas de partos requeridos para abastecer la demanda anual de usuarios, es suficiente comparado con la cantidad real de salas de parto existente, la cual es una sala.

El cálculo de las salas de parto se realiza a partir de la demanda anual de partos, la cual es de 2.171 partos al año. El tiempo promedio de utilización de las salas de parto es de 2 horas por parto y una hora de preparación, por lo tanto en una sala de partos se pueden atender 8 partos diarios (24/3). Para el cálculo de este recurso, se consideran los 365 días al año.

$$\text{N° de salas de parto requeridas} = \frac{\text{Demanda}}{\text{Partos diarios} \times \text{total días año}}$$

$$\text{N}^\circ \text{ de salas de parto requeridas} = \frac{2.171}{8 \times 365}$$

$$\text{N}^\circ \text{ de salas de parto requeridas} = 1$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de salas de parto existentes}}{\text{N}^\circ \text{ de salas de parto requeridos}} = \frac{1}{1} \times 100 = \mathbf{100\%}$$

**Interpretación:** el número de salas de parto existentes satisface en un 100% a la demanda de partos anuales.

**Camas:**

- ❖ **Ginecología-Obstetricia.** Se deben calcular los partos esperados a partir de la tasa de natalidad (1.48%<sup>33</sup>). Para una población de 173.326<sup>34</sup> habitantes, se esperarían 2.566 partos (173.326 x 1,48%).

En obstetricia, la estada promedio es de 3 días, por lo tanto los días cama año serían 7.696 (2.566 x 3). Éstos, divididos por los 365 días al año, entrega el N° de camas obstétricas que se necesitan (21) con un porcentaje ocupacional del 90,9%, por lo tanto se debe obtener el total real por medio de una ecuación, señalada a continuación en la tabla 4.9.

**Tabla 4.9: Antecedentes necesarios para el cálculo de camas de Ginecología-Obstetricia.**

Promedios Día	Camas	%
Días Camas/año	<b>23,10</b>	100
Días año →	21	90,9

<sup>33</sup> Fuente: estadísticas index mundi 2008. Promedio anual de nacimientos durante un año por cada 100.000 habitantes.

<sup>34</sup> Fuente: servicio de salud ñuble.

Nº de camas	<b>21</b>
Índice Ocupacional	90,9%

**Fuente: elaboración propia en base a los indicadores de atención cerrada.**

En un servicio de gineco-obstetricia, el óptimo establecido por el modelo es que 2/3 de las camas correspondan a obstetricia y 1/3 a ginecología.

Por lo tanto, las camas que se requieren en obstetricia aproximadas, corresponden a 23.1, es decir 24 camas y en ginecología a 8.

En el servicio gineco-obstetra del HCHM, los 3/4 de las camas corresponde al servicio de obstetricia (48) y 1/4 a ginecología (16), lo que refleja automáticamente que no cumple con el óptimo señalado anteriormente.

$$\text{Resultado en obstetricia} = \frac{\text{Nº de camas existentes}}{\text{Nº de camas requeridas}} = \frac{48}{24} \times 100 = \mathbf{200\%}$$

$$\text{Resultado en ginecología} = \frac{\text{Nº de camas existentes}}{\text{Nº de camas requeridas}} = \frac{16}{8} \times 100 = \mathbf{200\%}$$

**Interpretación:** el resultado de ginecología y obstetricia, muestra un exceso de camas disponibles en un 200%.

- ❖ **Cirugía infantil, Cirugía adulto, Medicina y Pediatría.** Las camas de estos servicios se calculan en base a la demanda global de hospitalización (Véase información detallada de la demanda global de hospitalización anexo N° 5, Pág.166). Se debe establecer si el número de camas disponibles en estos servicios, corresponde a la necesidad real de camas frente a la demanda. Ésta se calcula para cada servicio, de la siguiente manera:

Demanda por servicio =

$$\frac{(\text{N}^\circ \text{ de camas disponibles} \times 365 \text{ días/año}) \times \text{porcentaje ocupacional}}{\text{Promedio días estada}}$$

**Tabla 4.10: Porcentaje de camas disponibles por servicio clínico.**

SERVICIO	PROMEDIO DIAS ESTADA	PORCENTAJE OCUPACIONAL	DEMANDA POR SERVICIO	PORCENTAJE DEL TOTAL DE DEMANDA	Nº CAMAS	CAMAS REQUERIDAS	PORCENTAJE DE CAMAS DISPONIBLES
CIRUGIA INFANTIL	5,4	96,7%	4.925	17%	76	84	91%
CIRUGIA ADULTO	3,6	79,7%	1.442	5%	18	25	73%
MEDICINA	8,9	98,4%	3.834	13%	95	65	146%
PEDIATRIA	4,4	64,7%	2.674	9%	50	46	110%
CALIFICACION PONDERADA							105%

**Fuente:** elaboración propia con base a la información entregada sobre los indicadores de atención cerrada.

Es necesario mencionar que el anexo N° 5, contiene la totalidad de los servicios del HCHM, con sus respectivos antecedentes, N° de camas y la totalidad de la demanda de hospitalizados. Por lo tanto, la tabla 4.10, describe solamente los servicios que deben ser estudiados en este apartado.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de camas existentes}}{\text{N}^\circ \text{ de camas requeridas}} = \mathbf{105\%}$$

**Interpretación:** la calificación ponderada de las camas de cirugía adulto e infantil, medicina y pediatría, muestra que cumplen satisfactoriamente la necesidad de camas frente a la demanda de hospitalizados en los respectivos servicios.

- ❖ **Laboratorio e Imágenes.** Este indicador evalúa el número de exámenes realizados frente a la demanda de hospitalización.

Su análisis, se basó en la información fidedigna proporcionada por el departamento de estadísticas, cuyos antecedentes hacen mención a que el 100% de hospitalizados genera algún tipo de examen de laboratorio o de imagenología, estableciendo además que cada solicitud incluye en promedio 2 exámenes. Cabe destacar, que por tratarse de hospitalizados, se debe cumplir con el **100%** de los exámenes solicitados, lo cual se cumple en la institución, puesto que los resultados son de vital importancia para determinar el diagnóstico médico de los pacientes y asegurar de ésta forma una atención íntegra y oportuna.

- ❖ **Medicamentos y Elementos de sutura y curación.** Este indicador evalúa el porcentaje de los pedidos que fueron efectivamente despachado de acuerdo a lo solicitado por los distintos centros de responsabilidad.

Para el cálculo, se consideraron aquellos centros que solicitan mayor volumen de pedidos mensual. La elección de éstos, por términos de volumen, fue aconsejada por el responsable de la unidad de despacho área farmacia, la cual distribuye medicamentos y elementos de sutura y curación a los distintos servicios que requieren de estos insumos. La evaluación se realizó para los meses de noviembre y diciembre del año 2008.

Los centros de responsabilidad seleccionados para efectuar el análisis del despacho de medicamentos, corresponde a la farmacia CAE y a la farmacia de hospitalización. Los pedidos de la primera se realizan en forma mensual, y los de la segunda, un pedido mensual y dos pedidos semanales, realizados los días martes y jueves.

Los centros de responsabilidad seleccionados para efectuar el análisis del despacho de elementos de sutura y curación, corresponde a la unidad de emergencia y a la unidad quirúrgica. Los pedidos de ambas se realizan en forma semanal.

**Tabla 4.11: Cálculo de porcentaje de despacho de medicamentos y elementos de sutura y curación.**

<b>MEDICAMENTOS</b>	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD ENTREGADA	PORCENTAJE DESPACHADO
FARMACIA CAE	591.159	483.668	82%
FARMACIA HOSPITALIZADOS	102.836	93.116	91%
<b>TOTAL</b>	<b>693.995</b>	<b>576.784</b>	<b>83%</b>
<b>ELEMENTOS DE SUTURA Y CURACIÓN</b>	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD ENTREGADA	PORCENTAJE DESPACHADO
UNIDAD D E EMERGENCIA	42.488	36.992	87%
UNIDAD QUIRÚRGICA	70.284	67.045	95%
<b>TOTAL</b>	<b>112.772</b>	<b>104.037</b>	<b>92%</b>

**Fuente:** Elaboración Propia en base a información proporcionada por la Unidad de despacho Área farmacia.

**Interpretación:** El porcentaje despachado de medicamentos corresponde a **83%** de lo solicitado, mientras que el porcentaje despachado de elementos de sutura y curación corresponde a **92%** de lo solicitado.

❖ **Cocina.** Es el servicio responsable del recibo, almacenamiento, preparación y distribución de alimentos, que asegura la atención de las prescripciones médicas proporcionando dietas normales y especiales a los pacientes de la institución. La evaluación se realiza de acuerdo a las características requeridas para este servicio, las cuales son:

1. Tiene planta física exclusiva y adecuada para la prestación del servicio.
2. Tiene una persona responsable del servicio.
3. El personal que labora en el área ha recibido entrenamiento en el manejo de alimentos .
4. Se realizan exámenes periódicos de control bacteriológico al personal que labora en el servicio
5. Existe y se cumple el listado de dietas comunes y especiales.

6. Se aplican y se cumplen las disposiciones establecidas sobre el control de insectos y roedores.
7. El personal que labora en el servicio conoce y cumple las medidas sobre desinfección y aseo, establecidas por la institución.
8. Cuenta con una Nutricionista Dietista, responsable del servicio.
9. Se tiene establecido un sistema de control de calidad

Se realizó una visita a la planta física y se coordinó una entrevista con el responsable del servicio, quien respondió que el **100%** de las características requeridas se cumplen en su totalidad.

❖ **Lavandería.** Es el servicio encargado de lavar, distribuir y arreglar en forma oportuna la ropa que requiere la institución. Para su evaluación, al igual que la plantilla anterior, se realizó una visita a la planta física y una entrevista con el encargado, con el fin de verificar si cumple satisfactoriamente las características requeridas para este servicio, las cuales son:

1. Tiene planta física destinada para este servicio.
2. Tiene una persona responsable del servicio.
3. Se lleva un registro de la ropa entregada en el servicio.
4. El servicio garantiza la entrega de ropa en forma oportuna.
5. La ropa de la institución esta marcada y seleccionada por servicios.
6. Existen y se cumplen los protocolos de manejo y clasificación de ropa sucia.
7. Se realiza informe mensual de todas las actividades del servicio.
8. Se tiene establecido un sistema de calidad del producto que sale del servicio de lavandería.
9. El personal que labora en el servicio conoce y cumple las medidas de bioseguridad<sup>35</sup> establecidas en la institución.

---

<sup>35</sup>Definición de bioseguridad: conjunto de medidas científico-organizativas destinadas a proteger al trabajador de la instalación, a la comunidad y al medio ambiente de los riesgos que entraña el trabajo con agentes biológicos o la liberación de organismos al medio ambiente, con el fin de disminuir al

De acuerdo a la revisión de éstas características mínimas requeridas, la institución cumple en un **100%** todos los ítems señalados anteriormente.

**Tabla 4.12: Resultados de la plantilla de evaluación de los Recursos Físicos.**

---

mínimo los efectos que se puedan presentar y eliminar rápidamente sus posibles consecuencias en caso de contaminación, efectos adversos, escapes o pérdidas.

Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán.

Indicador	Criterios de Calificación	Calificación Obtenida	Ponderación	Calificación Ponderada
Consultorio de especialidades médicas	4) Entre 100% y 110% 3) Entre 90% y 99% 2) Entre 80% y 89% 1) Menos del 80% ó Mayor del 110%	1	0,09	0,09
Quirófanos	4) Entre 100% y 110% 3) Entre 90% y 99% 2) Entre 80% y 89% 1) Menos del 80% ó Mayor del 110%	4	0,10	0,4
Salas de parto	4) Entre 100% y 110% 3) Entre 90% y 99% 2) Entre 80% y 89% 1) Menos del 80% ó Mayor del 110%	4	0,10	0,4
<b>Camas</b>				
Obstetricia	4) Entre 100% y 110% 3) Entre 90% y 99% 2) Entre 80% y 89% 1) Menos del 80% ó Mayor del 110%	1	0,03	0,03
Ginecología	4) Entre 100% y 110% 3) Entre 90% y 99% 2) Entre 80% y 89% 1) Menos del 80% ó Mayor del 110%	1	0,03	0,03
Cirugía Adulto e Infantil, Medicina y Pediatría.	4) Entre 100% y 110% 3) Entre 90% y 99% 2) Entre 80% y 89% 1) Menos del 80% ó Mayor del 110%	4	0,12	0,48
Laboratorio e Imágenes	4) Entre 100% y 110% 3) Entre 90% y 99% 2) Entre 80% y 89% 1) Menos del 80% ó Mayor del 110%	4	0,18	0,72
Elementos Sutura y curación	4) Entre 100% y 110% 3) Entre 90% y 99% 2) Entre 80% y 89% 1) Menos del 80% ó Mayor del 110%	3	0,10	0,3
Medicamentos	4) Entre 100% y 110% 3) Entre 90% y 99% 2) Entre 80% y 89% 1) Menos del 80% ó Mayor del 110%	2	0,15	0,3
Cocina	4) Entre 100% y 110% 3) Entre 90% y 99% 2) Entre 80% y 89% 1) Menos del 80% ó Mayor del 110%	4	0,05	0,2
Lavandería	4) Entre 100% y 110% 3) Entre 90% y 99% 2) Entre 80% y 89% 1) Menos del 80% ó Mayor del 110%	4	0,05	0,2
<b>Total</b>			<b>1,00</b>	<b>3,15</b>

En esta subárea de evaluación, se observa una calificación ponderada de 3.15, fortalecida principalmente por los indicadores que obtuvieron una calificación óptima

de 4. Entre éstos destacan la disponibilidad de quirófanos y salas de parto, los cuales son suficientes para abastecer la demanda de pacientes. Asimismo, el promedio de camas disponibles de cirugía adulto e infantil, medicina y pediatría es suficiente para abastecer la demanda de estos servicios de acuerdo a la demanda global de hospitalización, mientras que laboratorio e imágenes, cubre la totalidad de los exámenes solicitados. Además, los servicios de lavandería y cocina, cuentan con todas las características requeridas para una calificación óptima y proporcionar un servicio de calidad.

En cuanto a los elementos de sutura y curación, gran parte de los despachos se realizaron oportunamente, a diferencia del despacho de medicamentos, que obtuvo una calificación regular de 2, debido a que no siempre se despacha la totalidad de lo solicitado.

Las mayores deficiencias, y que afectan el resultado global de la plantilla, corresponde al déficit de N° de consultorios de medicina especializada, ya que no logra atender a la totalidad de la demanda con los consultorios existentes. En este punto, también se encuentra el superávit de camas que hay en obstetricia y ginecología, existiendo un exceso de recursos no utilizados.

**4.3.5. Plantilla de Evaluación de los Recursos Económicos.** Esta evaluación se realizó en base al balance y estado de resultados anual de la institución (año

2007), los cuales proporcionan la información necesaria para el cálculo de los indicadores que contempla ésta plantilla.

**Tabla 4.13. ESTRUCTURA PATRIMONIAL**

<b>TOTAL ACTIVO</b>	<b>\$ 13.088.094.928</b>
ACTIVO CIRCULANTE <sup>36</sup>	\$ 329.237.507
ACTIVO FIJO	\$ 12.712.530.496
OTROS ACTIVOS	\$ 46.326.925

<b>TOTAL PASIVO</b>	<b>\$ 13.088.094.928</b>
PASIVO CIRCULANTE	\$ 466.524.533
PASIVO LARGO PLAZO	\$ -
PATRIMONIO	\$ 12.621.570.395

**Tabla 4.14. ESTADO DE RENDIMIENTO ECONÓMICO**

INGRESOS DE GESTIÓN	\$ 20.597.521.269
COSTOS DE GESTIÓN	\$ 21.121.414.680
<b>RESULTADO DE EJERCICIO</b>	<b>\$ (523.893.411)</b>

**Fuente:** Elaboración propia con base al Balance General y estado de rendimiento económico proporcionado por el departamento de contabilidad y presupuesto.

❖ **Indicadores de Liquidez.** Se divide en:

- **Prueba ácida.** Se evalúa la capacidad de la institución para cumplir sus obligaciones a corto plazo, sin necesidad de recurrir a la venta de los inventarios.

$$\text{Prueba ácida} = \frac{\text{Activo circulante} - \text{Inventario}}{\text{Pasivo Circulante}}$$

<sup>36</sup> Cuentas del Activo Circulante: Disponibilidad en moneda nacional: \$42.519.009; Anticipo de fondos: \$27.446.639; Deudores presupuestarios: \$257.056.016; Existencias: \$2.215.843.

$$\text{Prueba ácida} = \frac{\$329.237.507 - \$2.215.843}{\$466.524.533}$$

$$\text{Prueba ácida} = \mathbf{0,701}$$

**Interpretación:** al prescindir o no de las existencias, la institución no alcanza a cubrir sus obligaciones a corto plazo. Por cada peso de deuda, alcanza a cubrir solamente 0,701 pesos de la deuda.

- **Liquidez.** Se evalúa la capacidad de la institución para cumplir sus obligaciones de corto plazo, o bien su solvencia de corto plazo.

$$\text{Liquidez} = \frac{\text{Activo circulante}}{\text{Pasivo Circulante}}$$

$$\text{Liquidez} = \frac{\$329.237.507}{\$466.524.533}$$

$$\text{Liquidez} = \mathbf{0,705}$$

**Interpretación:** la institución no alcanza a cubrir sus obligaciones de corto plazo. Por cada peso que debe en el corto plazo, solo tiene para pagar 0,705 pesos, por lo tanto no se alcanza a cubrir ni un peso de la deuda.

- **Capital de trabajo.** Se determina el dinero disponible para desarrollar las actividades normales de la institución.

$$\text{Capital de trabajo} = \text{Activo circulante} - \text{Pasivo Circulante}$$

$$\text{Capital de trabajo} = \$ 329.237.507 - \$ 466.524.533$$

$$\text{Capital de trabajo} = \mathbf{\$ 0}$$

**Interpretación:** la institución no cuenta con capital de trabajo.

- ❖ **Indicador de Endeudamiento.** Este indicador nos permite conocer el dinero que ha invertido la institución en activos que han sido financiado por acreedores.

$$\text{Endeudamiento} = \frac{\text{Pasivo Exigible}}{\text{Activo Total}} \times 100$$

$$\text{Endeudamiento} = \frac{\$466.524.533}{\$13.088.094.928} \times 100$$

$$\text{Endeudamiento} = \mathbf{3,56}$$

**Interpretación:** por cada peso que se tiene invertido en activos, 3,56 pesos se han obtenido de los acreedores.

- ❖ **Indicador de solvencia total.** Permite conocer los recursos propios con los que cuenta la institución para hacer frente a sus obligaciones de corto y largo plazo.

$$\text{Solvencia total} = \frac{\text{Patrimonio}}{\text{Pasivo Total}} \times 100$$

$$\text{Solvencia total} = \frac{\$12.621.570.395}{\$13.088.094.928} \times 100$$

$$\text{Solvencia total} = \mathbf{96,4}$$

**Interpretación:** por cada peso de obligaciones, la institución cuenta con \$96,4 para responder a las mismas.

- ❖ **Indicadores de Actividad.** Se divide en:

- **Rotación de patrimonio.** Este indicador nos señala la cantidad de pesos vendidos por cada peso de capital propio invertido en la institución, es decir, por cada peso invertido por los accionistas.

$$\text{Rotación del patrimonio} = \frac{\text{Ventas}}{\text{Patrimonio}}$$

$$\text{Rotación del patrimonio} = \frac{\$20.597.521.269}{\$12.621.570.395}$$

$$\text{Rotación del patrimonio} = 1.63$$

**Interpretación:** el patrimonio rota 1,63 veces al año.

- **Rotación de activos fijos.** Indica la eficiencia de la institución con respecto a la utilización de los activos fijos. Señala la cantidad de pesos vendidos por cada peso de activo fijo invertido.

$$\text{Rotación de activos fijos} = \frac{\text{Ventas}}{\text{Activo fijo}}$$

$$\text{Rotación de activos fijos} = \frac{\$20.597.521.269}{\$12.712.530.496}$$

$$\text{Rotación de activos fijos} = \mathbf{1,62}$$

**Interpretación:** por cada peso invertido en activo fijo, se vendieron \$1,62.

- **Rotación de activos totales.** Este indicador patrimonial muestra el grado de efectividad de la institución en la gestión de los bienes del Activo de la empresa. En síntesis determina si la institución está produciendo lo suficiente para que justifique el volumen de activos totales.

$$\text{Rotación de activos totales} = \frac{\text{Ventas}}{\text{Activos totales}}$$

$$\text{Rotación de activos totales} = \frac{\$20.597.521.269}{\$13.088.094.928}$$

$$\text{Rotación de activos totales} = \mathbf{1,57}$$

**Interpretación:** los activos totales rotan 1,57 veces en el año.

- **Rotación de capital de trabajo.** Este índice se basa en la comparación del monto de las Ventas con el total Capital de Trabajo.

$$\text{Rotación del capital de trabajo} = \frac{\text{Ventas}}{\text{Capital de trabajo}}$$

**Interpretación:** Este ratio no es posible calcularlo debido a que el hospital no cuenta con capital de trabajo.

- **Rotación de cartera.** Este indicador de rotación permite conocer la rapidez de cobranza de la institución. Indica el número de veces que las cuentas por cobrar retornan, en promedio, en un período determinado.

$$\text{Rotación de cartera} = \frac{\text{Ventas}}{\text{Cuentas por Cobrar}}$$

$$\text{Rotación de cartera} = \frac{\$20.597.521.269}{\$257.056.016}$$

$$\text{Rotación de cartera} = \mathbf{80,1}$$

**Interpretación:** las cuentas por cobrar se hacen efectivas, o bien rotan 80,1 veces al año.

❖ **Indicadores de rentabilidad.** Se divide en:

- **Rentabilidad del patrimonio:** Este indicador nos muestra la rentabilidad del patrimonio de la institución. Corresponde a la utilidad neta con relación al patrimonio. Determina la eficiencia de la administración para generar utilidades con el capital de la organización

$$\text{Rentabilidad del patrimonio} = \frac{\text{Utilidad pérdida Neta}}{\text{Patrimonio}} \times 100$$

$$\text{Rentabilidad del patrimonio} = \frac{(\$523.893.411)}{\$12.621.570.395} \times 100$$

$$\text{Rentabilidad del patrimonio} = \mathbf{- 4,15\%}$$

**Interpretación:** la utilidad neta en relación con el patrimonio, arroja un porcentaje de rentabilidad negativo, debido principalmente al resultado del ejercicio.

- **Rentabilidad de la inversión.** El rendimiento del Activo total determina la eficiencia de la administración para generar utilidades con los activos totales que dispone la organización.

$$\text{Rentabilidad de la inversión} = \frac{\text{Utilidad Neta}}{\text{Activos totales}}$$

$$\text{Rentabilidad de la inversión} = \frac{(\$523.893.411)}{\$13.088.094.928}$$

$$\text{Rentabilidad de la inversión} = -4\%$$

**Interpretación:** la utilidad neta en relación con los activos totales, al igual que en la rentabilidad del patrimonio arroja un porcentaje de rentabilidad negativo, debido principalmente al resultado del ejercicio.

- **Relación utilidades/costos.** Permite determinar, la utilidad neta con referencia a los costos totales.

$$\text{Relación utilidad neta/costos} = \frac{\text{Utilidad Neta}}{\text{Costos totales}}$$

$$\text{Relación utilidad neta/costos} = \frac{(\$523.893.411)}{\$21.121.414.680}$$

$$\text{Relación utilidad neta/costos} = -2,4\%$$

**Interpretación:** en el hospital, los costos totales son muy elevados, y con el resultado del ejercicio negativo obtenido, se logró una relación utilidad neta/costos negativa.

**Tabla 4.15: Resultados de la plantilla de evaluación de los Recursos Económicos.**

Indicador	Criterios de Calificación	Calificación Obtenida	Ponderación	Calificación Ponderada
<b>Indicadores de Liquidez</b>				
Prueba ácida	4) Más de 3 3) Entre 2 y 2.99 2) Entre 1 y 1.99 1) Menos de 1	1	0,07	0,07
Liquidez	4) Más de 3 3) Entre 2 y 2.99 2) Entre 1 y 1.99 1) Menos de 1	1	0,07	0,07
Capital de Trabajo	4) Óptimo 3) Aceptable 2) Escaso 1) Muy escaso	1	0,07	0,07
Indicador de Endeudamiento	4) Menos de 0,3 3) Entre 0,3 y 0,39 2) Entre 0,4 y 0,49 1) 0,5 y más	4	0,10	0,4
Indicador de Solvencia Total	4) Más de 2,5 3) Entre 2,0 y 2,49 2) Entre 1,5 y 1,99 1) Menos de 1,5	4	0,20	0,8
<b>Indicadores de Actividad</b>				
Rotación de Patrimonio	4) 1,5 y más 3) Entre 1 y 1,49 2) Entre 0,5 y 0,99 1) Menos de 0,5	4	0,05	0,2
Rotación de Activo Fijo	4) 3 y más 3) Entre 2 y 2.99 2) Entre 1 y 1.99 1) Menos de 1	2	0,05	0,1
Rotación de Activos Totales	4) 1,5 y más 3) Entre 1 y 1,49 2) Entre 0,5 y 0,99 1) Menos de 0,5	4	0,05	0,2
Rotación de Capital de Trabajo	4) 2,5 y más 3) Entre 2,0 y 2,49 2) Entre 1,5 y 1,99 1) Menos de 1,5	1	0,05	0,05
Rotación de Cartera	4) 6 y más 3) Entre 5 y 5,99 2) Entre 4 y 4,99 1) Menos de 4	4	0,05	0,2
<b>Indicadores de Rentabilidad</b>				
Rentabilidad del Patrimonio	4) Rentab>CK en más de 5 ptos. 3) Rentab>CK hasta 5 ptos. 2) Rentab<CK hasta 5 ptos. 1) Rentab<CK en mas de 5 ptos.	1	0,08	0,08
Rentabilidad de la Inversión	4) Rentab>CK en más de 5 ptos. 3) Rentab>CK hasta 5 ptos. 2) Rentab<CK hasta 5 ptos. 1) Rentab<CK en mas de 5 ptos.	1	0,08	0,08
Relación Utilidad/Costos	4) Rentab>CK en más de 5 ptos. 3) Rentab>CK hasta 5 ptos. 2) Rentab<CK hasta 5 ptos. 1) Rentab<CK en mas de 5 ptos.	1	0,08	0,08
<b>Total</b>			1,00	2,40

La tabla relacionada con la subárea de evaluación del recurso financiero muestra una calificación regular de 2.4, situación que se explica por los indicadores de liquidez y prueba ácida, los cuales no alcanzan a cubrir las deudas del pasivo circulante con el activo circulante disponible en la institución, además no dispone de capital de trabajo neto. También se explica por el resultado de las rentabilidades negativas obtenidas, ya que el resultado del ejercicio en el año de estudio fue negativo. Con una calificación regular de 2, la rotación de activo fijo, también hace disminuir el resultado global de la subárea de evaluación, razón que se debe a la elevada cantidad de activos fijos con los que cuenta el hospital.

Sin embargo, los indicadores que fortalecen esta subárea corresponden al endeudamiento; solvencia total; rotación de patrimonio, de cartera y de activos totales.

El análisis económico de la institución, permite entender la situación por la que atraviesa ésta y así permite evaluar y tomar las decisiones pertinentes del caso en el periodo analizado.

**4.3.6. Plantilla de Evaluación de los Sistemas de Información.** Esta plantilla incluye la evaluación de los siguientes indicadores:

- ❖ **Estructura orgánica.** Debe existir una estructura orgánica de informática (organigrama) que opere adecuadamente, señalando cada uno de los pasos a seguir en el tratamiento de un sistema de información específico. La calificación se realiza comprobando la existencia de una estructura orgánica, que opere adecuadamente y que además facilite los pasos a realizar en un sistema de información determinado.
- ❖ **Manual de funciones de informática.** Corresponde a la existencia de manuales que definan todas las funciones a las cuales se debe dar cumplimiento en esta área. Debe ser conocido por todos los miembros de la institución, especialmente por aquellos que desempeñen funciones en este ámbito. La calificación se realiza conforme a ésta afirmación.
- ❖ **Manual de procedimientos.** Este indicador hace mención a la existencia de manuales de procedimientos en el área informática, que detalle los pasos a seguir en el tratamiento de un sistema de información específico. Debe ser conocido por todo el personal y aplicarse en la totalidad de los procedimientos. La calificación se realiza conforme a ésta afirmación.
- ❖ **Personal capacitado.** Se refiere a la capacitación formal de todo el personal que desempeñe funciones de carácter computacional o informático. La calificación es similar a la anterior.
- ❖ **Equipos con tecnología apropiada.** Hace mención a la existencia de equipos electrónicos de tecnología apropiada para el procesamiento de la información. La calificación es similar a la anterior.

- ❖ **Recolección de información pertinente.** Se refiere a la recolección de la información oportuna en los diferentes sistemas, identificada en el manual operativo, de acuerdo con un cronograma establecido. Su calificación se realiza comprobando si los sistemas de información, recogen la información oportuna en el momento que lo requiera la institución.
  
- ❖ **Procesamiento.** Corresponde al procesamiento de la información de forma electrónica, de acuerdo con el manual operativo. El procesamiento debe realizarse de manera ordenada y en los programas definidos para esta función, con el fin de producir las formas estadísticas que permitan un adecuado análisis de la información. Su calificación se realiza conforme a ésta afirmación.
  
- ❖ **Análisis de la información.** El análisis de la información debe llevarse a cabo en el tiempo oportuno, y ajustarse a las técnicas estadísticas pertinentes, con fin de facilitar la toma de decisiones de la institución. La calificación es similar a la anterior.
  
- ❖ **Presentación de los resultados.** Ésta debe llevarse a cabo mediante la publicación formal y periódica a través de revistas, informativos o boletines al interior del establecimiento. La calificación es similar a la anterior.
  
- ❖ **Utilización de la información.** Se refiere a sí la información es recibida oportunamente por los niveles directivos y sí es utilizada para la toma de decisiones. La calificación es similar a la anterior.

*Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán.*

Para la calificación de los indicadores de la plantilla de evaluación de los Sistemas de Información, se entrevistó al Jefe de la Oficina de Ingeniería de Sistemas, el Sr. Gastón Vergara Figueroa, además de los responsables de la oficina de hospitalización, de estadística, entre otros.

Esto se logró comprobar con la información recopilada en la investigación de campo, con el propósito de asignar mayor confiabilidad y validez de los datos recabados.

**Tabla 4.16: Resultados de la plantilla de evaluación de los Sistemas de Información.**

Indicador	Criterios de Calificación	Calificación Obtenida	Ponderación	Calificación Ponderada
Ajustada a				
Estructura Orgánica	4) Existe una estructura orgánica y opera adecuadamente. 3) Existe en el organigrama, opera adecuadamente, pero en la realidad presenta modificaciones no fundamentales. 2) Existe, pero no opera en la realidad. 1) No existe.	4	0,10	0,4
Manual de Funciones	4) Existe, todo el personal lo conoce y las funciones que se cumplen son las detalladas en el mismo. 3) Existe, todo el personal lo conoce y la mayoría de las funciones se cumplen. 2) Existe, pero algunos funcionarios no lo conocen y las funciones se cumplen sólo parcialmente. 1) No existe el manual.	3	0,10	0,3
Manual de Procedimientos	4) Existe, todo el personal lo conoce y se aplica en la totalidad de los procedimientos. 3) Existe, todo el personal lo conoce pero en algunos procedimientos no se aplica en su totalidad. 2) Un alto número de procedimientos no se ajustan al manual. 1) No existe el manual.	3	0,10	0,3
Personal Capacitado	4) Todo el personal se encuentra formalmente capacitado. 3) El personal está capacitado formalmente entre el 90% y 99%. 2) El personal está capacitado formalmente entre el 80% y 89%. 1) La proporción del personal capacitado es inferior al 80%.	4	0,10	0,4
Equipos con tecnología apropiada	4) Existen equipos electrónicos de tecnología apropiada, con solvente para procesar la información. 3) Los equipos son de tecnología apropiada con capacidad ajustada a las necesidades de la institución. 2) Los equipos electrónicos son insuficientes y de tecnología no apropiada para las necesidades de la institución. 1) No existen equipos electrónicos.	3	0,10	0,3
Recolección Información pertinente	4) Se recoge toda la información que requiere la institución, en el manual operativo, de acuerdo con un cronograma preestablecido, y se considera de buena calidad. 3) Se recoge toda la información que requiere la institución, con un cumplimiento aceptable del cronograma y se considera de buena calidad. 2) Se recoge información parcial y de dudosa confiabilidad. 1) La información que se recoge es escasa, inoportuna, de baja calidad y no existe manual operativo.	3	0,10	0,3
Procesamiento información	4) El procesamiento se cumple electrónicamente, de acuerdo con un manual operativo, en tiempo oportuno, con programas bien definidos y produce las formas estadísticas que permiten un adecuado análisis. 3) Se cumplen las condiciones anteriores, pero esporádicamente se producen desfases en el cronograma preestablecido para ésta activ. 2) El procedimiento es electrónico, pero su oportunidad, pertinencia y calidad son deficientes. 1) No existe procesamiento electrónico o manual operativo.	3	0,10	0,3
Análisis Información	4) El análisis es oportuno y se ajusta a las técnicas estadísticas pertinentes. 3) El análisis se ajusta a las técnicas estadísticas pertinentes, pero esporádicamente se sale del cronograma establecido. 2) El análisis es totalmente inoportuno y muestra deficiencias en las técnicas estadísticas. 1) No se realiza el análisis de la información.	3	0,10	0,3
Publicación Información	4) Se cuenta con una publicación formal y periódica. 3) No se cumple el criterio anterior, pero los resultados son publicados en forma oportuna por los medios disponibles en el servicio. 2) Esporádicamente se procede a la publicación de los resultados. 1) No se publican los resultados.	4	0,10	0,4
Utilización de Información	4) La información es recibida oportunamente por los niveles directivos y es utilizada para la toma de decisiones. 3) En una alta proporción la información se recibe oportunamente y sustenta la toma de decisiones en la entidad. 2) La información no es recibida oportunamente y no sustenta la toma de decisiones. 1) La información no llega a los niveles directivos y, por tanto, no puede ser utilizada para la toma de decisiones.	4	0,10	0,4
<b>Total</b>			<b>1,00</b>	<b>3,40</b>

En la tabla se muestra una calificación de 3,4 (buena) para la plantilla de evaluación de los sistemas de información, lo que se explica a través de la existencia de una estructura orgánica informática que opera adecuadamente y a su vez facilita la toma de decisiones, a través de la publicación y utilización oportuna y periódica de la información. También, es importante destacar, que todo el personal que trabaja en esta área, se encuentra formalmente capacitado, lo cual se ve reflejado en la agilidad de los procesos informáticos.

En cuanto a los manuales de funciones y procedimientos, existen, pero no todo el personal hace uso de ellos. Asimismo, los equipos con los que cuenta el HCHM, si bien es cierto cuentan con tecnología apropiada, solo cumplen con las funciones básicas, pero no son los más adecuados para mejorar los procesos de recolección, procesamiento y análisis de la información, lo cual se refleja en la calificación obtenida por estos indicadores, la cual es de 3 (buena), obstaculizando, la obtención de una calificación óptima de 4.

### Evaluación Global de la Oferta

**Tabla 4.17: Resultados de la plantilla de integración de las Sub-áreas de evaluación de la oferta.**

<b>Indicador</b>	<b>Calificación</b>	<b>Ponderación</b>	<b>Calificación Ponderada</b>
<b>1. Estructura Orgánica</b>	<b>3,80</b>	<b>0,05</b>	<b>0,19</b>
<b>2. Estructura Funcional</b>	<b>3,50</b>	<b>0,10</b>	<b>0,35</b>
<b>3. Recursos Humanos</b>	<b>1,90</b>	<b>0,25</b>	<b>0,48</b>
<b>4. Recursos Físicos</b>	<b>3,15</b>	<b>0,25</b>	<b>0,79</b>
<b>5. Recursos Económicos</b>	<b>2,40</b>	<b>0,25</b>	<b>0,60</b>
<b>6. Sistema de Información</b>	<b>3,40</b>	<b>0,10</b>	<b>0,34</b>
<b>Calificación ponderada de la oferta</b>		<b>1,00</b>	<b>2,20</b>

Como se puede apreciar en la evaluación global de la oferta, la calificación ponderada corresponde a 2.2 (regular), lo que se explica por la baja calificación de los recursos humanos y recursos económicos, siendo los indicadores de estas subáreas de evaluación los que presentan mayores debilidades.

Las fortalezas se concentran principalmente en los indicadores de la estructura orgánica, funcional, recursos físicos y sistemas de información.

#### **4.4. PLANTILLA DE EVALUACIÓN: “PROCESO”**

El análisis de esta área de evaluación se sustenta en la información proporcionada por la institución. Sin embargo, para determinar los tiempos de espera, la información necesaria se obtiene de la encuesta de satisfacción usuaria realizada más adelante en el área de evaluación Impacto. Evalúa los siguientes indicadores:

- ❖ **Flujogramas.** Éstos corresponden a la esquematización de los distintos pasos que deben cumplir los usuarios para obtener los servicios médicos de la institución. El objetivo de un flujograma es orientar en cada uno de los pasos de un determinado proceso a los usuarios y a los prestadores de servicios. Para efectos de conocer la existencia y cumplimiento de éstos en el HCHM, se entrevistó a los responsables de los principales centros de responsabilidad; CAE, Hospitalización, Unidad de Emergencia y Servicios de Apoyo y Diagnóstico (Laboratorio y Radiología.).

En base a esto, se logró determinar que sólo la oficina de Hospitalización posee flujograma de ingreso de pacientes. En cuanto a los centros de responsabilidad restantes sólo ponen de manifiesto la existencia del proceso, pero no lo tienen de forma esquematizada. (Para ver de forma detallada el flujograma de hospitalización, ver anexo N° 6, Pág. 167).

La evaluación de este indicador como se mencionó anteriormente se basó en determinar la existencia y el cumplimiento de los pasos del flujograma, por lo tanto, los resultados obtenidos se anotan en la plantilla de evaluación correspondiente, aplicando los criterios de calificación de la misma.

- ❖ **Tiempos de Espera.** Éstos corresponden al tiempo transcurrido desde la llegada hasta la salida del paciente en la institución. En la práctica se determina para los centro de responsabilidad de consulta medicina especializada, unidad de

emergencia y hospitalización, destacando que sólo se analizó el tiempo de espera de mayor relevancia para el usuario en términos de tiempo realmente esperado, antes de recibir la atención médica, es decir en la “sala de espera”.

Su análisis se asentó en el cálculo de una muestra representativa de usuarios, la cual corresponde a utilizada para el estudio de satisfacción de usuarios, descrita más adelante en la plantilla de evaluación del impacto.

**Tabla 4.18. Tiempo Promedio de espera**

Centro de Responsabilidad	Tiempo Promedio de Espera en minutos
CAE	45
Hospitalización	107
Unidad de Emergencia	67
Promedio Tiempo Espera	73

**Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida de la encuesta de satisfacción usuaria.**

El promedio de tiempo de espera es de 73 minutos, resultado que se lleva a la plantilla de evaluación de los procesos, aplicando los criterios de calificación expuestos en la misma.

- ❖ **Sistema de referencia de pacientes.** Se refiere al procedimiento administrativo que permite el tránsito ordenado de los pacientes por los distintos niveles de atención<sup>37</sup>, de acuerdo con la naturaleza y severidad de la patología.

El sistema de referencia de pacientes incluye como procedimientos administrativos para la remisión: el formulario resumen de la historia clínica,

<sup>37</sup> Los niveles de atención se clasifican en: Atención de Nivel 1 ejemplificada por la atención que el médico general brinda a las diferentes patologías que acuden al servicio y que es capaz de satisfacer; Nivel 2 se caracteriza por la atención brindada directamente por el médico internista; Nivel 3 atención recibida por los diferentes supraespecialistas, como cardiólogos, cirujanos, etc.; Nivel 4 corresponde al más alto nivel de sofisticación de la medicina interna.

consecución de la cita, procedencia<sup>38</sup> de la atención y las indicaciones para el manejo posterior del paciente en el centro de origen de remisión. Para dar inicio al estudio se procedió a solicitar la autorización respectiva en la Sección de Archivo de Historias Clínicas de la institución.

La evaluación se llevó a cabo en una muestra representativa de historias clínicas de pacientes que fueron remitidos a la consulta especializada (CAE), a la unidad de emergencia u Hospitalización. Para el cálculo de la muestra se utilizó la misma fórmula detallada en el punto 3.2.3 del capítulo tercero.

Cabe señalar que para efectos del cálculo de la muestra no se utilizó el universo de Historias Clínicas (355.543), puesto que es demasiado amplio, por tal razón sólo se revisó el total de Historias Clínicas creadas durante el año 2008. El período de evaluación es de enero a noviembre del mismo año.

El cálculo se realizó en base a los siguientes datos:

**N = 21. 983** (Historias Clínicas creadas durante el año 2008).

**Z = 1.96** (95% Nivel de Confianza).

**e = 10%**, error muestral.

**p = 0.5**, proporción de las HHCC que poseen la característica del estudio.

**q = 0.5**, proporción de las HHCC que no poseen esa característica (1 – p).

$$n = \frac{21983 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.1^2 \times (21983 - 1)) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 96$$

---

<sup>38</sup> La procedencia hace referencia al lugar de origen en dónde se generó la consulta médica, por lo que para su análisis se denomina derivación de la consulta.

Para determinar la evaluación, se realizó una revisión en la muestra de las historias clínicas de los pacientes, con el fin de verificar si éstas cumplen con los tópicos descritos posteriormente en la tabla 4.19.

El porcentaje de cumplimiento del sistema de referencia se presenta en la siguiente tabla resumen.

**Tabla 4.19 Porcentaje de cumplimiento del sistema de referencia.**

**Registro de Historias Completas**

Total Historia Clínica	Formulario Resumen de la Historia Clínica	Consecución de la cita	Derivación del Paciente	Indicaciones para el manejo posterior del paciente	Porcentaje de Cumplimiento
96	0%	100%	90%	98%	72%

**Fuente: Elaboración propia a partir de la información recabada en la sección archivo de historias clínicas.**

Según el registro de Historias Completas, se obtiene que de un total de 96 HHCC, ninguna posee el formulario resumen de la historia clínica (0%), 96 (100%) cumplen con el tópico de la consecución de la cita, 86 (90%) satisfacen el tercer tópico que corresponde a la derivación del paciente y 94 (98%) cumplen con las indicaciones para el manejo posterior del paciente. A la plantilla de evaluación, se lleva el promedio obtenido de los porcentajes de cada uno de los tópicos que corresponden a este indicador.

- ❖ **Diligenciamiento de la historia clínica.** Como es posible apreciar las Historias Clínicas constituyen uno de los instrumentos más significativos al momento de evaluar la calidad de la atención, ya que a través de ella se logra verificar si el profesional médico cumple con los protocolos de manejo clínico terapéutico.

Del mismo modo, que el indicador anterior el análisis se llevo a cabo en la Sección de Archivo de Historias Clínicas, utilizando la misma muestra, es decir, 96 HHCC y el mismo período de evaluación.

El estudio se realizó en base a las siguientes temáticas: identificación, motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, exámenes clínicos, exámenes de imagenología, diagnóstico y tratamiento.

Al igual que la tabla resumen anterior, se confeccionó una para la evaluación del diligenciamiento de las historias clínicas, con el propósito de que en cada temática se anotará si el registro se encontraba completo. Para llevar a cabo la evaluación se efectuó una revisión de las historias de pacientes a fin de verificar que las HHCC cumpla con las temáticas indicadas anteriormente.

El cumplimiento en términos de porcentaje se muestra en la siguiente tabla.

**Tabla 4.20 Porcentaje de cumplimiento del diligenciamiento de la Historia Clínica**

**Registro de Historias Completas**

Total	Identificación	Motivo	Antecedentes	Antecedentes	Exámenes	Exámenes de	Diagnóstico	Tratamiento	Calificación
Pacientes		Consulta	Familiares	Personales	Clínicos	Imagenología			Promedio
96	100%	100%	0%	100%	60%	60%	92%	88%	75%

**Fuente: Elaboración propia a partir de la información recabada en la sección archivo de historias clínicas.**

Al observar el registro de Historias Completas, se obtiene como resultado que de un total de 96 HHCC, 96 (100%) cumplen con la identificación, motivo de consulta y antecedentes personales, ninguna cumple con el tópico de los antecedentes familiares, 58 (60%) responden a los exámenes clínicos e imagenología, 88 (92%) a diagnóstico y 84 (75%) al tratamiento.

El cumplimiento total obtenido en promedio es de un 75%, valor que se anota en la plantilla de evaluación correspondiente, utilizando los criterios de calificación establecidos por la misma.

- ❖ **Protocolos de manejo clínico terapéutico:** Se refiere a la existencia de guías de manejo de pacientes desde el punto de vista clínico y terapéutico. Igualmente es necesario hacer la salvedad que en el HCHM existe una variedad de protocolos, así se dispone de protocolos para procedimientos médicos, de enfermería, quirúrgicos, administrativos, financieros, de capacitación y cumplimiento de tiempos de espera, protocolos que miden el grado de pertinencia (derivación adecuada del paciente a un servicio o institución puntual), entre otros.

Debido a la gran diversidad existente de protocolos en la institución, el estudio se realizó en base al Protocolo de Patologías AUGE<sup>39</sup>, en cuanto al porcentaje de cumplimiento en tiempos de espera. Por lo que la calificación consistió en verificar cuántas de las atenciones médicas e intervenciones quirúrgicas programadas se realizaron dentro del tiempo establecido por el protocolo. Cabe destacar que la evaluación se llevó a cabo mediante una muestra representativa de las Patologías GES más frecuentes, las que en resumen conforman un total de 56 patologías. El cálculo de la muestra utiliza la misma metodología descrita anteriormente. El período de evaluación se centró entre los meses de enero a diciembre de 2008.

El cálculo de la muestra se efectuó en base a los siguientes datos:

**N = 56** (total de Patologías AUGE).

**z = 1.96** (95% Nivel de Confianza).

**e = 10%**, error muestral.

**p = 0.5**, proporción de Patologías que poseen la característica del estudio.

**q = 0.5**, proporción de Patologías que no poseen esa característica (1 – p).

---

<sup>39</sup> AUGE: Acceso universal de garantías explícitas, la cual ha sido reemplaza por GES, que significa garantías explícitas de salud.

$$n = \frac{56 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.1^2 \times (56 - 1)) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

**n = 36**

En la siguiente tabla resumen se muestran los resultados obtenidos.

**Tabla 4.21 Porcentaje de cumplimiento de los tiempos de espera de las patologías AUGE.**

Total Patologías	Garantías Programadas	Garantías Cumplidas	% de Cumplimiento
<b>36</b>	<b>20.635</b>	<b>20.633</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la información recabada en la sección Auge Valoradas.

Como se puede observar en la tabla, los protocolos que establecen un tiempo de espera establecido para las garantías programadas (intervención de una patología específica), se cumplen en un 100%. (Para ver detalladamente las patologías más frecuentes, remítase al Anexo N° 7, Pág. 172).

La opción de examinar el Protocolo de Patologías Auge, fue aconsejada por la Subdirección Médica, fundamentalmente por la facilidad de acceso a la información de éstos, en comparación con otros y a la disposición del responsable de la Sección Auge Valoradas.

Es importante señalar que las garantías de cumplimiento de cada una de las patologías AUGE consiste en la determinación de los tiempos de espera (en días) e indicación de cada una de las etapas del proceso de atención del paciente, desde su derivación a la consulta especializada, los procedimientos médicos y de ayuda de diagnóstico, hasta la intervención quirúrgica según sea caso.

Con respecto a la evaluación lograda, esta se registra en la plantilla de evaluación correspondiente, utilizando los criterios de calificación de la misma.

**Tabla 4.22: Resultados de la plantilla de evaluación de Procesos.**

Indicador	Criterios de Calificación	Calificación Obtenida	Ponderación	Calificación Ponderada
<b>Flujogramas</b>				
Consulta Medicina Especializada (CAE)	4) Existe el flujograma y se aplica correctamente. 3) Existe y se aplica en la mayoría de los casos. 2) Existe pero solo se aplica en pocos casos y se aprecia desorientación en la forma como los usuarios deben transitar por los distintos servicios. 1) No existen los flujogramas.	1	0,04	0,04
Urgencias	4) Existe el flujograma y se aplica correctamente. 3) Existe y se aplica en la mayoría de los casos. 2) Existe pero solo se aplica en pocos casos y se aprecia desorientación en la forma como los usuarios deben transitar por los distintos servicios. 1) No existen los flujogramas.	1	0,02	0,02
Hospitalización	4) Existe el flujograma y se aplica correctamente. 3) Existe y se aplica en la mayoría de los casos. 2) Existe pero solo se aplica en pocos casos y se aprecia desorientación en la forma como los usuarios deben transitar por los distintos servicios. 1) No existen los flujogramas.	4	0,02	0,08
Servicios de Apoyo y Diagnóstico	4) Existe el flujograma y se aplica correctamente. 3) Existe y se aplica en la mayoría de los casos. 2) Existe pero solo se aplica en pocos casos y se aprecia desorientación en la forma como los usuarios deben transitar por los distintos servicios. 1) No existen los flujogramas.	1	0,02	0,02
<b>Tiempos de Espera</b>				
Consulta Medicina Especializada (CAE)	4) Menos de 60 minutos. 3) Entre 60 y 74 minutos. 2) Entre 75 y 89 minutos. 1) 90 y más.	4	0,04	0,16
Urgencias	4) Menos de 60 minutos. 3) Entre 60 y 74 minutos. 2) Entre 75 y 89 minutos. 1) 90 y más.	3	0,03	0,09
Hospitalización	4) Menos de 60 minutos. 3) Entre 60 y 74 minutos. 2) Entre 75 y 89 minutos. 1) 90 y más.	1	0,03	0,03
<b>Sistema de referencia de pacientes</b>				
Consulta Medicina Especialista y Urgencias	4) Existe y se aplica en todos los casos. 3) Existe y se aplica entre el 70% y 99% de los casos. 2) Existe pero solo se aplica en una proporción inferior al 70%. 1) No existe.	3	0,10	0,3
<b>Diligenciamiento de la historia clínica.</b>				
Consulta Especializada, Urgencias y Hospitalización	4) Historias clínicas completas. 3) Entre 80% y 99%. 2) Entre 60% y 79%. 1) Menos de 60%.	2	0,30	0,6
<b>Cumplimiento de Protocolos</b>				
CAE, Emergencia y Hospitalización	4) Todas ajustadas al protocolo. 3) Entre 90% y 99%. 2) Entre 80% y 89%. 1) Menos de 80%.	4	0,40	1,6
<b>Total</b>			<b>1,00</b>	<b>2,94</b>

El área de evaluación Procesos, muestra una calificación global de 2.9 (regular), situación que se debe fundamentalmente a la inexistencia de flujogramas esquematizados en los servicios de urgencias (unidad de emergencia), en el CAE y en los servicios de apoyo y diagnóstico, lo que provoca un tránsito desordenado de los pacientes en las dependencias de la institución. En cuanto a los tiempos de espera en hospitalización, también fueron calificados con la nota mínima de 1 (mala), explicado esencialmente por la gran cantidad de trámites previos a realizar antes de la internación.

El diligenciamiento de las historias clínicas, obtuvo una calificación regular (2), ya que no cumple en su totalidad con los tópicos establecidos, lo cual provoca que exista un desorden al momento de conocer el historial médico del paciente.

Los indicadores que obtuvieron una calificación de 3 (buena), corresponde a los tiempos de espera en urgencia, donde los pacientes se muestran satisfechos y aluden que en el último tiempo se han minimizado los tiempos de espera; el sistema de referencia de pacientes, también cae en esta calificación, ya que cumple con la gran mayoría de los tópicos correspondientes para la evaluación.

Los indicadores que muestran mayores fortalezas en el área de procesos, recae en los tiempos de espera en consulta especializada y en el cumplimiento de protocolos.

#### 4.5. PLANTILLA DE EVALUACIÓN: “RESULTADOS”

Los resultados, corresponden básicamente a la producción del hospital. La sección de estadísticas es quien proporciona la información necesaria para el cálculo de los indicadores que incluye esta área, los cuales son:

**Concentración.** Este indicador se define como el número de veces que se presta un servicio sobre un mismo usuario. (Información detallada, ver anexo N° 8, Pág. 173).

##### ❖ Consultas Medicina especializada

$$\text{Consultas Medicina especializada} = \frac{\text{N}^\circ \text{ consultas medicina especializada}}{\text{Total personas atendidas por primera vez}}$$

$$\text{Consultas Medicina especializada} = \frac{149.295}{89.851}$$

$$\text{Consultas Medicina especializada} = \mathbf{1,66}$$

**Interpretación:** un usuario en promedio acude al hospital 1,66 veces por la misma consulta.

**Oportunidad.** Este indicador hace referencia a la asignación de citas en consulta de medicina especializada, donde se pretende determinar el tiempo promedio de espera que se demoran los usuarios en conseguir una cita médica.

Para esto, se calcula un promedio ponderado de espera de las citas (días), utilizando la tabla presentada a continuación. Para tal efecto, se multiplica el punto medio de cada intervalo por el número de consultas en el respectivo intervalo, y la suma de los productos se divide por el total de las consultas (1249/35). Posteriormente, este resultado se lleva a la plantilla de evaluación correspondiente.

**Tabla 4.23. Tiempos de espera en la asignación de horas médicas consulta especializada.**

Tiempos de espera (horas)	Nº de Consultas	Punto medio de intervalo	Resultado
3 a 7 días	8	5	40
7 a 13	9	10	90
14 a 20	6	17	102
21 a 27	3	24	72
28 a 34	5	31	155
35 a 360	4	197,5	790
<b>Totales</b>	<b>35</b>	<b>284,5</b>	<b>1249</b>
	<b>Promedio ponderado días</b>		<b>36</b>

**Fuente:** Elaboración propia en base a la información obtenida de las encuestas de satisfacción usuaria.

**Utilización.** Permite conocer el porcentaje de recurso disponible que es realmente utilizado en la institución. Se compara la producción observada (obtenida de las estadísticas de la institución) con la producción esperada, la cual se determina para cada uno de los ítems que a continuación se señalan:

- ❖ **Consultorio Medicina Especializada.** Este indicador evalúa en la producción esperada las metas del hospital en cuanto al número de consultas que se

deberían realizar en el consultorio de medicina especializa. En la producción observada, se determina el número de consultas efectivamente realizadas durante un periodo determinado, el cual será de enero a noviembre del 2008. (Para información detallada remítase al Anexo N° 9, Pág. 175). En conclusión, es el porcentaje de cumplimiento de la institución.

Utilización consultorio medicina especializa =

$$\frac{\text{Producción observada}}{\text{Producción esperada}} \times 100 = \frac{149.295}{149.000} \times 100$$

Utilización consultorio medicina especializa = **100,2%**

**Interpretación:** las metas establecidas por la institución sobre la utilización de los consultorios de medicina especializada corresponde a un 100,2%.

- ❖ **Camas.** Para el cálculo de este indicador, se deben determinar las estancias disponibles para la ocupación (producción esperada) mediante la fórmula descrita a continuación, donde el N° de camas disponibles es de 506, y el índice ocupacional es de 85,1%. La producción observada corresponde a los días camas ocupadas, los cuales son 154.955<sup>40</sup>.

$$\text{Estancias disponibles para ocupación} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de camas} \times 365 \times \text{índice de ocupación}}{100}$$

$$\text{Estancias disponibles para ocupación} = \frac{506 \times 365 \times 85,1}{100} = 157.171$$

$$\text{Utilización de camas} = \frac{\text{Producción observada}}{\text{Producción esperada}} \times 100 = \frac{154.955}{157.171} \times 100$$

---

<sup>40</sup> Fuente: Deis, Minsal.

Utilización de camas = **99%**

**Interpretación:** la utilización de las camas en el HCHM corresponde a un 99%.

- ❖ **Salas de parto.** El cálculo se basa en un promedio de utilización de la sala de 3 horas por parto, y el tiempo de utilización de la sala por día que es de 24 horas. El número de partos anuales corresponde a 2.171<sup>41</sup> (producción observada). La producción esperada se determina de la siguiente manera:

Producción esperada = N° de salasde parto x 8 partos diariosx 365 días

Producción esperada = 1 x 8 partos diariosx 365 días

Producción esperada = 2.920

$$\text{Utilización salas de parto} = \frac{\text{Producción observada}}{\text{Producción esperada}} \times 100 = \frac{2.171}{2.920} \times 100$$

Utilización salas de parto = **74%**, cabe destacar en este indicador, que para el cálculo de la producción esperada se considera 1 sala de parto y para que el resultado de la utilización de las salas de parto sea completa debería existir menos de 1 sala de parto, lo cual no es lógico. Por lo tanto, para efectos de la evaluación, ésta será calificada con la nota óptima de 4.

- ❖ **Quirófanos.** Para determinar el porcentaje de utilización de los quirófanos, se debe considerar las cirugías programadas, el promedio de utilización del quirófano (2,5 horas por cirugía) y las horas disponibles diarias de los quirófanos (8 horas diarias), por lo tanto en un día se pueden realizar en promedio 3,2 (8/2.5) cirugías por pabellón.

La producción observada, es de 5.575, la cual fue determinada en el ítem de disponibilidad de quirófanos, en la plantilla de recursos físicos (Información

detallada, Pág. 80). La producción esperada, se determina de la siguiente manera:

Producción esperada =

Nº de quirófanos x 3,2 cirugías diarias por quirófano x 252 días hábiles.

Producción esperada = 7 x 3,2 x 252

Producción esperada = 5.645

$$\text{Utilización de quirófanos} = \frac{\text{Producción observada}}{\text{Producción esperada}} \times 100 = \frac{5.575}{5.645} \times 100$$

Utilización de quirófanos = **99%**

**Interpretación:** la utilización de los quirófanos disponibles corresponde a un 99%.

**Gastos de Atención.** Hace referencia a los costos de las actividades intermedias<sup>42</sup> (radiología y laboratorio) y finales<sup>43</sup> (CAE, Cirugía adulto y gineco-obstetra). Para la evaluación de las actividades intermedias, se determina el costo de éstas y se compara con sus respectivas tarifas. En el caso de las actividades finales, se comparan los costos totales con los ingresos percibidos por cada centro de responsabilidad.

Cada uno de las actividades intermedias y finales se calcula por separado.

---

<sup>41</sup> Información proporcionada por el Jefe del Depto. de estadísticas del HCHM.

<sup>42</sup> Departamentos de atención intermedia: prestan ayuda técnica especializada a los departamentos de atención final.

<sup>43</sup> Departamento de atención final: prestación directa de acciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud del paciente, la familia y la comunidad.

Para el cálculo de las actividades intermedias, se consideran los 10 exámenes de laboratorio y radiología mas frecuentes, y se divide la tarifa con el costo de cada uno de ellos. Posteriormente, de acuerdo al resultado obtenido de la división tarifa/costo de cada uno de los exámenes estudiados, se obtiene un porcentaje que se califica de la siguiente manera: menos de 100%: 1; de 100% a 109%: 2; de 110% a 119%: 3; de 120% y más: 4.

La calificación final de los resultados es la que se lleva a la tabla 4.24, que corresponde al promedio ponderado de cada una de las actividades del estudio.

Se procede de forma similar en las actividades finales, se dividen los ingresos percibidos por los costos totales en cada uno los centros de responsabilidad, aplicando la misma calificación señalada anteriormente y ésta se lleva a la tabla 4.24.

Finalmente, en la tabla 4.24, luego de haber registrado las calificaciones de cada una de las actividades estudiadas en la segunda columna, los costos correspondientes en la tercera columna y en la cuarta, la calificación por el costo, se obtiene promedio ponderado final el cual es que se registra en la plantilla de evaluación, resultado del cociente de la sumatoria de la calificación por costo (1.364.753.743) dividido por la sumatoria total de costo (818.556.734).

**Tabla Nº 4.24 Promedio ponderado de cada una de las actividades del estudio.**

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>Calificación</b>	<b>Costo</b>	<b>Calif x Costo</b>
RADIOLOGIA	1	255.159	255.159
LABORATORIO	4	2.598	10.392
CAE	1	425.224.205	425.224.206
CIRUGIA ADULTO	1	211.019.700	211.019.700
GINECO-OBSTETRA	4	182.059.161	728.236.645
Totales		818.560.824	1.364.746.103
<b>Promedio Ponderado</b>			<b>2</b>

**Fuente:** elaboración propia en base a información proporcionada por laboratorio e imágenes y cuadros de mando integral de la institución.

**Actividades con resultados normales y anormales:**

- ❖ **Laboratorio y Rayos X.** Los resultados de los exámenes de laboratorio y de rayos x se pueden evaluar desde el punto de vista de resultados normales y anormales de acuerdo al valor de referencia establecido en ellos. La gran mayoría de los exámenes que son acopiados en los laboratorios, corresponden a órdenes médicas emitidas por el profesional médico para comprobar o descartar alguna patología específica. La calificación de este indicador se realiza en base al porcentaje de exámenes que fueron pertinentes de acuerdo a la patología. Según la información proporcionada por el Jefe del Centro de Responsabilidad de Laboratorio, el Sr. Carlos Jara, el **90%** de los exámenes solicitados, son pertinentes.

**Productividad:** Este indicador evalúa el rendimiento de la hora médica en la consulta de medicina especializada.

$$\text{Consultas por hora} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de consultas en el periodo}^*}{\text{N}^{\circ} \text{ Horas médicas de consultas en el periodo}^{**}}$$

$$\text{Consultas por hora} = \frac{149.295}{73.252}$$

$$\text{Consultas por hora} = 2,03$$

**Interpretación:** el rendimiento de la hora médica en el CAE, corresponde a 2 consultas por hora.

\* Detalle del número de consultas en el periodo, remitirse a anexo N° 9, Pág. 175.

\*\* N° Horas médicas de consultas en el periodo: antecedente proporcionado por la Enfermera Supervisora del CAE, Sra. Aurora Hermosilla.

**Aprovechamiento de la cama hospitalaria:** se evalúa

- ❖ **Porcentaje Ocupacional.** Permite conocer el grado de utilización del recurso cama disponible en el hospital, se calcula mediante la siguiente fórmula: (Enero a Julio 2008)

$$\text{Porcentaje Ocupacional} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ días Paciente}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de camas disponible}} \times 100$$

$$\text{Porcentaje Ocupacional} = \frac{89.618}{105.292} \times 100$$

$$\text{Porcentaje Ocupacional} = 85,1\%$$

- ❖ **Promedio Días Estada.** Es el número de días que en promedio, han permanecido hospitalizados los pacientes egresados, el promedio se obtiene dividiendo el número de días de estada (días de hospitalización) de los egresados durante un periodo determinado, por el número total de egresos (altas y defunciones) durante el mismo período. (Enero a Julio 2008)

$$\text{Promedio días estada} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ total de días de estada de los egresados}}{\text{Total de Egresos}}$$

$$\text{Promedio días estada} = \frac{88.011}{14.114}$$

$$\text{Promedio días estada} = 6,24$$

- ❖ **Giro Cama.** Se denomina también coeficiente de renovación o índice de rotación de camas e indica el número de pacientes egresados por cada cama, durante el período de investigación. (Año 2007).

$$\text{Giro Cama} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de Egresos}}{\text{N}^{\circ} \text{ de Camas Disponible}}$$

$$\text{Giro Cama} = \frac{23.324}{501}$$

$$\text{Giro cama} = 46.55$$

**Tabla 4.25: Resultados de la plantilla de evaluación de Resultados.**

Indicador	Criterios de Calificación	Calificación Obtenida	Ponderación	Calificación Ponderada
<b>Concentración</b>				
Consulta medicina especializada	4) Menos de 1,5 3) Entre 1,5 y 1,9 2) Entre 2 y 2,4 1) 2,5 y más	3	0,10	0,3
<b>Oportunidad</b>				
Consulta medicina especializada	4) Menos de 7 días 3) Entre 7 y 13 días 2) Entre 14 y 20 días 1) 21 y más días	1	0,10	0,1
<b>Utilización</b>				
Consultorio medicina especializada	4) 100% a 104% 3) Entre 95% y 99% 2) Entre 90% y 94% 1) Menos de 90%	4	0,10	0,4
Camas	4) 100% a 104% 3) Entre 95% y 99% 2) Entre 90% y 94% 1) Menos de 90%	3	0,10	0,3
Salas de Parto	4) 100% a 104% 3) Entre 95% y 99% 2) Entre 90% y 94% 1) Menos de 90%	4	0,10	0,4
Quirófanos	4) 100% a 104% 3) Entre 95% y 99% 2) Entre 90% y 94% 1) Menos de 90%	3	0,10	0,3
Gastos de Atención	Promedio Ponderado de las actividades en estudio	2	0,05	0,1
<b>Actividades con resultados normales y anormales</b>				
Laboratorio	4) 100% a 104% 3) Entre 95% y 99% 2) Entre 90% y 94% 1) Menos de 90%	2	0,05	0,1
Rayos X	4) 100% a 104% 3) Entre 95% y 99% 2) Entre 90% y 94% 1) Menos de 90%	2	0,05	0,1
<b>Productividad</b>				
Consultorio medicina especialista	4) Entre 3 y 3,5 3) Entre 2,5 y 2,99 2) Entre 2 y 2,49 1) Menos de 2 ó más de 3,5	2	0,10	0,2
<b>Aprov. Cama hospitalaria</b>				
Porcentaje ocupacional	4) Entre 85% y 90% 3) Entre 80% y 84% 2) Entre 70% y 79% ó 91% y 100% 1) Menos de 70% y más de 100%	4	0,05	0,2
Promedio día estancia	4) Menos de 5 3) Entre 5 y 5,9 2) Entre 6 y 6,9 1) 7 y más	2	0,05	0,1
Giro cama (Índice de Rotación)	4) 50 y más 3) Entre 40 y 49 2) Entre 30 y 39 1) Menos de 30	3	0,05	0,15
<b>Total</b>			<b>1,00</b>	<b>2,75</b>

La calificación ponderada del área de evaluación de Resultados corresponde a regular (2,65), explicada fundamentalmente por la calificación mínima obtenida por el indicador de oportunidad de consulta de medicina especializada, donde el tiempo para la asignación de citas supera considerablemente lo permitido, lo que se traduce en una atención de mala calidad, ya que para los usuarios, es de vital importancia conseguir las citas en el menor tiempo posible.

Los indicadores que fueron calificados con nota 2 (regular) corresponden a los gastos de atención, donde los costos son relativamente elevados al compararlos con los ingresos; también las actividades con resultados normales y anormales, obtuvieron esta calificación, ya que un pequeño porcentaje de éstos no son realizados pertinentemente; en cuanto a la productividad de la hora médica no es eficiente, ya que por hora se atiende a muy pocos pacientes, o bien, se dedica mucho tiempo a la atención de algunos pacientes; el promedio días estada, es mayor al establecido, por lo que también obtuvo esta calificación.

Los indicadores que se muestran con una calificación buena de 3, son la utilización de las camas totales del hospital y los quirófanos, los cuales permanentemente se encuentran ocupados, lo que permite aumentar la productividad. Es importante destacar, que también existe una alta rotación de camas, lo cual demuestra que se ha atendido a una mayor cantidad de usuarios.

Las fortalezas de este indicador, se manifiestan en la utilización de las salas de parto y los consultorios de medicina especializada. El porcentaje ocupacional, es el óptimo, debido a que siempre se está internando a pacientes derivados de otros establecimientos, aquellos que tienen alguna cirugía programada o bien que ingresen por medio de alguna emergencia.

#### 4.6. PLANTILLA DE EVALUACIÓN: “IMPACTO”

El último componente del modelo, es el Impacto. Para determinar los indicadores de ésta área, se analizó la información proporcionada por el departamento de estadísticas del hospital (Véase información detallada anexo N° 10, Pág. 176). Para medir la satisfacción de los clientes externos e internos, fue necesario realizar encuestas a través de muestras representativas.

- ❖ **Mortalidad bruta.** Es la relación entre el número total de defunciones (independientemente de los días de estada) ocurridas en el establecimiento hospitalario en un período determinado y el número de egresos (altas y defunciones) en dicho período. Se calcula con la siguiente fórmula:

Periodo de evaluación: Enero a Julio 2008.

$$\text{Mortalidad bruta} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de fallecidos en un periodo}}{\text{N}^{\circ} \text{ de egresos en el mismo periodo}} \times 100$$

$$\text{Mortalidad bruta} = \frac{458}{14.114} \times 100$$

$$\text{Mortalidad bruta} = \mathbf{3,2\%}$$

**Interpretación:** por cada 100 pacientes egresados, el número de defunciones ocurridas corresponde a 3,2.

- ❖ **Mortalidad materna.** La Organización Mundial de la Salud define la mortalidad materna como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales”.

$$\text{Mortalidad materna} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de defunciones por complicaciones del embarazo, parto y puerperio}}{\text{N}^\circ \text{ de nacidos vivos}} \times 1000$$

$$\text{Mortalidad materna} = \frac{1}{2.119} \times 1000$$

$$\text{Mortalidad materna} = 0.47$$

**Interpretación:** por cada 1000 nacidos vivos, el número de defunciones maternas ocurridas corresponde a 0,47.

❖ **Mortalidad bruta en pediatría**

$$\text{Mortalidad bruta en pediatría} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de fallecidos en pediatría}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos en pediatría en el mismo periodo}} \times 100$$

$$\text{Mortalidad bruta en pediatría} = \frac{0}{999} \times 100$$

$$\text{Mortalidad bruta en pediatría} = \mathbf{0}$$

**Interpretación:** por cada 100 pacientes egresados en pediatría, no hubo defunciones durante el periodo de evaluación.

- ❖ **Satisfacción de los usuarios.** Se mide a través de un estudio específico, que se realiza en una muestra representativa de los servicios ambulatorios y hospitalarios. (Ver encuesta, ver anexo N° 11, Pág. 177).

Para el cálculo de la muestra de cada uno de los centros de responsabilidad, se utilizaron los siguientes antecedentes.

**CAE:**

**N =87.405** (Demanda de pacientes)

**Z= 1.96** (95% Nivel de Confianza).

**e= 10%**, error muestral

**p= 0.5**, proporción de usuarios que se poseen la característica del estudio.

**q= 0.5**, proporción de usuarios que no poseen esa característica (1 – p).

$$n = \frac{87405 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.1^2 \times (87405 - 1)) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 96$$

**Hospitalización:**

Al igual que en CAE, se utilizaron los mismos antecedentes, pero difiere la demanda, puesto que se trata de hospitalizados, siendo de 85727 (N).

$$n = \frac{85727 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.1^2 \times (85727 - 1)) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 96$$

**Unidad de Emergencia:**

Continuando con la metodología anterior, la demanda de urgencias corresponde a 68029 (N).

$$n = \frac{68029 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.1^2 \times (68029 - 1)) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 96$$

El formato de la encuesta es de fácil aplicación y le ocupará al funcionario alrededor de 5 minutos contestarla. Los datos son presentados en formatos accesibles, tanto desde el punto de vista visual como narrativo.

En base a la encuesta, se solicita la calificación del usuario sobre la atención brindada en cada uno de los pasos del proceso de atención. Para hospitalización y la unidad de emergencia, las preguntas se orientan a la atención brindada por el médico, el personal de enfermería, el personal auxiliar, la dotación de los cuartos, ropería y alimentación.

En cuánto a las preguntas de la encuesta, se debe solicitar la calificación de la satisfacción, en términos de excelente, buena, regular o mala en relación a los aspectos que se mencionan posteriormente en la tabla resumen.

Para la aplicación de la encuesta, se consideró la demanda global de usuarios, y a partir de ésta se le asignó una representación proporcional de acuerdo a la totalidad de la demanda efectivamente atendida en el CAE, Unidad de Emergencia y Hospitalización.

Cabe señalar que del total de la muestra se logró obtener 83 encuestas completas. Por lo que para efectos de la calificación del indicador correspondiente sólo se considerarán éstas.

En la siguiente tabla resumen se presentan los resultados de la aplicación de la encuesta de satisfacción de usuarios en el CAE, Unidad de Emergencia y Hospitalizados.

**Tabla 4.26 Resultados de la aplicación de la encuesta satisfacción usuarios.**

N°	PREGUNTAS	N° de Respuestas				Total Resp./preg.
		Excelente	Buena	Regular	Mala	
1	Atención recibida en la asignación de citas	0	46	21	8	75
2	Atención en portería	0	29	7	0	36
3	Atención en recepción	0	24	14	0	38
4	Comodidades en la sala de espera	0	34	26	1	61
5	Atención auxilliar de enfermería	3	65	1	0	69
6	Atención médico	12	44	12	4	72
7	Atención laboratorio	0	31	4	0	35
8	Atención imágenes	3	18	9	1	31
Total respuestas		18	291	94	14	417
Porcentaje		4%	70%	23%	3%	
Suma repuestas excelentes y buenas		74%				

Como se observa en la tabla, de la suma de las respuestas excelentes y buenas se obtuvo como resultado un 74%, el cual se lleva para su calificación a la plantilla de evaluación. Mientras que de las preguntas contestadas como regular o mala es posible apreciar que la suma de ambas corresponde al 26% del total. Obteniendo los siguientes resultados:

- De la pregunta N°1, se obtuvo que el trato era inapropiado y los tiempos de espera eran demasiados extensos.
- En base a la pregunta N°2, se logró determinar que no hay guardia de seguridad en la entrada.
- La pregunta N°3, hace mención a la no existencia del personal en su correspondiente lugar de trabajo, demasiada distracción por parte de los funcionarios de turnos, lo que genera descuidos en la atención del paciente, el trato no es acorde al servicio.

- Considerando la pregunta N° 4, se logró obtener que las comodidades son pocas, puesto que los baños generalmente se encuentran en mal estado y sucios, mientras que por su parte los bancos son poco cómodos.
  - La pregunta N° 5, hace referencia a un trato poco cordial por parte del personal de auxiliares de enfermería.
  - Con respecto a la pregunta N° 6, se obtuvo que la atención brindada por el médico es demasiado rápida, además no explica con claridad las causas o el tratamiento de la enfermedad a consultar.
  - Las pregunta N° 7 y N° 8, hacen mención a la repetición de exámenes de laboratorio y radiológicos.
- ❖ **Satisfacción de los proveedores de los servicios de salud.** Del mismo modo que el indicador anterior el estudio se realizó en base a una muestra representativa, pero esta vez de los funcionarios de la institución, dando una representación proporcional a los distintos servicios. (Ver detalle de distribución de funcionarios por servicio, según muestra representativa, anexo N° 12, Pág. 180).

En cuanto al formato de la encuesta es similar al descrito por la encuesta de usuarios o clientes externos. (Ver encuesta satisfacción proveedores de Servicios, anexo N° 13, Pág. 181).

Para el cálculo de la muestra se utilizarán los siguientes datos:

**N =1492 (Total de funcionarios)**

**Z= 1.96** (95% Nivel de Confianza).

**e= 10%**, error muestral

**p= 0.5**, proporción de proveedores de salud que se poseen la característica del estudio.

**q= 0.5**, proporción de proveedores de salud que no poseen esa característica (1 – p).

$$n = \frac{1492 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.1^2 \times (1492 - 1)) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

**n = 90**

Cabe señalar, que del total de la muestra se logró obtener 83 encuestas completas. Por lo que para efectos de la calificación del indicador correspondiente sólo se considerarán éstas.

Para la calificación de la encuesta se obtiene el porcentaje de respuestas correspondiente a excelente, buena, regular y mala. A continuación se suman los porcentajes de excelente y buena. Finalmente, se califica la satisfacción de los proveedores del servicio con base en los resultados de esta última suma. Una vez resuelto esto, se lleva el resultado obtenido a la Plantilla de Evaluación del Impacto.

En la siguiente tabla se presentan los resultados de la aplicación de la encuesta de satisfacción de proveedores de salud.

**Tabla 4.27. Resultados de la aplicación de la encuesta de satisfacción proveedores de salud.**

N°	PREGUNTAS	N° Respuestas				
		Excelente	Buena	Regular	Mala	Total Resp./preg.
1	Ambiente físico donde realiza el trabajo	11	56	11	5	83
2	Disponibilidad de los elementos esenciales para realizar el trabajo	11	56	16	0	83
3	Satisfacción de las funciones que desempeña	30	50	3	0	83
4	Relaciones con los superiores	35	42	6	0	83
5	Relaciones con los compañeros	28	47	8	0	83
6	Relaciones con los subalternos	27	50	6	0	83
7	Estímulos para el desempeño del cargo	7	48	18	10	83
8	Posibilidades de progreso en la institución	4	57	18	4	83
9	Remuneración	5	42	28	6	81
	Total respuestas	158	448	114	25	745
	Porcentaje	21,2%	60,1%	15,3%	3,4%	
	Suma repuestas excelentes y buenas	81,3%				

Según la tabla, de la suma de las respuestas excelentes y buenas, se obtuvo un 81.3% de satisfacción.

Con respecto a las repuestas que fueron indicadas como regulares y malas se puede observar que la suma de ambas respuestas corresponde a un 18,7% del total. El motivo de éstas enfatiza fundamentalmente en los siguientes aspectos:

- La pregunta N°1, hace mención a la mala distribución del espacio, inadecuada distribución de los muebles, hacinamiento, tamaño reducido del ambiente físico y malas relaciones humanas.
- En base a la pregunta N°2, se obtuvo que existe dificultad para disponer de computadoras personales, debido a la presencia de mucho personal en el servicio; escasez de computadoras de uso personal, la adquisición o renovación de implementos requiere excesiva burocracia, es decir, requiere de mucho tiempo.
- En la respuesta N°3 se obtiene que el desarrollo de las funciones se hace arduo debido a la poca disponibilidad de computadoras personales y al tamaño reducido del lugar físico en donde se desempeña.
- La pregunta N°4 hace referencia a la poca comunicación directa entre Jefe de Servicio-Trabajador, además el responsable del servicio no tiene una comunicación directa con sus subordinados para tratar temas extra laborales, es decir, que la interacción entre ambos es de carácter netamente laboral.
- En cuanto a la pregunta N°5, se menciona la poca capacidad que tienen los funcionarios para trabajar en equipo, inexistencia de compañerismo, la diferencia de opiniones en muchas ocasiones genera conflictos.

- En base a la pregunta N°6, se hace mención a la falta de comunicación de jefes a subalternos.
- De la pregunta N°7, se obtuvo que existen pocos estímulos para el desempeño del cargo, existen pocos estímulos positivos, no se reconoce el esfuerzo realizado y no existen mecanismo que estimulen a los funcionarios a ser mejor.
- En cuanto, a las posibilidades de progreso dentro de la institución en la pregunta N°8 se obtuvo que no hay proceso de ascenso programado para grados, poco reconocimiento a funcionarios con estudios superiores más allá de los exigidos por ley, por lo tanto la posibilidad de progresar en otras áreas es nula, tampoco existe opción de capacitación relacionada con el área.
- La pregunta N°9, hace mención al exceso de trabajo con el mismo material y personal versus remuneración baja, no se reconocen turnos nocturnos, los sueldos son muy bajos debido al sistema nacional económico, no se mide la cantidad de trabajo remitida al trabajador en comparación con otros puestos y responsabilidad de mayor nivel, las remuneraciones no son acordes con otros recintos hospitalarios, el trabajo en el servicio es de mucho estrés, además para lograr un reajuste de salario digno se deben llevar cabo paros, que al término de éstos sobrecargan aún más el trabajo del funcionario.

**Tabla 4.28. Resultados de la plantilla de evaluación de Impacto.**

Indicador	Criterios de calificación	Calificación Obtenida	Ponderación	Calificación Ponderada
Mortalidad Bruta	4) Menos de 3 3) Entre 3 y 3,9 2) Entre 4 y 4,9 1) 5 y más	3	0,25	0,75
Mortalidad Materna	4) Menos de 3 3) Entre 3 y 3,9 2) Entre 4 y 4,9 1) 5 y más	4	0,20	0,8
Mortalidad Bruta en Pediatría	4) Menos de 2 3) Entre 2 y 2,4 2) Entre 2,5 y 2,9 1) 3 y más	4	0,25	1
Satisfacción de Usuarios	4) 90% y más 3) Entre 70% y 89% 2) Entre 40% y 69% 1) Menos de 40%	3	0,15	0,45
Satisfacción Proveedores del Servicio	4) 90% y más 3) Entre 70% y 89% 2) Entre 40% y 69% 1) Menos de 40%	3	0,15	0,45
<b>Total</b>			<b>1,00</b>	<b>3,45</b>

La calificación ponderada global corresponde a 3.45, la cual es buena, ya que todas las calificaciones de los indicadores obtuvieron calificaciones buenas (3) y óptimas (4), lo que refleja el buen resultado de esta plantilla.

Cabe mencionar, que las mayores fortalezas se encuentran en los indicadores de mortalidad materna y mortalidad bruta en pediatría, lo que demuestra que la atención brindada por parte del personal médico es de buena calidad.

Tanto los clientes externos como internos, se muestran conformes. Los primeros con respecto al trabajo que desempeñan y los segundos con la atención recibida por el hospital.

**Tabla 4.29. Evaluación Global de la Calidad de la Atención Médica del Hospital Clínico Herminda Martín.**

<b>Indicador</b>	<b>Calificación</b>	<b>Ponderación</b>	<b>Calificación Ponderada</b>
<b>Contexto</b>	<b>3,50</b>	<b>0,05</b>	<b>0,18</b>
<b>Demanda</b>	<b>2,90</b>	<b>0,05</b>	<b>0,15</b>
<b>Oferta</b>	<b>2,20</b>	<b>0,15</b>	<b>0,33</b>
<b>Procesos</b>	<b>2,94</b>	<b>0,25</b>	<b>0,74</b>
<b>Resultados</b>	<b>2,75</b>	<b>0,15</b>	<b>0,41</b>
<b>Impacto</b>	<b>3,45</b>	<b>0,35</b>	<b>1,21</b>
<b>Calificación Global de la Calidad</b>		<b>1,00</b>	<b>3,01</b>

Como se puede apreciar en la evaluación global de la Calidad de la Atención Médica del HCHM, la calificación ponderada corresponde a 3.01 (buena), lo que se explica por la baja calificación obtenida por las áreas de evaluación de la Demanda, Oferta, Procesos y Resultados

Las fortalezas se concentran principalmente en las áreas de evaluación de Contexto e Impacto.

# **CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACION**

## **1. Cumplimiento de objetivos.**

El objetivo general se cumplió en su totalidad, puesto que se logró obtener el nivel de calidad de atención médica que otorga la institución. Ocurriendo lo mismo para los objetivos específicos, lo que significa que al dar cumplimiento a cada uno de ellos, se logró alcanzar el objetivo central.

Objetivos General: Nivel de Cumplimiento 100%

Objetivos Específicos: Nivel de Cumplimiento 100%

## **2. Contrastación de la Hipótesis de Trabajo.**

Al observar los resultados de la investigación, se logró concluir que la Calidad de la Atención Médica del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán no es óptima, por lo que se acepta la Hipótesis alternativa plateada en el apartado de la Formulación General de la Investigación, letra d. Rechazando la Hipótesis Nula del mismo apartado.

### 3. Conclusiones.

✿ El Contexto en el cual se desenvuelve la prestación del servicio, obtuvo una calificación ponderada de 3.5. Éste resultado refleja un contexto adecuado, que favorece la prestación del servicio a nivel del Hospital, lo que repercute en una buena calidad. No obstante, se detecta la necesidad de mejorar la participación de la comunidad, mediante la integración en su organización interna de representantes de juntas de vecinos de los alrededores, puesto que a las reuniones sólo acuden las instituciones con las que interactúa la institución, lo que puede significar conseguir una visión distinta en cuanto a las necesidades y requerimientos de la sociedad. Por otra parte, la relación con los proveedores es buena, pero al tratarse de grandes proveedores, interfieren en el tránsito oportuno de los pedidos solicitados, ya que al tratarse de entes fundamentales para el funcionamiento de la institución, éstos no comprenden las dificultades que trae consigo ésta situación. En cuanto a la legislación vigente, lo que puede afectar en la calidad del servicio, son las limitaciones que ésta suele imponer en casos puntuales. Como por ejemplo, el gasto público destinado a salud, que se distribuye en base a un presupuesto anual.

✿ La calificación obtenida en el área de evaluación demanda es de 2.9, lo cual significa que la demanda es inadecuada, no obstante la relación entre la pertinencia y el nivel de atención institucional fue calificada con nota 4 en promedio, lo que significa que este ítem se desenvuelve en un contexto adecuado. Las mayores deficiencias, se concentran en la demanda efectivamente atendida tanto en consulta especializada (77%) como odontológica (89%), presentando una calificación de 2 y 1 respectivamente. Se denota en ésta investigación que el total de demandantes de ambas consultas, no son efectivamente atendidos.

✿ La evaluación global de la oferta, entrega una calificación de 2.2, lo cual significa que se encuentra inadecuada y afecta directamente la calidad de la atención, ya que se trata del área de evaluación de mayor relevancia para el hospital y para los usuarios, puesto que es la institución la encargada de brindar las

atenciones pertinentes, de igual forma la importancia del usuario recae, en que es éste quien recibe la atención. Las calificaciones más deficientes de las plantillas individuales de los componentes de la oferta, corresponden a recursos humanos y económicos, con calificación de 1.9 y 2.4, respectivamente.

La institución, presenta carencia de recursos humanos en la gran mayoría de sus estamentos, especialmente, carece de médicos especialistas, enfermeras, auxiliar de enfermería y otro personal, entre estos administrativos, directivos, etc. Cabe mencionar, que los médicos hospitalarios y los bacteriólogos, satisfacen la demanda de usuarios, aunque solamente los últimos, la satisfacen completamente.

En lo que respecta a los recursos económicos, la gran mayoría de éstos, se califican inadecuadamente, especialmente por los resultados negativos de su ejercicio (balance general), lo cual se manifiesta en la obtención de la rentabilidad, tanto del patrimonio, como del activo total. También, los indicadores de liquidez, obtienen una calificación mala, debido a que su activo circulante es menor que el pasivo circulante, por lo tanto no alcanza a cubrir las obligaciones de corto plazo, además no cuenta con dinero disponible para las operaciones de la institución. Aún así, el indicador de endeudamiento y de solvencia total, demuestra que cuenta con recursos para responder por sus obligaciones. Los indicadores de actividad, o rotaciones de patrimonio, activo total y de cartera, fueron calificadas con 4, es decir buena, ya que demuestra la efectividad con la cual retorna la inversión y puedan volver a ser invertidas.

La estructura orgánica permite que el desarrollo de los procesos se puedan desenvolver de manera eficiente, puesto que facilita el tránsito y control ordenado del flujo de información, actividades y acciones que desempeña la institución. En efecto, todo esto favorece la prestación médica.

Por su parte, la estructura funcional cumple efectivamente con los manuales de funciones, inducción al personal y cumplimiento de éstos en los procesos

administrativos y financieros. Solamente, donde existen vacíos y presenta deficiencias, es con respecto a los procesos científicos, donde no se induce al personal, ni se evalúa su cumplimiento.

Los recursos físicos, calificados con 3.15, presentan deficiencias en los consultorios de especialidades, ya que no son suficientes para cubrir la demanda. En cuanto al número de camas de Ginecología y Obstetricia, es excesivo. En definitiva, todo esto puede inferir negativamente en la calidad de la atención. No así, los quirófanos, salas de parto y camas en cirugía, medicina y pediatría, cumplen con esta necesidad. Mientras que los servicios de alimentación y lavandería, también cumplen con todas las características necesarias que deben tener para una calificación óptima.

Así mismo se evidencia en la plantilla de sistemas de información, una calificación ponderada de 3.4, indicando estos resultados que cuenta con sistemas de información adecuados, aún cuando hace falta tecnificarlos y capacitar al personal en el manejo automatizado de la información, ya que éstos, son de vital importancia para la toma de decisiones.

❁ Los resultados en la plantilla de evaluación de procesos, indican procesos que no son del todo adecuados, y pueden repercutir en una prestación de inadecuada calidad a nivel del Hospital, más aún con la inexistencias de flujogramas en la mayoría de los centros de responsabilidad estudiados (CAE, Unidad de Emergencia y Servicio de apoyo y diagnóstico) y con los tiempos de espera excesivos en hospitalización.

En cuanto al registro de las historias clínicas, la gran mayoría se encuentra completa, por lo que se puede apreciar que el personal médico cumple con los protocolos establecidos. Además, la atención recibida por parte del paciente, se ve beneficiada, ya que atiende a las necesidades de éste. Por otra parte, la institución cuenta con una variedad de protocolos, lo que favorece en mayor medida la atención del

paciente, puesto que éstos consideran una serie de medidas que el Hospital se impone como metas de corto, mediano y largo plazo.

✿ El área de evaluación de Resultados obtuvo una calificación ponderada de 2.75, reflejando éste puntaje resultados inadecuados en algunos de sus indicadores, los puntajes de esta área están determinados especialmente por porcentajes bajos en relación a la asignación de citas, gastos de atención, actividades con resultados normales y anormales, la productividad de la hora médica y el promedio día de estadas.

Los indicadores que presentan una calificación óptima corresponden a la utilización de los consultorios de medicina especializada y las salas de parto. Destacando además un alto porcentaje ocupacional a nivel institucional.

✿ La sumatoria de las calificaciones ponderadas para el área de evaluación Impacto corresponde a 3.45, reflejando estos resultados un impacto general adecuado en lo que se refiere a la satisfacción del usuario y los proveedores de los servicios.

Es importante destacar, entre las sugerencias aportadas por los usuarios las más predominantes son: Que deberían existir mayores comodidades en las salas de espera; la atención por parte del personal que entrega las horas médicas debería ser más cordial, sin embargo una minoría de los entrevistados sugirió una mejor organización de la consulta, ya que hay personas que llegan últimas y pasan primero.

Entre las sugerencias aportadas por los proveedores del servicio predominaron: Mayor estímulo al personal, dotación de insumos incluyendo material de limpieza, talleres de relaciones humanas que mejoren las relaciones interpersonales y una mejor remuneración acorde al trabajo efectuado.

✿ Por lo tanto, y en base a todo lo expuesto anteriormente, la Calidad de la Atención Médica otorgada por el HCHM es buena, obteniendo una calificación global adecuada de 3.01, fundamentada en la escala del modelo DOPRI, que constituyó el marco de referencia del estudio. Las calificaciones obtenidas en la totalidad de las

*Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán.*

áreas de evaluación del modelo reflejan en general una calidad de atención inadecuada, con las mayores debilidades en las áreas de Demanda, Oferta, Procesos y Resultados y con las mayores fortalezas en el Contexto e Impacto.

# SUGERENCIAS

- ✿ Que este modelo de evaluación institucional, sirva de base para poder ser aplicado en los otros Hospitales Tipo I de la Región del Bío Bío, a fin de tener una visión general de la calidad de atención de los Hospitales de la Región y poder

realizar una comparación entre ellos que contribuya a una mejor gestión institucional, a través de la construcción de un Benchmark Sectorial.

✿ Con la investigación realizada en esta memoria de título se pretende, introducir la filosofía de mejoramiento continuo de la calidad de atención en los Hospitales, ya que es el reto asumido por los organismos internacionales de la salud para lograr que toda la población tenga acceso a servicios de salud eficaz y eficiente.

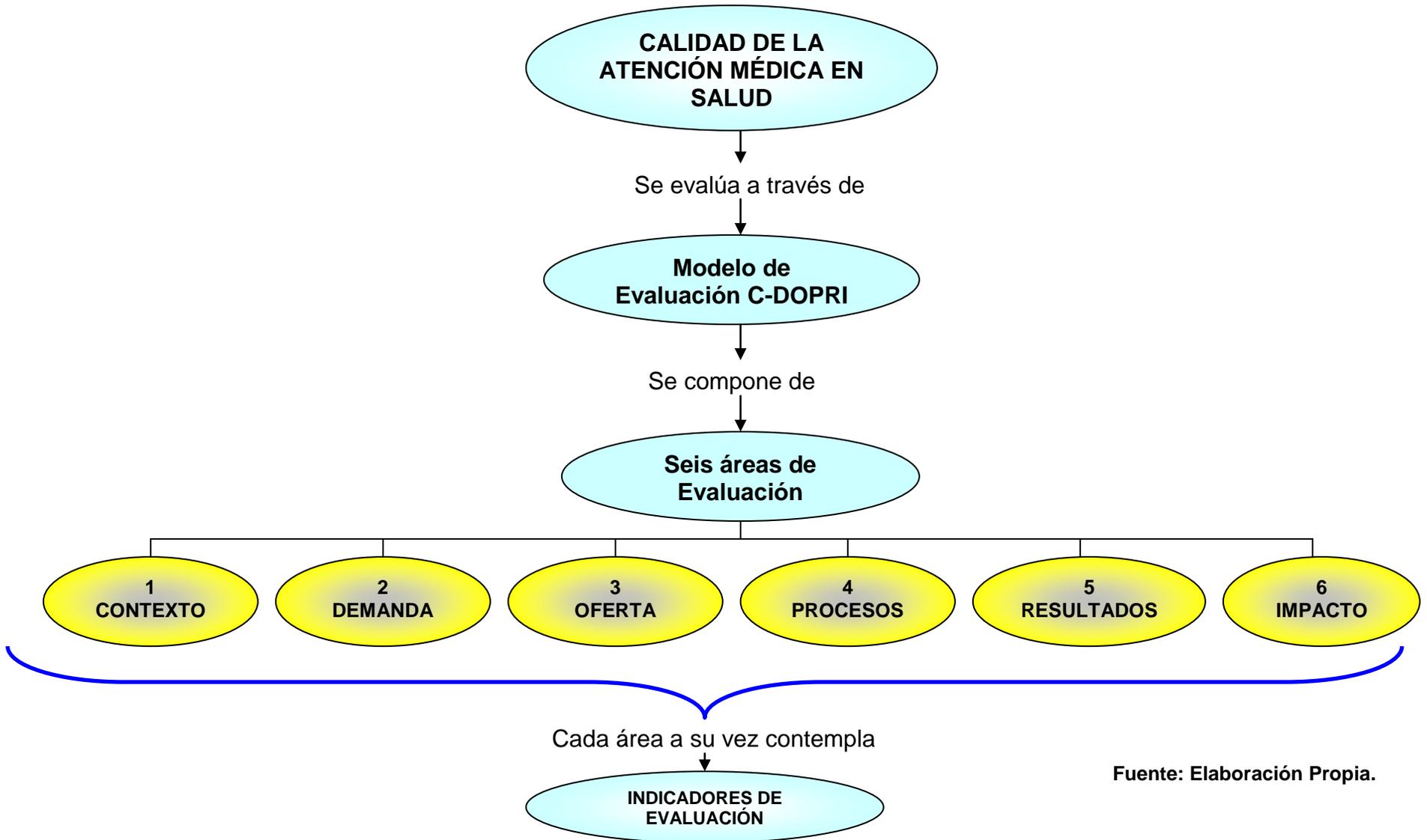
✿ Que los resultados del estudio, se tomen con el mismo enfoque con el cual fue asumida la realización de la presente memoria de título, el de generar cambios favorables en el Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán.

✿ Que los resultados del estudio sirvan además, para complementar la evidencia empírica que ya existe sobre temas relacionados con la Calidad de la Atención. Y que este sirva de estímulo, para todos los que laboran en el Hospital estudiado pues es evidente que la gran mayoría de los usuarios entrevistados está satisfecho con el trato que reciben del personal médico, lo cual constituye una gran fortaleza para la institución.

# **ANEXOS**

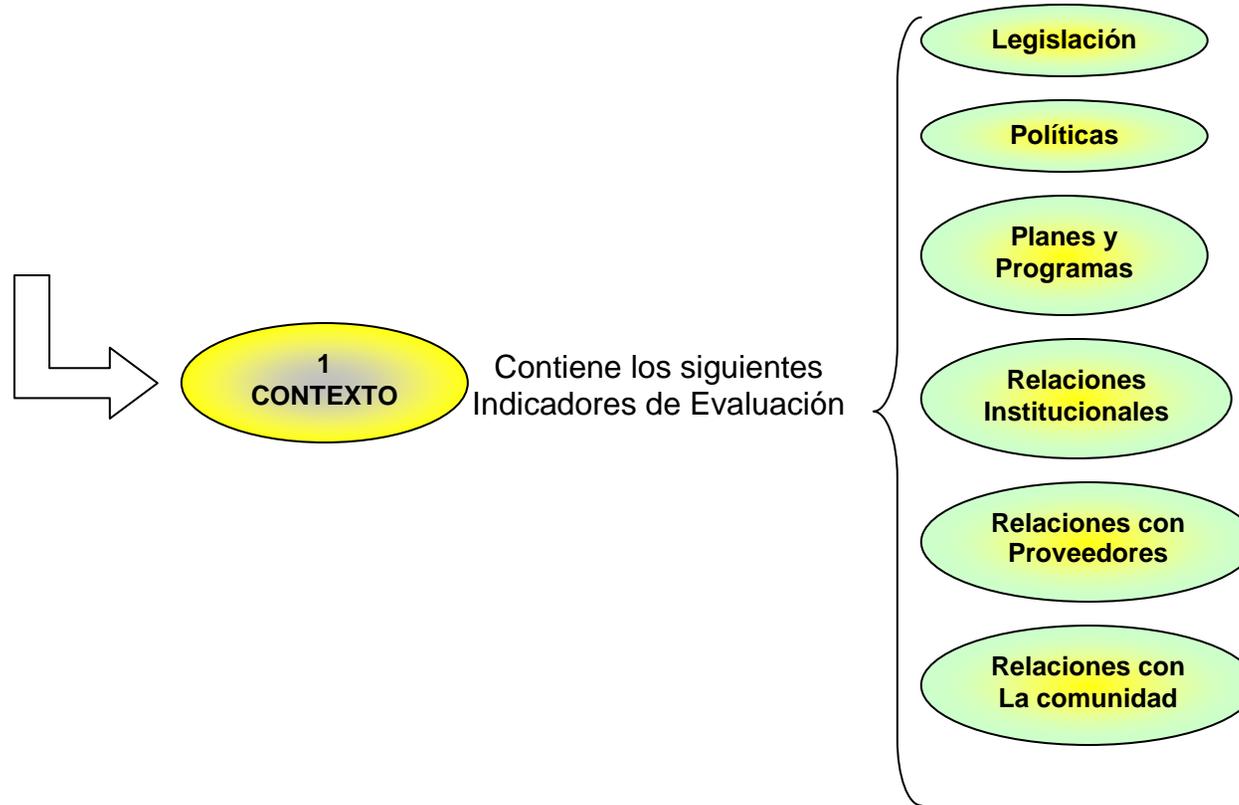
### Anexo Nº 1: Esquematización modelo de evaluación C-Dopri

#### Esquema Nº 1: Modelo de Evaluación C-DOPRI



Fuente: Elaboración Propia.

## **Esquema Nº 2: Área de Evaluación Contexto**

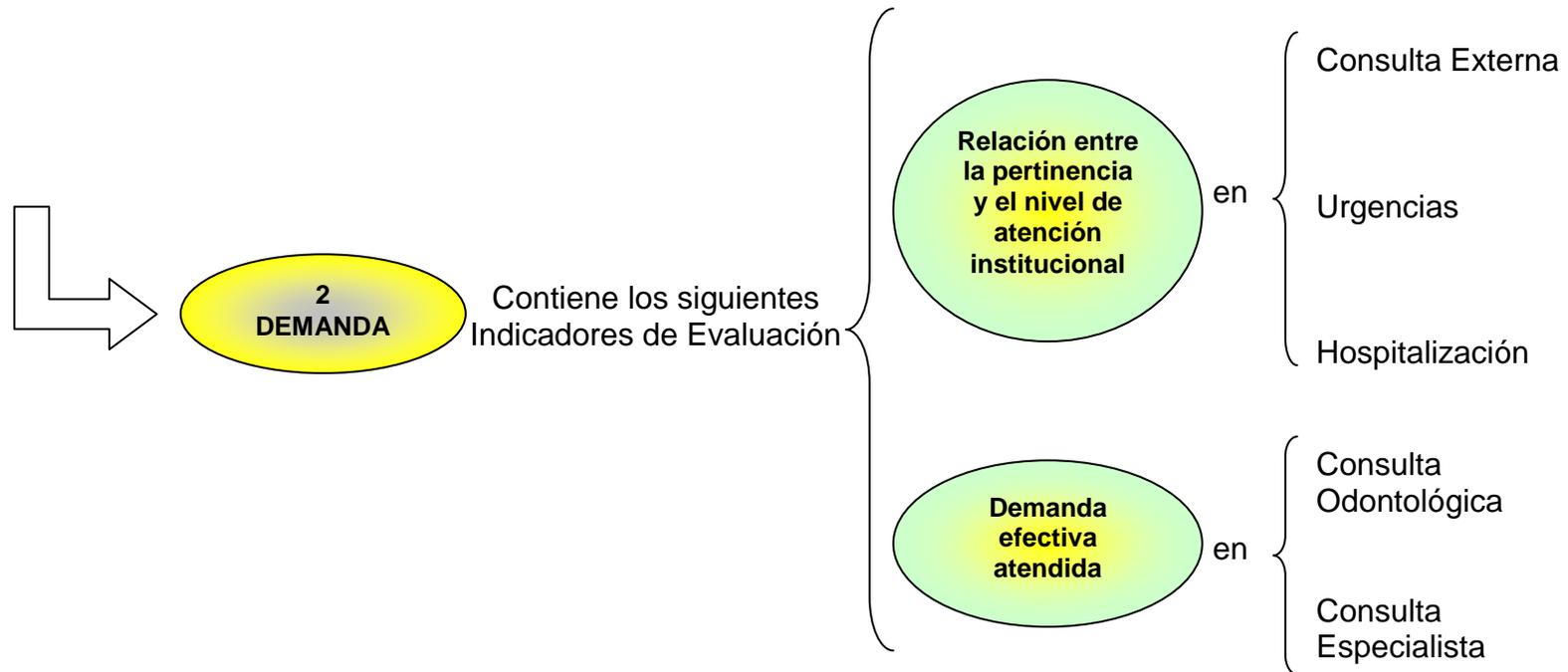


Fuente: Elaboración Propia.

## PLANTILLA Nº 1: EVALUACION DEL CONTEXTO

Indicador	Criterios de Calificación	Calificación Obtenida	Ponderación	Calificación Ponderada
Legislación	4) Favorecen la prestación de servicios de salud de buena calidad. 3) La favorecen, con escasas excepciones. 2) Limita la prestación de servicios de salud de buena calidad. 1) Conducen a prácticas de mala calidad.		0,30	0
Políticas	4) Favorecen la prestación de servicios de salud de buena calidad. 3) La favorecen, con escasas excepciones. 2) Limita la prestación de servicios de salud de buena calidad. 1) Conducen a prácticas de mala calidad.		0,30	0
Planes y Programas	4) Favorecen la prestación de servicios de salud de buena calidad. 3) La favorecen, con escasas excepciones. 2) Limita la prestación de servicios de salud de buena calidad. 1) Conducen a prácticas de mala calidad.		0,10	0
Relaciones Institucionales	4) Favorecen la prestación de servicios de salud de buena calidad. 3) La favorecen, con escasas excepciones. 2) Limita la prestación de servicios de salud de buena calidad. 1) Conducen a prácticas de mala calidad.		0,10	0
Relaciones con proveedores	4) Favorecen la prestación de servicios de salud de buena calidad. 3) La favorecen, con escasas excepciones. 2) Limita la prestación de servicios de salud de buena calidad. 1) Conducen a prácticas de mala calidad.		0,10	0
Relaciones con la comunidad	4) Favorecen la prestación de servicios de salud de buena calidad. 3) La favorecen, con escasas excepciones. 2) Limita la prestación de servicios de salud de buena calidad. 1) Conducen a prácticas de mala calidad.		0,10	0
<b>Total</b>			<b>1,00</b>	<b>0,00</b>

### **Esquema Nº 3: Área de Evaluación Demanda**

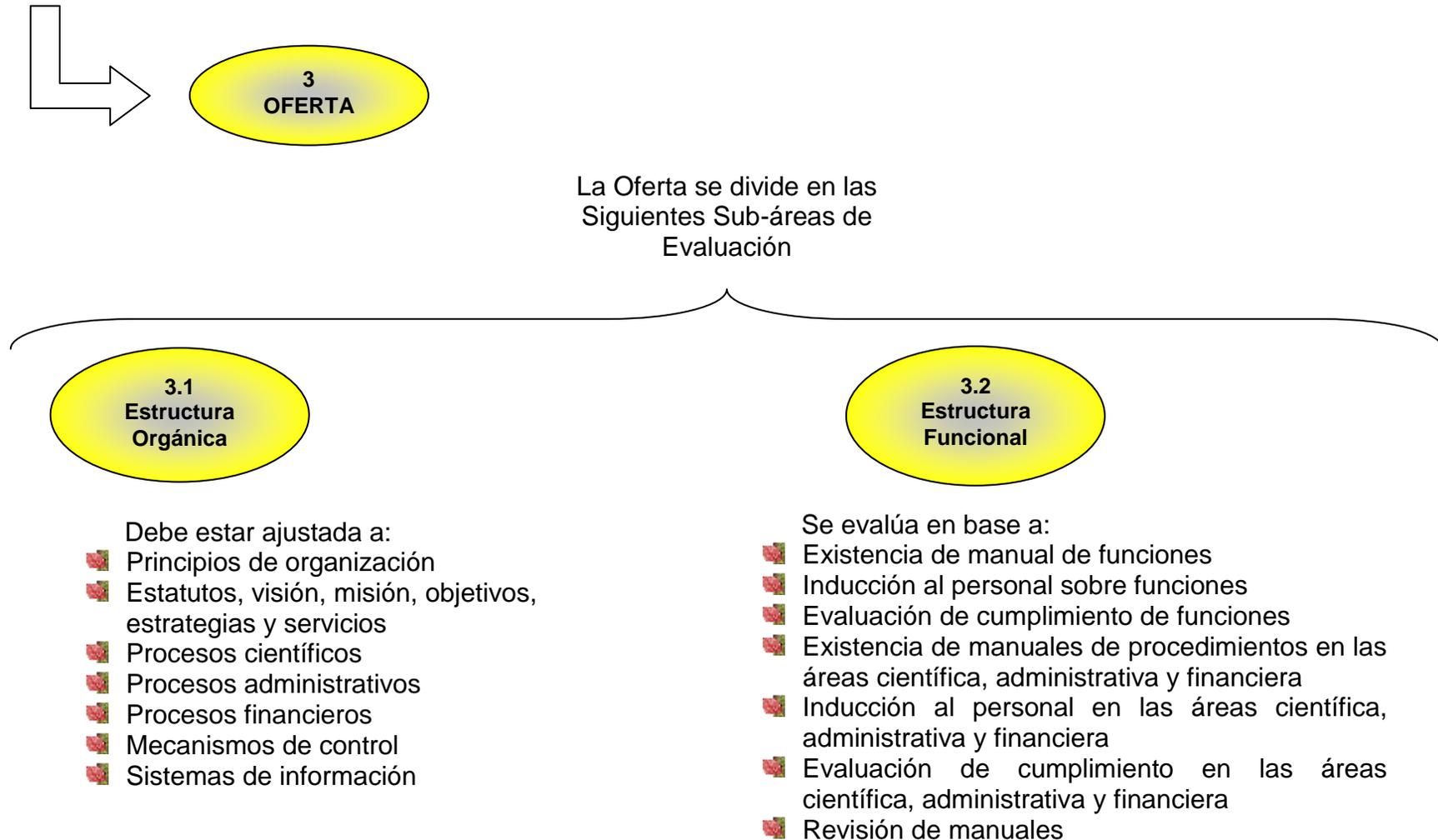


Fuente: Elaboración Propia.

**PLANTILLA Nº 2: EVALUACION DE LA DEMANDA**

Indicador	Criterios de Calificación	Calificación Obtenida	Ponderación	Calificación Ponderada
<b>Relación entre la pertinencia y el nivel de atención institucional</b>				
<b>Consulta Externa</b>	4) 90% y más 3) Entre 80 % y 89% 2) Entre 60% y 79% 1) Menos del 60%		0,20	0
<b>Urgencias</b>	4) 90% y más 3) Entre 80 % y 89% 2) Entre 60% y 79% 1) Menos del 60%		0,20	0
<b>Hospitalización</b>	4) 90% y más 3) Entre 80 % y 89% 2) Entre 60% y 79% 1) Menos del 60%		0,20	0
<b>Demanda efectiva atendida</b>				
<b>Consulta especializada</b>	4) 100% 3) Entre 90 % y 99% 2) Entre 80% y 89% 1) Menos del 80%		0,30	0
<b>Consulta Odontológica</b>	4) 100% 3) Entre 90 % y 99% 2) Entre 80% y 89% 1) Menos del 80%		0,10	0
<b>Total</b>			<b>1,00</b>	<b>0,00</b>

## **Esquema N° 4: Área de Evaluación Oferta**



### 3.3 Recursos Humanos

Se evalúa la disponibilidad de:

- Médicos especialistas de consulta externa
- Médicos especialistas hospitalarios
- Enfermeras
- Auxiliares de enfermería
- Bacteriólogos
- Otro personal

### 3.4 Recursos Físicos

Se evalúa la disponibilidad de:

- Consultorios de especialidades médicas
- Quirófanos
- Salas de parto
- Camas de ginecología, obstetricia, cirugía, medicina y pediatría
- Exámenes de laboratorio y radiología realizados frente a la demanda
- Despacho de medicamentos y elementos de sutura y curación
- Instalaciones de lavandería y cocina

### 3.5 Recursos Económicos

Se estudian los siguientes indicadores:

- Indicadores de liquidez
- Indicador de endeudamiento
- Indicador de solvencia total
- Indicadores de actividad (rotación)
- Indicadores de rentabilidad

Fuente: Elaboración Propia.

### 3.6 Sistemas de Información

Se estudia en base a:

- Existencia de una estructura orgánica
- Existencia de manual de funciones y manual de procedimientos
- Personal capacitado
- Equipos con tecnología apropiada
- Recolección, procesamiento y análisis de información pertinente
- Publicación de la información
- Utilización de la información para la toma de decisiones

**PLANTILLA Nº 3: EVALUACION DE LA OFERTA****PLANTILLA PARA INTEGRAR LAS CALIFICACIONES DE LAS SUBAREAS DE LA OFERTA**

<b>Indicador</b>	<b>Calificación</b>	<b>Ponderación</b>	<b>Calificación Ponderada</b>
<b>1. Estructura Orgánica</b>		<b>0,05</b>	<b>0,00</b>
<b>2. Estructura Funcional</b>		<b>0,10</b>	<b>0,00</b>
<b>3. Recursos Humanos</b>		<b>0,25</b>	<b>0,00</b>
<b>4. Recursos Físicos</b>		<b>0,25</b>	<b>0,00</b>
<b>5. Recursos Económicos</b>		<b>0,25</b>	<b>0,00</b>
<b>6. Sistema de Información</b>		<b>0,10</b>	<b>0,00</b>
<b>Calificación ponderada de la oferta</b>		<b>1,00</b>	<b>0,00</b>

Cada una de las Sub-áreas de evaluación de la oferta, cuenta con su propia plantilla de evaluación. Sin embargo, se omitirá la presentación del formato de estas plantillas, debido a su extenso desarrollo. Para mayor comprensión del formato, remitirse a:

Tabla 4.5: Resultados plantilla de evaluación de la estructura orgánica. Pág. Nº 68.

Tabla 4.6: Resultados plantilla de evaluación de la estructura funcional. Pág. Nº 71.

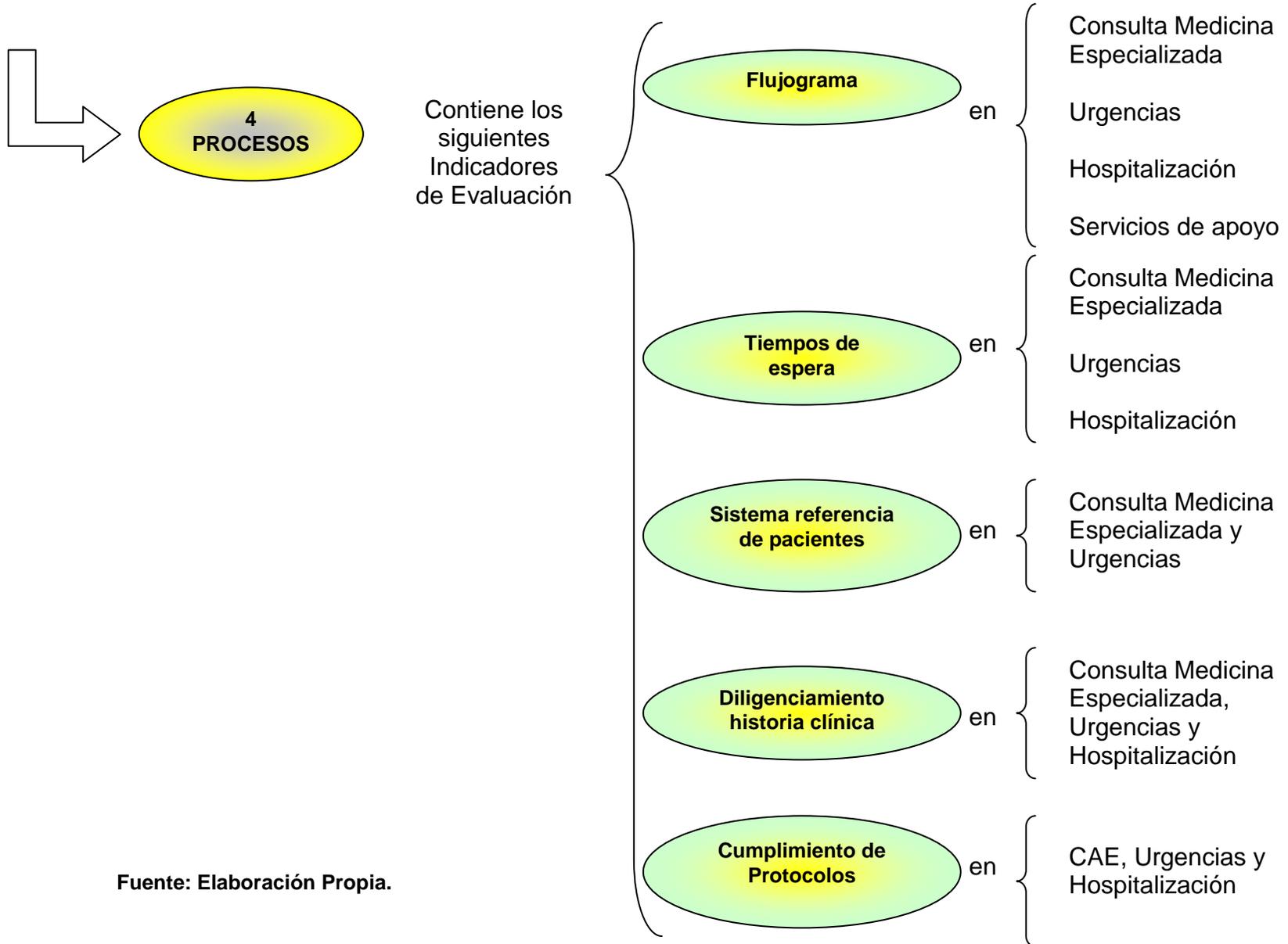
Tabla 4.7: Resultados plantilla de evaluación de los recursos humanos. Pág. Nº 77.

Tabla 4.12: Resultados plantilla de evaluación de los recursos físicos. Pág. Nº 89.

Tabla 4.15: Resultados plantilla de evaluación de los recursos económicos. Pág. Nº 98.

Tabla 4.16: Resultados plantilla de evaluación de los sistemas de información. Pág. Nº 103

### Esquema Nº 5: Área de Evaluación Procesos

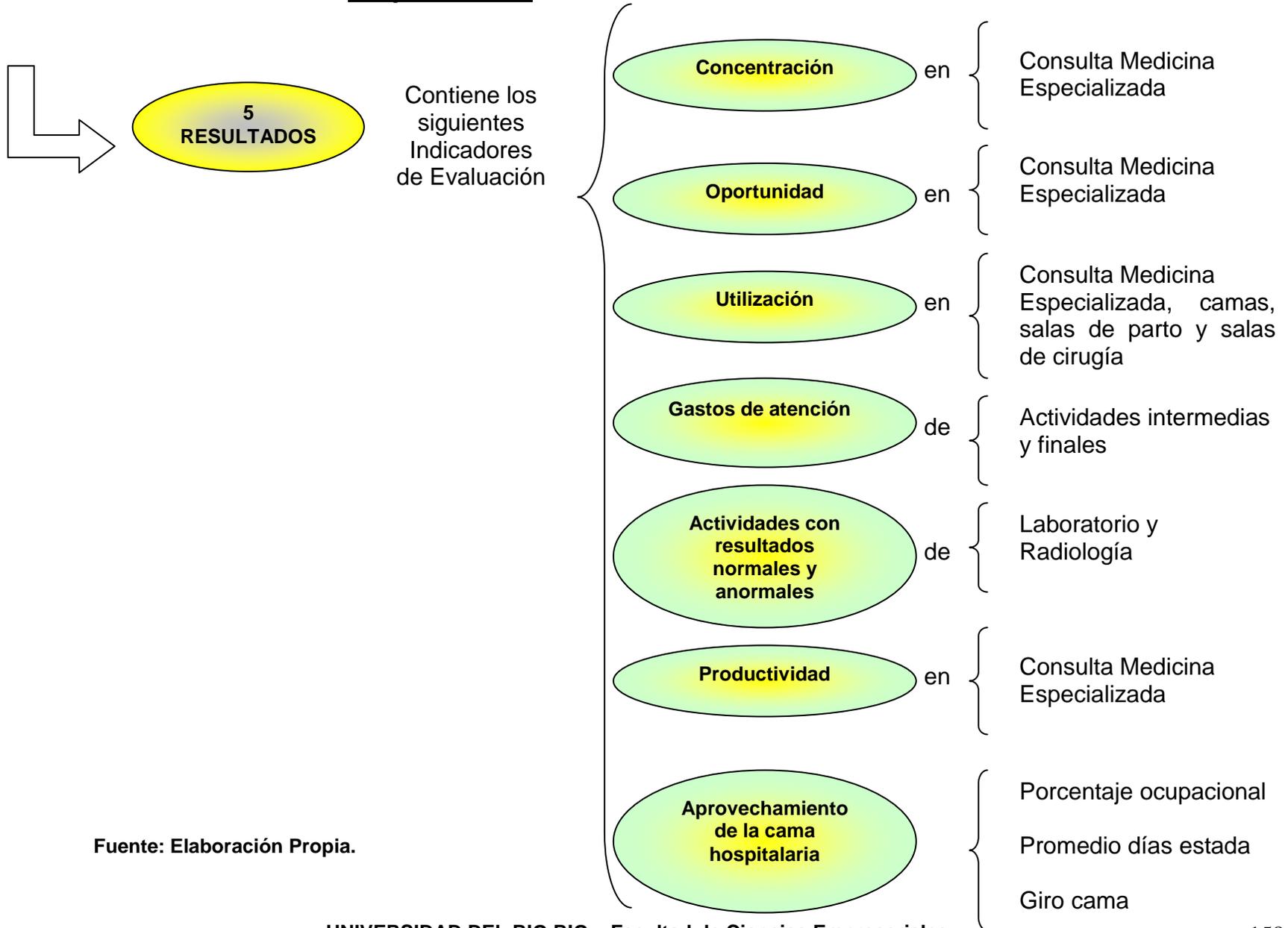


Fuente: Elaboración Propia.

## PLANTILLA Nº 4: EVALUACION DE PROCESOS

Indicador	Criterios de Calificación	Calificación Obtenida	Ponderación	Calificación Ponderada
<b>Flujogramas</b>				
Consulta Medicina Especializada	4) Existe el flujograma y se aplica correctamente. 3) Existe y se aplica en la mayoría de los casos. 2) Existe pero solo se aplica en pocos casos y se aprecia desorientación en la forma como los usuarios deben transitar por los distintos servicios. 1) No existen los flujogramas.		0,04	0
Urgencias	4) Existe el flujograma y se aplica correctamente. 3) Existe y se aplica en la mayoría de los casos. 2) Existe pero solo se aplica en pocos casos y se aprecia desorientación en la forma como los usuarios deben transitar por los distintos servicios. 1) No existen los flujogramas.		0,02	0
Hospitalización	4) Existe el flujograma y se aplica correctamente. 3) Existe y se aplica en la mayoría de los casos. 2) Existe pero solo se aplica en pocos casos y se aprecia desorientación en la forma como los usuarios deben transitar por los distintos servicios. 1) No existen los flujogramas.		0,02	0
Servicios de Apoyo	4) Existe el flujograma y se aplica correctamente. 3) Existe y se aplica en la mayoría de los casos. 2) Existe pero solo se aplica en pocos casos y se aprecia desorientación en la forma como los usuarios deben transitar por los distintos servicios. 1) No existen los flujogramas.		0,02	0
<b>Tiempos de Espera</b>				
Consulta Medicina Especializada	4) Menos de 60 minutos. 3) Entre 60 y 74 minutos. 2) Entre 75 y 89 minutos. 1) 90 y más.		0,04	0
Urgencias	4) Menos de 60 minutos. 3) Entre 60 y 74 minutos. 2) Entre 75 y 89 minutos. 1) 90 y más.		0,03	0
Hospitalización	4) Menos de 60 minutos. 3) Entre 60 y 74 minutos. 2) Entre 75 y 89 minutos. 1) 90 y más.		0,03	0
<b>Sistema de referencia de pacientes</b>				
Consulta Medicina Especialista y Urgencias	4) Existe y se aplica en todos los casos. 3) Existe y se aplica entre el 70% y 99% de los casos. 2) Existe pero solo se aplica en una proporción inferior al 70%. 1) No existe.		0,10	0
<b>Diligenciamiento de la historia clínica.</b>				
Consulta Especializada, Urgencias y Hospitalización	4) Historias clínicas completas. 3) Entre 80% y 99%. 2) Entre 60% y 79%. 1) Menos de 60%.		0,30	0
<b>Cumplimiento de Protocolos</b>				
CAE, Emergencia y Hospitalización	4) Todas ajustadas al protocolo. 3) Entre 90% y 99%. 2) Entre 80% y 89%. 1) Menos de 80%.		0,40	0
<b>Total</b>			<b>1,00</b>	<b>0,00</b>

### Esquema Nº 6: Área de Evaluación Resultados



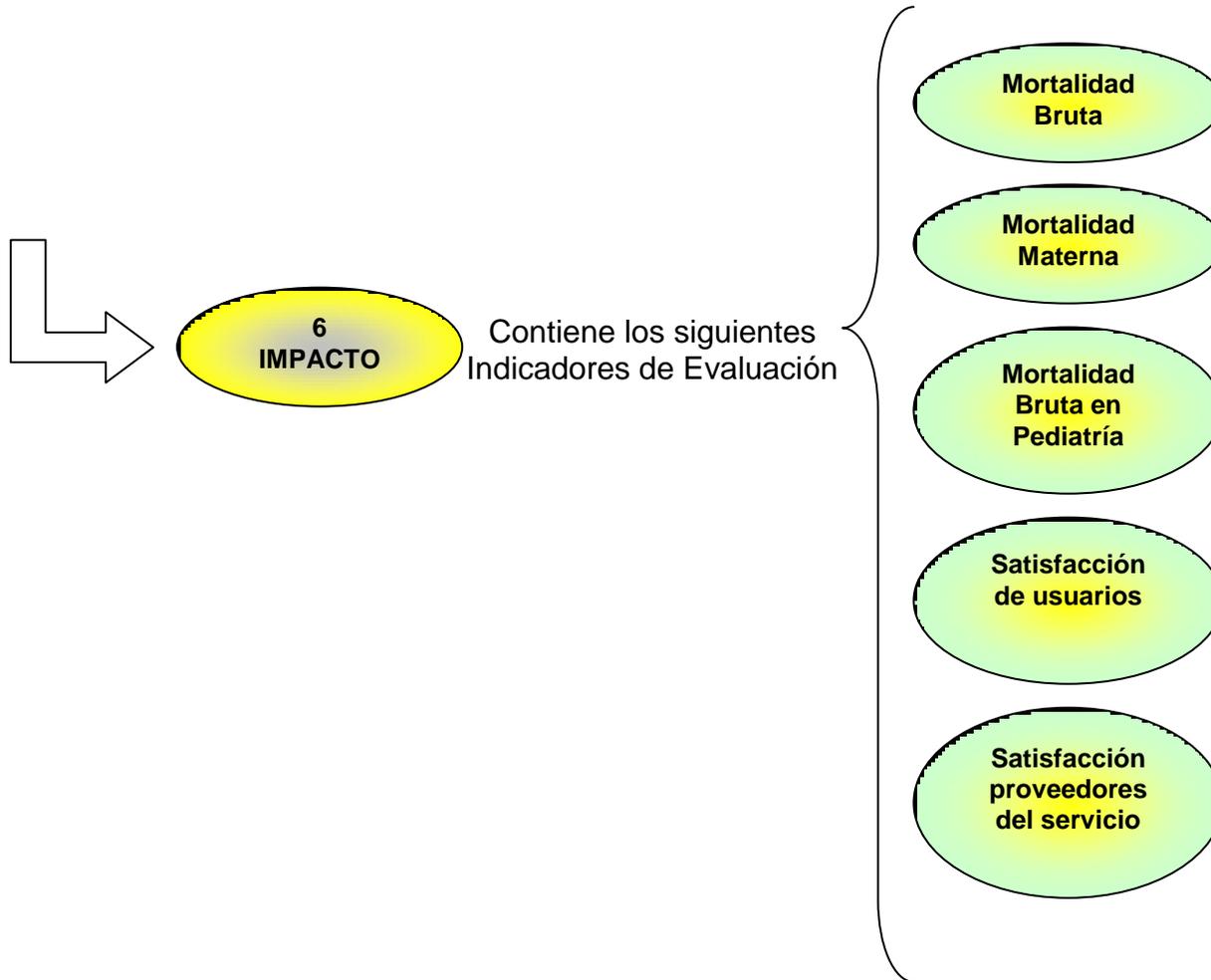
Fuente: Elaboración Propia.

## PLANTILLA N° 5: EVALUACION DE RESULTADOS

Indicador	Criterios de Calificación	Calificación Obtenida	Ponderación	Calificación Ponderada
<b>Concentración</b>				
Consulta medicina especializada	4) Menos de 1,5 3) Entre 1,5 y 1,9 2) Entre 2 y 2,4 1) 2,5 y más		0,10	0
<b>Oportunidad</b>				
Consulta medicina especializada	4) Menos de 7 días 3) Entre 7 y 13 días 2) Entre 14 y 20 días 1) 21 y más días		0,10	0
<b>Utilización</b>				
Consultorio medicina especializada	4) 100% a 104% 3) Entre 95% y 99% 2) Entre 90% y 94% 1) Menos de 90%		0,10	0
Camas	4) 100% a 104% 3) Entre 95% y 99% 2) Entre 90% y 94% 1) Menos de 90%		0,10	0
Salas de Parto	4) 100% a 104% 3) Entre 95% y 99% 2) Entre 90% y 94% 1) Menos de 90%		0,10	0
Salas de Cirugía	4) 100% a 104% 3) Entre 95% y 99% 2) Entre 90% y 94% 1) Menos de 90%		0,10	0
Gastos de Atención	Promedio* Ponderado de las actividades en estudio		0,05	0
<b>Actividades con resultados normales y anormales</b>				
Laboratorio	4) 100% a 104% 3) Entre 95% y 99% 2) Entre 90% y 94% 1) Menos de 90%		0,05	0
Rayos X	4) Menos del 20% 3) Entre 20% y 24% 2) Entre 25% y 29% 1) 30% y más		0,05	0
<b>Productividad</b>				
Consultorio medicina especialista	4) Entre 3 y 3,5 3) Entre 2,5 y 2,99 2) Entre 2 y 2,49 1) Menos de 2 ó más de 3,5		0,10	0
<b>Aprov. Cama hospitalaria</b>				
Porcentaje ocupacional	4) Entre 85% y 90% 3) Entre 80% y 84% 2) Entre 70% y 79% ó 91% y 100% 1) Menos de 70% y más de 100%		0,05	0
Promedio día estancia	4) Menos de 5 3) Entre 5 y 5,9 2) Entre 6 y 6,9 1) 7 y más		0,05	0
Giro cama (Índice de Rotación)	4) 50 y más 3) Entre 40 y 49 2) Entre 30 y 39 1) Menos de 30		0,05	0
<b>Total</b>			<b>1,00</b>	<b>0,00</b>

\* Para la evaluación del indicador Gastos de Atención, se obtiene un promedio ponderado de las actividades intermedias, como los exámenes de radiología y finales, como las cirugías. (Para mayor información sobre el cálculo del promedio ponderado de los gastos de atención, remítase a tabla N° 4.24, Capítulo IV).

### Esquema N° 7: Área de Evaluación Impacto



Fuente: Elaboración Propia.

**PLANTILLA Nº 6: EVALUACION DEL IMPACTO**

Indicador	Criterio de calificación	Calificación Obtenida	Ponderación	Calificación Ponderada
<b>Mortalidad Bruta</b>	4) Menos de 3 3) Entre 3 y 3,9 2) Entre 4 y 4,9 1) 5 y más		0,25	0
<b>Mortalidad Materna</b>	4) Menos de 3 3) Entre 3 y 3,9 2) Entre 4 y 4,9 1) 5 y más		0,20	0
<b>Mortalidad Bruta en Pediatría</b>	4) Menos de 2 3) Entre 2 y 2,4 2) Entre 2,5 y 2,9 1) 3 y más		0,25	0
<b>Satisfacción de Usuarios</b>	4) 90% y más 3) Entre 70% y 89% 2) Entre 40% y 69% 1) Menos de 40%		0,15	0
<b>Satisfacción Proveedores del Servicio</b>	4) 90% y más 3) Entre 70% y 89% 2) Entre 40% y 69% 1) Menos de 40%		0,15	0
<b>Total</b>			1,00	0,00

## PLANTILLA N° 7: EVALUACION GLOBAL DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN SALUD

Indicador	Calificación	Ponderación	Calificación Ponderada
Contexto	0,00	0,05	0,00
Demanda	0,00	0,05	0,00
Oferta	0,00	0,15	0,00
Procesos	0,00	0,25	0,00
Resultados	0,00	0,15	0,00
Impacto	0,00	0,35	0,00
Calificación Global de la Calidad		1,00	0

**ANEXO Nº 2: Proveedores de Fármacos y elementos de sutura y curación.**

Proveedores de Fármacos	Total en Compras	% de Participación
SSN	\$ 31.822.926	18,654%
Recalcine	\$ 20.175.180	11,826%
B.Braun Medical S.A.	\$ 15.620.740	9,157%
Cenabast	\$ 14.640.958	8,582%
Pfizer	\$ 8.712.611	5,107%
Laboratorio Chile	\$ 8.641.632	5,066%
Tecnofarma	\$ 8.402.040	4,925%
Organon	\$ 4.530.330	2,656%
Insuval	\$ 4.514.241	2,646%
Grifols Chile S.A.	\$ 4.057.900	2,379%
Novofarma Astrazeneca	\$ 4.046.000	2,372%
Novopharma Grunenthal	\$ 3.913.292	2,294%
Bienek	\$ 3.238.184	1,898%
Roche	\$ 2.786.623	1,633%
Andromaco	\$ 2.725.040	1,597%
Biolatina	\$ 2.667.980	1,564%
Sanofi Aventis	\$ 2.320.775	1,360%
Pentafarma S.A.	\$ 1.834.802	1,076%
Novartis	\$ 1.495.718	0,877%
Saval	\$ 1.482.770	0,869%
Novofarma Boehringer	\$ 1.454.775	0,853%
Gloxosmithkline	\$ 1.451.862	0,851%
Abbott	\$ 1.428.000	0,837%
Alcon	\$ 1.387.523	0,813%
Terapia	\$ 1.333.395	0,782%
Diprolab	\$ 1.236.999	0,725%
Sanderson	\$ 1.141.829	0,669%
F. Reccius	\$ 1.066.717	0,625%
Farmacias Ahumada	\$ 956.592	0,561%
Hospira	\$ 945.693	0,554%
Qualix Biomedical	\$ 937.244	0,549%
Pharma Investi	\$ 930.913	0,546%
Novofarma Biocross	\$ 919.870	0,539%
Pasteur	\$ 775.273	0,454%
Caribbean Pharma	\$ 746.170	0,437%
Baxter	\$ 618.800	0,363%
Novo Nordisk	\$ 618.800	0,363%
Merck S.A.	\$ 583.933	0,342%
Sanitas	\$ 564.774	0,331%
Silesia	\$ 499.800	0,293%
Novonordisk Ltda.	\$ 499.800	0,293%
Fresenius Kabi	\$ 485.520	0,285%
F. Schubert	\$ 372.625	0,218%
Elly Lilly	\$ 313.137	0,184%
Salcobrand	\$ 268.010	0,157%
Leon Borutzky	\$ 139.230	0,082%
Biotoscana	\$ 138.302	0,081%
Ethon Pharmaceuticals	\$ 124.564	0,073%
Juan Zapata Zapata	\$ 114.240	0,067%
Rider	\$ 107.814	0,063%
Nestle	\$ 99.960	0,059%
Flavia Woloszyn	\$ 98.175	0,058%
Pharma Genexx	\$ 97.104	0,057%
Kampar S.A.	\$ 89.250	0,052%
Maria Novoa Romero	\$ 83.300	0,049%
Chemopharma	\$ 65.332	0,038%
Cruz Verde	\$ 59.500	0,035%
Guillermo Harding	\$ 57.588	0,034%
Primus	\$ 42.840	0,025%
Reutter S.A.	\$ 41.960	0,025%
F. Santago	\$ 28.560	0,017%
Dimons	\$ 17.850	0,010%
Farmacias Ahumada	\$ 9.580	0,006%
Socosep	\$ 9.261	0,005%
Optivision	\$ 3.832	0,002%
Britol Myers	\$ -	0,000%
<b>TOTAL GRAL.</b>	<b>\$ 170.596.038</b>	<b>100%</b>

Prov. de Elementos de Sutura, Curación e insumos.
A. BRIL
ALCON
ALTA TEC. MEDICA
ARQUIMED
BIENEK
BRAUN
C&C IMP. Y EXP. LTDA
CENCOMEX
DIPROLAB
CENABAST
DIPROMED
DOLPHIN MEDICAL Y CIA
ECODATA
EDILAB
FIGUEROA VENEGAS
GMED S.A
GRIFOLS
HARDING
HOFMANN
HOSPITALIA
IMP. PROD. MEDICOS LTDA.-
IMPLEMED
JOHNSON & JOHNSON
KENDALL
M.KAPLAN
MADAWISYSTEM
MADEGOM
MED Y TEC
MEDICINA TECNICA
MEDIPLX
NEWPATH
NUEVO
ORTOMEDICA LIFANTE Y CIA. LTDA.
PARACARE
PENTAFARMA
PRIMUS INSUMOS MEDICOS S.A
PRISA
PROMEDIKA
PROMEX
REICH S.A
REUTTER DIV. MEDICA
ROCHE
RUDOLF
SILMAG
SOC. ALFREDO MÜLLER DANIELI Y CIA.
SOC. ALFREDO MÜLLER DANIELI Y CIA.
SOC. URRRA Y PEREZ LTDA.-
TECNIGEN
TECNICA

**Fuente:** Información proporcionada por la oficina de despacho Área Farmacia, Sutura y Curación.

**ANEXO Nº 3:** Cálculo de demanda y lista de espera entre enero del 2007 y marzo del 2008 en medicina especializada y odontológica.

**Medicina Especializada**

**Lista de espera por especialidad**

MES/AÑO	DEMANDA ATENDIDA
Ene-07	10.511
Feb-07	8.186
Mar-07	12.342
Abr-07	11.303
May-07	12.174
Jun-07	11.707
Jul-07	10.897
Ago-07	13.086
Sep-07	9.963
oct-07	14.503
nov-07	13.751
dic-07	9.498
ene-08	11.725
Feb-08	9.886
mar-08	12.873
<b>TOTAL</b>	<b>172.405</b>

ESPECIALIDAD	TOTAL
OFTALMOLOGÍA	9.669
TRAUMATOLOGÍA	4.163
NEUROLOGIA ADULTO	4.042
CIRUGIA ADULTO	3.560
OTORRINO	4.856
GINECOLOGIA	3.312
CARDIOLOGIA ADULTO	3.008
DERMATOLOGÍA	2.213
GASTROENTEROLOGIA ADULTO	2.234
PSIQUIATRIA ADULTO	2.265
CIRUGIA INFANTIL	1.511
REUMATOLOGIA	985
UROLOGIA	2.965
ENDOCRINOLOGIA ADULTO	1.465
MEDICINA	838
NEUROCIROLOGÍA	888
PEDIATRIA	385
NEUROLOGIA INFANTIL	583

NEFROLOGIA ADULTO	371
PATOLOGIA MAMARIA	134
PATOLOGIA CERVICAL	224
HEMATOLOGIA ADULTO	105
PSIQUIATRIA INFANTIL	87
FISIATRIA	178
CIRUGIA MAXILO FACIAL	141
CARDIOLOGIA INFANTIL	91
ENDOCRINOLOGIA INFANTIL	210
CIRUGIA VASCULAR	84
NEFROLOGIA INFANTIL	59
BRONCOPULMONAR INFANTIL	130
GASTROENTEROLOGIA INFANTIL	28
HEMATOLOGIA INFANTIL	20
GINECOLOGIA INFANTIL	88
BRONCOPULMONAR ADULTO	370
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>51.262</b>

Lista de espera  
especialidades  
primeras  
y controles.

**Consulta Odontológica**

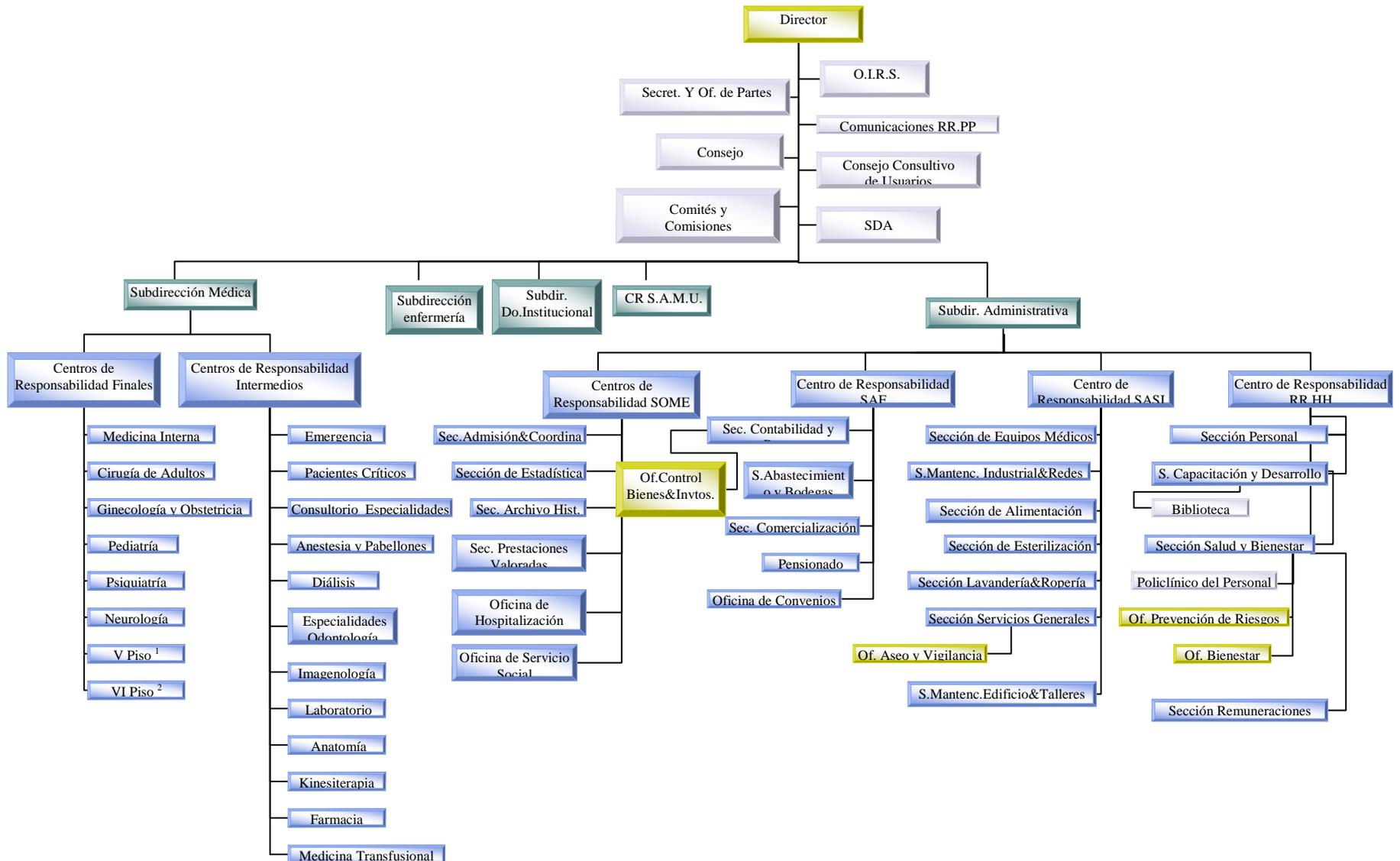
MES/AÑO	DEMANDA ATENDIDA
ene-07	3.987
feb-07	3.510
Mar-07	4.284
Abr-07	4.221
May-07	4.548
Jun-07	4.018
Jul-07	3.908
Ago-07	4.236
Sep-07	2.955
Oct-07	4.840
Nov-07	4.439
Dic-07	3.491
Ene-08	5.000
Feb-08	4.105
Mar-08	4.543
<b>TOTAL</b>	<b>62.085</b>

**Lista de espera consulta odontológica**

ESPECIALIDAD	TOTAL
PROTESIS	3578
ORTODONCIA	1035
EVALUACION ORTODONCIA	577
ENDODONCIA	798
CIRUGIA MAXILO FACIAL	440
RADIOGRAFIAS DENTALES	360
ODONTOPELITARIA	260
PERIODONCIA	201
ORTO Y TELERADIOGRAFIA	193
OCLUSION	198
REHABILITACION COMPLEJA	62
PAT. BUCO MAXILO FACIAL	31
DIAGNOSTICO DENTAL	11
OPERATORIA	6
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>7750</b>

Fuente: Información ajustada a la documentación facilitada por el Sr. Luís San Martín Hernández, Subdirector Administrativo HCHM.

Anexo Nº 4: Organigrama.

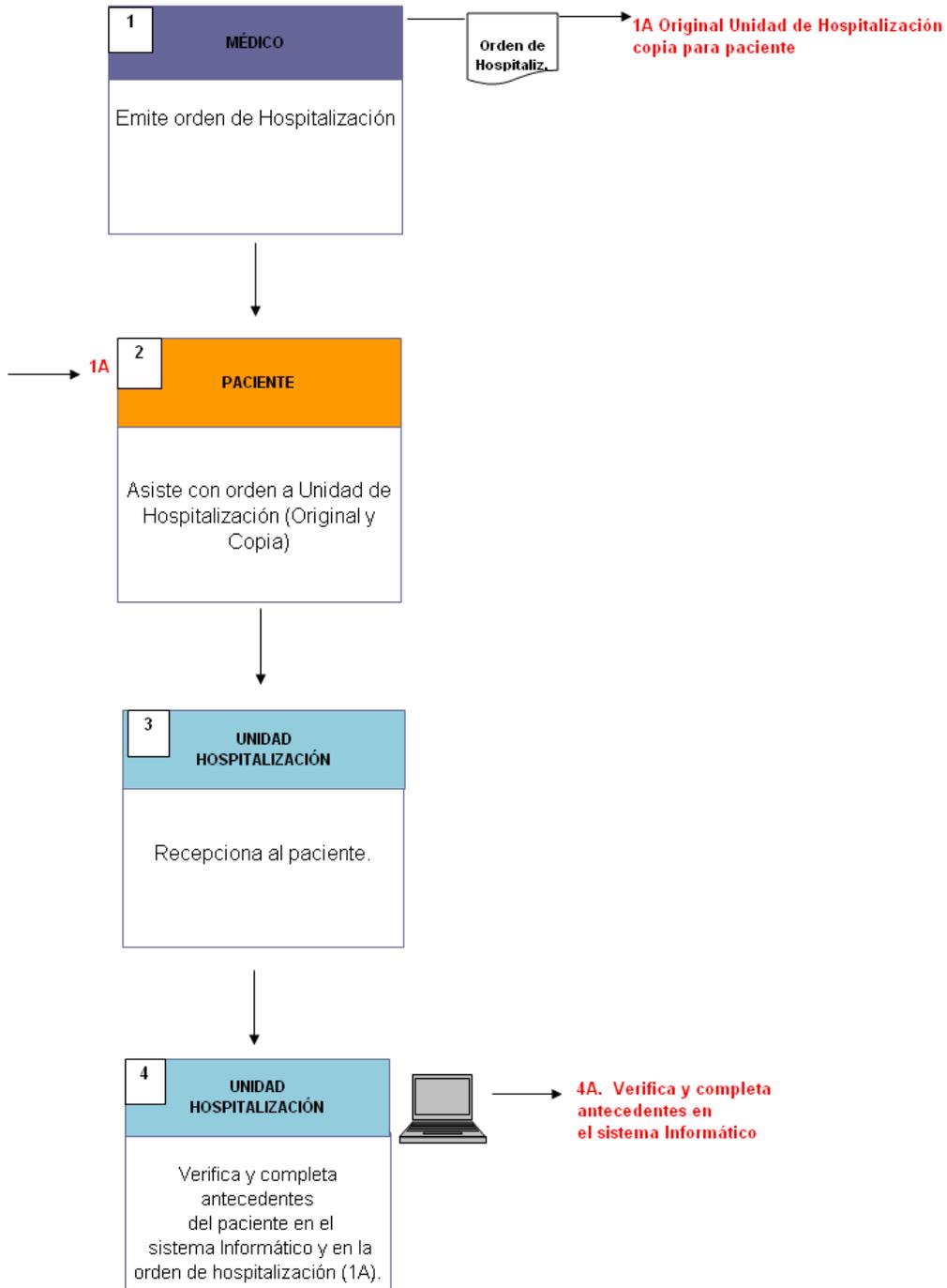


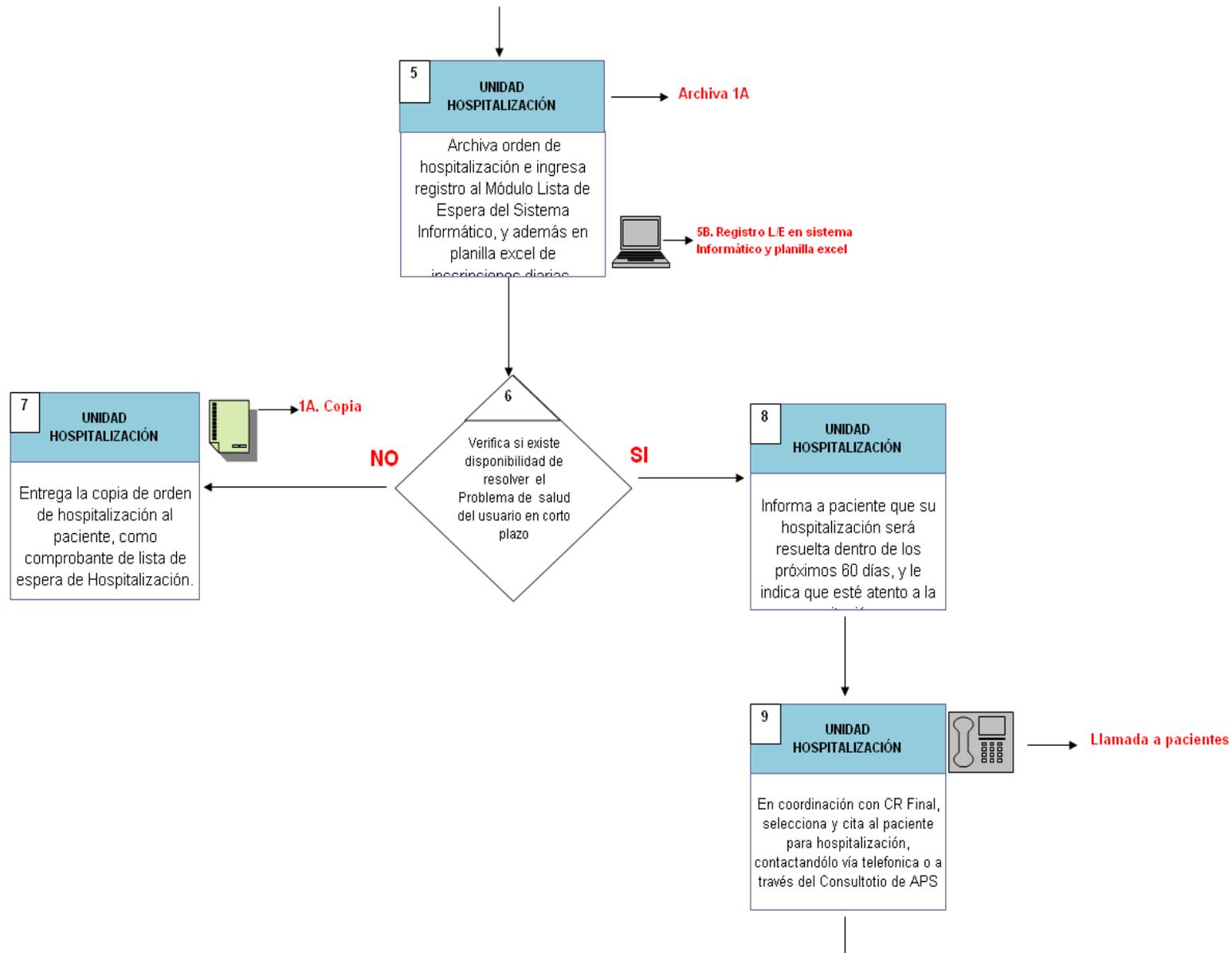
**Anexo Nº 5: Demanda Global de Hospitalización**

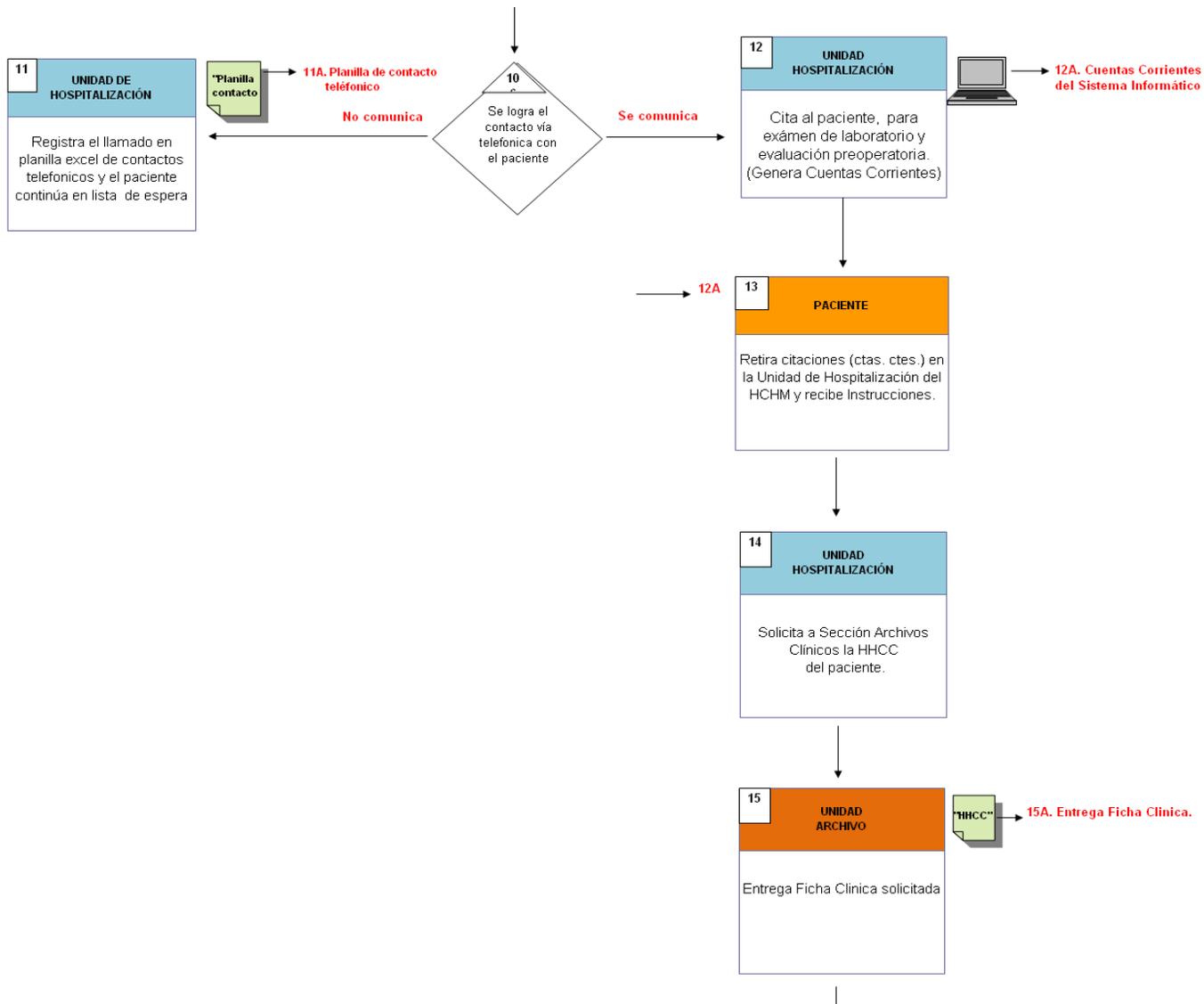
SERVICIO	PROMEDIO DIAS ESTADA	PORCENTAJE OCUPACIONAL	DEMANDA POR SERVICIO	PORCENTAJE DEL TOTAL DE DEMANDA	Nº CAMAS	CAMAS REQUERIDAS	PORCENTAJE DE CAMAS DISPONIBLES
CIRUGÍA	5,4	96,7%	4.925	17,3%	76	84	91%
CIRUGÍA INFANTIL	3,6	79,7%	1.442	5,1%	18	25	73%
GINECOLOGÍA	2,9	59,1%	1.197	4,2%	16	20	79%
MED FIS Y REHAB	65,4	91,8%	10	0,0%	2	0	1146%
MEDICINA	8,9	98,4%	3.834	13,5%	95	65	146%
NEUROCIROLOGÍA	8,2	92,9%	494	1,7%	12	8	143%
NEUROLOGÍA ADULTO	10,4	90,9%	510	1,8%	16	9	184%
OBSTETRICIA	2,8	79,4%	4.926	17,3%	48	84	57%
OFTALMOLOGÍA	4,9	77,2%	458	1,6%	8	8	103%
OTORRINOLARINGOLO.	2,3	85,1%	546	1,9%	4	9	43%
PEDIATRÍA	4,4	64,7%	2.674	9,4%	50	46	110%
PSIQUIATRÍA C. ESTADIA	19,2	96,8%	441	1,6%	24	8	320%
DESINTOXICACION	10,4	80,6%	57	0,2%	2	1	208%
TRAUMATOLOGÍA Y ORT.	8,0	93,1%	1.536	5,4%	36	26	138%
UCI ADULTO	6,9	96,3%	407	1,4%	8	7	115%
UCI PEDIATRICA	5,3	80,1%	276	1,0%	5	5	106%
UCI NEONATOLOGÍA	7,8	62,8%	146	0,5%	5	2	201%
UROLOGÍA	6,0	94,0%	909	3,2%	16	15	103%
UTI CIRU INTERMEDIA	7,1	58,7%	120	0,4%	4	2	195%
UTI INDIFERENCIADO	1,3	100,0%	2.287	8,0%	8	39	21%
UTI MED INTERMEDIA	6,1	94,5%	339	1,2%	6	6	104%
UTI NEO INTERMEDIA	5,6	55,4%	907	3,2%	25	15	162%
			28.444	100%			

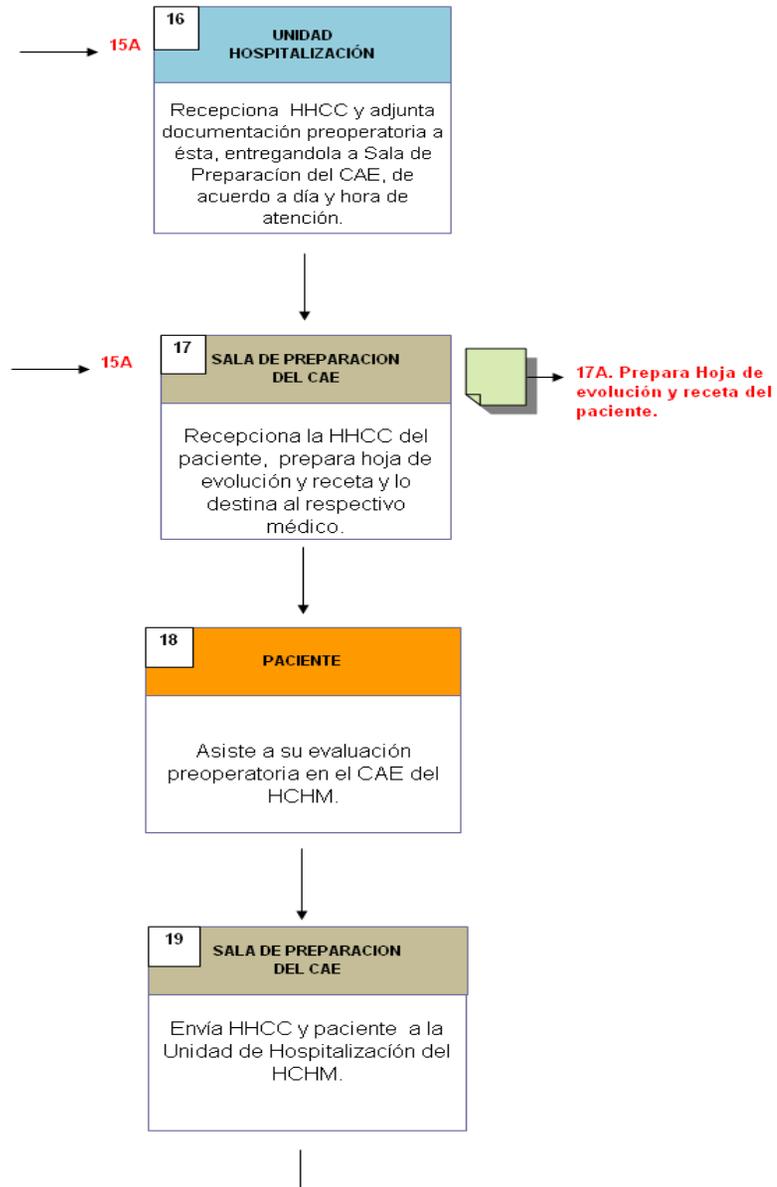
**Fuente: Elaboración propia con estadísticas de indicadores de atención cerrada del HCHM.**

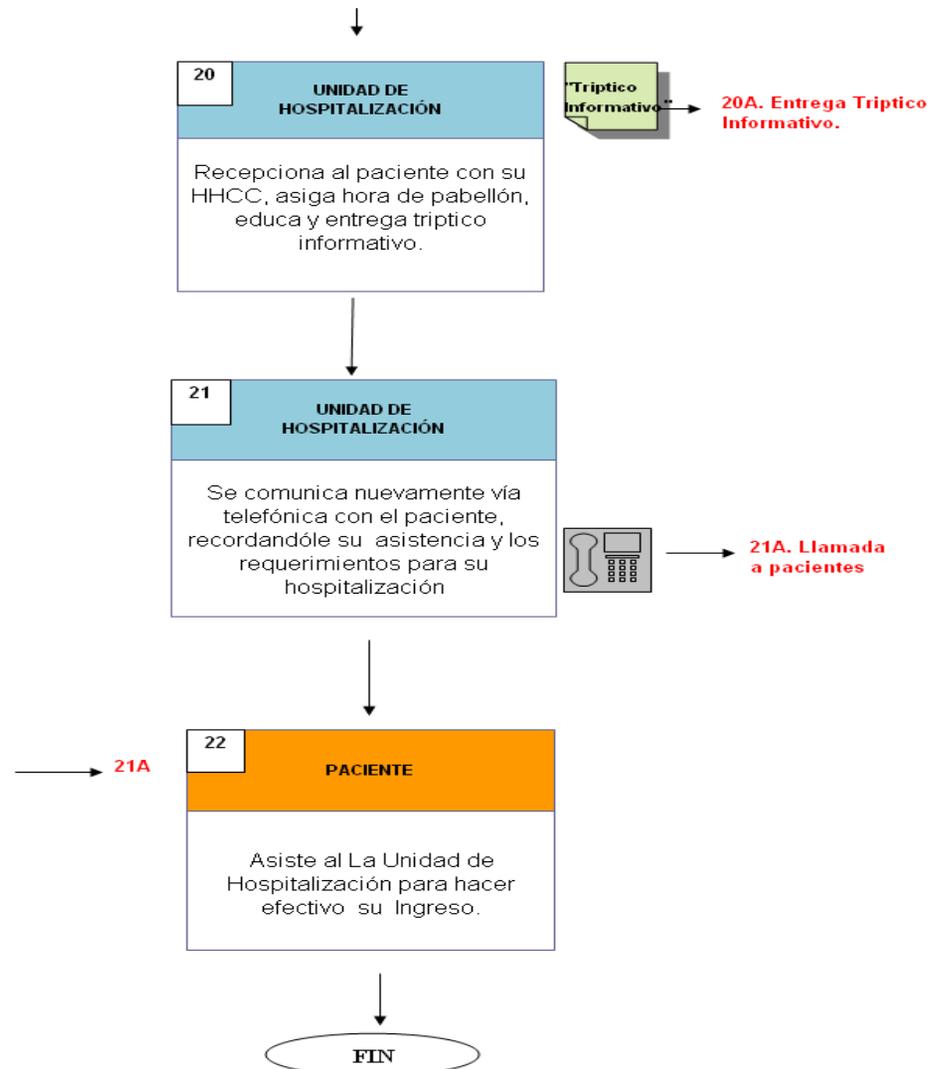
**Anexo Nº 6: Flujograma Procesos de Hospitalización**











Fuente: Documento facilitado por oficina de hospitalización.

**Anexo Nº 7: Resumen Garantías AUGE**

Nº Patología	Problema de Salud AUGE	Total de Casos	Garantía Cumplidas	% de Cumplimiento
1	Insuficiencia Renal Crónica Terminal	74	74	100%
2	Cardiopatía Congénita Operable	293	293	100%
3	Cáncer Cervico Uterino	1789	1790	99%
4	Alivio del Dolor por Cáncer Avanzado	227	227	100%
5	Diabetes Mellitus Tipo 1	8	8	100%
6	Cáncer de Mama	603	602	99%
7	Esquizofrenia	148	148	100%
8	Tratamiento Quirúrgico de Cataratas	2810	2810	100%
9	Endoprotesis de Cadera con Artrosis	103	103	100%
10	Fisura Labiopalatina	4	4	100%
11	Cáncer de Testículo	51	51	100%
12	VIH/Sida	30	30	100%
13	Hipertensión Arterial Primaria	360	360	100%
14	Epilepsia no Refractaria	15	15	100%
15	Prematurez	896	896	100%
16	Marcapaso	194	194	100%
17	Colecistectomía Preventiva del Cáncer de Vesícula	413	413	100%
18	Cáncer Gástrico	1259	1259	100%
19	Cáncer de Prostata	99	99	100%
20	Vicios de Refracción	6823	6823	100%
21	Estrabismo	495	495	100%
22	Retinopatía Diabética	65	65	100%
23	Desprendimiento de Retina	67	67	100%
24	Hiperplasia Benigna de la Próstata	73	73	100%
25	Hemofilia	7	7	100%
26	Depresión	1051	1051	100%
27	Ortesis	85	85	100%
28	Accidente Cerebrovascular Isquémico	2032	2031	99%
29	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	135	135	100%
30	Asma Bronquial Moderada	98	98	100%
31	Síndrome de dificultad Respiratoria	56	56	100%
32	ARTRITIS REUMATOIDE	340	340	100%
33	TRAUMA OCULAR GRAVE	1831	1831	100%
34	FIBROSIS QUIÍSTICA	4	4	100%
35	ATENCIÓN DE URGENCIA DEL TRAUMATISMO CRANEO ENCEFALICO MODERADO O GRAVE	446	446	100%
36	POLITRAUMATIZADO GRAVE	42	42	100%
			<b>Cumplimiento total</b>	<b>100%</b>

**Fuente: información proporcionada por la sección AUGE Valoradas.**

**Anexo Nº 8:** Consultas médicas de especialidades y consultas médicas nuevas de especialidades (personas atendidas por primera vez) acumulada a noviembre del 2008.

**Nº de consultas médicas especializadas**

ESPECIALIDAD	ACUMULADO NOVIEMBRE
PEDIATRIA	1.892
MEDICINA INTERNA	8.513
BRONCOPULMONAR INF.	1.580
BRONCOPULMONAR AD.	4.657
CARDIOLOGÍA INFANTIL	1.419
CARDIOLOGIA ADULTO	7.595
ENDOCRINOLOGIA	3.258
GASTROENTEROLOGIA INF.	481
GASTROENTEROLOGIA AD.	2.417
HEMATOLOGIA ADULTO	186
NEFROLOGIA INFANTIL	1.175
NEFROLOGIA ADULTO	3.096
REUMATOLOGIA	3.340
CIRUGIA INFANTIL	7.805
CIRUGIA ADULTO	8.695
C. MAMAS	3.369
C. MAXIMO FACIAL	584
OBSTETRICIA	7.361
GINECOLOGIA	10.316
DERMATOLOGÍA	6.014
FISIATRIA	1.655
NEUROCIROGÍA	1.540
NEUROLOGIA INFANTIL	4.951
NEUROLOGIA ADULTO	7.849
OFTALMOLOGÍA	19.074
ONCOLOGIA	137
OTORRINO	8.075
PSIQUIATRIA INFANTIL	455
PSIQUIATRIA ADULTO	8.082
TRAUMATOLOGÍA	9.225
UROLOGIA	4.499
<b>TOTAL</b>	<b>149.295</b>

**Consultas médicas “NUEVAS”**

ESPECIALIDAD	DERIVADAS A ESPECIALIDADES	CON INTERCONSULTAS APS <sup>44</sup>
PEDIATRIA	580	260
MEDICINA INTERNA	3.787	2.046
BRONCOPULMONAR INF.	377	219
BRONCOPULMONAR AD.	1.762	953
CARDIOLOGIA INFANTIL	473	335
CARDIOLOGIA ADULTO	2.274	1.103
ENDOCRINOLOGIA	792	460
GASTROENTEROLOGIA INF.	209	123
GASTROENTEROLOGIA AD.	1.140	707
HEMATOLOGIA ADULTO	48	29
NEFROLOGIA INFANTIL	481	228
NEFROLOGIA ADULTO	1.006	564
REUMATOLOGIA	1.107	788
CIRUGIA INFANTIL	3.112	1.359
CIRUGIA ADULTO	2.257	1.469
C. MAMAS	1.439	845
C. MAXIMO FACIAL	231	107
OBSTETRICIA	2.069	2.069
GINECOLOGIA	3.459	2.318
DERMATOLOGÍA	2.201	1.270
FISIATRIA	335	178
NEUROCIRUGÍA	814	400
NEUROLOGIA INFANTIL	1.588	1.004
NEUROLOGIA ADULTO	2.855	1.555
OFTALMOLOGÍA	9.923	6.796
ONCOLOGIA	30	17
OTORRINO	3.330	1.759
PSIQUIATRIA INFANTIL	102	70
PSIQUIATRIA ADULTO	1.966	1.329
TRAUMATOLOGÍA	3.892	1.609
UROLOGIA	2.687	1.556
<b>TOTAL POR DERIVACIÓN</b>	<b>56.326</b>	<b>33.525</b>
<b>TOTAL PRIMERAS CONSULTAS</b>	<b>89.851</b>	

Fuente: Información adaptada de los archivos recopilados en el departamento de estadística del HCHM.

<sup>44</sup> APS: Atención primaria de salud

**Anexo Nº 9:** Utilización o porcentaje de cumplimiento de consultorio de medicina especializada.

ESPECIALIDAD	META 2008	ACUMULADO NOVIEMBRE	% CUMPLIM.
PEDIATRIA	3.664	1.892	51,6%
MEDICINA INTERNA	8.979	8.513	94,8%
BRONCOPULMONAR INF.	2.550	1.580	62,0%
BRONCOPULMONAR AD.	4.371	4.657	106,5%
CARDIOLOGIA INFANTIL	1.794	1.419	79,1%
CARDIOLOGIA ADULTO	5.013	7.595	151,5%
ENDOCRINOLOGIA	3.510	3.258	92,8%
GASTROENTEROLOGIA INF.	1.286	481	37,4%
GASTROENTEROLOGIA AD.	1.729	2.417	139,8%
HEMATOLOGIA ADULTO	146	186	127,4%
NEFROLOGIA INFANTIL	1.380	1.175	85,1%
NEFROLOGIA ADULTO	2.189	3.096	141,4%
REUMATOLOGIA	2.972	3.340	112,4%
CIRUGIA INFANTIL	8.383	7.805	93,1%
CIRUGIA ADULTO	9.478	8.695	91,7%
C. MAMAS	2.978	3.369	113,1%
C. MAXIMO FACIAL	460	584	127,0%
OBSTETRICIA	6.383	7.361	115,3%
GINECOLOGIA	11.802	10.316	87,4%
DERMATOLOGIA	7.463	6.014	80,6%
FISIATRIA	1.899	1.655	87,2%
NEUROCIRUGIA	1.435	1.540	107,3%
NEUROLOGIA INFANTIL	6.155	4.951	80,4%
NEUROLOGIA ADULTO	6.699	7.849	117,2%
OFTALMOLOGIA	15.387	19.074	124,0%
ONCOLOGIA	220	137	62,3%
OTORRINO	7.809	8.075	103,4%
PSIQUIATRIA INFANTIL	554	455	82,1%
PSIQUIATRIA ADULTO	8.564	8.082	94,4%
TRAUMATOLOGIA	9.041	9.225	102,0%
UROLOGIA	4.707	4.499	95,6%
<b>TOTAL</b>	<b>149.000</b>	<b>149.295</b>	<b>100,2%</b>

Fuente: Información adaptada de los archivos recopilados en el departamento de estadística del HCHM.

**Anexo Nº 10:** Datos para la plantilla de evaluación de impacto

MES	FALLECIDOS HOSPITAL	EGRESOS HOSPITAL	NACIDOS VIVOS	FALLECIDOS PEDIATRIA	EGRESOS PEDIATRÍA	DEFUNCIÓN MATERNA
Enero	67	2.036	314	0	158	0
Febrero	55	1.957	268	1	113	0
Marzo	50	1.906	291	0	143	0
Abril	61	1.992	261	0	143	0
Mayo	63	2.045	320	0	142	0
Junio	78	2.009	342	0	110	0
Julio	84	2.169	323	0	190	0
<b>TOTAL</b>	<b>458</b>	<b>14.114</b>	<b>2.119</b>	<b>1</b>	<b>999</b>	<b>0</b>

**Fuente:** Información otorgada por el departamento de estadística del HCHM.

**Anexo Nº 11: Encuesta de Satisfacción de Usuarios**

Lugar: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Tipo de afiliación \_\_\_\_\_

1. ¿Cómo califica la atención recibida en asignación de citas?

Excelente                      buena                      regular                      mala

Si la respuesta es regular o mala, diga ¿Por qué?

---

2. ¿Cuánto tiempo se demoró para obtener la cita? \_\_\_\_\_ Minutos.

3. ¿Cómo califica la atención recibida en portería?

Excelente                      buena                      regular                      mala

Si la respuesta es regular o mala, diga ¿Por qué?

---

4. ¿Cuánto tiempo se demoró en la portería? \_\_\_\_\_ Minutos.

5. ¿Cómo califica la atención recibida en recepción?

Excelente                      buena                      regular                      mala

Si la respuesta es regular o mala, diga ¿Por qué?

---

6. ¿Cuánto tiempo se demoró en la recepción? \_\_\_\_\_ Minutos.

7. ¿Cómo califica la atención recibida en la caja?

Excelente                      buena                      regular                      mala

Si la respuesta es regular o mala, diga ¿Por qué?

---

8. ¿Cuánto tiempo se demoró en la caja?\_\_\_\_\_Minutos.

9. ¿Cómo califica las modalidades de la sala de espera?

Excelentes                      buenas                      regulares                      malas

Si la respuesta es regular o mala, diga ¿Por qué?

---

10. ¿Cuánto tiempo se demoró en la sala de espera?\_\_\_\_\_Minutos.

11. ¿Cómo califica la atención de la auxiliar de enfermería?

Excelente                      buena                      regular                      mala

Si la respuesta es regular o mala, diga ¿Por qué?

---

12. ¿Cómo califica la atención recibida del médico?

Excelente                      buena                      regular                      mala

Si la respuesta es regular o mala, diga ¿Por qué?

---

13. ¿Cuánto tiempo se demoró con el médico?\_\_\_\_\_Minutos.

14. ¿Cómo califica las comodidades del consultorio?

Excelentes                      buenas                      regulares                      malas

Si la respuesta es regular o mala, diga ¿Por qué?

---

¿Cómo califica la atención recibida en el laboratorio?

Excelente                      buena                      regular                      mala

Si la respuesta es regular o mala, diga ¿Por qué?

---

**15.** ¿Cuánto tiempo se demoró en el laboratorio? \_\_\_\_\_ Minutos.

**16.** ¿Cómo califica la atención recibida en RX?

Excelente                      buena                      regular                      mala

Si la respuesta es regular o mala, diga ¿Por qué?

---

**17.** ¿Cuánto se demoró en RX? \_\_\_\_\_ Minutos.

**18.** ¿Cómo califica la atención recibida en farmacia?

Excelente                      buena                      regular                      mala

Si la respuesta es regular o mala, diga ¿Por qué?

---

**19.** ¿Cuánto tiempo se demoró en farmacia? \_\_\_\_\_ Minutos.

Si usted en el futuro necesita de una consulta médica, ¿regresaría a esta institución?

Sí \_\_\_\_\_; No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es no, diga ¿Por qué?

---

**20.** ¿Qué sugerencias haría usted para mejorar la atención en la institución?

---

**Anexo N° 12:** Distribución de encuestas por centros de responsabilidad.

CENTRO COSTO		Total Cargos	Porcentaje del Total	Porcentaje de la muestra (90)
1	DIRECCIÓN	34	2%	2
2	SAF	46	3%	3
3	RRHH	30	2%	2
4	SASI	43	3%	3
5	SECCIÓN DE ESTERILIZACION	26	2%	2
6	SECCIÓN DE ALIMENTACION	42	3%	3
7	SECCIÓN LAVANDERÍA Y ROPERÍA	17	1%	1
8	SOME	56	4%	3
9	EMERGENCIA	87	6%	5
10	PACIENTE CRÍTICO ADULTO	43	3%	3
11	CONSULTORIO DE ESPECIALIDAD	80	5%	5
12	ANESTESIA Y PABELLONES	80	5%	5
13	DIÁLISIS	14	1%	1
14	ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	17	1%	1
15	IMAGENOLOGÍA	17	1%	1
16	LABORATORIO CLÍNICO	40	3%	2
17	ANATOMÍA PATOLÓGICA	6	0%	0
18	KINESITERAPIA	15	1%	1
19	FARMACIA	19	1%	1
20	MEDICINA TRANSFUSIONAL	14	1%	1
21	SAMU	62	4%	4
22	MEDICINA INTERNA	62	4%	4
23	CIRUGÍA DE ADULTOS	50	3%	3
24	GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	79	5%	5
25	PEDIATRÍA	81	5%	5
26	V PISO	45	3%	3
27	PSIQUIATRÍA	29	2%	2
28	NEUROLOGÍA	21	1%	1
29	VI PISO	36	2%	2
30	PENSIONADO	24	2%	1
	OTROS			0
	ESPECIALIDADES QUIMICO FARMAC	238	16%	14
	ODONTOLOGOS	5	0%	0
	DIRECTIVOS	31	2%	2
		7	0%	0
		<b>1496</b>	<b>100%</b>	<b>90</b>

Fuente: Elaboración propia con base a la distribución de cargos, proporcionado por departamento de recursos humanos.

**Anexo Nº 13:** Encuesta de satisfacción de los proveedores de servicios de salud.

Lugar:\_\_\_\_\_Dependencia:\_\_\_\_\_Edad:\_\_\_\_\_Sexo\_\_\_\_\_

Cargo:\_\_\_\_\_Tiempo de vinculación:\_\_\_\_\_Profesión:\_\_\_\_\_

1. ¿Cómo califica el ambiente físico donde realiza su trabajo?

Excelente                      bueno                      regular                      malo

Si la respuesta es regular o mala, diga ¿Por qué?

---

2. ¿Cómo califica la disponibilidad de los elementos esenciales para realizar su trabajo?

Excelente                      bueno                      regular                      malo

Si la respuesta es regular o mala, diga ¿Por qué?

---

3. ¿Cómo califica su satisfacción con las funciones que desempeña?

Excelente                      bueno                      regular                      malo

Si la respuesta es regular o mala, diga ¿Por qué?

---

4. ¿Cómo califica las relaciones con los superiores?

Excelentes                      buenas                      regulares                      malas

Si la respuesta es regulares o malas, diga ¿Por qué?

---

5. ¿Cómo califica las relaciones con los compañeros?

Excelentes                      buenas                      regulares                      malas

Si la respuesta es regulares o malas, diga ¿Por qué?

---

6. ¿Cómo califica las relaciones con los subalternos?

Excelentes                      buenas                      regulares                      malas

Si la respuesta es regulares o malas, diga ¿Por qué?

---

7. ¿Cómo califica los estímulos de la institución para el desempeño del cargo?

Excelentes                      buenos                      regulares                      malos

Si la respuesta es regulares o malos, diga ¿Por qué?

---

8. ¿Cómo califica las posibilidades de progreso en la institución?

Excelentes                      buenas                      regulares                      malas

Si la respuesta es regular o mala, diga ¿Por qué?

---

9. ¿Cómo califica la remuneración que recibe por su trabajo?

Excelente                      buena                      regular                      mala

Si la respuesta es regular o mala, diga ¿Por qué?

---

10. ¿Qué recomendaciones haría usted para mejorar el ambiente de trabajo y el clima organizacional de la institución?

---

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Varo, Jaime. Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios: Un modelo de Gestión Hospitalaria. Madrid, Editorial Díaz de Santos.1994.
2. Donabedian, Avedis. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Arbor, Health Administration Press. La calidad de la atención médica. 1980.
3. Rico, Rubén Roberto. Calidad estratégica total =total quality management: diseño, implementación y gestión del cambio estratégico imprescindible. Buenos Aires. 1993.
4. González-Dagnino, Alfonso. Calidad Total: en atención primaria de salud. 1994.
5. Malagón-Londoño, Gustavo; Galán, Ricardo Y Pontón, Gabriel. Auditoria en salud para una gestión eficiente. Editorial médica panamericana, Bogota, Colombia. 1998.
6. Malagón-Londoño, Gustavo; Galán, Ricardo Y Pontón, Gabriel. Administración Hospitalaria. Editorial médica panamericana, Bogota, Colombia. 2000.
7. Aguilera-Ortega, Angélica; Zúñiga-Lagos, Berta. “Percepción de la calidad de atención de los usuarios de la unidad de emergencia del hospital herminda martín de Chillán”. Grado de licenciado en enfermería. Chillán, Universidad del Bío Bío, Facultad de Cs. De la salud y los alimentos. 2003.

8. Evaluación de la calidad en la atención en salud, 2001. [En línea] <http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL32NO1/calidad.html> [Consulta: 01 septiembre 2008]
9. Hospitales Servicio de Salud, 2008. [En línea] [http://deis.minsal.cl/deis/CNuevo2/totales/conco.asp?op\\_ss=28](http://deis.minsal.cl/deis/CNuevo2/totales/conco.asp?op_ss=28), [Consulta: 06 septiembre 2008]
10. Brenner, Pola. Programa de Evaluación de la calidad de la atención hospitalaria, [Diapositivas]. 2005.
11. Bustamante-Risco, Ricardo. Evaluación de la Calidad de la Atención Primaria en Salud, Ministerio de Salud, [Diapositivas]. 2005.
12. Bustamante-Millalonco, Jessica; Órdenes-Hernández, Orlando. Análisis de la percepción sobre la satisfacción de Los usuarios en el hospital regional de valdivia, Grado de Licenciado en Administración, Valdivia, Universidad Austral de Chile, Esc. De Ingeniería Comercial. 2003.
13. Díaz-Swanston, Jennyfer; Aravena-Urrutia, Angela. Medición de la calidad para los servicios de medicina, Cirugía, ginecobstetricia y pediatría del hospital base de Curicó. Ingenieros Comerciales, Curicó, Universidad de Talca. 2003.