



UNIVERSIDAD ACADEMIA HUMANISMO CRISTIANO
ESCUELA DE GOBIERNO Y GESTIÓN PÚBLICA

LA ATENCIÓN AL PACIENTE EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER: UNA
PROPUESTA DE MEJORA.

Alumno: Bravo Torrealba, Pedro Antonio
Profesor guía: Rebolledo Acuña Lissette

Tesis para optar al grado de Magister en Gerencia Pública

Santiago, 2018.

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo la creación de un modelo de gestión que será proyectado considerando los datos obtenidos de una encuesta de satisfacción y así satisfacer las necesidades de la demanda en términos de calidad, oportunidad y acceso de atención a los pacientes del Instituto Nacional del Cáncer.

Esta investigación hace un análisis de la situación actual respecto a la calidad de atención del Instituto Nacional del Cáncer, y propone un planteamiento de soluciones basado en los aspectos de la calidad de atención que más valora el paciente, con el fin de mejorar el proceso y lograr la satisfacción del usuario.

La metodología utilizada para analizar la información considera las variables de tiempo de espera, infraestructura física, atención del personal, entrega de información, seguridad del paciente y acreditación hospitalaria.

Con estos antecedentes se podrá saber si el proceso de atención utilizado en el Instituto Nacional del Cáncer está cumpliendo su propósito, además de identificar cuáles son los nudos críticos de la satisfacción usuaria.

Considerando los resultados de la encuesta de satisfacción, que aborda las variables antes mencionadas, se implementará un modelo de gestión de apoyo a procesos y sistemas a nivel local.

Palabras claves: pacientes, atención oportuna, atención usuario, calidad de atención, Instituto Nacional del Cáncer.

INDICE

Capítulo 1 Introducción.....	6
1.1 Introducción	6
Capítulo 2 Antecedentes del Problema.....	7
2.1 Formulación del problema	7
2.2 Pregunta de investigación	7
2.3 Justificación de la investigación.....	7
2.4 Objetivos de la investigación	8
Capítulo 3 Marco Teórico.....	9
3.1 Ministerio de Salud de Chile.....	9
3.2 Mapa de Proceso de atención de Salud.....	9
3.2.1 Modelo de Atención Primaria	15
3.2.2 Modelo de Atención Ambulatoria de Especialidades.....	16
3.2.3 Modelo General de Proceso Gestión de Hospitalización.....	18
3.2.4 Modelo General De Proceso de Atención de Urgencia	18
3.2.5 Modelo General de Proceso Gestión de Citaciones.....	19
3.2.6 Modelo General de Proceso de Gestión de Indicaciones.....	20
3.2.7 Modelo General de Proceso Gestión de Información Clínica del Paciente	21
3.3 Acceso universal a la salud con garantías explicas	22
3.4 Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN)	23

3.5 Instituto Nacional del Cáncer.....	23
3.5.1 Visión y Misión Institucional	25
3.5.2 Normativa que rige al INC.....	25
3.5.3 Organigrama INC.	29
3.5.4 Recursos humanos y económicos	30
3.5.5 Satisfacción del usuario	33
3.6 Calidad de atención	37
3.7 Modelo de Atención Integral en Salud	40
3.8 Tecnologías de Información.....	43
3.9 Derechos y Deberes de los pacientes.....	45
Capítulo 4 Marco Metodológico	49
4.1 Tipo de investigación.....	49
4.2 Instrumentos metodológicos usados	49
4.3 Universo de estudio	50
4.4 Unidad de estudio y muestra de estudio	50
4.5 Variables y Pregunta de cuestionario	50
Capítulo 5. Análisis y Desarrollo	55
5.1 Análisis de resultados	55
5.2 Análisis de encuestas	57
5.3 Análisis de pregunta abierta	64

Capítulo 6 Conclusiones.....	65
Capítulo 7 Modelo de Gestión	66
Capítulo 8 Anexo.....	70
Capítulo 9 Bibliografía.....	96

CAPÍTULO 1 INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción

En un periodo de desarrollo e implementación de atención en el sistema de salud chileno (Plan AUGE), se han podido constatar avances muy importantes y, al mismo tiempo, áreas que se deben reforzar, a fin de acelerar y dar mayor consistencia al proceso de Atención en la Red de Salud.

Existe una amplia variedad de opiniones con respecto a la implementación de este sistema de salud, planteamientos que hablan de aciertos y desaciertos, aun cuando se tiene en cuenta el gran esfuerzo que implica sostener un proceso de cambio. No obstante, no se puede obviar la necesidad de sistematizar dicho proceso, estableciendo acciones concretas que deben instalarse en cada establecimiento de salud.

En Chile se han realizado numerosos esfuerzos por mejorar la calidad de atención en los servicios de salud tanto públicos como privados. Sin embargo, sabemos que para los privados es muchísimo más fácil llevar a cabo la implementación de mejoras, debido a que disponen de mayores recursos, los que pueden ser utilizados de manera más eficiente, convirtiendo los gastos en inversiones que pronto son recuperadas. En cambio, el sistema de salud público debe lidiar con la mala calidad del servicio, la falta de personal y la mala infraestructura que constantemente acusan los pacientes. (*Estrategia Nacional de Salud, 2010-2020, Minsal*)

El Instituto Nacional del Cáncer (INC) es un centro de referencia nacional para la resolución de casos oncológicos que incorpora atención de salud de alta complejidad, formando parte de la red asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN).

Durante los últimos años las autoridades sanitarias se han propuesto avanzar hacia una estrategia sanitaria entre los años 2010 al 2020, en donde se gestionarán los objetivos de salud pública en una perspectiva nueva, definiendo un conjunto de metas para dicho período.

Dentro de las estrategias y prioridades, se encuentra la acreditación hospitalaria, que consiste en una certificación de calidad entregada por el Ministerio de Salud a todo Hospital o Clínica privada. Además de la reforma de prestaciones en patologías de Garantías Explícitas en Salud (GES). La cual pretende asegurar de alguna manera la seguridad de los pacientes respecto de los procedimientos médicos y quirúrgicos que presta el hospital, además de brindar una atención integral con altos estándares de calidad y enfocado en los pacientes.

CAPÍTULO 2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

2.1 Formulación del problema

Un aspecto fundamental en la atención de salud, es la relación que existe entre el personal que labora en una institución, los pacientes y acompañantes. Esta relación se hace más dinámica, cuando se propicia la atención en forma eficaz y oportuna.

La inquietud de plantear esta investigación tiene su origen en la misión del hospital “Ser un centro público asistencial, docente e investigador, que aumenta la sobrevivencia y calidad de vida de sus pacientes, a través de un modelo de atención oncológica integral y humanizada”. La idea es establecer qué tan efectivo y válido es lo señalado en el enunciado anterior.

Específicamente se puede establecer que el problema que se presenta en la actualidad en el INC es una alta demanda en todos sus servicios, con altos niveles de saturación y listas de espera para las cirugías electivas y atención ambulatorias.¹ Lo que repercute directamente en la atención oportuna e integral de los pacientes

2.2 Pregunta de investigación

En el Instituto Nacional del Cáncer ¿Existe un modelo de atención que realmente sea integral, oportuno y de calidad? ¿Cuáles serían los factores que incidirían en dichos estándares de atención?

2.3 Justificación de la investigación

Actualmente, los órganos del sector público se han visto en la obligación de mejorar sus competencias, profesionalizando sus áreas de apoyo, lo que permitirá mantener la continuidad operacional, adaptándose a los cambios de la organización y del entorno otorgando los productos y servicios requeridos en condiciones competitivas.

La calidad de atención en salud es considerada a nivel mundial como la de mayor demanda a nivel social y los servicios que ofrece a los usuarios corresponden a una de las mayores coberturas en todos los niveles de atención. La atención oportuna en salud es fundamental en la prestación del servicio de salud para los pacientes, por lo que se hace necesario realizar un análisis de cómo se brinda este servicio en el INC.

Tanto la misión como la visión del Instituto dan una orientación acerca del planteamiento estratégico que dirige la actividad del hospital. Ambas apuntan hacia la calidad y oportunidad del servicio entregado a los pacientes, buscando crear estándares de calidad y plazos de atención definidos.

Por otro lado, las consecuencias más evidentes de este problema se manifiestan, por ejemplo, en los elevados índices de ausentismo, el grado de insatisfacción laboral manifestado por el personal y la falta de compromiso. Esto provoca serios inconvenientes para conformar grupos de trabajo estables donde prime el sentido de pertenencia y donde la necesidad de cubrir las

¹ Información extraída del análisis mensual de la Unidad de Control de Gestión. Instituto Nacional del Cáncer.

distintas áreas de servicio hace necesaria una constante rotación de personal. Por tanto, se torna imperiosa la necesidad de una planificación seria y consensuada de la distribución del personal y del perfil profesional adecuado a cada puesto de trabajo.

Por lo mismo, la coordinación de los recursos que alimentan este servicio debe ser tal que todo lo requerido esté presente en el momento preciso. Por ejemplo: el suspender una cirugía programada por falta de recursos presenta altos costos para el INC y principalmente para el paciente, por lo que se deben buscar mecanismos para prevenirlo.

La inquietud de plantear esta investigación tiene su origen en la necesidad de establecer una opinión concreta sobre la calidad de atención que se recibe del INC. La importancia de este estudio se sustenta en el deseo de dar a conocer la opinión de los usuarios externos del Instituto Nacional del Cáncer en relación a la atención que reciben de parte del personal administrativo, técnico y médico. Con estos antecedentes se podrá esclarecer si el proceso de acreditación hospitalaria está cumpliendo su propósito, además de identificar mediante una encuesta cuáles son los nudos críticos de la satisfacción usuaria.

En consecuencia, se hace necesaria una investigación que analice la calidad de la atención de los pacientes que permita orientar dichos procesos a la eficiencia en la utilización de recursos, así como también brindar un servicio de calidad alineado a los objetivos de la institución y así asegurar un nivel de servicio para todos los pacientes, haciendo uso eficiente de los recursos disponibles y con ello lograr atender a todos con los estándares requeridos. Esto implicaría una mejora en el actual lugar de trabajo, interviniendo y permitiendo una utilidad práctica de los conocimientos en aspectos y desempeños profesionales.

Es importante señalar que los principios orientadores, como las políticas y los desafíos estratégicos, resultan vitales señales u orientaciones para la conducta de los funcionarios y facilitan la gestión en las distintas áreas o unidades organizacionales, en particular si el éxito de los propósitos está centrados en las contribuciones del personal, tanto en su desempeño individual como colectivo.

2.4 Objetivos de la investigación

Objetivo General

Identificar y describir los factores que inciden en la calidad de atención oportuna e integral al paciente en el INC a través de la aplicación de encuestas de niveles de satisfacción.

Objetivos Específicos

- Determinar las variables más influyentes en la atención según la encuesta utilizada.
- Determinar los elementos necesarios para la construcción de un modelo de atención en el INC.
- Diseñar un modelo de gestión para la atención oportuna e integral de los pacientes del INC.

CAPÍTULO 3 MARCO TEÓRICO

Para poder comprender el planteamiento del objetivo general, es necesario analizar y conocer el contexto general en el cual se está inmerso. El Instituto Nacional del Cáncer pertenece al sector de la salud pública del país, por lo cual debe seguir los lineamientos planteados por el Ministerio de Salud de Chile y a su vez por el Servicio Metropolitano Norte al cual pertenece.

3.1 Ministerio de Salud de Chile

El Ministerio de Salud (MINSAL), tiene como objetivo coordinar, mantener y organizar la atención de la salud de los chilenos. Fue creado en virtud del Decreto con Fuerza de Ley N°25 de 1959, con la responsabilidad de realizar actividades de programación, control y coordinación en materia de salubridad pública. Su misión, busca contribuir a elevar el nivel de salud de la población; desarrollar armónicamente los sistemas de salud, centrados en las personas; fortalecer el control de los factores que puedan afectar la salud y reforzar la gestión de la red nacional de atención. Todo ello para acoger oportunamente las necesidades de las personas, familias y comunidades, con la obligación de rendir cuentas a la ciudadanía y promover la participación de las mismas en el ejercicio de sus derechos y sus deberes. En cuanto su visión es que las personas, familias y comunidades tendrán una vida más saludable, participarán activamente en la construcción de estilos de vida que favorezcan su desarrollo individual y colectivo. Vivirán en ambientes sanitariamente protegidos. ***Tendrán acceso a una atención en salud oportuna, acogedora, equitativa, integral y de calidad, con lo cual se sentirán más seguras y protegidas.***

El Ministerio de Salud tiene como visión buscar contribuir a elevar el nivel de salud de la población; desarrollar armónicamente los sistemas de salud, centrados en las personas; fortalecer el control de los factores que puedan afectar la salud y reforzar la Gestión de la red nacional de atención. Todo ello para acoger oportunamente las necesidades de las personas, familias y comunidades, con la obligación de rendir cuentas a la ciudadanía y promover la participación de las mismas en el ejercicio de sus derechos y sus deberes.

La visión del Ministerio de Salud considera que las personas, familias y comunidades tendrán una vida más saludable, participarán activamente en la construcción de estilos de vida que favorezcan su desarrollo individual y colectivo. Vivirán en ambientes sanitariamente protegidos. Tendrán acceso a una atención en salud oportuna, acogedora, equitativa, integral y de calidad, con lo cual se sentirán más seguras y protegidas.

3.2 Mapa de Proceso de atención de Salud²

El Sistema Público tiene como funciones básicas Administración del financiamiento, otorgamiento de las prestaciones de Salud Públicas y aplicar la normativa, de regulación, supervisión y control sobre las entidades de salud.

El financiamiento del sector público tiene por objetivo contribuir con los aportes monetarios necesarios para entregar las prestaciones de salud de las personas de menores ingresos, para

² www.minsal.cl/wp.../03/Mapa-de-Proceso-de-Atención-de-Salud-2015

generar programas de cuidado del medio ambiente y para generar campañas de prevención. Esto se logra mediante de FONASA, quien administra el financiamiento, identifica los beneficiarios y gestiona los beneficios.

Luego, la regulación, supervisión y control del sistema de salud queda a cargo de la Subsecretaría de Salud (Gabinete), la Secretaría Regional Ministerial, la Superintendencia de ISAPRE, las cuales asesoran en la regulación, control y supervisión del sistema completo, y el MINSAL, que define, controla y evalúa las políticas, planes, normas y programas de salud.

El Ministerio de salud es uno de los actores más importantes del Sistema Público de salud y su misión es contribuir a elevar el nivel de salud de la población, desarrollar armónicamente los sistemas de salud, fortalecer el control de los factores que puedan afectar la salud y reforzar la gestión de la red nacional de atención para acoger oportunamente las necesidades de las personas, familias y comunidades usuarias del sistema público. Está compuesto de las siguientes ramas:

1. FONASA, Fondo Nacional de Salud: es el organismo público encargado de otorgar cobertura de atención, tanto a las personas que cotizan sobre sus ingresos mensuales como a aquellas que, por carecer de recursos propios, las financia el Estado a través de un aporte fiscal directo. Tiene como función asegurar a sus beneficiarios el acceso a los servicios disponibles en el ámbito de la atención en salud, ofreciendo cobertura en:

- Atención ambulatoria: Consulta médica, exámenes de laboratorio e imagenología.
- Atención cerrada: Hospitalización, incluyendo procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Programas especiales Cardiocirugía, neurocirugía, trasplantes renales y hepáticos, medicina nuclear, atención oncológica, hemodiálisis y programa del adulto mayor.

2. ISP Instituto de Salud Pública: es una institución pública científico- técnica que busca garantizar la calidad de los bienes y servicios ofrecidos a la comunidad por los servicios públicos de salud.

Dentro del marco sanitario, el Instituto de Salud Pública cumple la función de ser laboratorio nacional y de referencia a través de la Salud Ocupacional y, además, cumple con la función de fijar los métodos de análisis, procedimientos de muestreo y técnicas de medición para los riesgos que regula de acuerdo a lo estipulado por Decreto Supremo 594 que reglamenta las condiciones sanitarias y ambientales básicas en los lugares de trabajo.

Paralelamente se encarga de dar apoyo en funciones relacionadas a la formación de recursos humanos, la generación de normas, asesorías técnicas, difusión del conocimiento e investigación aplicada y prestaciones de servicios.

3. Superintendencia de Salud: La Superintendencia de Salud es la encargada de la supervisión y fiscalización de las Isapres y de FONASA. Sus funciones son:

- Supervigilar y controlar a las Isapres y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley como Régimen de Garantías en Salud, los contratos de salud, las leyes y los reglamentos que las rigen.
- Supervigilar y controlar al Fondo Nacional de Salud en todas aquellas materias que digan estricta relación con los derechos que tienen los beneficiarios de la ley N° 18.469 en las modalidades de atención institucional, de libre elección, y lo que la ley establezca como Régimen de Garantías en Salud.
- Fiscalizar a todos los prestadores de salud públicos y privados, sean éstos personas naturales o jurídicas, respecto de su acreditación y certificación, así como la mantención del cumplimiento de los estándares establecidos en la acreditación.

4. CENABAST, Central Nacional de Abastecimiento: es el encargado de las adquisiciones y distribución de los fármacos, insumos médicos y bienes del sistema de salud público.

A nivel de cada Región el Ministerio está representado por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, responsables de ejercer las mismas funciones que el Ministerio en el ámbito de la Región. Los Servicios de Salud son los responsables de ejecutar las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de los enfermos y de hacer cumplir las disposiciones del Código Sanitario en las materias que les compete.

Son organismos estatales funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para la realización de las referidas acciones. Son 29 Servicios con asignación geográfica definida. Están estructurados internamente en una Dirección de Servicio a la que le corresponde la supervisión, coordinación y control de todos los establecimientos y dependencias. La red asistencial de los Servicios está constituida por Hospitales, Consultorios Generales Urbanos y Rurales, Postas Rurales de Salud y Estaciones Médico Rurales.

El Instituto Nacional del Cáncer depende directamente del Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN).

Otro organismo importante dentro de esta estructura es la Subsecretaría de Redes Asistenciales es responsable de regular y supervisar el funcionamiento de las redes de salud a través del diseño de políticas, normas, planes y programas para su coordinación y articulación, que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria, en el marco de los objetivos sanitarios, con calidad y satisfacción usuaria. Los Servicios de Salud, por su parte, les corresponde la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial asignada, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas.

Desde la perspectiva funcional, la red asistencial de cada Servicio de Salud estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que mantengan convenios con el Servicio de Salud

respectivo para ejecutar acciones de salud, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

La Red Asistencial de cada Servicio de Salud deberá colaborar y complementarse con la de los otros Servicios, y con otras instituciones públicas o privadas que correspondan, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población.

La Red de cada Servicio de Salud se organizará con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercerán funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención conforme a las normas técnicas que dicte al efecto el Ministerio de Salud, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos.

En aquellas regiones que tengan más de un Servicio existirá un Consejo de Coordinación de Redes Regionales integrado por los Directores de los respectivos Servicios, que será presidido directamente por la Subsecretaria de Redes Asistenciales o por quien éste designe. Su funcionamiento se regirá por las normas e instrucciones que éste imparta al respecto. Su función será diseñar, proponer y evaluar mecanismos de coordinación e integración técnica y administrativa de la Red Asistencial regional en lo referido al desarrollo de los diferentes niveles de complejidad de los establecimientos integrantes de la Red, así como de los sistemas de comunicación, referencia y contraderivación de pacientes y las demás materias que sean necesarias para la adecuada atención de la población y el mejor uso de los recursos.

Los 29 Servicios de Salud existentes a lo largo de nuestro país, son los siguientes:

1. ARICA
2. IQUIQUE
3. ANTOFAGASTA
4. ATACAMA
5. COQUIMBO
6. VALPARAÍSO - SAN ANTONIO
7. VIÑA DEL MAR – QUILLOTA
8. ACONCAGUA
9. METROPOLITANO NORTE
10. METROPOLITANO OCCIDENTE
11. METROPOLITANO CENTRAL
12. METROPOLITANO ORIENTE
13. METROPOLITANO SUR
14. METROPOLITANO SUR-ORIENTE
15. O'HIGGINS
16. MAULE
17. ÑUBLE
18. CONCEPCIÓN
19. TALCAHUANO

20. BÍOBÍO
21. ARAUCO
22. ARAUCANÍA NORTE
23. ARAUCANÍA SUR
24. VALDIVIA
25. OSORNO
26. RELONCAVÍ
27. CHILOÉ
28. AYSÉN
29. MAGALLANES

La Subsecretaría de Redes Asistenciales en su rol estratégico para el funcionamiento y articulación de la Red, se ha planteado incorporar a la propuesta de trabajo con los Servicios de Salud, el modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) que le permita asegurar el cumplimiento de los seis macro objetivos definidos sobre su gestión:

1. Avanzar hacia un modelo de atención proactivo que dé cuenta de la epidemiología, cronicidad y morbilidad de la población chilena, con enfoque de ciclo vital y de derechos en salud, preventiva y promocional, que permita anticiparse al daño.
2. Fortalecer la integración de la Red Asistencial Pública, bajo el modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) basadas en APS, coordinando los diferentes niveles de atención, facilitando la continuidad asistencial con equidad y calidad para lograr impacto sanitario en la población a cargo.
3. Diseñar e implementar un Plan Nacional de Mejora Continua en la Calidad de Atención en Salud.
4. Desarrollar una nueva política de gestión, formación, retención y desarrollo de las personas que trabajan en el sector salud, centrada en el respeto y reconocimiento a sus aportes cotidianos y a su necesaria participación.
5. Fortalecer la Gestión Financiera del Sector y el Financiamiento de la Red Asistencial Pública.
6. Desarrollar un Plan Nacional de Inversiones Públicas que permita abordar las graves brechas existentes de infraestructura y equipamiento en el Sector Público de Salud.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define a las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuenta de sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve (OPS, 2010)”.

El modelo de la RISS, promovido por la OPS desde el año 2010, identifica con claridad los efectos negativos que la fragmentación de los sistemas de salud produce tanto a nivel interno

(gestión, uso de recursos) como a nivel externo (baja satisfacción ciudadana con los servicios de salud recibidos), reflejándose en aspectos como:

- Segmentación institucional del sistema de salud.
- Predominio de programas focalizados en enfermedades.
- Riesgos y poblaciones específicos (programas verticales) que no están integrados al sistema de salud; separación extrema de los servicios de salud pública de los servicios de atención a las personas; modelo de atención centrado en la enfermedad, el cuidado de episodios agudos y la atención hospitalaria.
- Debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria.
- Problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos.

En este contexto, la iniciativa de la RISS apunta esencialmente a la disminución y superación de este problema tendiendo a:

- Optimizar y garantizar el acceso a los servicios.
- Mejorar la calidad técnica en la prestación de servicios.
- Propiciar el uso racional y eficiente de los recursos disponibles.
- Mejorar la baja satisfacción de los ciudadanos con los servicios de salud recibidos.

La metodología de abordaje sugerido por el modelo, ordena la gestión desde cuatro ámbitos planteados, incluidos 14 atributos específicos: (Anexo 1)

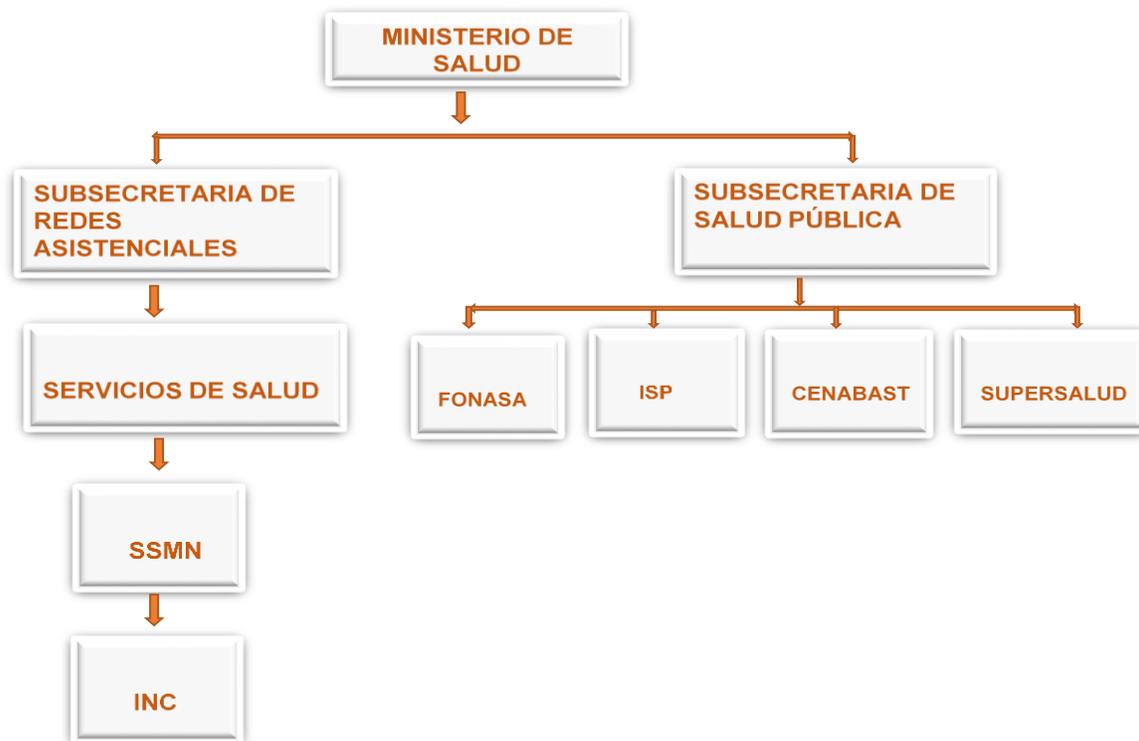
- Ámbito 1) Modelo asistencial
- Ámbito 2) Gobernanza y estrategia
- Ámbito 3) Organización y gestión
- Ámbito 4) Asignación de recursos e incentivos

Los establecimientos de salud que conforman la Red Asistencial incorporan la Atención Primaria, la Atención Ambulatoria de Especialidades, la Atención de Urgencia y la Atención en Hospitalización, conformados por Establecimientos de Mayor, Mediana y Menor Complejidad. Establecer una coordinación adecuada requiere articular eficientemente las estructuras de trabajo, con una gestión clínica integral, manteniendo la consistencia, integralidad y cohesión frente a sus usuarios.

En el anexo 2 se representa la agrupación lógica de los principales procesos en función de los conceptos de Atención Clínica Asistencial, con el soporte que brindan los Servicios de Apoyo y el Soporte Administrativo y Logístico para la atención de los pacientes. En este esquema general se destaca la relación de los procesos centrales, así como también la relación que éstos mantienen con procesos del ámbito administrativo, logístico y aquellos que corresponden a los procesos clínicos de apoyo al diagnóstico; todos ellos coordinados

armónicamente para dar respuesta adecuada a las necesidades de los usuarios de la Red de Salud Pública.

ORGANIGRAMA MINSAL



Fuente: Elaboración propia

3.2.1 Modelo de Atención Primaria

La atención primaria es el primer nivel de la organización del sistema de salud, es el que entrega mayor cobertura poblacional y menor complejidad. Corresponde a la red de establecimientos de atención ambulatoria constituido por los consultorios generales, urbanos y rurales; postas rurales de Salud y las estaciones médico-rurales. Es la puerta de entrada al Sistema Público de Salud, tiene por objetivo resolver los principales problemas de la comunidad, integrando acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. El anexo 3 se muestra un modelo general del proceso de atención primaria donde se pueden observar las distintas fase planificación, admisión atención y egreso que tiene como resultado final el alta o derivación del paciente a un centro de mayor complejidad.

3.2.2 Modelo de Atención Ambulatoria de Especialidades

Así como la atención primaria es el primer nivel de la organización del sistema público de salud responsable de entregar a la población la mayor cobertura de atención clínica de menor complejidad asociada a la prevención, promoción, curación y rehabilitación. La atención ambulatoria de especialidades, que se ubica en los niveles superiores del sistema, es responsable de otorgar la atención de especialistas necesaria para el tratamiento de problemas de salud no abordables desde la Atención Primaria de Salud (APS).

El acceso del paciente a este nivel de atención y su cartera de prestaciones (presenciales y por telemedicina) estará dado por la generación de una solicitud de interconsulta proveniente desde la APS, desde el mismo nivel de especialidad o desde el servicio de urgencia hospitalario. Todas las derivaciones generadas deben ser ingresadas a lista de espera y deben contar con protocolos clínicos de referencia y contrarreferencia, instrumentos de aplicación eminentemente prácticos que determinan los procedimientos administrativos y asistenciales requeridos para efectuar la referencia y contrarreferencia de los usuarios entre establecimientos de la red asistencial. Éstos deben ser elaborados y validados por la red asistencial donde se aplican. En base a lo anterior, todas las derivaciones deberán ser revisadas en el nivel secundario de especialidades, validadas y priorizadas, ya que, de no corresponder, serán remitidas a la APS.

Dentro del proceso, debe ser posible analizar la pertinencia de la solicitud de interconsulta, entendiendo como pertinente la derivación de acuerdo a los protocolos de referencia y contrarreferencia establecidos en la red. En el caso de no ser pertinente, se realizará la derivación para reevaluación de la solicitud, informando de tal situación al profesional clínico derivador o al paciente según corresponda.

Se pueden identificar dos tipos de No Pertinencia:

- 1.- No pertinencia por no cumplir con las reglas de derivación: esta ocurre cuando la derivación no cumple con los criterios definidos en los flujos de derivación (Protocolos de Referencia y Contrarreferencia) sobre el establecimiento y/o especialidad a la cual derivar.
- 2.- No pertinencia por no respetar los criterios clínicos de Inclusión o exclusión del problema de salud causante de la derivación.

Si por el contrario, la derivación o solicitud es pertinente, el médico gestor de la demanda (contralor clínico) o priorizador definirá de acuerdo a protocolos clínicos establecidos, si la atención se otorga en modalidad presencial o por Telemedicina. De existir disponibilidad se agendará la atención del paciente, de lo contrario, éste permanecerá en la lista de espera vigente para dicha prestación.

El egreso de este nivel de complejidad se dará como:

- 1.- Un alta médica, en el caso que la patología no amerite un control con especialista. El paciente puede ser dado de alta o reenviado a controles posteriores en la APS.

2.- Un control posterior de la misma especialidad o de otra especialidad, en el caso de una patología más compleja que requiera exámenes o control posterior o como una contra referencia del interconsultor al mismo nivel.

3.- Una hospitalización para tratamiento médico quirúrgico o estudio de patologías más complejas, que requiere internación en un establecimiento hospitalario.

Respecto de la referencia y contrareferencia, se debe tener presente que cada red de salud debe diseñar su “Mapa de Gestión en Red” donde describa los establecimientos que la conforman, su complejidad y el alcance de sus carteras de servicios, las que deben ser complementarias y dar respuesta a las necesidades de salud de la población beneficiaria asignada. Para que este diseño funcione, tiene que contar con un sistema de comunicación que permita que este beneficiario fluya en forma segura y eficiente a través de ella.

El paciente, una vez se defina como necesaria su derivación entre niveles para evaluación diagnóstica y/o tratamiento, deberá ser remitido desde un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutoria y una vez resuelto, ser contrarreferido desde éste a su establecimiento de origen. Esta acción corresponderá a la respuesta del especialista, dirigida al profesional del establecimiento o Servicio Clínico de origen del paciente, respecto de la interconsulta solicitada.

La contrarreferencia incorpora dos momentos:

1.- La respuesta inicial o Retroalimentación a la Interconsulta: Cuando el paciente recibe su primera atención (consulta nueva), donde se informa al establecimiento de origen que el paciente fue atendido, se confirma o descarta la hipótesis o duda diagnóstica y se informa el plan de tratamiento.

2.- El momento de alta del paciente del establecimiento de mayor complejidad, donde se informa al establecimiento referente que el paciente está dado de alta de la patología por la cual fue derivado o que fue estabilizado y requiere continuidad de la atención con un plan terapéutico definido.

En relación a lo anterior se identifican tres situaciones especiales:

a) En el caso excepcional de que el origen de la referencia sea el servicio de urgencia la contrarreferencia será remitida al establecimiento de APS donde está inscrito el beneficiario.

b) Aquellas situaciones en que la solicitud sea una consulta y/o procedimiento con carácter de tamizaje, también requerirán una respuesta del resultado al referente.

c) En el caso de programas de crónicos, donde el control del paciente es compartido entre APS y nivel secundario o terciario con acciones definidas en cada nivel; en esta situación debe existir un mecanismo de comunicación expedito entre ambos establecimiento que asegure la continuidad del cuidado.

El documento de contrarreferencia debe contar con los siguientes datos: (Anexo 4)

- 1.- Datos del paciente: nombre, Rut y edad.
- 2.- Datos del establecimiento que contrarrefiere.
- 3.- Datos del establecimiento de referencia.
- 4.- Diagnóstico.
- 5.- Tratamiento realizado
- 6.- Plan o indicaciones para APS.
- 7.- Datos del médico especialista que contrarrefiere: nombre, Rut y especialidad.
- 8.- Fecha.

3.2.3 Modelo General de Proceso Gestión de Hospitalización

El proceso de Gestión de Hospitalización es el conjunto de actividades clínicas y administrativas que se llevan a cabo en el Servicio de Hospitalización asignado. Tiene como objetivo brindar el apoyo clínico necesario en la atención progresiva del paciente según su estado de gravedad.

El proceso se inicia por derivación desde la Urgencia o por la derivación desde la atención ambulatoria o desde otro establecimiento hospitalario. Comenzando en la fase de admisión con el proceso de admisión de hospitalización, que tiene como objetivo realizar el registro y control administrativo de la atención en hospitalizados. Además, en esta misma fase y de forma paralela, se lleva a cabo el proceso de gestión de camas, cuyo objetivo es gestionar de manera eficiente el recurso cama a través de un gestor específico de ésta. Considera funciones tales como: administrar la disponibilidad de recursos y hacer las gestiones pertinentes para conseguir la mejor disponibilidad del recurso cama.

Posteriormente, en la etapa de atención clínica se inicia el proceso de atención clínica hospitalización, cuyo propósito es brindar la atención necesaria por parte del personal médico, además de la atención y cuidados por parte del personal clínico. De forma paralela al proceso antes mencionado, se genera el subproceso de registros de prestaciones e insumos, proceso mediante el cual se deja constancia en ficha clínica y formularios asociados de la evidencia de todos los insumos utilizados y de las prestaciones otorgadas durante la atención brindada al paciente.

Finalmente, en la fase de egreso se procede a dar el alta al paciente, generándose a través del subproceso de alta clínica y alta administrativa. (Anexo 5)

3.2.4 Modelo General De Proceso de Atención de Urgencia

El proceso de atención de urgencia es el conjunto de actividades clínicas y administrativas que se llevan a cabo en la unidad de emergencia hospitalaria. Tiene como objetivo brindar cuidados de salud a un paciente que necesita atención médica inmediata. El proceso se inicia ya sea por demanda espontánea, derivación desde un Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) o desde el SAMU o de otro servicio de urgencia ya sea público o privado.

El proceso se inicia con la admisión del paciente, siempre y cuando se trate de un paciente no grave, en este caso el paciente, familiar o el equipo de salud que lo acompaña, es quien realiza el trámite. En caso contrario, paciente grave, éste será enviado directamente a Evaluación Médica en la sala de reanimación, instancia donde se realizarán todas las acciones de esta etapa de la atención, pero de forma más rápida debido a la condición grave en la cual ingresa el paciente. La admisión se realizará a posterior.

Paralelamente se inicia el proceso de “Coordinación de Actividades” y el proceso de “Atención y Entrega de Información a familiares, acompañantes y/o tutor” ambos están presentes durante toda la estadía del paciente en la atención de urgencia. La coordinación de Actividades tiene como objetivo principal, coordinar que se lleven a cabo todas las actividades relacionadas con el paciente en su atención clínica. En tanto, atención y entrega de información a familiares, acompañantes y/o tutor, tiene como objetivo principal mantenerlos informados en forma proactiva, respecto del estado y evolución del paciente y sobre procedimientos realizados durante su estadía en la unidad.

Luego de la admisión, el paciente ingresa al selector de demanda, cuyo objetivo es categorizar el nivel de urgencia del paciente con la finalidad de determinar cuán rápido debe ser atendido. En el caso de que el paciente no haya sido atendido dentro los tiempos estipulados debe ser nuevamente categorizado, ya que luego de haber transcurrido una cierta cantidad de tiempo lo más probable es que su estado sufrió modificaciones.

Posterior a la categorización, continúa la evaluación médica, proceso en el cual el paciente recibe la atención directa de un profesional de salud. Considera la realización de la anamnesis (recopilación de antecedentes clínicos personales, familiares y sociales, si corresponde) la identificación del motivo de consulta, la sintomatología, la realización del examen físico, la definición de un diagnóstico clínico o sospecha diagnóstica y el plan terapéutico. Todo lo anterior, con el debido registro en la ficha clínica del paciente y la emisión de la documentación que asegure la gestión de indicaciones establecida.

En algunos casos, el paciente necesita ser derivado al proceso de Indicación de Observaciones, en donde el equipo de salud después de un tiempo evaluará su evolución y pasos a seguir.

Finalmente, se procede a dar el alta al paciente, alta clínica y alta administrativa, que consiste en la entrega de los certificados e indicaciones al alta y el pago de la atención en caso que corresponda.(Anexo 6)

3.2.5 Modelo General de Proceso Gestión de Citaciones

El proceso de gestión de citaciones es el conjunto de actividades que tienen por objetivo mantener y agendar horas para la atención clínica de un paciente.

El inicio del subproceso parte con la administración y programación de la oferta de atención, que consiste en una serie de actividades, que permiten de acuerdo a los recursos disponibles

y las horas contratadas de profesionales realizar la disponibilidad de oferta del establecimiento, para determinar las citas u horas de prestaciones que los servicios puedan entregar y de esta manera satisfacer la necesidad de la atención clínica de un paciente.

Luego, en el caso que se requiera una reprogramación de la oferta debido a algún cambio específico, se debe llevar a cabo mediante el subproceso de mantención de horas disponibles, el cual considera la realización de los cambios validados respectivos e informa dicha modificación a todas las partes involucradas.

Finalmente, se lleva a cabo el subproceso de agendamiento, que tiene como principal objetivo llegar a asignar la hora de atención al paciente. (Anexo 7)

3.2.6 Modelo General de Proceso de Gestión de Indicaciones

El proceso de gestión de indicaciones, es el conjunto de actividades de coordinación que tienen como objetivo el análisis, planificación y ejecución de las indicaciones prescritas por un profesional un médico u otro profesional a cargo de un paciente.

El proceso se inicia a partir de la indicación, la cual es recepcionada por el personal de enfermería que realiza la transcripción de ésta y establece el plan de operacionalización que considera análisis del alcance, planificación de las acciones, coordinar realización, ejecutar directamente lo que le corresponda por competencia técnica o gestionar la derivación de aquellas a realizar por otro servicio de apoyo y/o de especialidad, según corresponda.

Una vez que es revisada la indicación, pueden existir casos para los cuales se requiera una validación previa a su ejecución por parte de un comité o un validador específico establecido de acuerdo a ciertas normativas vigentes.

Una vez ejecutadas las indicaciones deben ser registradas las acciones en la ficha clínica del paciente incluida la identificación del profesional responsable, de tal manera de asegurar que el médico u otro profesional una vez lo reevalúe disponga de la información para la definición terapéutica correspondiente.

Respecto a las indicaciones posibles desde un profesional médico se establecen los siguientes dentro de este proceso:

- ✓ Terapias farmacológicas y no farmacológicas.
- ✓ Intervención Quirúrgica.
- ✓ Evaluación Clínica médica y de otros profesionales.
- ✓ Exámenes de Laboratorio, Imagenología, Anatomía Patológica y otros exámenes.
- ✓ Procedimientos médicos: Diagnósticos y terapéuticos (intervencionales y no intervencionales)
- ✓ Procedimientos otros profesionales: Diagnósticos y terapéuticos.
- ✓ Hospitalización (domiciliaria, corta estadía, en servicio clínico, etc.)

- ✓ Rehabilitación.
- ✓ Plan de Enfermería (tipo de reposo, monitoreo, aislamiento, etc.)
- ✓ Régimen alimenticio.
- ✓ Traslado de pacientes.

Dependiendo de la indicación, el proceso de coordinación de la ejecución de lo indicado puede variar. Sin embargo, cada indicación da origen a su vez a la ejecución de un conjunto de actividades para conseguir el resultado deseado. Todas las actividades de coordinación para la realización de lo indicado forma parte del proceso de gestión de indicaciones. A su vez, la ejecución de los distintos tipos de indicaciones conforma un proceso en sí mismo, por ejemplo, para realizar un examen de laboratorio, además de la coordinación con el servicio correspondiente, se requerirá que éste lleve a cabo un conjunto de actividades debidamente coordinadas entre sí desde la recepción de la solicitud, pasando por la toma de la muestra y el procesamiento de la misma, hasta conseguir un informe de resultados que será debidamente validado por los especialistas del servicio de laboratorio, antes de ser enviado como respuesta al médico que lo indicara.

En el caso de las indicaciones factibles a realizar por otros profesionales no médicos, estas deben contar con un marco normativo local y/o criterios de competencia técnica que ameriten. (Anexo 8)

3.2.7 Modelo General de Proceso Gestión de Información Clínica del Paciente

El proceso de gestión de la información clínica del paciente constituye un requisito básico para la acreditación de los establecimientos, por lo que resulta de gran importancia establecer que todo movimiento de las fichas clínicas fuera de la unidad de archivo, entre los diferentes servicios y/o unidades del establecimiento, debe estar resguardado por un procedimiento definido, validado y difundido en la institución que vele por la trazabilidad y la confidencialidad del documento.

El proceso se inicia con la petición a través de una solicitud programada o no programada de una ficha clínica a la unidad de archivo, en donde en la fase de recepción se realiza el ingreso de dicha solicitud, la generación del tarjetón de respaldo y la programación de la disponibilidad de información clínica. A este respecto, cabe tener presente que se debe contar con un sistema de registro que permita la trazabilidad de la ficha clínica, incluyendo a lo menos información como el número de ficha, run del paciente, primer y segundo apellido, el servicio clínico solicitante y el de destino más la fecha de la solicitud, entrega y devolución.

Luego, se lleva a cabo el procesamiento de la solicitud, en donde principalmente se realiza la búsqueda de la ficha clínica, el rescate de la ficha, en el caso que corresponda y, finalmente, la disponibilidad de ellas.

En la fase de despacho es obligatorio generar una lista de chequeo de a recepción de los documentos con copia para el receptor del documento y el archivo.

Finalmente, una vez utilizadas las fichas clínicas, en la fase de recepción, se lleva a cabo el proceso de recepción de fichas clínicas, el cual está enfocado a recuperar, en un tiempo determinado, las fichas facilitadas a los diferentes solicitantes. (Anexo 9)

3.3 Acceso universal a la salud con garantías explícitas ³

El Ministerio de Salud de Chile cuenta con un Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas, conocido popularmente como "Plan AUGE", que se convirtió en ley el 3 de septiembre de 2003 al publicarse en el Diario Oficial la Ley N° 19.966, y se puso en marcha el 1 de abril de 2005. Este plan inicialmente benefició a la atención de 25 patologías. Este número fue temporal, pues la idea es que la cantidad vaya en aumento, por lo que en el año 2006 se sumaron 15 enfermedades, en el 2007 fueron 16 y el 1ro de Julio del 2010 se adicionaron 10 enfermedades más y finalmente el año 2016 se agregaron 14 patologías para un total de cobertura actual de 80 enfermedades con garantías AUGE. El Plan AUGE a través de Garantías Explícitas de Salud (GES) prioriza en función de tiempos máximos de espera asociados a: lo más frecuente, lo más grave, lo más caro y lo que más daña la calidad de vida. Y debe garantizar a las personas que tengan estas 80 enfermedades los siguientes beneficios:

- **Acceso:** obligación de Fonasa e Isapres (prestadores de salud) de otorgar determinadas prestaciones de salud a todos sus beneficiarios.
- **Oportunidad:** tiempos máximos de atención para prestaciones prioritarias en la atención del problema de salud.
- **Calidad:** estándares adecuados para la correcta atención de salud, entregada por prestadores institucionales acreditados y especialistas certificados.
- **Protección financiera:** límite máximo al gasto de bolsillo que puede ocasionar a la familia la atención del problema de salud.

BENEFICIOS PLAN AUGE



Fuente: Ilustre Municipalidad de Vitacura, 2017. Recuperado de coberturas AUGE en los CESFAM.

³ <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/2464-auge-ges-plan-de-acceso-universal-a-garantias-explicitas>

3.4 Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN)

El Servicio de Salud Metropolitano Norte tiene a su cargo la planificación conjunta de las actividades de articulación, gestión y desarrollo de la red de establecimientos de salud del área norte, además de la supervisión, control y evaluación de sus resultados. Los establecimientos que formen parte de la red asistencial del SSMN, “ejecutarán acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos y de apoyo diagnóstico y terapéutico”.

El SSMN es una institución pública que articula en forma eficiente la red asistencial de 8 comunas del área norte de la Región Metropolitana: Independencia, Recoleta, Conchalí, Quilicura, Huechuraba, Lampa, Til Til y Colina, cumpliendo los objetivos sanitarios, en un marco de equidad, excelencia y transparencia en la gestión, con el fin de mejorar la calidad de vida de la población. El Servicio coordina en forma eficiente la Red Asistencial que cuenta con seis recintos hospitalarios: el Hospital Clínico San José, el Hospital de niños Dr. Roberto del Río, y el Instituto Nacional del Cáncer, ubicados en la comuna de Independencia; el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak en Recoleta y por último el Hospital Comunitario de Til Til. En cuanto a la Atención Primaria de Salud, el SSMN coordina y apoya la gestión de los 60 centros asistenciales entre los que se cuentan 22 Centros de Salud Familiar (Cesfam), 8 Centros de Salud Mental (Cosam), 7 Centros Comunitarios de Salud Familiar (Cecosf), 11 Servicios de Atención Primaria de Urgencia (Sapu), 2 Sapu Avanzados y 10 postas rurales, los cuales trabajan con un modelo de atención eficiente, eficaz y oportuna dirigida a los usuarios. Recuperado de: <http://www.ssmn.cl>

3.5 Instituto Nacional del Cáncer⁴

El Instituto Nacional del Cáncer fue fundado el 13 de diciembre de 1930 y funcionó en sus inicios con el nombre de Instituto del Radium, porque se inició con un equipo de cobalto para tratar cáncer de cuello uterino, en un edificio ubicado en el interior del antiguo Hospital “San Vicente de Paul”, dependencias que hoy forman parte del actual Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Después del fallecimiento de su primer director y fundador, el Dr. Caupolicán Pardo Correa, en 1940, las autoridades de la época le asignaron este nombre al Instituto en reconocimiento al aporte que este profesional hizo a la salud del país, en especial a su incansable lucha por sanar a los enfermos de cáncer.

En enero de 1980, como consecuencia de la reorganización de los Servicios de Salud, el Instituto del Radium “Dr. Caupolicán Pardo Correa”, paso a formar parte del Hospital Base “San José”, como Servicio Clínico de Oncología.

En junio de 1986 se le restituyó su calidad de establecimiento hospitalario independiente, con la denominación de Hospital Oncológico “Dr. Caupolicán Pardo Correa”, y en 1988 por

⁴ <http://www.incancer.cl/> Planificación estratégica, 2016.

Resolución N°266 del Ministerio de Salud se le restableció la calidad de Instituto por ser un establecimiento de alta complejidad dedicado a un problema de salud exclusivo.

El 16 de octubre de 1997, por Resolución N°1130 del Servicio de Salud Metropolitano Norte, pasó a denominarse: “Instituto Nacional del Cáncer”.

El año 2006 es denominado establecimiento autogestionado en red, como uno de los tres primeros establecimientos públicos que adquieren esta categoría; y en el año 2010, se constituyó en el primer establecimiento de la red pública confirmado por el estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención cerrada.

En abril del año 2009 comenzó el funcionamiento del nuevo centro de Radioterapia, ubicado al interior del Hospital Barros Luco (Dr. Koch 704, San Miguel) el cual contara con tres aceleradores lineales, conectados con un sistema computacional y de control de calidad.

Cabe destacar que para el INC el terremoto sufrido en febrero del año 2010 afectó seriamente su infraestructura, quedando inutilizada toda el área norte del establecimiento, equivalente a 2.1256 M2 de un total de 7.2287 M2 . Se perdieron 2 pabellones de cirugía mayor y un total de 8 camas de UTI. Frente a esta situación de contingencia, el Instituto hasta el año 2012 adoptó algunas medidas paliativas que permitieron que la producción total del Instituto disminuyera en menor proporción que la pérdida de infraestructura e implementación, redistribuyendo unidades clínicas en áreas menos afectadas por el terremoto, trasladando las unidades administrativas a container en el antejardín del establecimiento y suspendiendo el funcionamiento del pensionado. El año 2011 comenzó la construcción de la torre médico-quirúrgica en el patio central del instituto, proyecto que permitió recuperar los espacios perdidos. Ya el estudio de la Red Asistencial de la Región Metropolitana del año 1999, en condiciones normales, indicaba la necesidad de normalizar este hospital, en términos de hacerse cargo de las brechas de atenciones médicas y de recursos asociados.

La nueva torre médico quirúrgica cuenta con un policlínico con una sala de espera y 17 boxes de atención de los equipos de cirugía, alivio del dolor cuidados paliativos y oncología médica; una unidad de recuperación y otra de cuidados intermedios con un total de 13 camas en el segundo piso, y en el último nivel, tres pabellones con estándares de calidad internacional.

“Estamos ciertos que con esta nueva infraestructura, que considero una inversión de alrededor de cuatro millones de dólares y tomó 240 días en construirse, estamos dando un salto cualitativo, disminuyendo la brecha existente entre el sector público y el privado. Además este es un ejemplo real de la reconstrucción del antiguo edificio del INC, seriamente dañado por el terremoto de febrero 2010. Gracias a esta nueva infraestructura estamos capacitados para realizar procedimientos con tecnologías de punta y entre ellos destacamos la cirugía radio guiada, la reconstrucción mamaria, la micro cirugía de cabeza y cuello, el desarrollo de la cirugía endoscópica y urooncológica”, Dr. Patricio Gayan.

Los cambios epidemiológicos, el excelente desempeño del INC y el deterioro en la infraestructura llevaron a un primer desarrollo de un Estudio de Pre inversión Hospitalaria

(EPH) el año 2011, el que no tuvo su efectiva revisión en el MINSAL por el correspondiente cambio de gobierno. Recuperado de: <http://www.incancer.cl/> Cuenta Publica, 2016.

De lo anterior es que el Instituto se encuentra en proceso de normalización, en miras de la concreción de un proyecto para un nuevo hospital que reemplace el actual edificio que data de 1920, ubicado en Av. Profesor Zañartu N°1010, Independencia.

3.5.1 Visión y Misión Institucional⁵

Visión:

Liderar procesos que nos permitan reducir el cáncer Chile.

Misión:

Ser un centro asistencial, docente e investigador que entrega una atención de excelencia, humana, profesional y tecnológica al paciente, su familia y la comunidad, respaldado en la calidad de nuestro personal y su mejoramiento continuo e integral. Contribuir al fortalecimiento de la red oncológica nacional y a la formulación de las políticas de salud relacionadas con el cáncer.

3.5.2 Normativa que rige al INC

El Instituto Nacional del Cáncer (INC) es un centro de referencia nacional para la resolución de casos oncológicos que incorpora alta complejidad, forma parte de la red asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN) junto al Hospital San José, el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz, el Hospital de Til Til, 5 centros de salud familiar, 8 consultorios de salud mental y 6 consultorio generales.

Los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR), como el INC, son organismos dependientes pero desconcentrados de los servicios de salud. Están insertos en una lógica territorial de áreas de salud, bajo la cual se agrupan tanto aspectos de demanda (la población), como de oferta (los establecimientos de salud). Los EAR surgen a partir de la Ley N° 19.937 del año 2004, sobre Autoridad Sanitaria. La Reforma de la Salud los crea como respuesta a la necesidad de mayor autonomía en la gestión de los hospitales e institutos, manteniendo el concepto de Red Asistencial. Esta condición era necesaria en el escenario de hacer frente a los problemas de salud de las personas, con la mayor agilidad que imponía el sistema de garantías explícitas en salud a través de condiciones de acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera, en las prestaciones de salud asociadas a un grupo prioritario de problemas.

El Reglamento Orgánico de los EAR⁶, contempla la existencia de una “Red Asistencial de Alta Especialidad”, formando parte de ella, según indica la norma, “los Establecimientos Autogestionados que estén destinados a la atención preferente de una determinada

⁵ <http://www.incancer.cl/> Quienes somos.

⁶ Fuente: Decreto Supremo N° 38, de 2005, de Salud

especialidad, con exclusión de las especialidades básicas, de alta complejidad técnica y de cobertura nacional. Esta Red será coordinada por el Subsecretario de Redes Asistenciales, conforme a este Reglamento...”. En el mismo reglamento se contienen los requisitos que deben cumplir los EAR.

La Ley de Autoridad Sanitaria contempla otorgar esta autonomía a aquellos establecimientos que puedan demostrar el cumplimiento de una serie de requisitos que avalan una adecuada gestión administrativa y financiera de sus recursos. Sin perjuicio de ello, el artículo 15 de la Ley N° 19.937 estableció un listado de 56 hospitales, que a la fecha de la aprobación eran de tipo 1 y 2, en la anterior clasificación hospitalaria. Los que de no ser calificados como EAR, a contar del 1 de enero de 2009 tendrían dicha calidad por el solo ministerio de la ley. En el año 2006, el INC es uno de los tres primeros establecimientos que, por su propio mérito, obtuvieron la autonomía.

Los pilares fundamentales en los que se encuentra sustentada la actividad del INC son la asistencia, la docencia y la investigación. De ellos, la actividad asistencial es la más desarrollada actualmente. No obstante, para cumplir la misión y visión plasmada es preciso relevar la docencia y la investigación. La división de Gestión de la Red Asistencial de la Subsecretaría de Redes Asistenciales ha definido con claridad la red que corresponde resolver al Instituto Nacional del Cáncer.

Paralelo a esto, el año 2015 el Ministerio de Salud (MINSAL) decide relevar la iniciativa propuesta por la OPS orientada a poner en práctica efectiva las “Redes Integradas de Servicios de Salud” (RISS), para optimizar el uso de los diferentes dispositivos de atención que se encuentran disponibles en los territorios de cada uno de esos servicios.⁷

En ese sentido, se hizo el esfuerzo de definir compromisos de gestión centrados en la lógica de las RISS, con periodo de desarrollo de los años 2015 a 2018, favorecer encuentros de los equipos directivos de los Servicios de Salud y definir acciones de complementariedad, que permitan una real integración de los equipos de salud locales, orientados al desarrollo de competencias que nos permitan enfrentar de mejor forma los desafíos de la situación epidemiológica actual.⁸

De igual modo, es responsable de la resolución de casos de alta complejidad oncológica de todo el país. En suma, y como un proceso de relevancia máxima, el INC obtuvo la acreditación de prestadores, proceso validado y reconocido a través de Res. Ex. IP 1774 fechado 02 de diciembre de 2016, de la Superintendencia de Salud.⁹

El Instituto Nacional del Cáncer da atención integral oncológica a beneficiarios mayores de 15 años y en el caso de Radioterapia se extiende a todas las edades. Por ser un centro de referencia nacional (Instituto), debe atender a los beneficiarios FONASA procedentes de los demás Servicios de Salud, con los cuales tiene convenio. Ellos son:

⁷ Orientaciones para la Planificación y Programación en Red año 2016, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.

⁸ Orientaciones para la Planificación y Programación en Red año 2016, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.

⁹ Superintendencia de salud

- Servicio de Salud Iquique.
- Servicio de Salud Metropolitano Sur.
- Servicio de Salud Metropolitano Central.
- Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.
- Servicio de Salud Metropolitano Occidente.
- Servicio de Salud del Libertador Bernardo O'Higgins.
- Servicio de Salud del Maule.
- Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.

El INC coordina su quehacer, mediante Centros de Responsabilidad los cuales se pueden definir como una unidad de gestión dirigida por un responsable en quien se delega un determinado nivel de decisiones para el logro de los objetivos de las diferentes unidades que lo conforman.

En el INC, existen 4 centros de responsabilidad clínicos:

Centro de responsabilidad de Cirugía

El centro de Responsabilidad de Cirugía tiene como objetivo entregar una atención médica y quirúrgica integral, oportuna y de calidad al paciente oncológico público como apoyo social y solidario a su familia.

Funciones

- Asistencial: consiste en el cuidado integral del paciente por parte del equipo de salud de esta unidad.
- Docente: en la se hace docencia a alumnos e internas de enfermería, técnicos paramédicos y alumnos internos becados de medicina.
- Investigación: trabajos de tipo prospectivo y retrospectivo, se planifican actividades de capacitación y educación al personal de servicio, estadísticas de morbilidad y mortalidad y toda la investigación clínica.
- Administrativas: elaboración de manuales de organización, procedimientos, orientación de la unidad de cirugía.

Centro de responsabilidad de Cuidados Paliativos

La unidad de Cuidados Paliativos tiene por función brindar asistencia continua, interdisciplinaria, con énfasis en el autocuidado a pacientes oncológicos con dolor y/o terminales y sus familias que se atienden en el INC. También efectúan docencia, capacitación e investigación en alivio del dolor por cáncer y cuidados paliativos. Su función principal es mejorar la calidad de vida del paciente oncológico terminal y de su familia, a través de un control de síntomas eficientes y apoyo psicosocial adecuado de modo de dignificar la ocurrencia de muerte.

Centro de responsabilidad de Oncología Medica

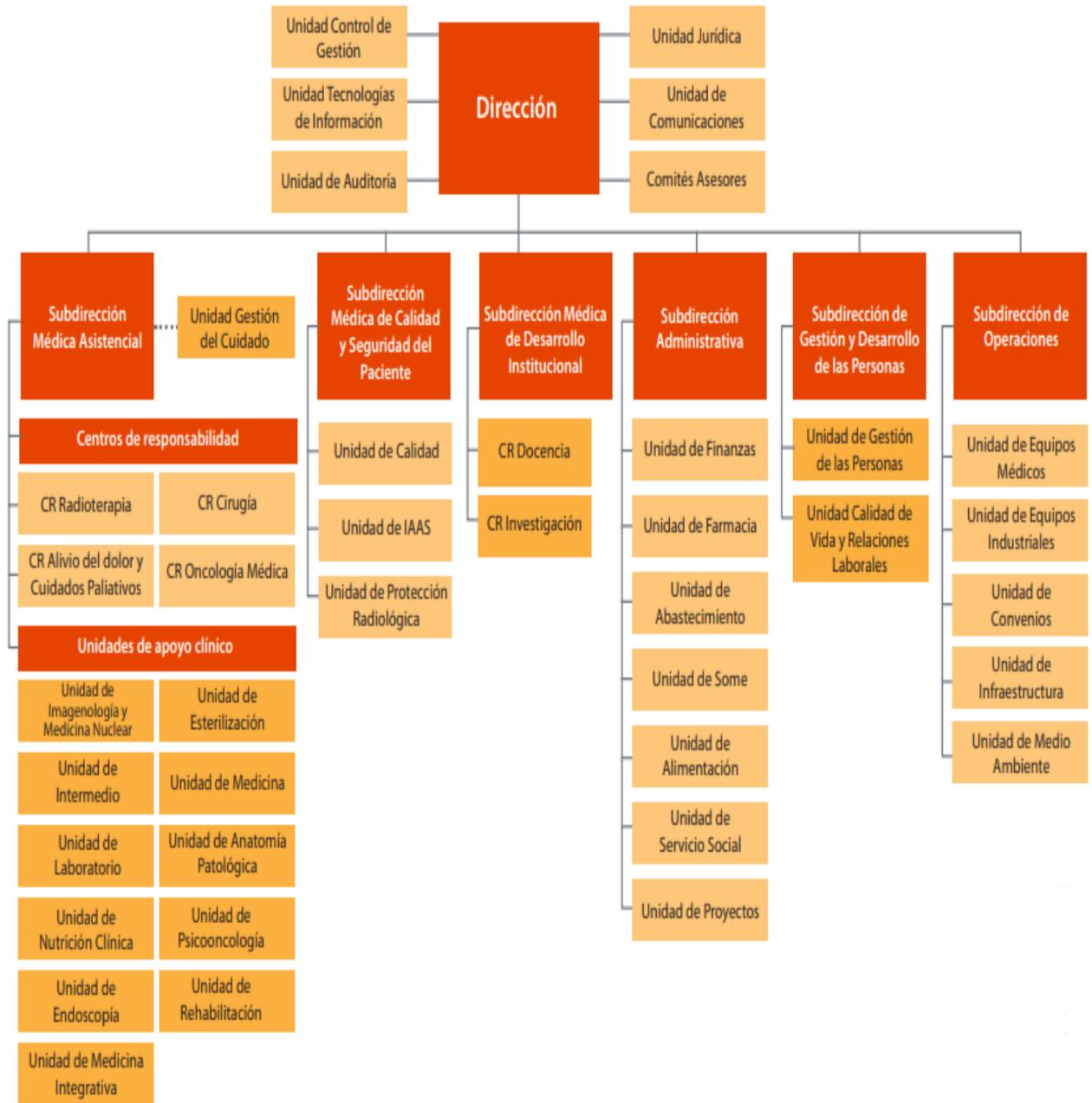
Este Centro de Responsabilidad tiene como función participar dentro del equipo multidisciplinario en la atención integral del paciente oncológico a través del diagnóstico, estadificación, indicación y ejecución de las terapias médicas, sean estas ambulatorias u hospitalizadas, evaluando y manejando las complicaciones inherentes a tales tratamientos. Además, otorga tratamientos de quimioterapia a todos los usuarios del área norte de Santiago que lo requieran y además a todos los usuarios en convenio que la dirección ha hecho con las

distintas regiones. Por último, cumple una labor formativa en pre y posgrado para diferentes centros de educación dentro de la especialidad.

Centro de responsabilidad de Radioterapia

Centro de Responsabilidad que se dedica a la atención de pacientes enfermos de cáncer, usando la radioterapia interna y externa, con el objetivo de mejorar la calidad de sobrevivencia del paciente. Esto se apoya en conocimientos sólidos, principios éticos, calidad humana, juntos una tecnología de vanguardia y una infraestructura adecuada, lo que permite un tratamiento oportuno, seguro y de calidad.

3.5.3 Organigrama INC.

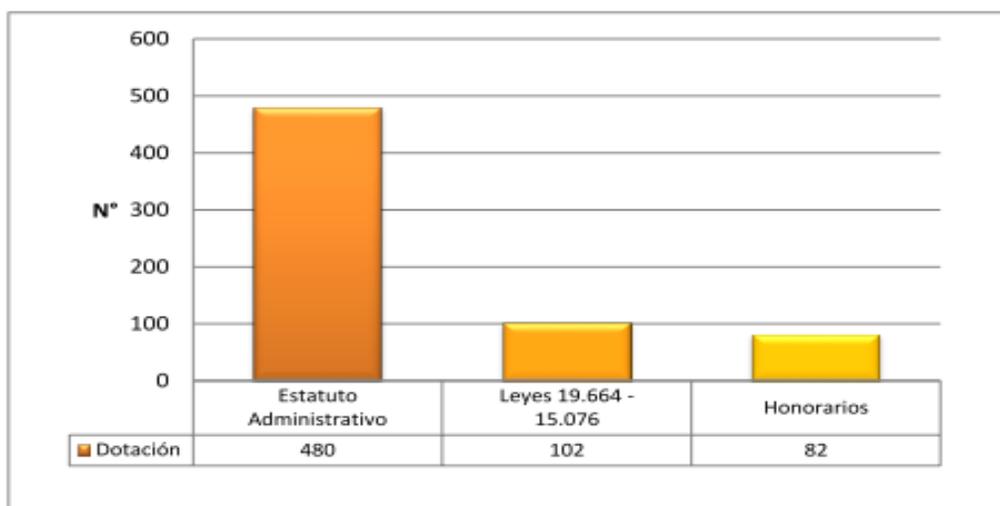


Fuente: Recuperado de: <http://www.incancer.cl/>

3.5.4 Recursos humanos y económicos

Durante el año 2016 el INC contó con una dotación de 664 funcionarios, de los cuales 480 fueron contratados bajo el régimen del Estatuto Administrativo; 102 corresponden a contratos médicos (leyes 19.664 y 15.076) y 82 personas contratadas en honorarios para realizar todas aquellas tareas vinculadas a la labor asistencial o de apoyo, que permitieran lograr un adecuado funcionamiento organizacional.

La distribución por contrato se detalla a continuación:



Fuente: Recuperado de: Cuenta Pública INC 2016

Esta dotación está compuesta por:

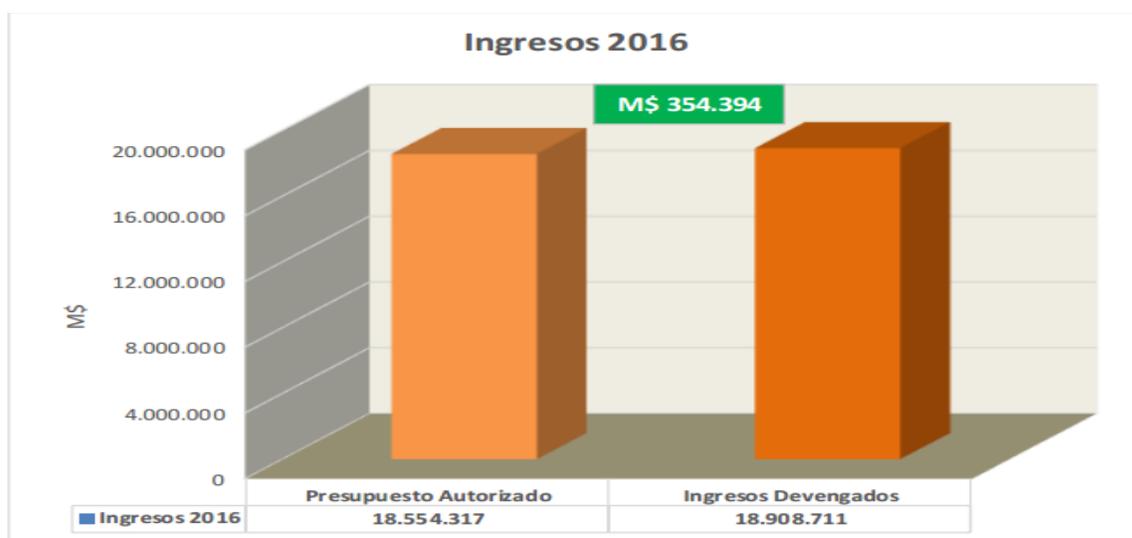
- Médicos.
- Enfermeras
- Nutricionistas
- Tecnólogos Médicos
- Kinesiólogos.
- Periodistas
- Ingenieros
- Administradores Públicos
- Técnicos Paramédicos
- Auxiliares
- Secretarias

Presupuesto de Apertura de Transferencias. El presupuesto de apertura de transferencias PPV– GES y PPI autorizado por el MINSAL y el SSMN para el año 2016 alcanzó un monto de M\$ 18.554.317 y presentó un déficit de M\$ 3.877.563 en relación al requerimiento

estimado por el establecimiento, respecto de las condiciones específicas de desempeño que enfrentaría el establecimiento durante el año 2016.

Presupuesto PPV-GES. En relación al presupuesto de transferencias PPV-GES se autorizó una apertura de M\$ 7.006.735 para el año 2016, existiendo una capacidad productiva valorizada real de M\$ 7.228.620, que consideraba el aumento de actividad de radioterapia que se alcanzaría producto de una combinación de compra de servicios e implementación de programa de absorción de lista de espera.

Esta estimación no consideró las nuevas GES que se pudieron comprometer desde julio. La reprogramación de actividad PPV-GES que se hizo efectiva en octubre modificó el presupuesto a M\$ 8.092.173. Sin embargo, la última resolución modificatoria de presupuesto (Res. Ex. 3343) definió un presupuesto de transferencias para estos programas de M\$ 8.298.195.

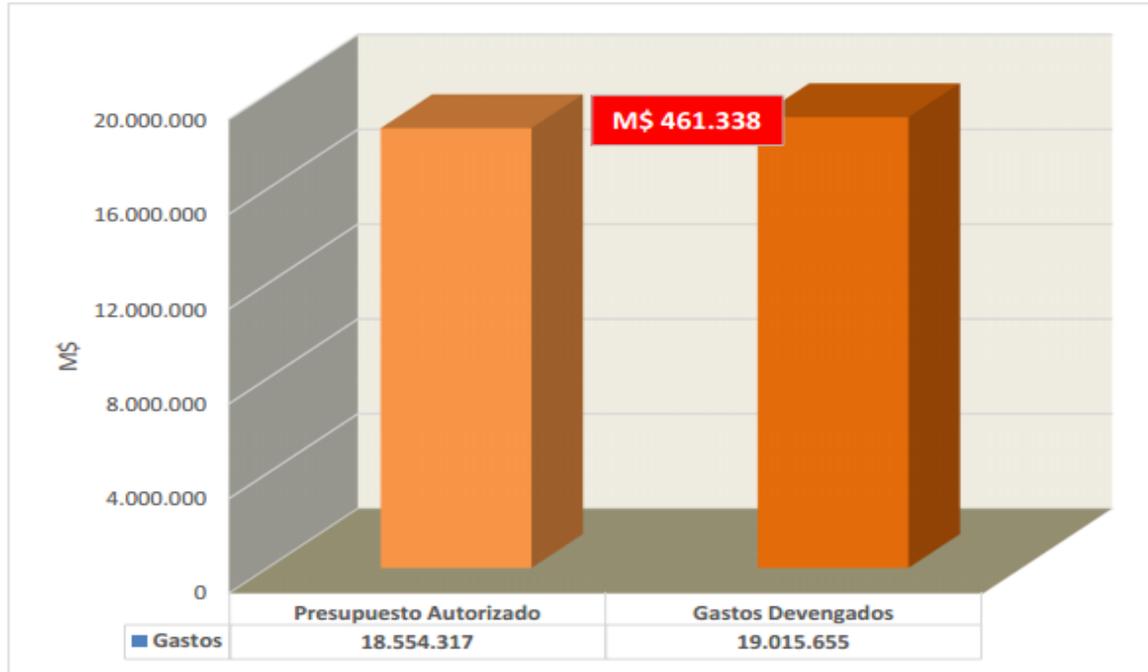


Fuente: Recuperado de: Cuenta Pública INC 2016

La sobre transferencia de recursos PPV-GES encuentra su justificación en el traspaso bajo este ítem de recursos que no están asociados a producción, como es el caso de las mantenciones de equipos de Radioterapia.

En relación al gasto en el S.21 y en el S.22, el presupuesto de apertura para ambos subtítulos alcanzaba un monto global de M\$ 15.181.606.

La última resolución modificatoria asigna un presupuesto agregado de M\$ 17.458.679. En el periodo enero - diciembre se hizo efectivo un gasto de M\$ 18.514.752, donde existe un ajuste de gasto a presupuesto en el S.22 y una sobre ejecución de M\$ 500.903 en el S.21, explicado fundamentalmente por la ejecución del traspaso total de los contratos de funcionarios de Radioterapia desde la Fundación Oncológica Dr. Caupolicán Pardo al Instituto. Recuperado de: <http://www.incancer.cl/> Cuenta Publica, 2016.



Fuente: Recuperado de: Cuenta Pública INC 2016

Equilibrio Financiero. La situación presupuestaria del establecimiento se inició de manera desfavorable, alcanzándose un ratio de 1,3, lo que daba cuenta del impacto de la deuda de arrastre del año 2015 (M\$ 1.031.547), y que ya afectaba la operación del establecimiento.

Esta situación se superó en abril, cuando se hizo efectivo el pago de la totalidad de la deuda del año anterior. Sin embargo, se mantuvo una condición de sub-transferencia de recursos hasta noviembre, que mantuvo al establecimiento con deuda vencida durante todo el año y que recién fue superada con las transferencias de diciembre. No existieron aportes para pago de deuda adicionales al recibido abril.

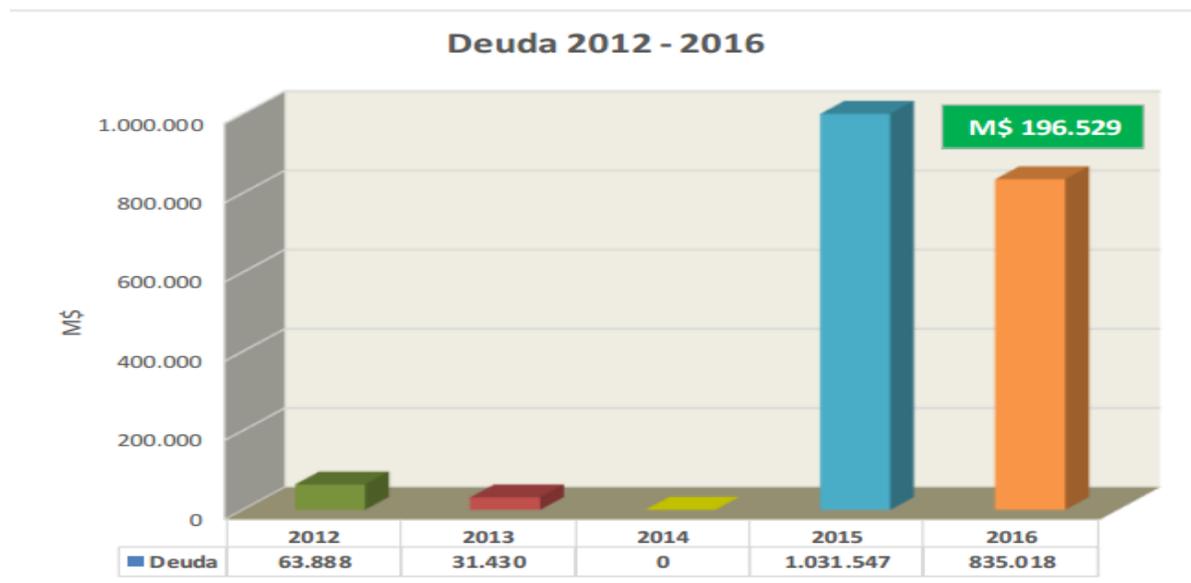
Cumplimiento Producción PPV-GES Valorizada v/s Transferencias. La producción PPV-GES valorizada para el periodo enero – diciembre presentó una brecha de sub-ejecución, en relación a las transferencias recibidas por este concepto, del 5% (M\$ 452.467).

Recaudación de Ingresos Propios Comparada 2015 – 2016. En relación a este punto, durante el año 2016, se alcanzó una recuperación de Ingresos Propios de un 130,3% respecto al año anterior, resultado absolutamente favorable y que da cuenta de los esfuerzos de cobro que se están haciendo efectivos.

Tal como se mencionó el establecimiento mantuvo deuda durante todo el año 2016. En el periodo enero – abril, el mayor nivel de deuda se encontraba explicado por el arrastre del año 2015.

Una vez que se recibieron recursos para el pago se mostró en plenitud el efecto del déficit de transferencias real asociado a la operación del establecimiento y a las condiciones

particulares que se concretaron y que eran conocidas para el equipo directivo del establecimiento. Estas estaban relacionadas, como ya se mencionó, con la compra de servicios clínicos y de apoyo que se hicieron necesarios para suplir el cierre de algunos servicios, por efecto de la ejecución de proyectos de inversión y también en el ámbito de recursos humanos, por el traspaso total y definitivo al Instituto del personal de radioterapia contratado por Fundación Oncológica Dr. Caupolicán Pardo. Para el cierre 2016 la deuda alcanzó los M\$ 835.018. La totalidad de esta deuda está reflejada en el S.22 y corresponde operacionalmente a un mayor gasto en el S.21. La totalidad de esta deuda tiene una antigüedad inferior a 60 días.



Fuente: Recuperado de: Cuenta Pública INC 2016

3.5.5 Satisfacción del usuario

El concepto de satisfacción hace referencia a la adecuación de las expectativas de los pacientes con la percepción final de la atención recibida, la cual puede estar influida por el estado de salud previo, las variables sociodemográficas, características del hospital y el tiempo de espera. Cada día la mayoría de los pacientes tiene mayor información acerca de sus derechos, mayor responsabilidad de su propia salud, es decir se han ido informando en torno al tema de la salud y, por lo tanto, exigen una mejor calidad de la atención.

Paralelo a esto, se considera fundamental evaluar la satisfacción de los pacientes, ya que se asocia de manera positiva y significativa con los resultados obtenidos con el servicio proporcionado en salud (Marshall, Hays & Mazel, 1996). Además, la satisfacción de los pacientes juega un importante rol en la continuidad del uso de los servicios médicos, en el mantenimiento de las relaciones con el proveedor específico y en la adherencia a los regímenes y tratamientos médicos (Hermann, Ettner & Dorwart, 1998; Zurro, 1999).

Existen una serie de factores que influyen en la satisfacción de los usuarios con relación a la atención de salud recibida. Las investigaciones han señalado: el género del profesional (Delgado, López-Fernández & Dios de Luna, 1993; Gold & Dole, 1989); la especialidad del profesional (Bertakis, Callahan & Helms, 1998; Gold & Dole, 1989); el tipo de relación que se establece entre el paciente y el profesional (Anderson & Hinckley, 1998; Bertakis, Callahan & Helms, 1998; Koss & Rosenthal, 1997); las patologías físicas y fundamentalmente psiquiátricas que padecen los consultantes (Hermann, Ettner & Dorwart, 1998); la carga de trabajo que mantienen los profesionales que atienden a los pacientes (Griffith, Wilson & Rich, 1998); mientras mayor es la consideración de las preferencias, de las opiniones y de la participación de los usuarios por parte de quienes desarrollan los programas de atención, mayor satisfacción se observa en los usuarios; edad, sexo y nivel socioeconómico de los consultantes influye en la actitud hacia la salud en general (Ross, Steward & Sinacore, 1993; Schufer, 1983).

Existen una serie de factores que influyen en la satisfacción de los usuarios con relación a la atención de salud recibida. Las investigaciones han señalado: el género del profesional (Delgado, López-Fernández & Dios de Luna, 1993; Gold & Dole, 1989); la especialidad del profesional (Bertakis, Callahan & Helms, 1998; Gold & Dole, 1989); el tipo de relación que se establece entre el paciente y el profesional (Anderson & Hinckley, 1998; Bertakis, Callahan & Helms, 1998; Koss & Rosenthal, 1997); las patologías físicas y fundamentalmente psiquiátricas que padecen los consultantes (Hermann, Ettner & Dorwart, 1998); la carga de trabajo que mantienen los profesionales que atienden a los pacientes (Griffith, Wilson & Rich, 1998); mientras mayor es la consideración de las preferencias, de las opiniones y de la participación de los usuarios por parte de quienes desarrollan los programas de atención, mayor satisfacción se observa en los usuarios; edad, sexo y nivel socioeconómico de los consultantes influye en la actitud hacia la salud en general (Ross, Steward & Sinacore, 1993; Schufer, 1983).

La importancia de evaluar la satisfacción usuaria en diversos programas, es que permite modificar y mejorar las deficiencias y reforzar las fortalezas, desde la perspectiva de los pacientes con respecto al manejo de la calidad del cuidado de la salud y a sus expectativas de resultado (Judge & Solomon, 1993). Sin embargo, no siempre se considera la evaluación de la satisfacción usuaria al momento de evaluar la calidad general de los diversos programas de atención. Esto se debe principalmente a la dificultad y a la polémica que ha existido hasta la actualidad para definir y operacionalizar la satisfacción usuaria, ya que existen dos posibles vías para evaluar la satisfacción con el cuidado de salud (López, 1994): considerando la satisfacción usuaria como constructo unidimensional, es decir, se postula que una única dimensión refleja la satisfacción general (Larsen, Attkinsson & Hargreaves, 1979); y/o como un conjunto de juicios, características o aspectos del cuidado médico tales como conducta del personal, la relación profesional-paciente, la disponibilidad del servicio, su accesibilidad, competencia técnica y eficacia de la atención reflejado en el estado de salud obtenido, entre otros (Larsen, Attkinsson & Hargreaves, 1979).

La satisfacción usuaria, constituye una dimensión de la calidad muy relevante siendo considerada como uno de los principios orientadores de la actual Política de Salud; se le define como: “El grado de cumplimiento por parte del sistema de salud respecto de las

expectativas del usuario, en relación a los servicios que éste le ofrece” según el Servicio de Salud Bio Bio.

Desde el punto de vista del Ministerio de Salud, la satisfacción del usuario es “El conjunto de acciones que permiten cumplir con calidad, equidad y eficiencia los requisitos, necesidades y exigencias de los beneficiarios del Sistema Público de Salud”

Los sistemas de salud actualmente tienen como meta principal brindar protección a los usuarios, así como también, mejorar y restablecer la salud de las poblaciones que atienden. Sin embargo, desde la mirada de los usuarios, la protección y el restablecimiento de su salud, no comprenden el único fin, ni criterio por el cual estos son evaluados y valorados. El acceso a la atención de salud, pasó de ser un asunto de caridad, a convertirse en un derecho de carácter transversal a todos los individuos. Bajo esta mirada de derechos inherentes de salud de calidad en las poblaciones, una de las metas fundamentales de los prestadores de servicios sanitarios es velar por el cumplimiento de las expectativas que tienen los usuarios con respecto al rol y funcionamiento de los sistemas y servicios de salud.

En otros aspectos, durante los últimos años la población en Chile ha sufrido cambios importantes, de índole socioeconómicos y culturales, los cuales se reflejan en una población más educada y conocedora de sus derechos, por lo tanto, hablamos de una sociedad que reclama nuevas y mayores exigencias con respecto a su salud y a cómo quieren ser tratados. Esto se refuerza con la promulgación de derechos y deberes de los pacientes el año 2012, la cual ha tenido gran difusión tanto a nivel público como privado.

En el contexto de la presente investigación, la población usuaria del INC, correspondería a un grupo heterogéneo de adultos mayores de edad, con una patología compleja y complicada como es el cáncer, por lo cual la percepción de satisfacción es candidata de ser medida con expectativas críticas. La participación de los pacientes en el análisis de información sobre indicadores de calidad, como el grado de satisfacción, requiere de la incorporación de éstos, en instancias formales de participación para ejercer un rol fiscalizador y evaluador del resultado de la provisión de servicios, además, dichas instancias, significarán una herramienta importante en materias de mejoría de la calidad de atención en general.

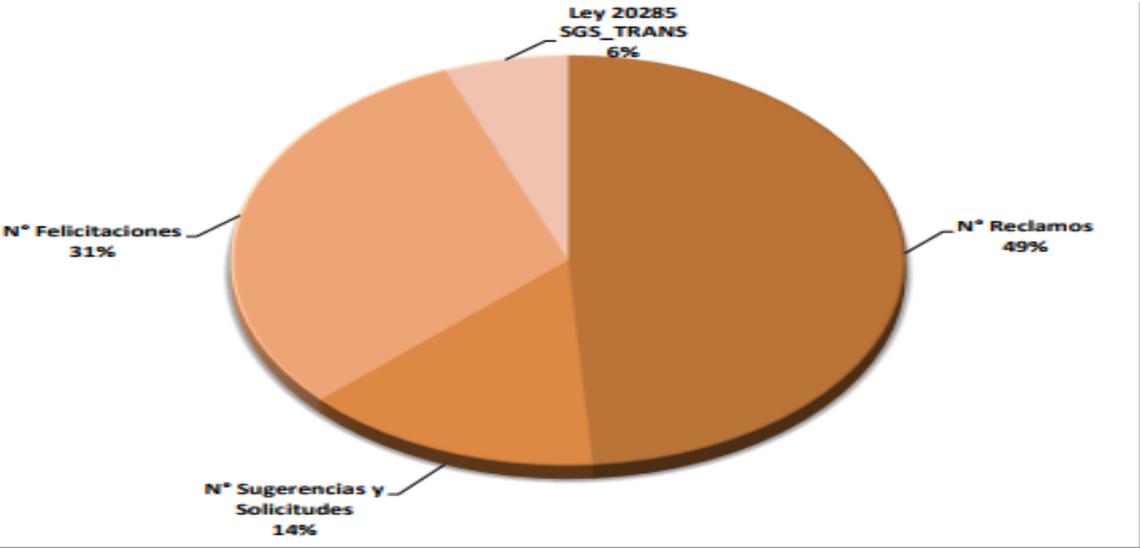
Por otra parte, se asigna así a los pacientes, mayor sentido de participación en torno a la institución y permite a la vez, que éstos logren adecuarse con mayor facilidad a los cambios que surgen desde la demanda del grupo de usuarios en particular.

La información proporcionada por las diversas encuestas de medición de la satisfacción usuaria constituye un insumo importante para la elaboración e implementación de medidas técnicas administrativas, e influyen fuertemente en la toma de decisiones que apuntan a mejorar la calidad de los servicios, a partir de la identificación de falencias, que requieren ser abordadas en forma integral por los directivos y equipos técnicos de salud.

Se usará como referencia los datos obtenidos en la encuesta de satisfacción realizada el año 2016. El mecanismo definido para evaluar los niveles de satisfacción de los usuarios del establecimiento fue la Gestión de Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones y las encuestas de

satisfacción de usuarios. La OIRS institucional gestionó durante el año 2016 un total de 301 solicitudes de acuerdo a la siguiente distribución:

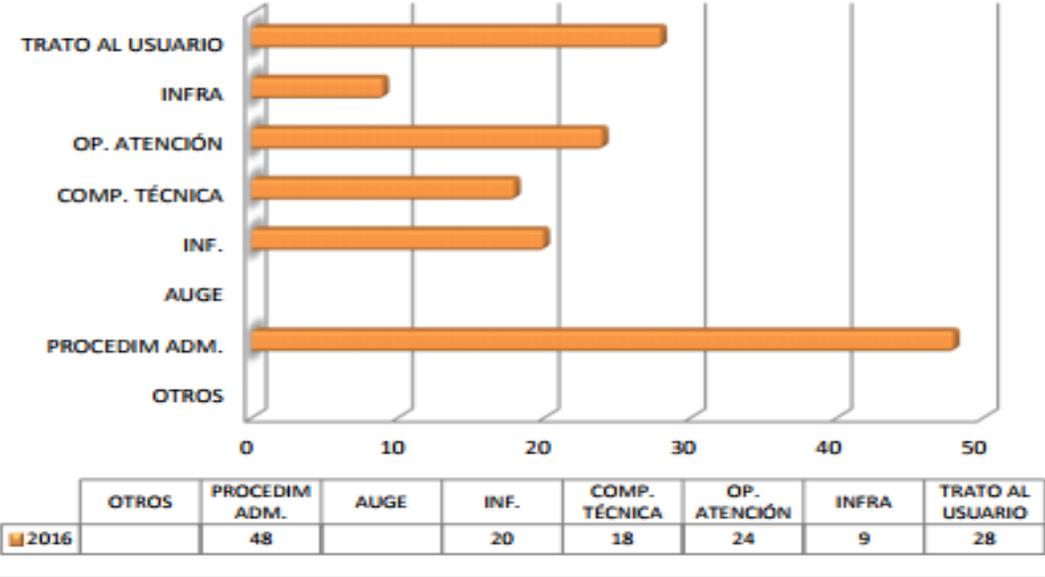
SOLICITUDES 2016



Fuente: Recuperado de: <http://www.incancer.cl/>

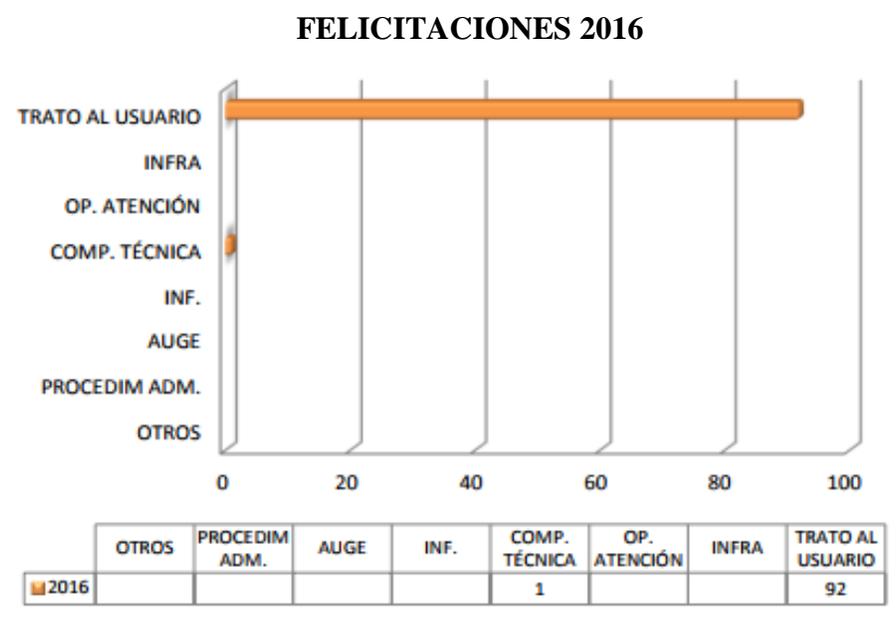
Durante el 2016 la institución recibió 147 reclamos distribuidos en las siguientes dimensiones:

RECLAMOS 2016



Fuente: Recuperado de: <http://www.incancer.cl/>

Durante el 2016 el INC recibió 93 felicitaciones distribuidas en las siguientes dimensiones:



Fuente: Recuperado de: <http://www.incancer.cl/>

3.6 Calidad de atención

La Organización Mundial de la Salud (OMS), como otros autores, han optado por definir a la calidad en salud como una instancia para mejorar la atención entregada por los prestadores de salud, tanto instituciones como sistema en general en relación con las necesidades reales de los usuarios y así lograr una satisfacción total del cliente (Guix, 2005; Ross, Zeballos & Infante, 2000).

La OMS, la define en pocas palabras como un conjunto de servicios que ayuda a conseguir una atención sanitaria óptima, logrando un mejor resultado con menos riesgos y mayores beneficios que satisfagan al usuario. Otra definición de este término, que no dista mucho de la anterior, dice que “la calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos”.

No obstante, otras definiciones más cercanas al tema de gestión definen el término calidad como el conjunto de características de un bien o servicio que logran satisfacer las necesidades y expectativas del usuario o cliente (OPS, 2003). Estos conceptos vinculan los productos con los usuarios entregándonos una visión más amplia y completa del término, ya que desde esta perspectiva podemos identificar que la calidad no solo depende de quien la elabora, es decir los prestadores de los servicios, sino también del que la recibe, esto vendría siendo la calidad percibida por los usuarios. La perspectiva del paciente toma en cuenta sus propias

preferencias y valores y su opinión respecto a la atención médica; la calidad es dimensionada como la satisfacción del usuario con la atención, además de los resultados en salud (morbilidad, mortalidad y estado funcional) (Torres, 2002). La perspectiva del proveedor de servicios, define calidad en términos de los atributos y resultados de la atención, lo que lleva a resaltar la excelencia técnica y las características de la interacción médico-paciente, (Donabedian, 1980).

En Chile, la calidad de la atención en salud es actualmente conceptualizada como la entrega de servicios que satisfacen las expectativas y necesidades de los actores involucrados en los procesos de atención en salud, cuyas prioridades son los procesos de atención que ocurren en la relación directa, humana y técnica, entre prestadores y usuarios, en particular aquellas en que la pérdida de calidad conlleva riesgos, pérdidas vitales o de daño permanente significativo para las personas donde el rol del estado es garantizar, en todo el sistema de salud, la mejoría continua de la calidad sobre un nivel mínimo establecido (Bremen, 2005).

A partir del 2 de abril de 2007 se encuentran disponibles los estándares generales de calidad para establecimientos de atención abierta y cerrada. Estos fueron diseñados para asegurar la calidad de los servicios sanitarios entregados a la población y permitir el inicio del funcionamiento del sistema con el fin de avanzar hacia la plena vigencia de todas las garantías que contempla el régimen general de Garantías en Salud, especialmente de la garantía explícita de calidad (Vega, 2009).

Uno de los métodos impuestos por nuestro sistema de salud, para asegurar la calidad en las atenciones de los prestadores, es por medio de: La Autoridad Sanitaria, la que se encarga de vigilar que los establecimientos de salud cumplan con los requisitos básicos impuestos sobre la infraestructura (organización, procedimientos e infraestructura en sí) y la Acreditación, que corresponde a una evaluación periódica que se realiza a los centros de salud, con la finalidad de verificar el cumplimiento de los estándares básicos establecidos por el Ministerio de Salud. (MINSAL, 2005).

En Chile, durante los últimos 15 años, el Ministerio de Salud ha desarrollado tres sistemas de evaluación externa de hospitales que consideran distintos ámbitos de la atención hospitalaria: la acreditación de hospitales en el programa de prevención y control de infecciones intrahospitalarias (IIH), la evaluación de estándares de atención y la calificación de unidades para la atención de patologías complejas. El análisis de estos sistemas permitió demostrar que en general promueven el cumplimiento de las prácticas de atención y que por lo tanto, son útiles en el proceso de mejora continua de la calidad.

El sistema de acreditación es un hito en la salud chilena, ya que se evalúan los estándares de calidad de hospitales, clínicas, centros ambulatorios y de diagnóstico, públicos y privados, garantizando así la seguridad de la atención a los usuarios.

Algunos de los ámbitos que se evalúan son el respeto a la dignidad del paciente, gestión de la calidad, acceso, oportunidad y continuidad de la atención, gestión clínica, competencias

del recurso humano, registros, seguridad del equipamiento y las instalaciones y servicios de apoyo.

En el INC se creó la unidad de calidad a la atención que se enfoca en diferentes objetivos y actividades (anexo 10) para lograr la acreditación hospitalaria. Durante el mes de noviembre del año 2016 el INC se convirtió en el establecimiento público acreditado en calidad de atención en salud del país, luego de cumplir con el 96,4% de los estándares como Prestador Institucional de Atención Cerrada.

El establecimiento fue evaluado satisfactoriamente por la entidad acreditadora, destacando en aspectos tan importantes como: el buen trato al paciente, oportuna entrega de información y el cuidado de sus procesos clínicos, entre otros rigurosos estándares de atención.

Existen diferentes factores en el INC que obstaculizan el logro de una acreditación óptima, estos consisten principalmente en la falta de recursos físicos, económicos y humanos. La inversión en el recurso físico y humano es importante para lograr una atención de calidad, oportuna e integral.

Por otro lado, se debe afianzar también la importancia de la creación de la Unidad de Calidad, estableciendo las habilidades y conocimientos básicos que deben manejar, tanto en temas de calidad de atención, indicadores de gestión de calidad, puesto que este último tema es crucial para lograr un adecuado manejo de cada programa existente en INC.

Además se hace de vital necesidad lograr el empoderamiento por parte del equipo de la responsabilidad de ejecutar la gestión de calidad, no solo de los miembros de la Unidad de calidad y directiva de cada centro, sino que todos comprendan cabalmente el concepto, lo manejen y apliquen, puesto que finalmente son ellos los que deben lograr la implementación de esta y cualquier otro programa o modelo en INC.

Por último vale la pena citar las palabras de la Directora del INC que reflejan la importancia de otorgar una buena calidad de atención a través del tiempo y la tecnología.

“Es un ansiado y gran incentivo por el esfuerzo desplegado, en primer lugar por cambiar la cultura organizacional, poniendo el énfasis en la seguridad y calidad de la atención del usuario, y, en segundo lugar en la mejora continua de los procesos, para en definitiva entregar al paciente oncológico una atención segura. Después de convertirnos en el primer centro público de atención cerrada de salud acreditado, el año 2010, y de haber servido de modelo para instaurar el proceso en otros establecimientos de salud y desarrollado herramientas informáticas facilitadoras para el seguimiento del proceso, el camino avanzado se discontinuó, por diversas razones, que no es el caso discutir ahora. En concreto el año 2013 perdimos la acreditación. En el camino nos dimos cuenta que cuando se originan estos procesos en las organizaciones, lo más importante es considerar a las personas que forman parte de estos en el día a día, desde sus diferentes roles y funciones, no se trataba del trabajo de unos pocos, debíamos ser un todo.” Dra. Berta Cerda.



Fuente: Recuperado de: <http://www.incancer.cl/>

3.7 Modelo de Atención Integral en Salud

Continuando en la búsqueda de entender la lógica de los modelos de atención en salud es que me introduje en este nuevo modelo que obliga a iniciar un proceso de transformación en diferentes ámbitos y que tienen como objetivo promover una atención de salud integral y de calidad, con enfoque promocional, preventivo y continuo a lo largo del ciclo vital individual y familiar. Es en este contexto donde surge la necesidad de describir la forma en que este modelo con enfoque familiar y comunitario me ayuda a lograr los objetivos propuestos.

Los tres principios que más adelante se especifican (centrado en las personas, integralidad de la atención y continuidad del cuidado) fortalecerán el marco metodológico y las variables que se utilizarán.

La ejecución de este modelo, tiene importancia en el servicio sanitario que recibe un porcentaje importante de la población nacional. Entendiendo que el sistema de salud chileno es lo que se denomina un sistema mixto, es decir, está integrado por, organismos tanto del sector privado como público, es este último el responsable de atender a la población afiliada al Fondo Nacional de Salud (FONASA), correspondiente al 81,9% del total de habitantes del país el año 2011 (Ministerio de Desarrollo Social, 2012). En este fondo, además de concentrarse la mayoría de la población nacional, se encuentran los grupos socioeconómicos más vulnerables.

Un modelo de atención de salud hace referencia al modo que las instituciones sanitarias formales enfrentan y abordan el proceso salud-enfermedad (Hidalgo, 1999 citado en Alarcón, Torres & Barna, 2012). Es el elemento central de la 14 estrategia sanitaria de una nación, define la relación del sistema de salud con la población y con otras instituciones, y de éste se deriva la forma de organizar los recursos sanitarios y el modo como se relacionan los

diferentes elementos del sistema sanitario para la atención de la población usuaria (Alarcón, Torres & Barna, 2012). El modelo de atención, es un elemento transversal en el sistema de salud, por tanto, tiene repercusiones directas en la forma como se realiza el trabajo de los equipos asistenciales y gestores (Servicio de Salud Metropolitano Sur, 2008).

Para dar profundidad al análisis revisare el Modelo Integral de Atención que es definido como *“El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”* (MINSAL 2005).

Por otra parte, el Modelo Integral incorpora el enfoque familiar, que implica entender a la familia como el contexto social primario para promover y mejorar los niveles de salud de los individuos e incorpora el enfoque comunitario, reconociendo la importancia de la participación social con las comunidades, apuntando a disminuir la desigualdad y proveer servicios acordes a las expectativas de la población, que corresponden a objetivos sanitarios de la década (Minsal, 2013).

El modelo de atención público consiste en un conjunto de redes territoriales de establecimientos con complejidades diversas y roles definidos, que en conjunto dan cuenta de las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, detección precoz y control de enfermedades, tratamiento, rehabilitación- reinserción y cuidados paliativos incluyendo atenciones de urgencia-emergencia. El modelo de atención se dirige al logro de una mejor gestión para una mejor calidad de vida para las personas, las familias y las comunidades, con un énfasis en la anticipación de los problemas y el consiguiente acento en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

El quehacer sanitario definido en el modelo de atención se basa en un equipo de salud multidisciplinario y de liderazgo horizontal, que se hace cargo de la población de un territorio acotado, aplicando el enfoque familiar, es decir, acompaña a los integrantes de la familia durante todo el ciclo vital, apoyando los momentos críticos con consejería, educación y promoción de salud, controlando los procesos para detectar oportunamente el daño y proporcionando asistencia clínica y rehabilitación oportunas en caso de patología aguda o crónica. De esta forma, este modelo apunta a formar y potenciar permanentemente las capacidades del grupo de personas responsables de la implementación del modelo a partir de competencias acordes al nuevo perfil epidemiológico, a la gestión en red y con habilidades de liderazgo y trabajo en equipo.

Como parte del desarrollo teórico, se establecen tres principios irrenunciables que sustentan este Modelo, los cuales son: “Centrado en las personas”, “Integralidad de la atención” y “Continuidad del cuidado”. En el último documento publicado por el Ministerio de Salud (2013) acerca del Modelo Integral, llamado “Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria”, se presenta la conceptualización de los principios y se explicitan los objetivos relacionados a cada uno de

ellos. A continuación, se expone esta información, relevante en la presente investigación, pues es el sustento teórico de la encuesta elaborada y aplicada. Recuperado de: www.minsal.cl

Centrado en las personas

Este principio, releva considerar las necesidades y expectativas de las personas y sus familias. Para esto, se debe construir una relación entre los equipos hospitalarios y las personas basada en la responsabilidad del cuidado de la salud, considerando los derechos y deberes de las distintas personas según su rol en la red asistencial.

Los objetivos relacionados a este principio son:

- Establecer un trato de excelencia a las personas en cualquier punto de contacto, basado en una comunicación efectiva y respeto a la dignidad y a los derechos de las personas.
- Establecer relaciones de confianza y ayuda.
- Facilitar el acceso de la población a la atención de salud.
- Asegurar el acceso de la población a la atención de salud.
- Asegurar el acceso a la atención a los grupos más vulnerables (Minsal, 2013).

Integralidad

La integralidad como principio, hace referencia a dos conceptos, que en la práctica asistencial son complementarios. En primer lugar, implica la atención considerando los distintos niveles de intervención, los cuales son la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos para la atención de los pacientes. En segundo lugar, implica reconocer las distintas dimensiones del continuo salud enfermedad, considerando el enfoque biopsicosocial para la comprensión de los problemas de salud.

Los objetivos relacionados a este principio son:

- Comprender y ampliar la mirada de las múltiples dimensiones de un problema de salud, para así planificar el cuidado, incorporando intervenciones basadas en la evidencia disponible, dirigidas a todas las dimensiones de los problemas detectados, incluida la prevención y promoción de la salud.
- Ayudar a las personas a reconocerse como un todo con sus propias capacidades de sanación, a través de cambios y/o mejoras en todas las dimensiones de su ser.
- Entregar cuidado a lo largo del proceso salud enfermedad, desde lo preventivo hasta la rehabilitación y en todos los episodios de problemas de salud de las personas” (Minsal, 2013).

Continuidad del cuidado

Este principio, hace referencia a la continuidad de los distintos eventos del cuidado de la salud, considerando la perspectiva del usuario y la de los sistemas de salud. Con respecto al primer punto, implica que los usuarios del sistema de salud visualicen las prestaciones realizadas como coherentes y conectadas en el tiempo. Por otra parte, desde la perspectiva de los Sistemas de Salud, hace referencia a que las diversas funciones, actividades y unidades operativas del sistema estén coordinadas para dar cuidado del paciente. Esto implica coordinación en el mismo establecimiento o en establecimientos del mismo nivel de atención (horizontal) y entre establecimientos de otros niveles de atención de la red (vertical). A su vez, se explicita que la gestión financiera, el recurso humano, las planificaciones y gestión de mejoramiento deben estar coordinadas y ser coherentes entre sí.

El objetivo más relevante de este principio es el logro de la eficiencia y eficacia del proceso asistencial a través de:

- Reducir la fragmentación del cuidado asistencial.
- Mejorar la accesibilidad del sistema.
- Evitar la duplicación de infraestructura y servicios.
- Disminuir los costos de producción.
- Responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas.
- Mejorar la aceptabilidad de los Servicios de salud.
- Apoyar el cuidado de la salud a lo largo del ciclo vital individual y familiar.
- Lograr un flujo expedito y complementario entre los diferentes componentes de la red asistencial y del intersector para la atención de las personas con problemas de salud, desde el domicilio y la comunidad” (Minsal, 2013)

3.8 Tecnologías de Información

De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico OCDE, estas herramientas se definen como sistemas tecnológicos, en los cuales se recibe, administra y procesa la información, facilitando los procesos comunicativos entre dos o más participantes.

Las Tecnologías de la Información y las Comunicación (TICs), entendidas como aquellas tecnologías relacionadas a la informática, electrónica y las telecomunicaciones que se integran de manera interactiva con un usuario o grupo, han hecho posible autonomizar y flexibilizar los modos de producción y distribución, así como también ampliar el poder de planificación y coordinación de las actividades y recursos dentro de una organización (*Barros, 2004*). Como parte esencial de ellas se encuentran los Sistemas de Información, que

corresponden a un conjunto de componentes interrelacionados que reúnen u obtienen, procesan, almacenan y distribuyen información para apoyar la toma de decisiones y el control en una organización (*Laudon & Laudon, 2012*). A grandes rasgos, un proceso de negocio se entiende como la forma en que se organiza el trabajo, la información y el conocimiento para producir algún tipo de producto o servicio alineado con los intereses de los consumidores. Los procesos de negocio son los que conforman, en su conjunto, las actividades de alguna organización cualquiera y su interacción es la que permite su funcionamiento como un todo ordenado (*Laudon & Laudon, 2012*).

Los sistemas de información son un elemento clave para la gestión de la salud y para el conocimiento de la población a la cual se busca responder. Si no se cuenta con información de calidad, no es posible ajustarse a las necesidades de las personas, medir el logro de objetivos o ajustar la marcha del sistema. En Chile, actualmente la información con la que se cuenta para hacer gestión en salud es insuficiente, por su carácter irregular, poco oportuno y poco confiable. No existe un modelo que garantice la consistencia de la información que se obtiene en los distintos niveles de atención y en los diferentes territorios del país. Tampoco se entrega suficiente información al público. A todo esto se suma el hecho de que la información que se produce es escasamente utilizada a nivel local.

Por otra parte, los problemas de salud y los resultados sanitarios de la población suelen observarse a nivel global, impidiendo que en el nivel local se manejen indicadores que permitan hacer gestión clínica y comunitaria. Los promedios condicionan los sistemas de salud en base a prioridades nacionales, las cuales no siempre responden a las prioridades locales.

A nivel global, en términos de sistemas de información, se observan los siguientes:

- Duplicación del registro de datos y sistemas que no dialogan entre sí.
- Registro clínico electrónico que no se encuentra extendido a nivel local.
- Sistemas poco amigables y poco asequibles para la gestión.
- Falta de competencias de recursos humanos para gestionar los sistemas de información.

Ante las problemáticas mencionadas es que pondré énfasis en tres aplicaciones que son subutilizadas en el INC y que utilizare para el desarrollo del modelo propuesto en los objetivos específicos.

- Software Médico o Sistemas de Gestión Institucional: proveen a los actores del Sistema de conectividad electrónica y soportes avanzados. Estos sistemas se implementan con fines tanto administrativos como asistenciales, adicionalmente en el manejo de información de interés en salud pública, reportes epidemiológicos, seguimiento a pacientes entre otros. Su objetivo al interior de la institución es el de mejorar la eficiencia de la gestión en salud.

- Acceso a servicios de información para profesionales y pacientes: dentro de éste escenario se destacan el fortalecimiento en la investigación y formación de profesionales de la Salud y las aplicaciones y redes que sirven de soporte a pacientes, cuidadores y a la comunidad en general, mediante el uso de internet, aplicaciones y otros medios de comunicación como herramientas de interconectividad
- Soporte en comunicación a las actividades asistenciales, médicas y quirúrgicas: una de las actividades relacionadas con TICs en salud y que ha demostrado mayor impacto en la optimización de la gestión de los servicios de salud es la Telemedicina, la cual hace referencia al uso de comunicaciones para llevar a cabo una atención integral y de calidad al usuario, usando no solo el enfoque de tratamiento si no impulsando hábitos saludables de vida y prevención de la enfermedad.

Uno de los principales objetivos de la implementación de las TIC en esta investigación radica en la mejora al acceso de la información, la calidad y oportunidad de la atención, la eficiencia en la gestión de las redes salud, así como el logro de mejoras en la disponibilidad y oportunidad de la información para la toma de decisiones, además de la capacitación del recurso humano y la gestión institucional.

3.9 Derechos y Deberes de los pacientes

La ley de derechos y deberes de los pacientes entró en vigencia el 1 de octubre de 2012, para resguardar los principios básicos de la atención en salud, tanto en servicios públicos como privados. Estos derechos y deberes están descritos en la Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes, la cual debe estar publicada en todos los servicios prestadores de salud bajo ciertos requerimientos para el conocimiento de los usuarios del sistema.

La idea de introducir el tema de los derechos y deberes de los pacientes del INC nace de la necesidad creciente de satisfacer las expectativas de atención médicas de los pacientes. Así, para el hospital, el logro de sus metas sanitarias también debe estar asociado a un incremento de la satisfacción usuaria a la cual se otorga una atención de salud.

A lo largo de la historia de la salud cambios sociales, culturales, económicos, éticos y políticos han permitido el desarrollo de los derechos de los pacientes. Esto es el reflejo de la importancia que adquieren los conceptos del respeto a la persona y equidad en salud. Una de las consecuencias es que exista énfasis en la creación de mecanismos que aseguren la calidad y la seguridad de la atención en salud.

En cuanto a los deberes de los pacientes existe un desarrollo menor que el de los derechos, estos deberes se relacionan con la colaboración para obtener un beneficio de las acciones en salud y la conciencia de contribuir a un mejor funcionamiento del sistema sanitario, la participación activa del paciente es deseable y a veces indispensable. Por lo tanto, el objetivo es promover y mantener la interacción beneficiosa, tanto para el paciente como para profesionales.

La atención en salud abarca un amplio grupo de servicios, en los cuales el paciente interactúa con una serie de profesionales, desempeñando varios roles tales como enfermo, o bien como un consumidor de productos sanitarios.

Los derechos de los pacientes se separan en dos categorías: los derechos sociales y los derechos individuales. Los primeros hacen referencia a la obligación de las autoridades gobernantes, a entregar una atención razonable en el ámbito de la salud pública y entregar un acceso igualitario, eliminando las barreras discriminatorias. Los derechos individuales aluden a áreas como la privacidad, la integridad de las personas y el respeto de la religiosidad.

Los derechos y deberes incluidos en la Ley N°20584 son los siguientes:

Derechos

- Del derecho al acceso oportuno y sin discriminación a las acciones de salud.
- Atención de las personas con discapacidad física o mental o privadas de libertad.
- Derecho a acceso oportuno y sin discriminación a las acciones de salud.
- Derecho a la seguridad en la atención de salud.
- Derecho a un trato digno.
- Derecho a tener compañía y asistencia espiritual.
- Derecho a la información.
- Derecho a la reserva de la información de la ficha clínica.
- Derecho a la autonomía de las personas en su atención de salud.
 - i) Consentimiento informado.
 - ii) Estado de salud terminal y la voluntad manifestada previamente
 - iii) Comités de ética.
 - Derecho a la protección de la autonomía de las personas que participan en una investigación científica.
 - Derechos de las personas con discapacidad psíquica o intelectual.
 - Derecho a la participación de las personas usuarias.
 - Derechos relacionados a los medicamentos e insumos.

Deberes

- Respeto a la normativa vigente en materia de salud.
- Respeto al reglamento interno de un lugar.

- Informarse sobre el funcionamiento del establecimiento que la recibe.
 - Cuidar las instalaciones y equipamiento.
 - Respeto en el trato a los integrantes del equipo de salud.
 - Deber de colaborar con el equipo de salud: informar verazmente sobre necesidades y problemas de salud y sobre antecedentes para el adecuado diagnóstico y tratamiento.
- Recuperado de: www.minsal.cl

Ley de Derechos y Deberes de los pacientes en el INC

El año 2012 y frente a la presencia de funcionarios y pacientes del Instituto Nacional del Cáncer y representantes de los Consejos Consultivos de la Zona Norte, el Ministro Mañalich entregó detalles de la nueva ley de derechos y deberes de los pacientes, normativa que resguarda los principios básicos de atención en salud aplicados tanto en el sector público como en el privado. La nueva iniciativa legal, que estuvo durante 11 años en tramitación, hoy es una realidad y representa un cambio histórico en la atención de salud, que irá en directo beneficio de los pacientes.

El Instituto Nacional del Cáncer fue elegido por las autoridades para realizar la presentación de la Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes debido a que es considerado uno de los hospitales públicos con mejor atención a sus usuarios, y por haberse convertido, en el año 2010, en el primer establecimiento público acreditado en calidad de atención en salud del país, resaltando aspectos como el buen trato al paciente, la oportuna entrega de información y el cuidado de sus procesos clínicos. “Me llena de orgullo venir a este hospital y hacer presente que hemos terminado el proceso legal de reforma a la salud iniciado hace 10 años, exactamente por la promulgación del presidente Piñera de la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes”, indicó el Secretario de Estado.

En la instancia, el Ministro de Salud recalcó la importancia que tendrá esta normativa, conceptualizándola en tres palabras: confianza, confidencialidad y consentimiento. “Confianza en que efectivamente los profesionales de la salud están calificados para hacer lo que se les pide hacer, lo primero que queremos instaurar es la Confianza en sus hospitales (...). Otro aspecto es la Confidencialidad, que cada vez que un paciente entregue información a un funcionario, el hospital tiene que mantener todos los mecanismos para que esa información sea confidencial, y quien falle será sancionado por la ley; y el tercer elemento es el del consentimiento, hoy tenemos la obligación de informar a la persona para que conscientemente tome decisiones que afecten su vida...”, explicó la autoridad. Recuperado de http://www.ssmn.cl/descargas/informativo_digital/Revista_Octubre.pdf año 2012

Exige tus derechos



y cumple tus deberes



Fuente: Recuperado de: <http://web.minsal.cl/derechos-y-deberes-de-los-pacientes>

Conforme lo antes descrito, la incorporación de nuevas políticas y estrategias de atención se enfocan a mejorar la calidad de la prestación y la satisfacción por parte de los usuarios. No obstante, como ocurre con otras transformaciones al interior del INC, existe una brecha entre las propuestas y su implementación efectiva. En ello, tanto usuarios internos como externos determinan condicionantes que hacen variar el resultado final de estas estrategias. En este contexto, cobra especial interés investigar desde la visión de los propios involucrados como se experimentan estos procesos.

CAPÍTULO 4 MARCO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de investigación

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo principal el conocer la percepción de la calidad de atención que tienen los pacientes del Instituto Nacional del Cáncer.

Mediante este marco metodológico se quiere dar respuesta exhaustiva si existe un modelo de atención que realmente sea integral, oportuno y de calidad y cuáles serían los factores que incidirían en dichos estándares de atención.

El estudio es de carácter descriptivo transversal. Es descriptivo porque describe una característica que es el nivel de satisfacción con la atención otorgada y transversal porque el nivel de satisfacción se mide una sola vez (Enero- febrero 2018).

La elección del método se realiza en respuesta al criterio propuesto por Ander Egg que sostiene "... el estudio descriptivo es el nivel en lo que habitualmente han de trabajar quienes están preocupados por la acción, puesto que permite elaborar un marco de estudio a partir del cual, se deduce una problemática ulterior o bien formular un diagnóstico con el fin de conocer carencias esenciales y sugerir una acción posterior."

Para el levantamiento de la información se utilizará la metodología cuantitativa, teniendo como instrumento de recolección un cuestionario estructurado tipo encuesta, entrevistándose directamente a paciente seleccionado

Cuando se habla de seguir esta metodología se intenta establecer un objetivo importante que es inducir a la mejora de una atención integral, oportuna y de calidad.

La meta es que al seguir esta metodología se contribuye a una mejor profesionalización y se abre un abanico de posibilidades para incrementar la calidad de atención teniendo siempre presente que nuestros pacientes son la esencia de la investigación.

Para ello, se realizó un cuestionario que me permitirá conocer que aspectos hay que tomar en cuenta para conseguir una atención eficaz y ser un indicador de calidad que sirva de método valido para modificar actitudes, detectar problemas y hacer recomendaciones.

4.2 Instrumentos metodológicos usados

A fin de validar la etapa de recolección de datos, se utilizará un cuestionario aplicado a una muestra de pacientes que se atienden en el Instituto Nacional del Cáncer. Este cuestionario será dividido en tres partes; la primera parte consiste en recolectar datos demográficos y datos de los pacientes, la segunda parte determinará la percepción que tiene los pacientes de la atención administrativa y clínica y la tercera parte indica las expectativas que esperan los pacientes sobre una atención ideal. (Anexo 11)

4.3 Universo de estudio

El universo del estudio, estará compuesto por personas usuarias de las dependencias del INC, que estén en proceso de consulta médica periódica y/o también tratamiento de salud. Esto alcanza aproximadamente a 3000 consultas al año. Recuperado de: <http://www.incancer.cl/>

Se decide aplicar la encuesta sólo a mayores de 18 años, teniendo en cuenta que el Hospital atiende a personas de todas las edades, considero que los menores de 18 años pueden presentar dificultades para entender las preguntas propuestas, en esos casos entrevistaremos al adulto que acompaña al menor, ya que comúnmente se encuentran acompañadas de un adulto responsable que participa activamente en el proceso de atención. En el caso de no encontrarse acompañado, se tomó la determinación de no entrevistar menores de 18 años, debido al grado de complejidad de las preguntas.

4.4 Unidad de estudio y muestra de estudio

El estudio se realizó al interior del Instituto Nacional del Cáncer, Ubicado en Av. Profesor Zañartu N° 1010, en horario de atención habitual (Lunes a jueves de 08:00 a 17:00 horas. y viernes de 08:00 a 16:00 horas)

Para esta evaluación se encuestó a 50 pacientes mayores de 18 años en el tiempo comprendido entre los días 3 de enero 2018 al 9 de febrero 2018. Por lo que no será una muestra representativa del universo.

Cirugía Damas (20), Cirugías Varones (20) y Policlínico cirugía (10)

4.5 Variables y Pregunta de cuestionario

Variables

Las variables que permiten identificar qué aspectos serán evaluados y afectados por el diseño son las siguientes:

1- Tiempos de espera en la atención sanitaria

Se define como el tiempo que el paciente promedia entre la solicitud de la atención y el momento en que se realiza la atención por parte del médico, en el caso del INC, el paciente también evaluará: obtención de hora de atención y derivación desde la atención primaria hasta su primera atención en el INC.

2- Infraestructura física

Espacio del establecimiento en el cual el paciente transcurre el tiempo de espera para obtener la atención necesaria, ya sea en sala de espera, señalización de los espacios, ventilación, baños, asientos, limpieza e higiene de cada uno de los espacios físicos del INC.

3- Atención del personal

Entenderemos por atención del personal, el promedio o nota que le asignará el paciente al momento en que éste se relaciona con el personal en el INC (personal administrativo y personal médico).

4- Entrega de información

Se entenderá como la calificación que el paciente asigna con respecto a las consultas que este realiza al personal del servicio de salud, siendo este resultado estandarizado en una escala de respuestas.

5- Seguridad del paciente

La seguridad del paciente es la escala de confianza que le asigna el usuario al conjunto de condiciones que garantiza que los exámenes y tratamiento sean confiables y seguros.

6- Acreditación hospitalaria

La acreditación hospitalaria será evaluada según el conocimiento que los usuarios tienen respecto a la calidad de servicio que entrega el INC, al encontrarse acreditado por la Superintendencia de Salud.

Preguntas

Tiempos de Espera

- Tiempo transcurrido entre la derivación desde la atención primaria hasta su primera atención en el INC.
- Tiempo de espera desde la hora de citación hasta que lo atendió el médico.
- Tiempo de espera para comenzar su tratamiento.
- Tiempo de espera desde su llegada al hospital a su primera atención administrativa.
- Tiempo de espera desde que llego a la sala de espera hasta la atención del médico en el box.

Puntuación	Semántica
1	Muy satisfecho
2	Satisfecho
3	Indiferente
4	Insatisfecho
5	Muy insatisfecho

Puntuación	Tiempo (Minutos)
1	0 – 30
2	30–60
3	60 – 90
4	90 – 120
5	120 o más

Puntuación	Tiempo (Días)
1	Menos de 1 semana
2	1 a 2 semanas
3	2 Semanas a 1 mes
4	1 mes a 3 meses
5	Más de tres meses

Infraestructura de la Sala de Espera

- La señalización y los letreros dentro del INC facilitan su orientación.
- Temperatura adecuada.

- Limpieza general.
- Ventilación del lugar
- Orden del espacio.
- Asientos disponibles
- Cantidad de baños disponibles.
- Limpieza e higiene de los baños.

Puntuación	Semántica
1	Muy satisfecho
2	Satisfecho
3	Indiferente
4	Insatisfecho
5	Muy insatisfecho

Infraestructura de la consulta médica

- Temperatura adecuada.
- Limpieza general.
- Ventilación del lugar
- Orden del espacio.

Puntuación	Semántica
1	Muy satisfecho
2	Satisfecho
3	Indiferente
4	Insatisfecho
5	Muy insatisfecho

Atención del Personal administrativo

- Personal disponible para atención de público.
- Amabilidad y cortesía del personal.
- Rapidez para agendar horas médicas.
- Presentación personal de los funcionarios.
- Capacidad del personal para responder sus dudas y consultas.
- Preocupación y dedicación por dar solución a sus problemáticas

Puntuación	Semántica
1	Muy satisfecho
2	Satisfecho
3	Indiferente
4	Insatisfecho
5	Muy insatisfecho

Atención del Personal Médico

- Personal disponible para atención de público.
- Amabilidad y cortesía del personal.
- Presentación personal de los funcionarios.
- Capacidad del personal para responder sus dudas y consultas.
- Preocupación y dedicación por dar solución a sus problemáticas.
- Oportunidad o instancia para opinar sobre su tratamiento y/o enfermedad.

Puntuación	Semántica
1	Muy satisfecho
2	Satisfecho
3	Indiferente
4	Insatisfecho
5	Muy insatisfecho

Entrega de Información global

- Información oportuna a su requerimiento.
- Lenguaje claro y adecuado para el receptor.

Puntuación	Semántica
1	Muy satisfecho
2	Satisfecho
3	Indiferente
4	Insatisfecho
5	Muy insatisfecho

Seguridad del Paciente

- Siente seguridad respecto a los resultados de exámenes realizados en el INC.
- Siente seguridad en lo que respecta a los insumos utilizados al momento de su tratamiento.

Máximo de desconfianza			Máximo de confianza	
1	2	3	4	5

Acreditación Hospitalaria

- Conoce usted en qué consiste el proceso de acreditación hospitalaria.

SI	NO
----	----

Si la respuesta es sí:

De acuerdo con la información que maneja, evalúe, cómo ha impactado la acreditación hospitalaria en el proceso de la atención.

Puntuación	Semántica
1	Muy satisfecho
2	Satisfecho
3	Indiferente
4	Insatisfecho
5	Muy insatisfecho

Si la respuesta es no:

- a. Lo desconoce porque no le interesa
- b. Porque el INC no le ha informado de las reformas de las cuales es parte.
- c. Porque no ha tenido el tiempo para interiorizarse.
- d. Las cosas siempre han sido igual en el INC.

Conoce usted sobre los derechos y los deberes de los pacientes

SI	NO
----	----

Si la respuesta es no:

- a. Lo desconoce porque no le interesa.
- b. Porque el INC no le ha informado de las reformas de las cuales es parte.
- c. Porque no ha tenido el tiempo para interiorizarse.
- d. Las cosas siempre han sido igual en el INC.

CAPÍTULO 5. ANÁLISIS Y DESARROLLO

5.1 Análisis de resultados

De acuerdo a la encuesta realizada a 50 pacientes pertenecientes al Instituto Nacional del Cáncer, entre los días 3 de enero 2018 al 9 de febrero 2018 los resultados son los siguientes:

Se clasifica la muestra en 6 rangos de edades, como se describe en el siguiente gráfico:

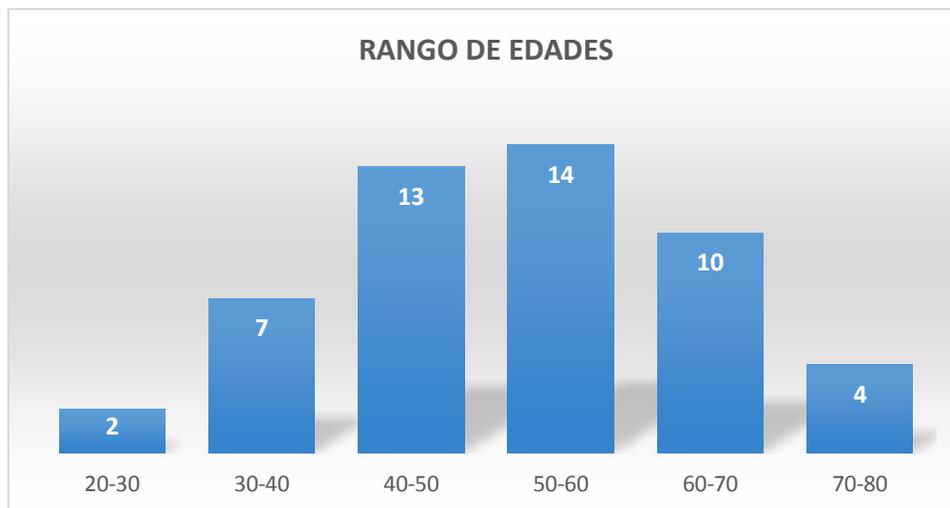


Gráfico 1 Rango de edades

El gráfico revela que la muestra se concentra en el rango de edades desde 40 a 70 años, por lo que podemos inferir que la muestra se compone principalmente de personas maduras.

En la diferenciación por sexo, identificamos un 80% de usuarias femeninas y un 20% de usuarios masculinos, por lo que las encuestadas fueron principalmente mujeres.

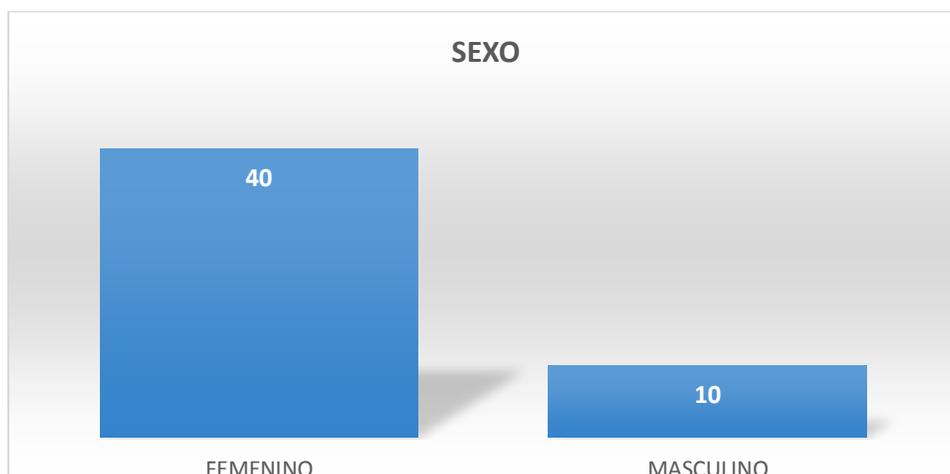


Gráfico 2 Rango de edades

En lo que respecta a la comuna de procedencia los encuestados viven el área norte de Santiago, sobresaliendo la comuna de Independencia con 16 encuestados.

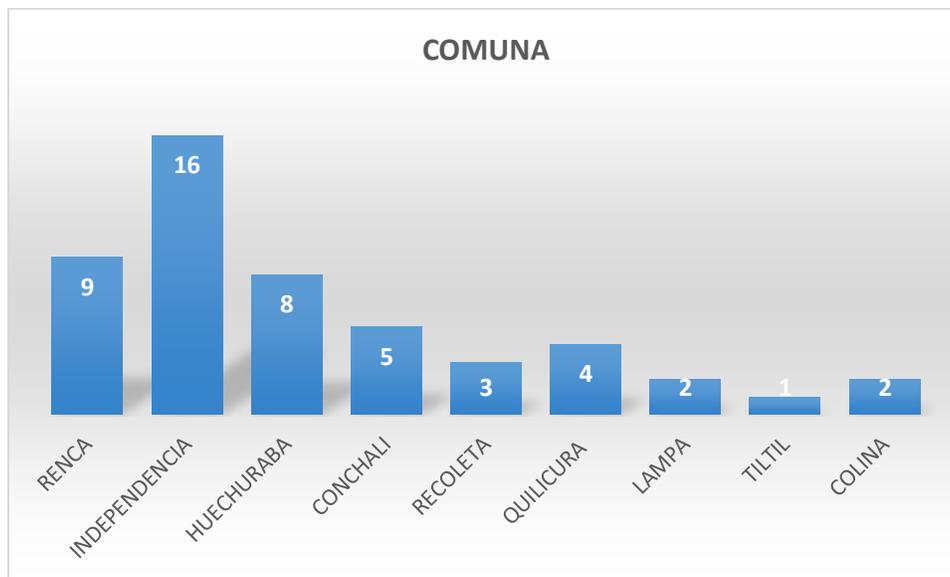


Gráfico 3 Comuna donde viven los pacientes.

En la diferenciación por área de atención se identifican mayoritariamente a usuarios que se atienden en cirugía policlínico con un 40%, aunque se debe destacar el 36% de encuestados que se atienden en cirugía damas.

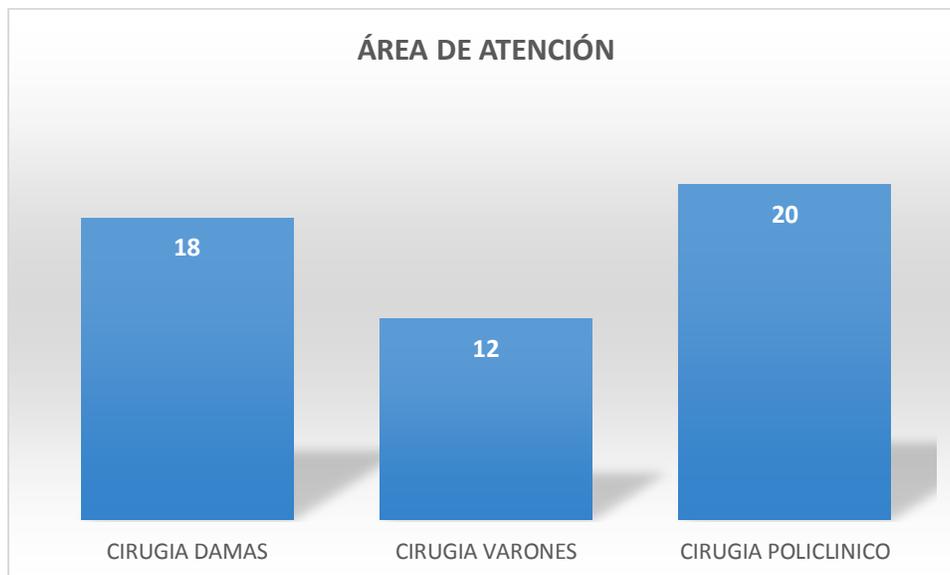


Gráfico 4 Área de Atención

5.2 Análisis de encuestas

Tiempos de Espera

De acuerdo a la información revelada en la encuesta, en cuanto a tiempos de espera, se registra un 54% de personas que esperan de 2 semanas a 1 mes entre el tiempo transcurrido desde la derivación de la atención primaria hasta su primera atención en el INC. En lo que respecta al tiempo de espera desde la hora de citación hasta que lo atendió el médico el 60% responde que es entre 1 a 2 semanas, el mismo tiempo que demora en programar su cirugía.

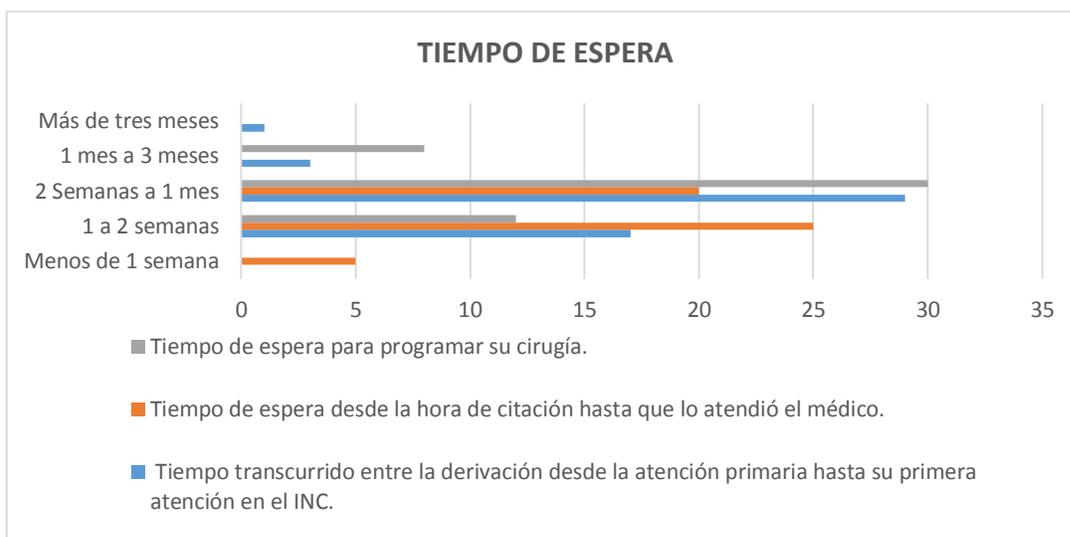


Gráfico 5 Tiempo de Espera

El tiempo de espera desde la llegada del paciente al hospital hasta su primera atención administrativa y desde su llegada a la sala de espera en la atención del médico en el box fluctúa entre los 0 a 30 minutos, registrando 75 respuestas emitidas por los usuarios.

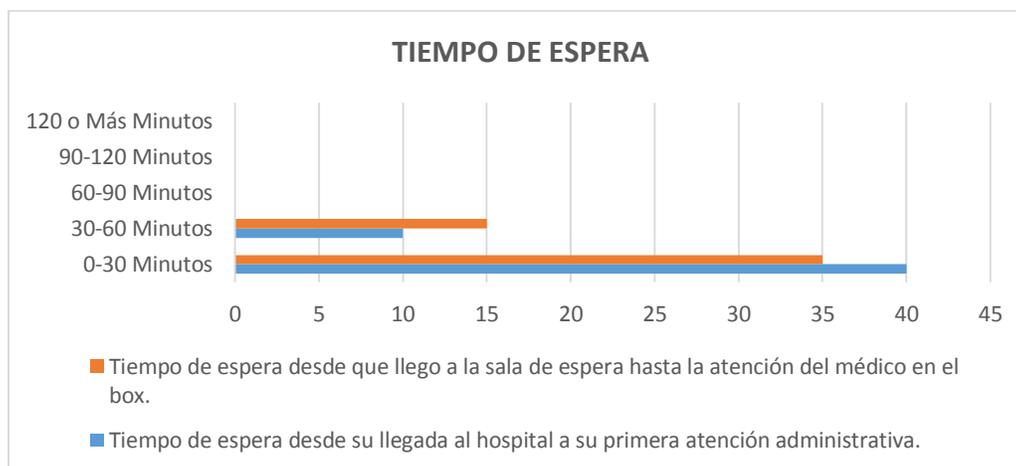


Gráfico 6 Tiempo de Espera

Infraestructura

La evaluación de la infraestructura globalmente registra un 58% muy satisfecho de los usuarios, quienes manifiestan que los espacios físicos de atención médica y de la sala de espera, considerando señalización, temperatura, limpieza, ventilación, orden de los espacios, asientos disponibles y baños, cumplen con los objetivos.

La clasificación global de la infraestructura registra una satisfacción por parte de los usuarios siendo el ítem mejor evaluado dentro de la encuesta de opinión usuaria.

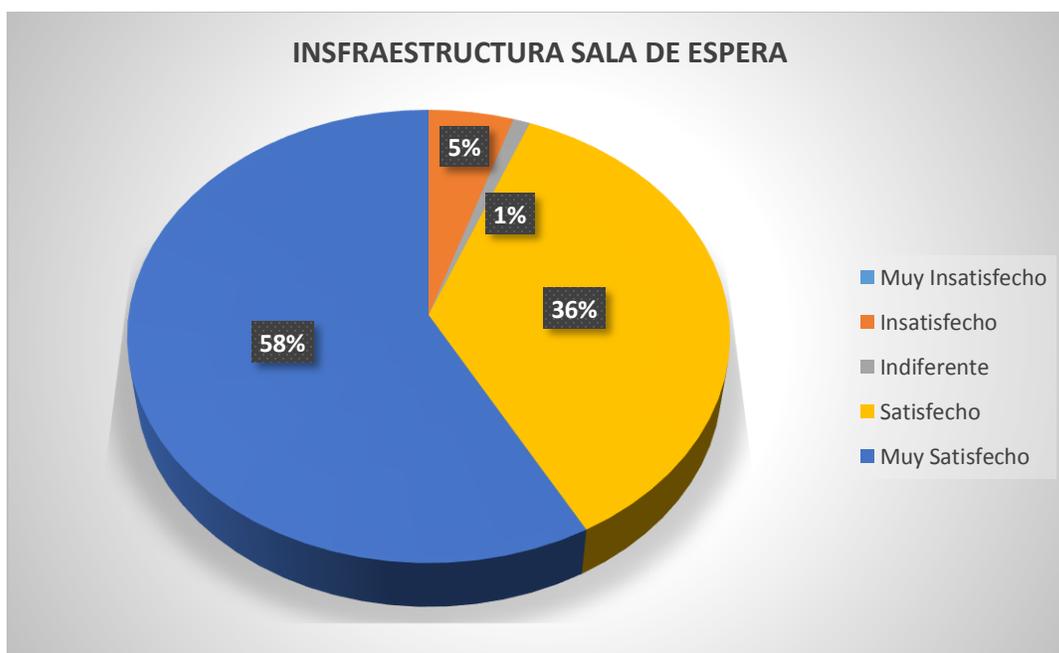


Gráfico 7 Infraestructura sala de Espera

Atención del Personal

Dentro de la atención de personal, identificamos 3 tipos de funcionarios, estos son:

1. Funcionarios administrativos

En el caso de los funcionarios administrativos, la evaluación de los pacientes indica que existe una satisfacción de un 80% (valor sumado de las alternativas Muy satisfecho y Satisfecho) en la disponibilidad de este estamento.

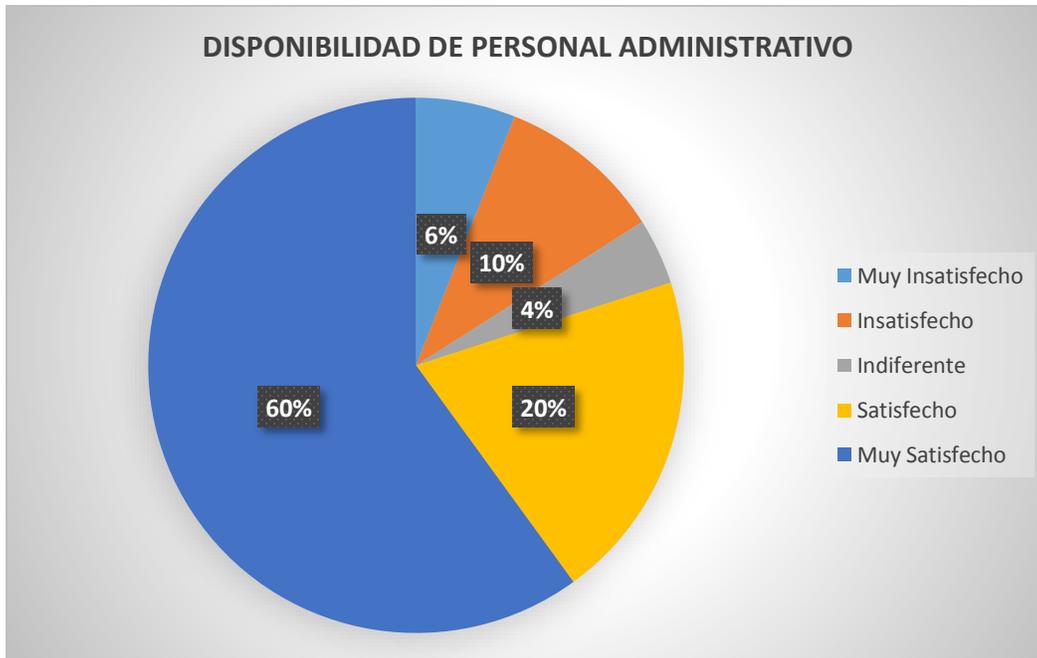


Gráfico 8 Disponibilidad de personal administrativo

En cuanto a la amabilidad y cortesía de los funcionarios administrativos, el 86% de los encuestados evalúa su atención de “buena” a “muy buena”.

El 80% de los encuestados revela satisfacción respecto a la rapidez para agendar horas médicas.

Un 50% se demuestra indiferente con la presentación personal de los funcionarios administrativos. El otro 50% está satisfecho con la forma que se presenta el personal.

Existe un 80% de conformidad usuaria respecto de la capacidad del personal para responder sus dudas y consultas.

Un 84% de los encuestados, manifiesta satisfacción con respecto a la preocupación y dedicación por parte del personal por dar solución a sus problemas.

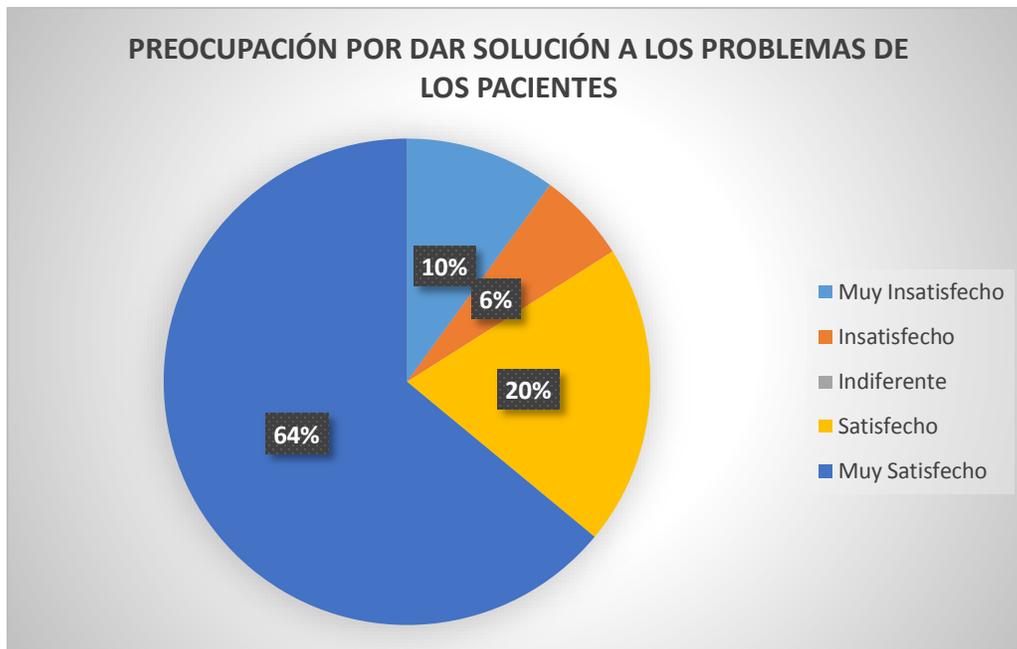


Gráfico 9 Preocupación por dar solución a los problemas.

Con respecto a los funcionarios administrativos, podemos identificar que éstos están muy bien evaluados por los pacientes.

2. Personal Médico

Con respecto al personal médico disponible para la atención de pacientes, un 96% considera que existe una cantidad adecuada de especialistas.

A su vez, existe un 94% de usuarios que demuestran satisfacción respecto a la amabilidad y cortesía del personal médico.

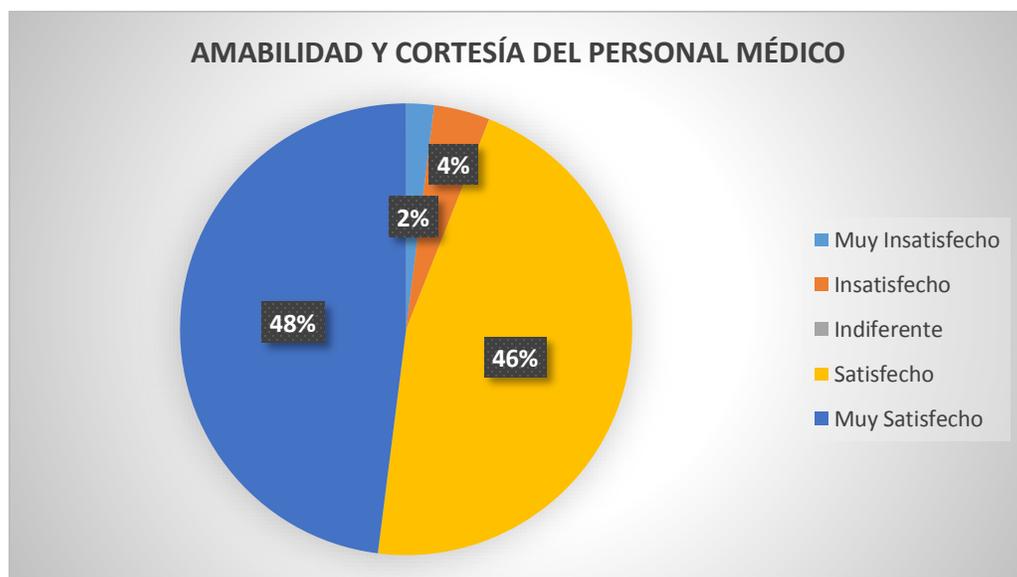


Gráfico 10 Amabilidad y cortesía del personal médico.

El 62% de los encuestados se muestra indiferente respecto a la presentación personal de los funcionarios médicos. A su vez, existe un 80% de insatisfacción respecto a la capacidad del personal médico para responder dudas y consultas.

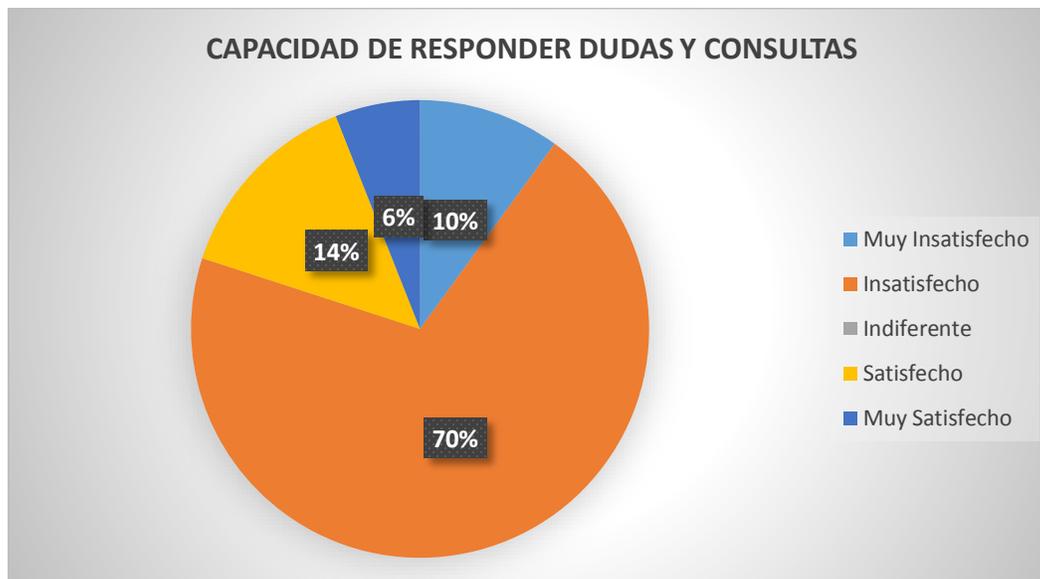


Gráfico 11 Capacidad de responder dudas y consultas.

Un 78% de los usuarios encuestados registra insatisfacción respecto a la preocupación y dedicación de parte del personal médico, para dar solución a sus problemas y un 80% de insatisfacción con respecto a la oportunidad y/o instancia para opinar sobre su tratamiento y/o enfermedad.

Entrega de información global

Se registra un 84% de satisfacción de acuerdo a la entrega de información oportuna al requerimiento de los pacientes.

Un 54% de pacientes que no está satisfecho con respecto al lenguaje claro y acorde al receptor.

Se identifica además que la entrega de información global registra un 65% de satisfacción. Tal como refleja en gráfico 12.

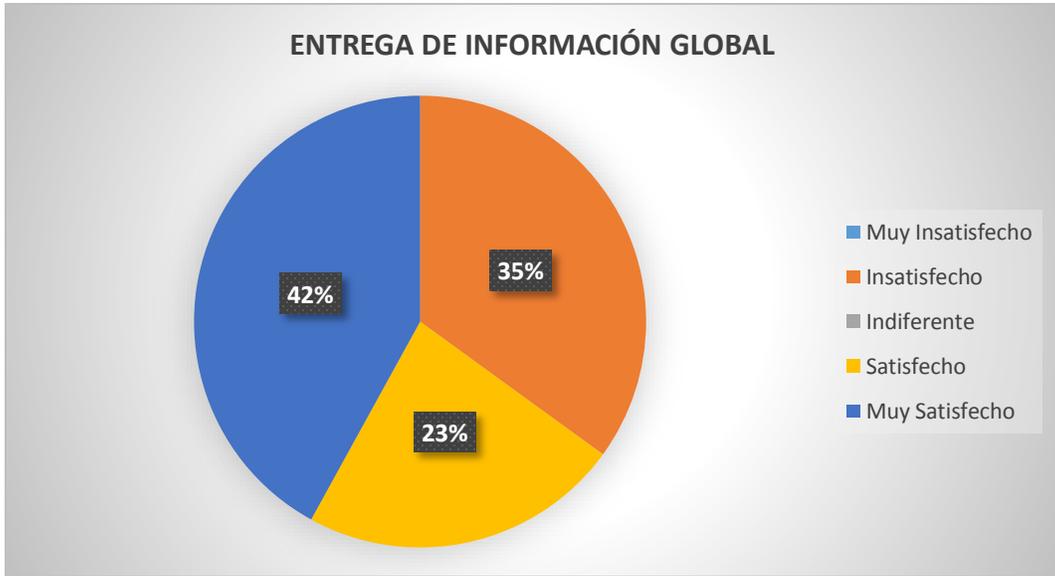


Gráfico 12 Entrega de información global.

Seguridad del Paciente.

De acuerdo a la seguridad respecto de la confianza en que no se cometerán errores respecto a los resultados de exámenes realizados en INC y los insumos utilizados al momento de su cirugía o tratamiento el resultado fue muy confiable y satisfactorio.

La satisfacción global de este ítem es de un 100%. Siendo uno de los ítems mejor evaluados de la encuesta de opinión usuaria.

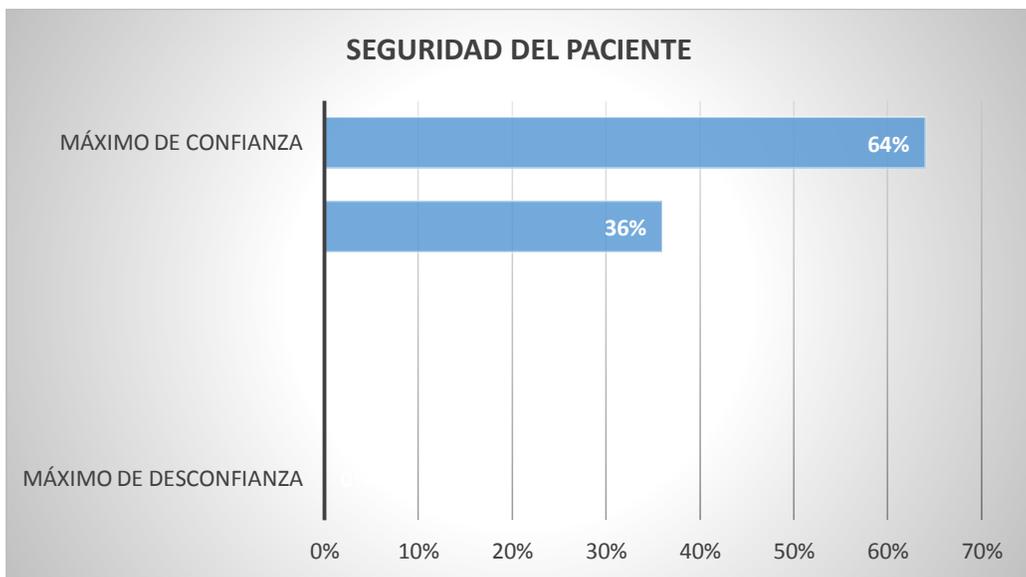


Gráfico 13 Seguridad del paciente.

Acreditación hospitalaria

El 80% de los usuarios desconoce en qué consiste el proceso de acreditación hospitalario. Del 20% de usuarios que conoce sobre la acreditación hospitalaria un 80%, evalúa positivamente el impacto de la acreditación hospitalaria en el Instituto Nacional del Cáncer.



Gráfico 14 Conocimiento del proceso de acreditación hospitalaria.

Un 70% de los encuestados que respondieron si, desconocen sobre los derechos y deberes de los pacientes.

El 43% responde que no conoce dicho protocolo porque el hospital nunca le ha informado sobre la reforma, a su vez el 28% indica desconocerlo porque no le interesa, un 23% porque no ha tenido el tiempo de interiorizarse y un 6% indica que las cosas siempre han sido iguales en el INC y no han cambiado luego de la reforma.

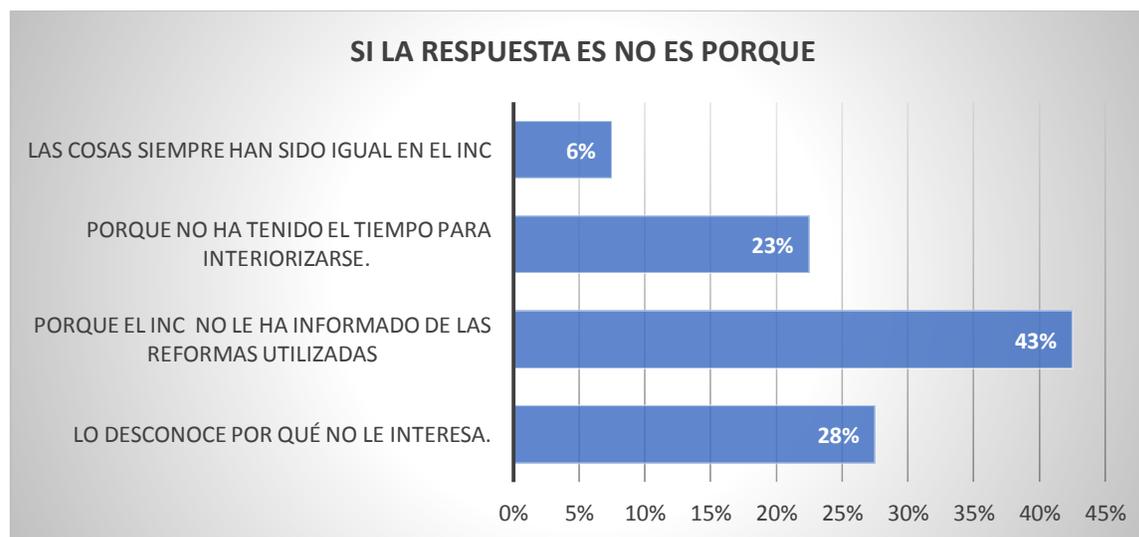


Gráfico 15 Si la respuesta es No es porque.

5.3 Análisis de pregunta abierta

La decisión de formular esta pregunta abierta dentro de la encuesta tiene como propósito generar en el paciente un interés y compromiso mayor en participar en este diagnóstico, así como también el deseo de realizar proposiciones que pudiesen ser incluidas dentro de un nuevo modelo de atención en el Instituto.

Existe concordancia en que la atención de un paciente diagnosticado con cáncer es diferente a la atención que deben recibir otros tipos de pacientes. Por lo cual, el ideal de atención también cambia. El tipo de expectativa es diferente dependiendo de ciertas características del paciente. Así, algunos pacientes señalaron expectativas más genéricas, como obtener una mejor información y tener tiempo suficiente en la consulta, lo cual es congruente con el deseo predominante en este tipo de pacientes de participar más en las consultas y en la toma de decisiones en lo que respecta a su diagnóstico y tratamiento. Otros pacientes buscan más que le den seguridad (confianza en resultados de exámenes y tratamiento) algo que parece creer conseguir con buena comunicación e información por parte del médico.

Este estudio no tiene en cuenta la influencia de la personalidad del paciente en los resultados, lo cual representa un factor de confusión a tener en cuenta (por ejemplo, los pacientes que tienden a ser optimistas suelen también catalogar mejor tanto su salud como su comunicación con el médico). Por otra parte, la interpretación de los resultados en lo que se refiere a las diferencias de expectativas entre pacientes debe tomarse con precaución, ya que, por ejemplo, una mayor edad y un menor nivel educativo pueden influir en las expectativas y las percepciones de muchas maneras.

El tipo de síntoma o problema expuesto por los pacientes entrevistados no parece relacionarse con ninguna expectativa en concreto, aparte de las predominantes sobre el deseo de que el médico muestre interés, escuche y ofrezca información y consejos. Muchos pacientes en las consultas se muestran preocupados porque sus síntomas representen un problema serio por lo que sus respuestas en general son de explicarse a un médico interesado y que éste les informe y aconseje adecuadamente sobre sus síntomas como fin primordial. Esto resalta la importancia de desarrollar los aspectos comunicacionales que permitan al médico conocer los modelos explicativos del paciente y sus auténticas necesidades.

Por otro lado, los pacientes expresan buscar una experiencia de atención con un gran contenido humano, lo que algunos conocemos como “calidez”, que es lo que más se utiliza en la atención médico-paciente. Esto en relación con la oportunidad, el trato digno y la debida información.

Otro problema que se visualizó es la pérdida de información de los pacientes que no quisieron responder la pregunta.

Entre los términos más usados por los pacientes se repitieron los siguientes:

Confianza – Empatía - Humanidad – Franqueza – Respeto.

CAPÍTULO 6 CONCLUSIONES

La atención en salud supone una serie de factores que se orienten a asegurar la calidad del servicio y la satisfacción por parte de todos los actores que intervienen en este proceso.

Dentro de los **factores** más importantes en cuanto a la calidad de atención se encuentran:

- **La atención del personal:** esta registra un nivel de satisfacción elevado cuando se analiza el trabajo de los funcionarios administrativos en los ámbitos de *amabilidad, rapidez, capacidad para resolver dudas y consultas y preocupación y dedicación*. Los niveles de satisfacción por parte de los pacientes superan el 80% en cada indicador. No obstante, existe mayor disconformidad en cuanto al desempeño del personal médico. Si bien los pacientes consideran que existe una cantidad de médicos adecuada para la atención, quienes mantienen una actitud de amabilidad y cortesía, éstos aparecen mal evaluados en los indicadores de *preocupación y dedicación* (78% de insatisfacción), *capacidad para responder consultas y oportunidad que tiene el paciente para opinar sobre su tratamiento* (80% de insatisfacción en cada uno)
- **Tiempos de espera:** es indudable que la falta de personal y la carencia de funcionarios genera lentitud en la atención al paciente, quienes transmiten su descontento a la hora de ser atendidos. A la sobrecarga laboral se suma este clima tenso entre los funcionarios y los usuarios. Estos últimos deben esperar entre 2 semanas a 1 mes desde que son derivados desde un centro de salud primaria hasta el INC, debiendo acudir a las oficinas del SOME para conseguir una hora de atención, debiendo esperar entre 1 a 2 semanas más, mismo tiempo de espera para la programación de su cirugía.
- **Infraestructura:** los elementos evaluados permiten establecer una satisfacción respecto a los distintos espacios que el INC dispone (Sala de Espera y Consulta Médica). *La limpieza y equipamiento* existente es destacado ampliamente, logrando niveles de satisfacción superiores al 90%. Este punto es uno de los mejores evaluados junto con la seguridad del paciente.
- **Entrega de información oportuna:** en lo que respecta a este factor, existe claramente una satisfacción por parte del paciente, lo que a su vez genera un elemento positivo para la institución. Los pacientes identifican deferencia y ven cómo los funcionarios administrativos tratan de ponerse en su lugar, otorgando información necesaria para la atención general y también con respecto a la de su tratamiento, elementos que van de la mano con lo establecido en la Carta de Derechos y Deberes, que comprende como primer derecho que el paciente tenga información oportuna y comprensible de su salud.

- **Seguridad del paciente:** se analizó este factor en una escala de confianza de 1 a 5 dando como resultado una evaluación positiva para el hospital. Por esta razón, se espera que estos niveles de confianza se incrementen año a año y que, de esta forma, el INC se posicione y consolide en cuanto a estos índices, así como también en cuanto a los objetivos de calidad.
- **Acreditación hospitalaria:** entre los pacientes existe un desconocimiento de lo que significa este factor. La Acreditación Hospitalaria es un proceso llevado a cabo desde la Dirección del INC cada 2 años, involucrando a todas las personas que ejercen algún rol tales como funcionarios y pacientes. No obstante, de estos últimos sólo un 20% está bien informado sobre en qué consiste este proceso y el de ellos 80% evalúa positivamente el impacto que este proceso de acreditación tiene sobre el funcionamiento del INC. Aun cuando el escenario no es el mejor (planta física y baja motivación funcionaria), se ha ido avanzando en esta materia, aunque los pacientes no sean capaces de ver esta evolución, ya que se trata de un tema complejo como la salud pública a cargo de tratamientos de cáncer, a lo que se suma la carencia de los recursos necesarios para generar una reforma de alto impacto.

CAPÍTULO 7 MODELO DE GESTIÓN

Con los resultados del presente trabajo construiré un Modelo de Gestión para la Atención Oportuna e Integral, agregando una serie de proyecciones que son factibles de realizar.

El modelo propuesto va a estar basado principalmente en el desarrollo tecnológico aplicable a cada ítem abordado. La idea es llegar a hacer un “Hospital Digital” (Anexo 12)

✓ La atención del personal:

Se debe generar una actitud de cordialidad y amabilidad en los funcionarios y personal médico, creando una mentalidad de servicio con calidad, desde el uso de un lenguaje recomendable para cada paciente de acuerdo a su nivel sociocultural, hasta el entender su patología y a su vez el tratamiento de éste. Asimismo, también es importante crear un ambiente laboral óptimo que ayude a los diferentes estamentos en relación a la accesibilidad administrativa y clínica, sin dejar de mencionar la distribución adecuada del recurso humano en las diferentes unidades, ya que es insuficiente el personal en relación a la demanda de los pacientes, repercutiendo así en el tiempo de espera de la consulta y en definitiva a la atención médico-paciente.

Para lograr una mayor satisfacción en este ámbito es necesario capacitar al personal en normas de atención, pero también se debe educar a los pacientes en cuanto a sus deberes y derechos. Entre las capacitaciones se propondrán a la unidad de

capacitación “Atención de calidad para el paciente y su familia” de forma E-Learning para todos los médicos de la institución.

Hay que realizar esfuerzos conjuntos tales como implementar talleres entre funcionarios y pacientes en donde se puedan compartir experiencias, empatizando unos con otros. Si se logra establecer una estrategia de cooperación entre los distintos grupos de usuarios con los funcionarios y trabajadores del hospital, se podrá mejorar la comunicación y el entendimiento entre los dos sectores. De lo anterior es que se afianzara el “consejo consultivo y multidisciplinario”. (Anexo 13)

✓ Tiempos de espera:

Entre los pacientes aparecen aquellos que requieren un acceso expedito, sin barreras administrativas y con la necesidad de una atención oportuna. Por ejemplo, cuando una persona se encuentra enferma de cáncer, debe tener un acceso rápido y oportuno a la atención por lo que un tótem de atención permitirá brindarle a los pacientes comodidad, modernidad y satisfacción en el proceso de autoatención.

De lo anterior es que me parece necesario aliarse de forma gradual con la “tecnología”, específicamente en lo que se refiere a la atención dentro del hospital, la dotación de computadores y sistemas informáticos permitirá registrar la llegada de las personas e incluso comunicar la llamada al box, de manera de mejorar los tiempos de acceso con fluidez y eficiencia. Ante la necesidad de derivación a centros con mayor complejidad (Instituto Nacional del Cáncer), como parte del proceso de atención y requisito para la trazabilidad del paciente, se debiera exigir operar de forma interna entre los Sistemas de Información, esto para que el paciente se retire del lugar de atención original con sus horas tomadas y programadas. Así como también para que sus registros clínicos relevantes estén disponibles ante los diferentes profesionales que atenderán en este proceso transversal, con los debidos resguardos en materia de protección de datos personales y en seguridad de la información. La Ficha Clínica Electrónica y el Sistema de Información de la Red Asistencial (SIDRA) deberían ser un gran avance en mejorar la trazabilidad a la atención de salud de los pacientes (Anexo 14).

Vale la pena citar la experiencia del Jefe del Departamento TI del Servicio de Salud Osorno. “Los aportes de la Ficha Clínica Electrónica son innumerables, pero destaco el que mejora la calidad de la atención a los pacientes y aporta a la seguridad de su información, dado que el sistema de información está en línea en toda la Red Asistencial, compartiendo los registros de la atención, cuando es pertinente y bajo estrictas normas de seguridad” Bruno Ojeda.

La incorporación de Especialistas Médicos (Internistas, Anestesiólogos y Oncólogos, entre otros) debe ser una vía de formación de los médicos recién egresados y así resguardar su permanencia y capacitación. También, se debería incorporar la Telemedicina al momento de realizar comité clínico al momento de presentar el caso

en especialidades y cáncer de alta complejidad. Con lo cual los tiempos de espera en todo sentido disminuirían. . (Anexo 15)

✓ Infraestructura:

Como este es uno de los factores mejor evaluados se recomienda mantener los estándares de calidad, en cuanto a orden, limpieza y equipamiento. Es importante entonces conservar externalizado este servicio. La idea es cumplir con una infraestructura con instalaciones adecuadas para el uso seguro, tanto de los funcionarios como de los pacientes. (Anexo 16)

✓ Entrega de información oportuna:

La mejor manera de visualizar esto es la comunicación, ya que nos ayudará a incentivar la oferta asistencial y los mecanismos de acceso y oportunidad. La búsqueda de canales efectivos de comunicación y acceso deben ser puntos principales en la gestión sanitaria. Se entiende que la población inscrita en los centros médicos tiene un contacto permanente o diario con la institución de manera presencial. Por lo tanto, aunque se invierta una gran cantidad de dinero en promoción de salud en los hospitales, este objetivo no tendrá los resultados esperados sin utilizar otros medios o canales, que lleguen a la gran mayoría de los beneficiarios. Por ejemplo, dípticos digitalizados que se encuentren en las páginas web del INC, claras y básicas con información sobre el funcionamiento clínico y administrativo Otra forma de lograr una mejor información es actualizar e informatizar los consentimientos informados antes de un tratamiento clínico o cirugía. (Anexo 17)

✓ Seguridad del paciente:

Para mantener la satisfacción en este factor, es necesario informar oportunamente a través de una plataforma informática en donde los pacientes tengan acceso a los resultados de sus exámenes y evaluación de sus tratamientos. Se incorporará a través del sitio web del INC esta nueva tecnología al servicio de los pacientes, lo que representa estar acorde a los nuevos tiempos respecto a la medicina de laboratorio y cirugía. Esta herramienta permite al paciente obtener los resultados de sus exámenes y protocolo operatorio sin recurrir al hospital nuevamente tras la toma de la muestra o cirugía, agilizando la atención de salud y permitiendo no incurrir en gastos adicionales de tiempo y dinero. (Anexo 18)

✓ Acreditación hospitalaria: (Anexo 19)

Para mejorar el conocimiento de este factor se tomarán en cuenta cuatro puntos:

- 1- Tener una política de comunicación e información intensa y diversa, que alcance los distintos niveles de la organización.

- 2- Que exista un alto compromiso por parte de los directivos.
- 3- Conformar un equipo de trabajo conformado por funcionarios y pacientes.
- 4- Colocar el tema calidad en primer lugar de la agenda, entregando trípticos de calidad a funcionarios y pacientes.

La Tecnología y los Servicios Informáticos asociados están disponibles para seguir avanzando en los desafíos que se han planteado, en un contexto de mejora continua y sin retroceder al papel y el lápiz en aquellos procesos consolidados del sector sanitario. Ello asegurará avanzar con mayor certeza y eficiencia en la gestión y atención de las personas en salud.

Lo anteriormente mencionado denota que agregar más recursos clínicos para la atención de las personas no implica necesariamente ampliar la cobertura, lo importante es lograr la eficiencia acercando los recursos a quienes lo necesitan, tener una mirada transversal de prevención y promoción más allá de las campañas educativas y de la propia institución generando equipos de atención móviles que se acerquen, por ejemplo, a los complejos educacionales, centros comunitarios y casas de acogida, manteniendo la trazabilidad de los registros, con el apoyo de los Sistemas de Información o Software disponibles.

El INC está preparado para seguir avanzando en la incorporación de Tecnología de la Información, puesto que cuenta con un amplio capital humano que hará posible los avances mencionados.

Finalmente, el desarrollo de este modelo permitirá idealmente apoyar en la ejecución de un proceso donde confluya la tecnología, comunicación, compromiso, calidad, capacitación y amabilidad. La idea es generar mejoras poco invasivas para que sean adoptadas con mayor facilidad por el funcionario y van orientadas a mejorar la eficiencia y la eficacia en la atención integral y oportuna del paciente. (Anexo 20)

CAPÍTULO 8 ANEXOS

Anexo 1

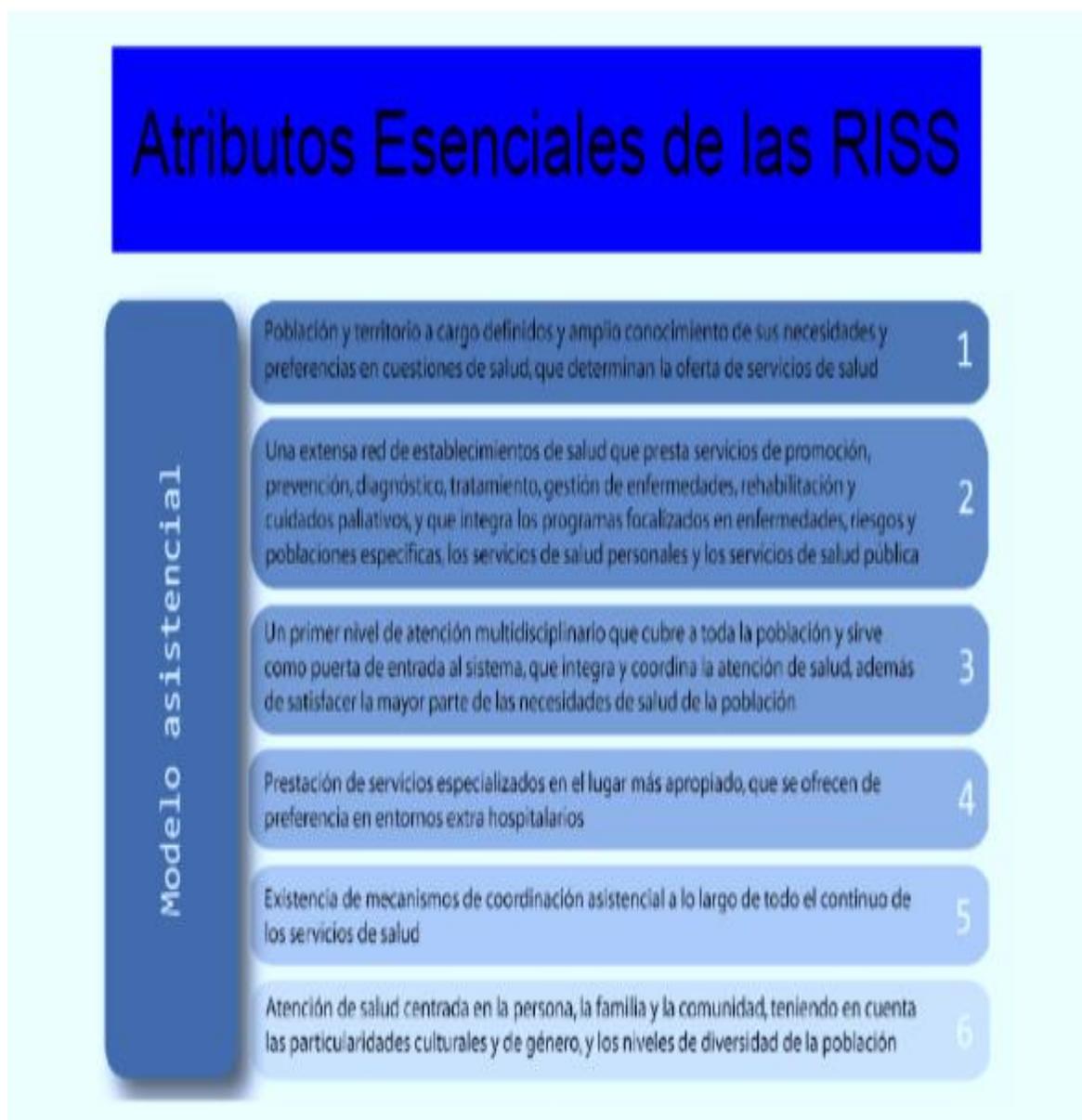
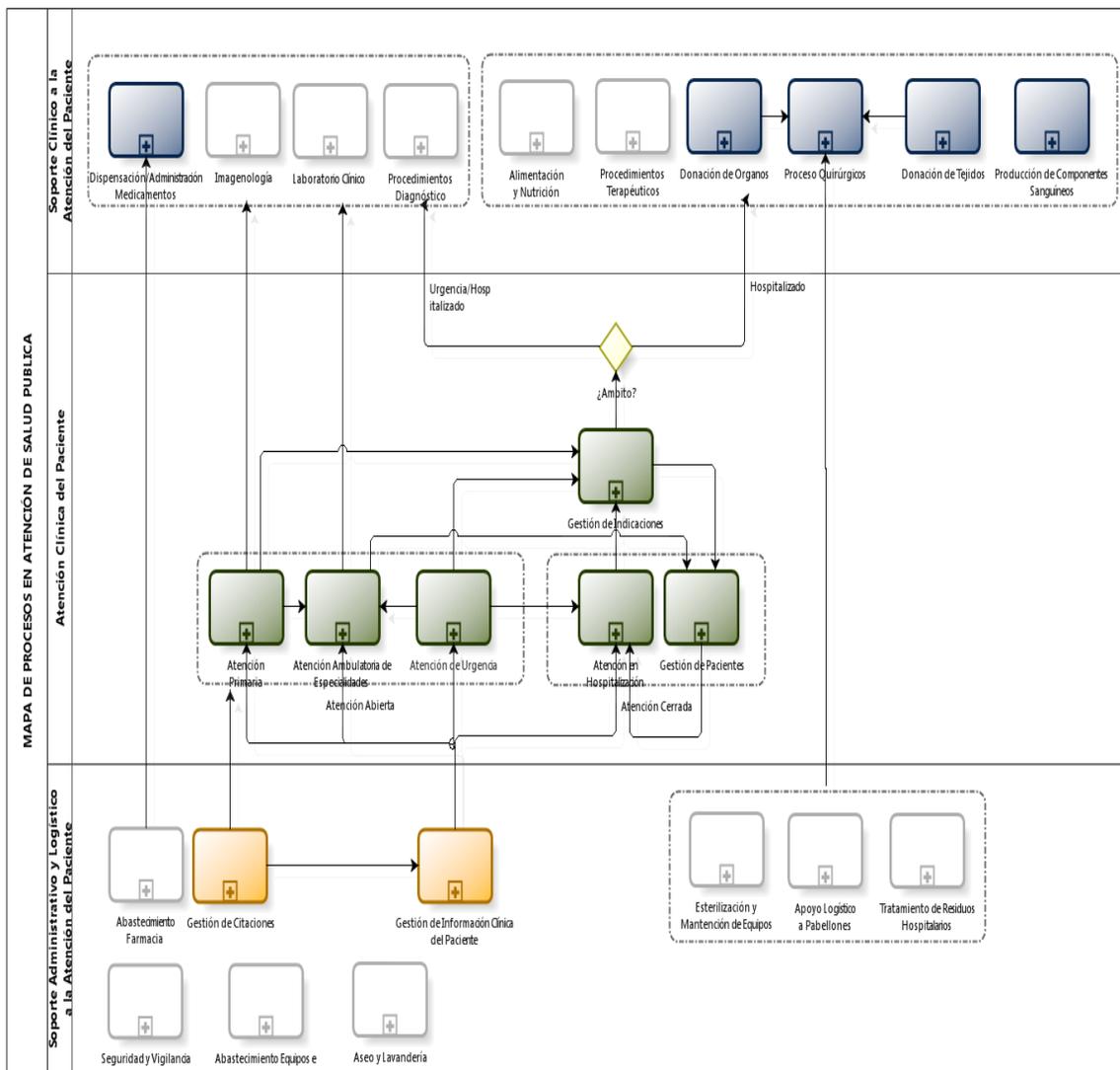


Tabla Resumen. Ámbitos y Atributos Asociados en el Modelo RISS (OPS-2010)
Recuperado de: <http://www.minsal.cl/>

Gobernanza y estrategia	Un sistema de gobernanza único para toda la red	7
	Participación social amplia	8
	Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud	9
Organización y gestión	Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico	10
	Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red	11
	Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes	12
	Gestión basada en resultados	13
Asignación e incentivos	Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red	14

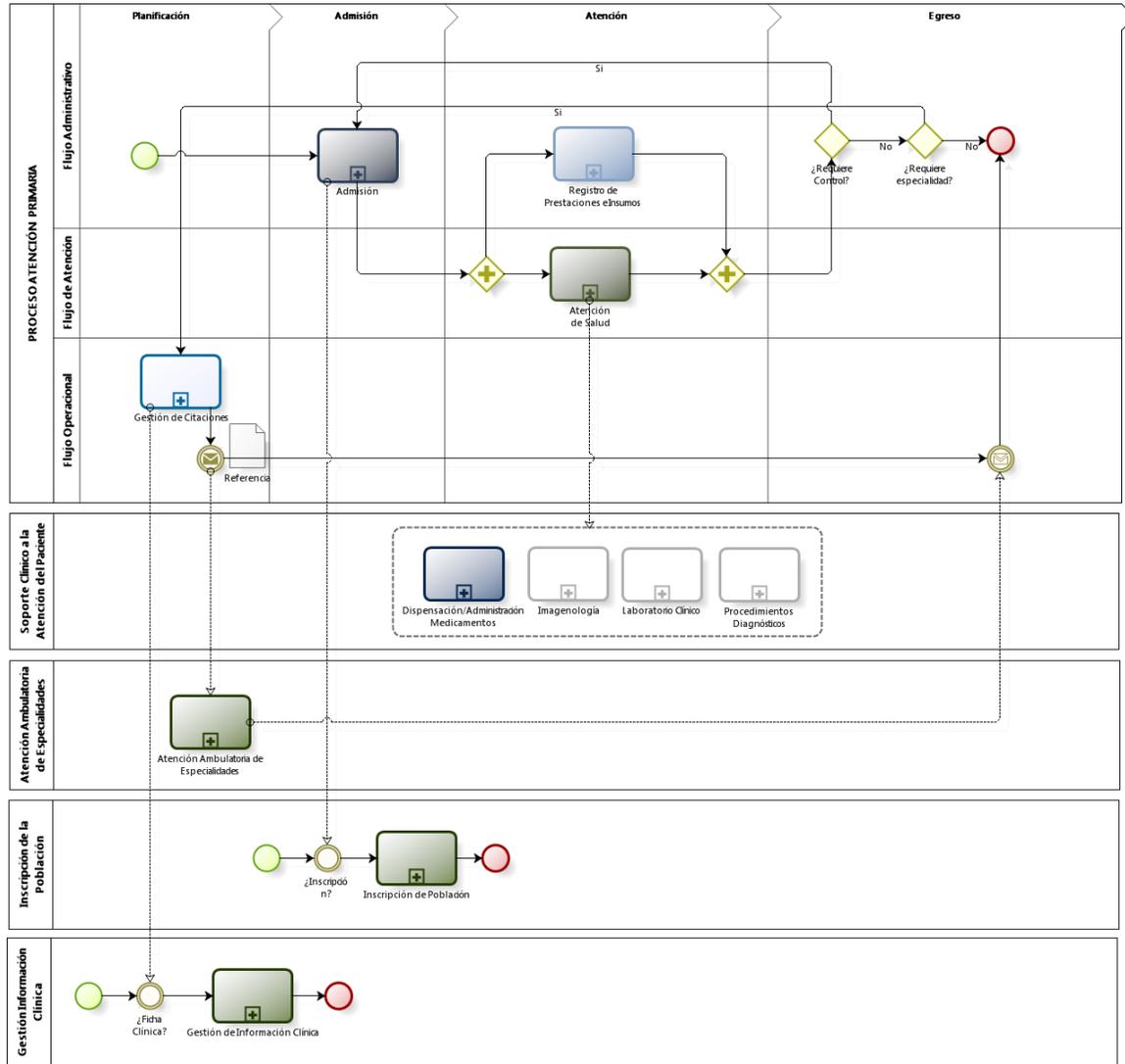
Tabla Resumen. Ámbitos y Atributos Asociados en el Modelo RISS (OPS-2010)
 Recuperado de: <http://www.minsal.cl/>

Anexo 2



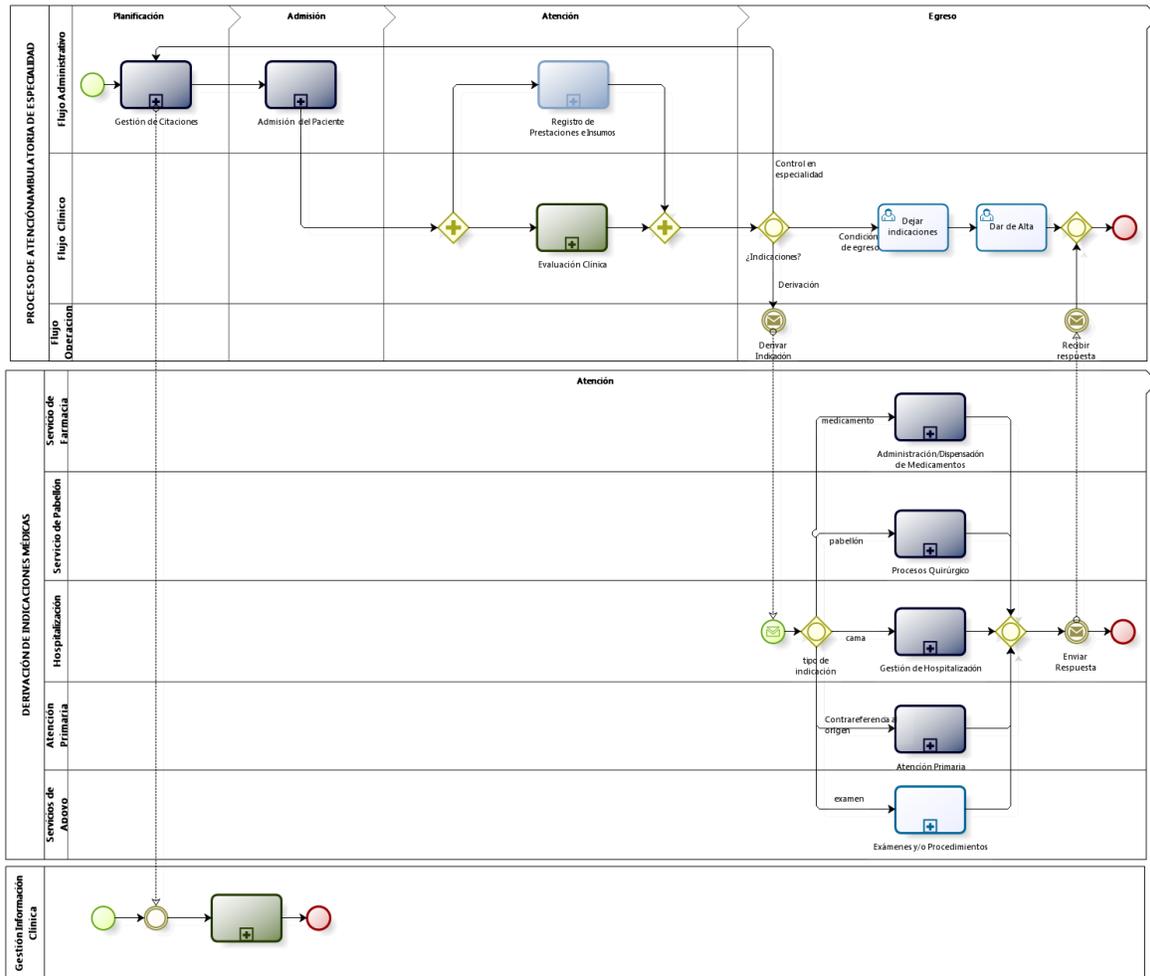
Modelo General de Procesos Priorizados Recuperado de: <http://www.minsal.cl/>

Anexo 3



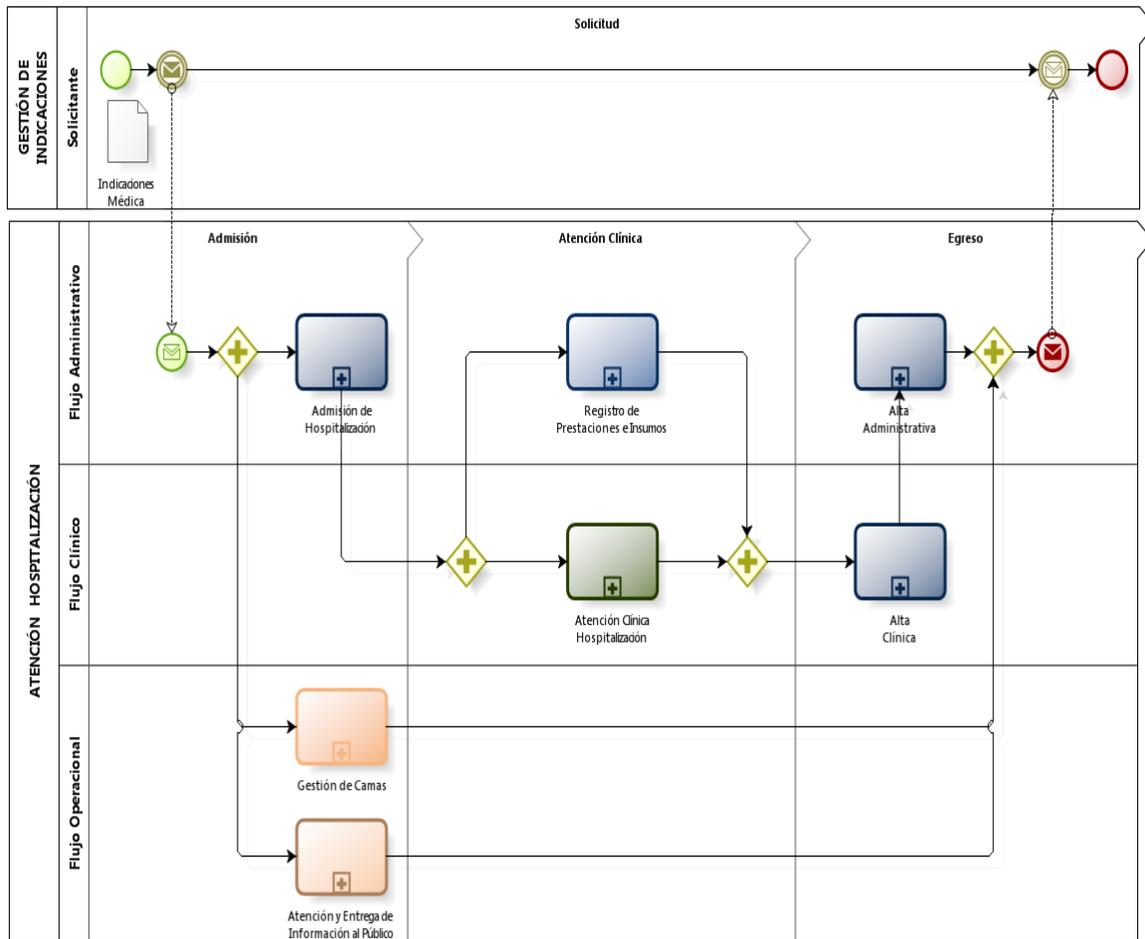
Proceso general de atención primaria Recuperado de: <http://www.minsal.cl/>

Anexo 4



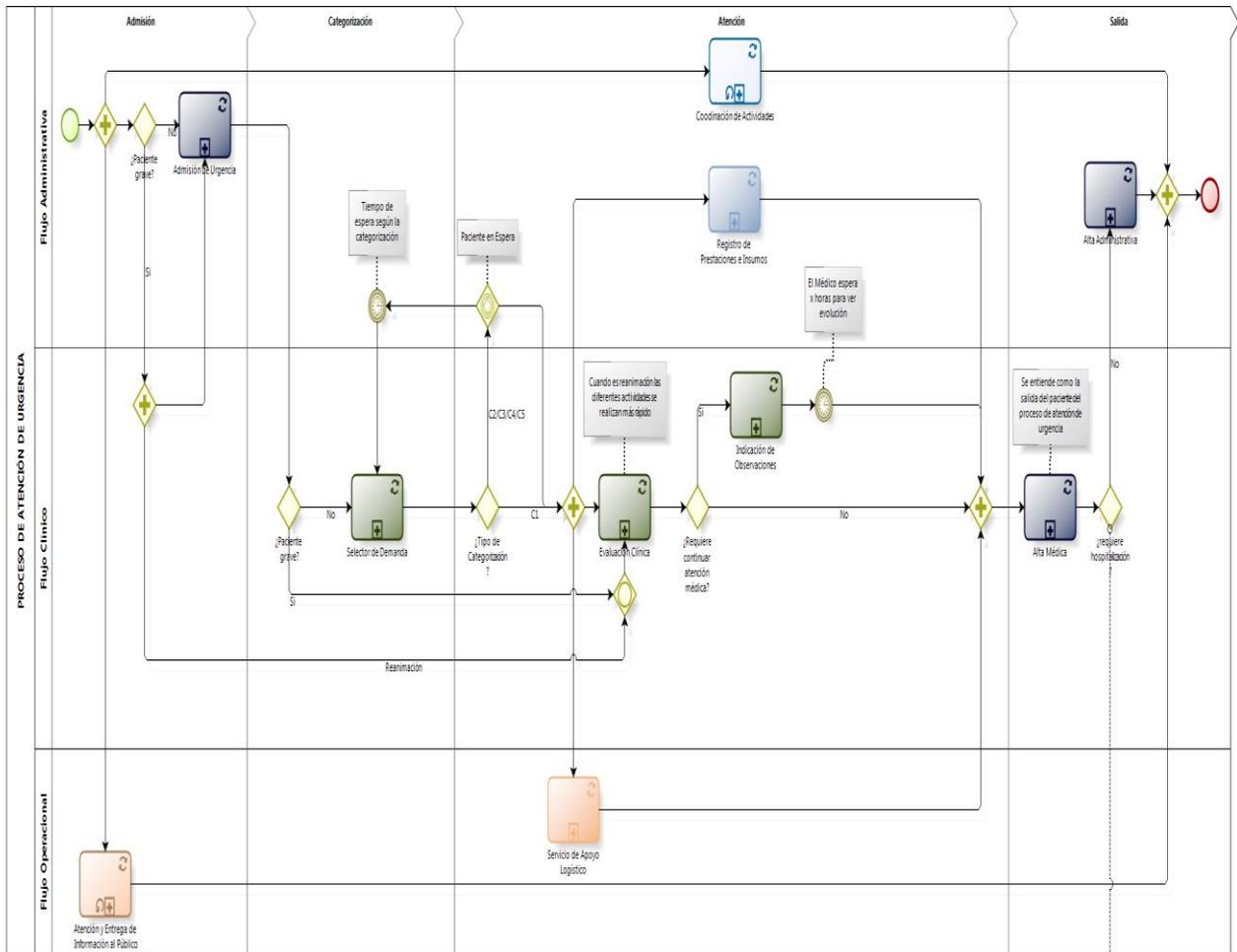
Modelo General de Procesos – Atención Ambulatoria de Especialidades Recuperado de: <http://www.minsal.cl/>

Anexo 5



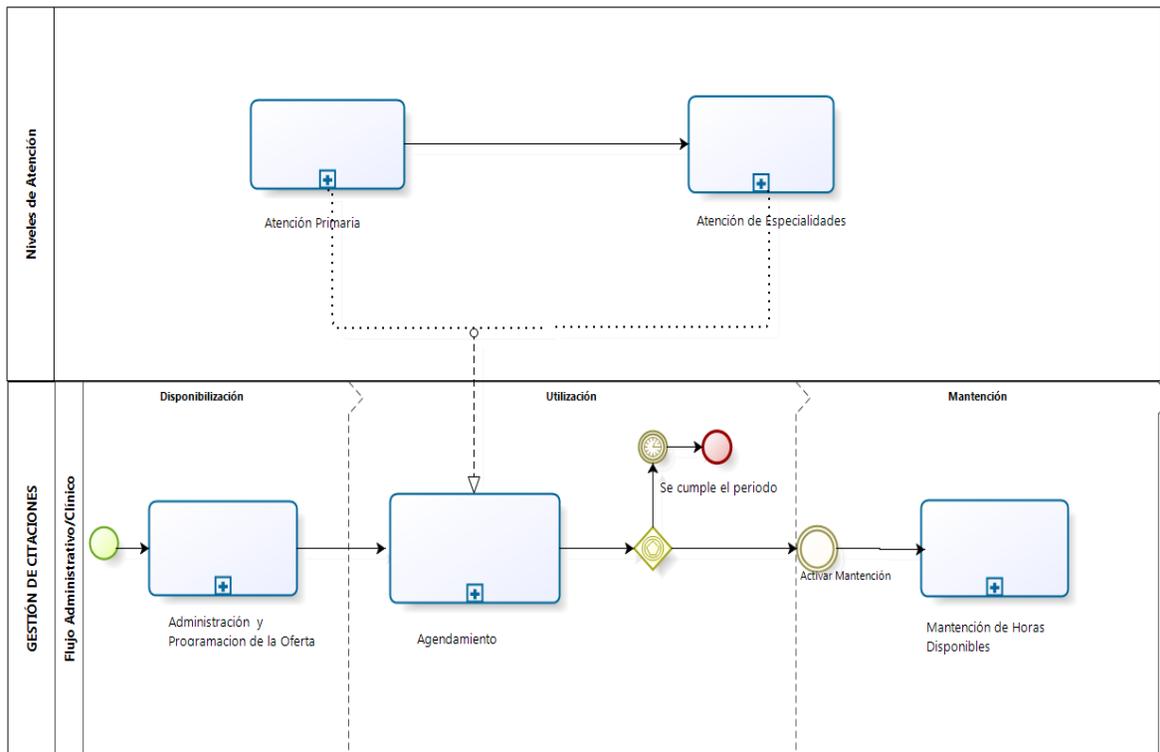
Proceso Gestión de Hospitalización Recuperado de: <http://www.minsal.cl/>

Anexo 6



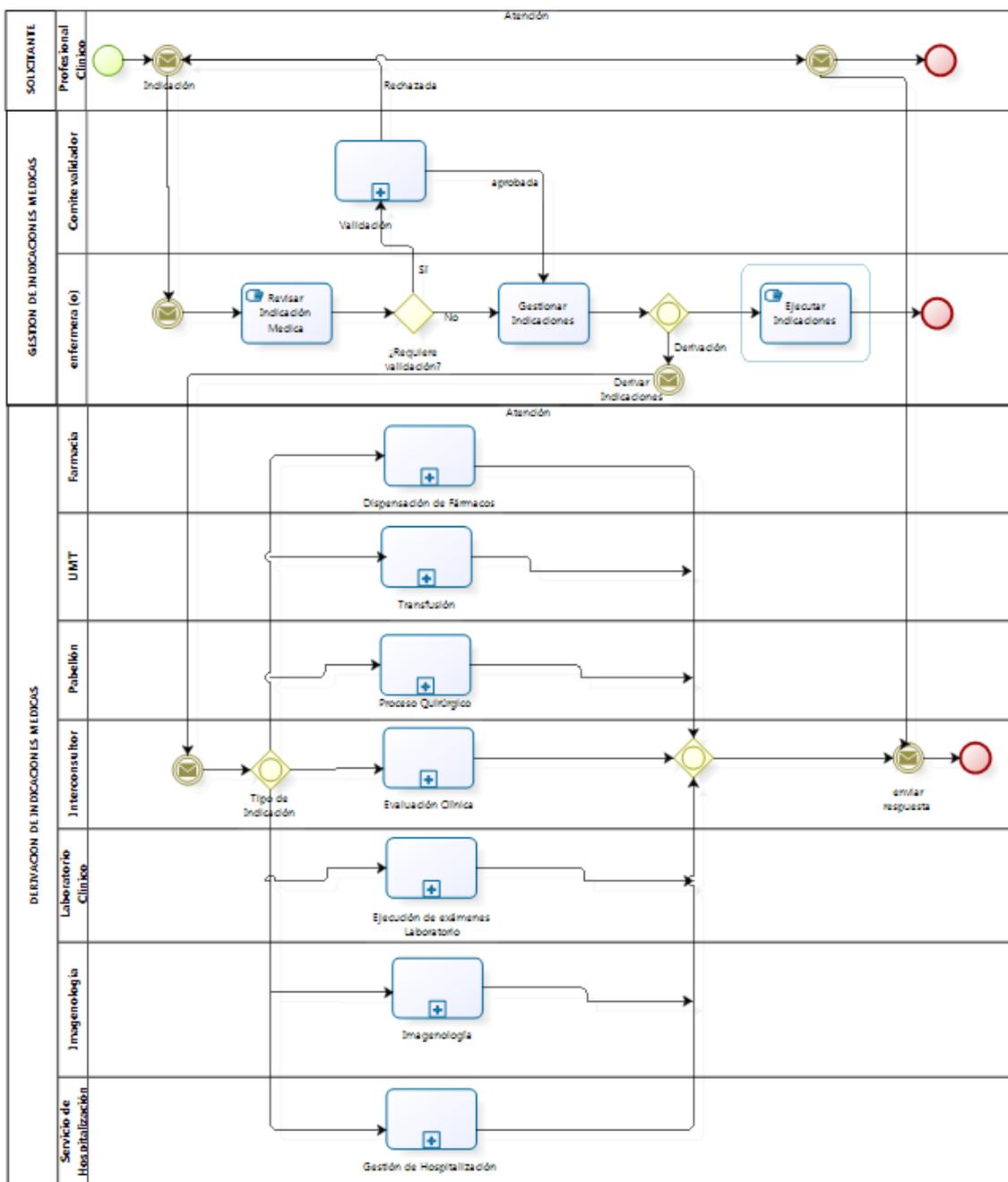
Proceso de Atención de Urgencia Recuperado de: <http://www.minsal.cl/>

Anexo 7



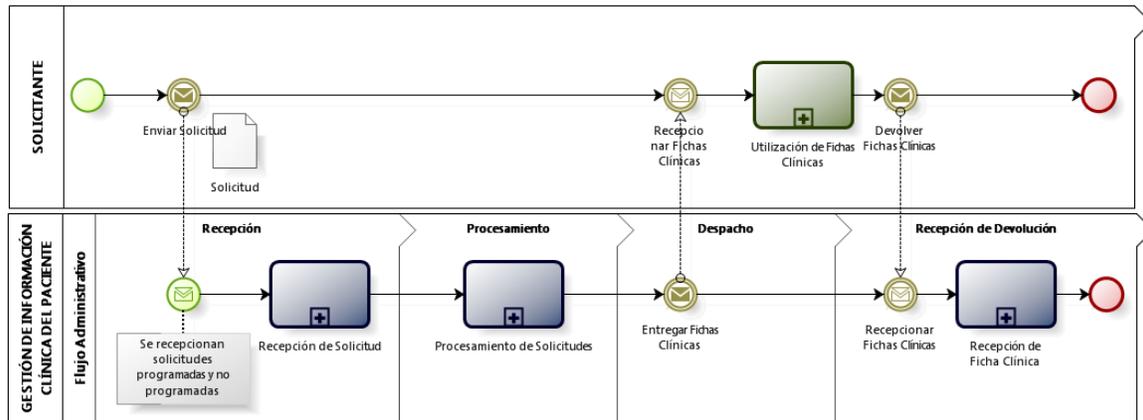
Proceso Gestión de Citaciones Recuperado de: <http://www.minsal.cl/>

Anexo 8



Proceso Gestión de Indicaciones Recuperado de: <http://www.minsal.cl/>

Anexo 9



Proceso Gestión de Información Clínica del Paciente Recuperado de: <http://www.minsal.cl/>

Anexo 10

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PLAN	ACTIVIDADES
1. Realizar un trabajo coordinado y efectivo entre la Dirección del hospital y la Oficina de Calidad.	a) Regularizar reuniones y trabajo en conjunto entre Subdirector Médico de Calidad, Subdirector médico y Oficina de Calidad.
2. Realizar actividades de fiscalización y control entre oficina de calidad y subdirecciones para fortalecer prácticas obligatorias propias del proceso de acreditación.	a) Revisión de Consentimiento Informado y Evaluación preanestésica en pacientes egresados por oficina de calidad.
	b) Subdirección médica realiza medidas de mejora con médicos que incumplen el punto anterior.
	c) Subdirección de calidad realiza auditorías a unidades críticas (Anatomía patológica, laboratorio e imagenología).
3. Apoyo desde el MINSAL y SSMN a la Institución en nodos críticos previo a la Acreditación	a) Programación de reunión entre oficina de calidad del INC y SSMN-MINSAL para mes de marzo.
	b) MINSAL y SSMN realizan visitas en terreno y monitorea las unidades en donde se han detectado debilidades o nodos en los procesos claves de la acreditación.
4. Llevar a cabo el proceso de Auditoría para la Acreditación durante el primer trimestre de 2016	a) Notificación al INC del nombre de la entidad Acreditadora.
	b) Visita de la Entidad acreditadora
5. Reconocer a los participantes del proceso de acreditación de la comunidad hospitalaria	Realizar reunión ampliada en donde se reconozca el trabajo y a los participantes de toda la comunidad hospitalaria y motivar para mantener la acreditación.
6. Capacitación técnica y motivacional, a los nuevos funcionarios que han asumido responsabilidad como encargados de calidad en sus servicios y que no hayan sido formados.	Realizar cursos de capacitación en la temática de calidad y acreditación.
7. Continuar el trabajo con los encargados de calidad de los servicios, con el objetivo de mantener los indicadores de la acreditación, monitorear los procesos y mantener el flujo expedito de la información de manera permanente.	Continuar con los comités de calidad incorporando mayor participación de los servicios en dicha instancia, como por ejemplo, dar la posibilidad a mostrar buenas prácticas de los servicios ante el resto de la comunidad.
	Acompañamiento de los encargados de la oficina de Calidad a los servicios para monitorear en forma activa los procesos asistenciales
8. Monitorear semestralmente el cumplimiento de los indicadores de calidad y de seguridad post acreditación y realizar análisis de los resultados con la subdirección de calidad y médica.	Reunión de trabajo y de análisis del cumplimiento de los indicadores post acreditación
9. Uso de sistema de SIS-Q MINSAL	a) Migración de datos y documentos a SIS-Q MINSAL por parte de la Oficina de calidad
	b) Alimentación del sistema informático con resultados mensuales de indicadores institucionales

Anexo 11

ENCUESTA DE INVESTIGACIÓN DE ATENCIÓN EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER.

1. Datos personales

SEXO	FEMENINO		MASCULINO	
------	----------	--	-----------	--

EDAD	
------	--

COMUNA	
--------	--

ÁREA DE ATENCIÓN	
------------------	--

2. Percepción de los pacientes.

Tiempos de Espera

Puntuación	Semántica
1	Muy satisfecho
2	Satisfecho
3	Indiferente
4	Insatisfecho
5	Muy insatisfecho

	Menos de 1 semana	1 a 2 semanas	2 Semanas a 1 mes	1 mes a 3 meses	Más de tres meses
1. Tiempo transcurrido entre la derivación desde la atención primaria hasta su primera atención en el INC.	1	2	3	4	5
2. Tiempo de espera desde la hora de citación hasta que lo atendió el médico.	1	2	3	4	5
3. Tiempo de espera para programar su cirugía.	1	2	3	4	5

	0-30 Minutos	30-60 Minutos	60-90 Minutos	90-120 Minutos	120 o Más Minutos
4. Tiempo de espera desde su llegada al hospital a su primera atención administrativa.	1	2	3	4	5
5. Tiempo de espera desde que llego a la sala de espera hasta la atención del médico en el box.	1	2	3	4	5

Infraestructura sala espera.

	Muy Insatisfecho	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy Satisfecho
1. La señalización y los letreros dentro del INC facilitan su orientación.	1	2	3	4	5
2. Temperatura adecuada.	1	2	3	4	5
3. Limpieza general.	1	2	3	4	5
4. Ventilación del lugar.	1	2	3	4	5
5. Orden del espacio.	1	2	3	4	5
6. Asientos disponibles.	1	2	3	4	5
7. Cantidad de baños disponibles.	1	2	3	4	5
8. Limpieza e higiene de los baños.	1	2	3	4	5

Infraestructura consulta médica.

	Muy Insatisfecho	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy Satisfecho
1. Temperatura adecuada.	1	2	3	4	5
2. Limpieza general	1	2	3	4	5
3. Ventilación del lugar.	1	2	3	4	5
4. Orden del espacio.	1	2	3	4	5

Atención del Personal Administrativo

	Muy Insatisfecho	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy Satisfecho
1. Personal disponible para atención de público.	1	2	3	4	5
2. Amabilidad y cortesía del personal.	1	2	3	4	5
3. Rapidez para agendar horas médicas.	1	2	3	4	5

4. Presentación personal de los funcionarios.	1	2	3	4	5
5. Capacidad del personal para responder sus dudas y consulta.	1	2	3	4	5
6. Preocupación y dedicación por dar solución a sus problemáticas.	1	2	3	4	5

Atención del Personal Médico

	Muy Insatisfecho	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy Satisfecho
1. Personal disponible para atención de público.	1	2	3	4	5
2. Amabilidad y cortesía del personal.	1	2	3	4	5
3. Presentación personal de los funcionarios.	1	2	3	4	5
4. Capacidad del personal para responder sus dudas y consulta.	1	2	3	4	5
5. Preocupación y dedicación por dar solución a sus problemáticas.	1	2	3	4	5
6. Oportunidad o instancia para consultar sobre su diagnóstico y tratamiento.	1	2	3	4	5

Entrega de información Global

	Muy Insatisfecho	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy Satisfecho
1. Información oportuna a su requerimiento.	1	2	3	4	5
2. Lenguaje claro y adecuado para el paciente.	1	2	3	4	5

Seguridad del Paciente

	Máximo de Desconfianza				Máximo de confianza
1. Siente seguridad respecto a los resultados de exámenes realizados en el INC.	1	2	3	4	5
2. Siente seguridad en lo que respecta a los insumos utilizados al momento de su tratamiento u cirugía.	1	2	3	4	5

Acreditación Hospitalaria

	SÍ	NO	
1. Conoce usted en que consiste el proceso de acreditación hospitalaria.	1	2	<i>Si la respuesta es SI responder 2 y 3. Si la respuesta es NO responder pregunta 4</i>

	Muy Insatisfecho	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy Satisfecho
2. De acuerdo con la información que maneja evalué como ha impactado la acreditación hospitalaria en el proceso de atención.	1	2	3	4	5

	SÍ	NO
3. Conoce usted sobre los derechos y deberes de los pacientes.	1	2

4. Si la respuesta es No es porque:	<p>A. Lo desconoce porque no le interesa.</p> <p>B. Porque el INC no le ha informado de las reformas utilizadas.</p> <p>C. Porque no ha tenido el tiempo para interiorizarse.</p> <p>D. Las cosas siempre han sido igual en el INC</p>
-------------------------------------	--

3. ¿Cuál son sus expectativas de una atención ideal en el INC?

Minsal impulsará proyectos para hospital digital

Alianza con Corfo busca potenciar ideas tecnológicas que mejoren el acceso a la salud.

G. Sandoval

La idea es que ingenieros, inventores, profesionales de salud e incluso, personas comunes y corrientes, que tengan una idea tecnológica que pueda mejorar el acceso a la salud, encuentren un sitio para desarrollarla y darle forma. A eso se dedicarán los Centros de Pilotaaje en Salud (Cepis) que, en alianza con el Comité de Transformación Digital de Corfo y el Laboratorio de Gobierno, promoverán los emprendimientos que puedan optimizar la atención de pacientes, mediante sistemas digitales.

Según explicó el ministro de Salud, Emilio Santelices, los Cepis se instalarán en los hospitales Sótero del Río de Santiago y Grant Benavente de Concepción.

“Son ambientes controlados donde se podrán desarrollar proyectos de salud que vayan en respuesta a distintos problemas asistenciales. ¿Por ejemplo? Un dispositivo tecnológico que evite que los pacientes sufran caídas de sus camas”, añade Santelices.

La alianza permitirá que quienes presenten soluciones tecnológicas en salud reciban, primero, asesoría para perfeccionarla y el respaldo técnico y económico para producirlas, además de probarlas y ponerlas en marcha.

“Va a haber gente que podrá entregar asesoría, orientación, con distintas competencias para que se pueda concretar la innovación. Todo esto inserto en el nuevo modelo de atención que estamos impulsando, como parte del Hospital Digital que está en pleno desarrollo y que permitirá soluciones a distancia: hacer atenciones y seguimientos a los pacientes en forma remota”, sostuvo Santelices. ●

Anexo 13



Consejo consultivo <http://www.incancer.cl/contenido/usuarios/consejoconsul/>

Anexo 14

The screenshot shows a web browser window displaying the SIDRA (Sistema de Información de la Red Asistencial) dashboard. The browser's address bar shows the URL <http://sidra.ssmn.cl/sidra/index.php>. The page features a large blue 'SIDRA' logo with the subtitle 'SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA RED ASISTENCIAL' below it. A green notification box in the top right corner reads 'Notificación Si usted tiene red Minsal haga click Aquí'. The dashboard is organized into a grid of functional modules, each represented by an icon and a label: 'Farmacia' (ambulance icon), 'Agenda' (calendar icon), 'Registro Clínico' (doctor icon), 'Urgencia' (heart with pulse icon), 'Estadística' (bar chart icon), 'Herramientas' (wrench icon), 'Referencia - Contrareferencia (Telemedicina)' (computer monitor icon), 'SiMax' (satellite dish icon), 'Contactabilidad Paciente' (phone icon), 'Evento Adverso' (falling person icon), 'Imagenología' (person with X-ray icon), 'Convenios' (handshake icon), and 'Dashboard' (egg icon). The Windows taskbar at the bottom shows the system tray with the date '06-08-2018' and time '16:42'.

Sistema informático de citación <http://sidra.ssmn.cl/sidra/index.php>

Anexo 15



Telemedicina

Anexo 16



Sala de espera y pasillo Policlínicos

Anexo 17

Comportamiento de visitas

- Se debe mantener respeto hacia los funcionarios. Las agresiones verbales y/o físicas están prohibidas.
- No se permite grabar ni fotografiar dentro de las instalaciones de la institución.
- Las visitas no pueden comer dentro de la sala y no deben traer alimentos externos de ningún tipo.
- Baños de visita están ubicados en primer piso.

INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER
Avda. Profesor Zañartu 1010
Independencia, Santiago, Chile.
Teléfono: (56-2) 25757100
Correo electrónico: info@incancer.cl

Policlínico Cirugía

Horario de Atención:
Lunes a Jueves de 8.00 a 17.00 hrs.
Viernes de 08.00 a 16.00 hrs.
www.incancer.cl

Horario de visitas
Lunes a domingo y Festivos.

Sala Hospitalizado Cirugía:
11.00 a 16.00 hrs. Sólo 1 visita.
16.00 a 17.00 hrs. Hasta 2 visitas por paciente.

Servicio Intermedio:
16.00 a 17.00 hrs. (1 visita por paciente).

El horario de visita está sujeto a los procedimientos que se realizan, sin posibilidad de prolongarlo.

INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER

@incancer **Incancer**
@institutonacionalcancerch

Menú ▾ Intranet Pedro Bravo Torrealba ▾

Consentimiento Informado ⚙

Intranet > Formulario Consentimiento Informado

Formulario Consentimiento Informado Cirugía Ver consentimiento

Nombre del Paciente VICTOR MANUEL HENRIQUEZ ORTEGA

Diagnóstico del Paciente Sin Abreviaturas
TUMOR MALIGNO DE LA VEJIGA URINARIA, PARTE NO ESPECIFICADA

Profesional Responsable Pedro Bravo Torrealba

Fecha 26/10/2018

Paciente o representante responsable
 Paciente Representante

Procedimiento Programado Sin Abreviaturas
RTU VEJIGA

Resolución
 Consentimiento Revocación

Guardar **Volver**

Díptico informativo y Consentimiento informado digitalizado.

Anexo 18

The image displays two overlapping windows from the SYNAPSE medical imaging system. The top window is a web browser showing the 'All Studies' list for a specific patient. The bottom window is a viewer showing a detailed view of a selected CT scan.

Top Window: All Studies List

Patient Name	Study Date Time	Mod...	Ima...	Study Site	Status	Patient External ID	Proc Description
Cristi Gonzalez, Patricio Alexis	06-08-2018 13:53:11	CR	1	INCANCER2	Complete	8860300-1	TORAX SIMPLE (FRONTAL O LATER...
Cristi Gonzalez, Patricio Alexis	02-08-2018 9:23:29	NM	19	INCANCER2	Finalized	8860300-1	VENTRICULOGRAFIA CARDIACA IS...
Cristi Gonzalez, Patricio Alexis	02-08-2018 9:19:00	NM	0	INCANCER2	Complete	8860300-1	MN - ADMINISTRACION DE RADIO...
Cristi Gonzalez, Patricio Alexis	21-06-2018 16:30:21	CT	392	INCANCER	Complete	8860300-1	TAC DE ABDOMEN Y PELVIS CC
Cristi Gonzalez, Patricio Alexis	21-06-2018 16:30:00	CT	0	INCANCER	Complete	8860300-1	TAC TORAX CC
Cristi Gonzalez, Patricio Alexis	26-04-2018 11:42:00	CT	0	INCANCER	Complete	8860300-1	UROTAC
Cristi Gonzalez, Patricio Alexis	09-04-2018 16:54:50	CT	499	INCANCER	Finalized	8860300-1	UROTAC
Cristi Gonzalez, Patricio Alexis	16-02-2018 13:27:16	US	6	INCANCER	Finalized	8860300-1	ECOTOMOGRAFIA VASCULAR PAR...
Cristi Gonzalez, Patricio Alexis	13-02-2018 14:59:53	MG	4	INCANCER	Finalized	8860300-1	MAMMOGRAFIA BILATERAL (4 EXP)
Cristi Gonzalez, Patricio Alexis	02-11-2017 13:32:48	CT	397	INCANCER	Finalized	8860300-1	TAC TORAX CC
Cristi Gonzalez, Patricio Alexis	02-11-2017 12:26:00	CT	0	INCANCER	Finalized	8860300-1	TAC DE ABDOMEN Y PELVIS CC
Cristi Gonzalez, Patricio Alexis	04-09-2017 16:11:00	CR	1	INSTITUTO NACIO...	Complete	8860300-1	GAMMAGRAFIA
Cristi Gonzalez, Patricio Alexis	21-08-2017 16:35:47	CR	1	INSTITUTO NACIO...	Complete	8860300-1	GAMMAGRAFIA
Cristi Gonzalez, Patricio Alexis	14-08-2017 16:46:25	CR	1	INSTITUTO NACIO...	Complete	8860300-1	GAMMAGRAFIA
Cristi Gonzalez, Patricio Alexis	07-08-2017 18:18:17	CR	0	INSTITUTO NACIO...	Scheduled	8860300-1	GAMMAGRAFIA
Cristi Gonzalez, Patricio Alexis	24-07-2017 16:13:34	CT	190	INSTITUTO NACIO...	Complete	159100	SIMULACION
Cristi Gonzalez, Patricio Alexis	16-06-2017 12:37:49	CT	394	INSTITUTO NACIO...	Dictated	8860300-1	[OBSOLETE] TAC TORAX

Bottom Window: Viewer (v5.3.200) - Internet Explorer

Viewer showing a CT scan of the abdomen and pelvis. The image is a cross-sectional view. Technical details on the right side of the viewer include:

- Inst Nac del Cancer
- TAC DE ABDOMEN Y PELVIS CC
- PORTAL
- 21-06-2018, 16:37:37
- 7777718019702
- CONTRAST
- LOC: 342
- THK: 3 SP: -3
- HFS
- PORTAL
- CCC
- HOST-6642
- Z: 1,51
- C: 50
- W: 350
- DFOV: 103x 49,9cm
- IM: 106 SE: 3

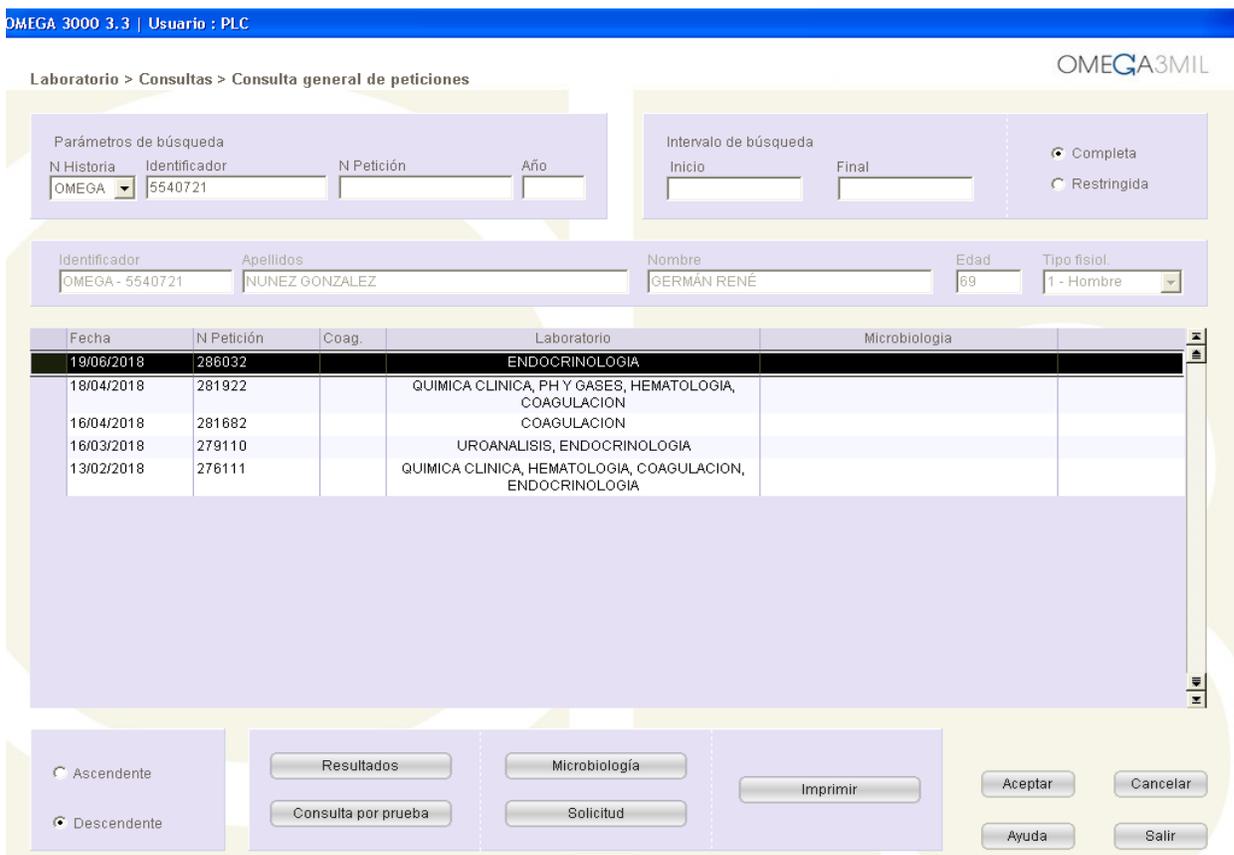
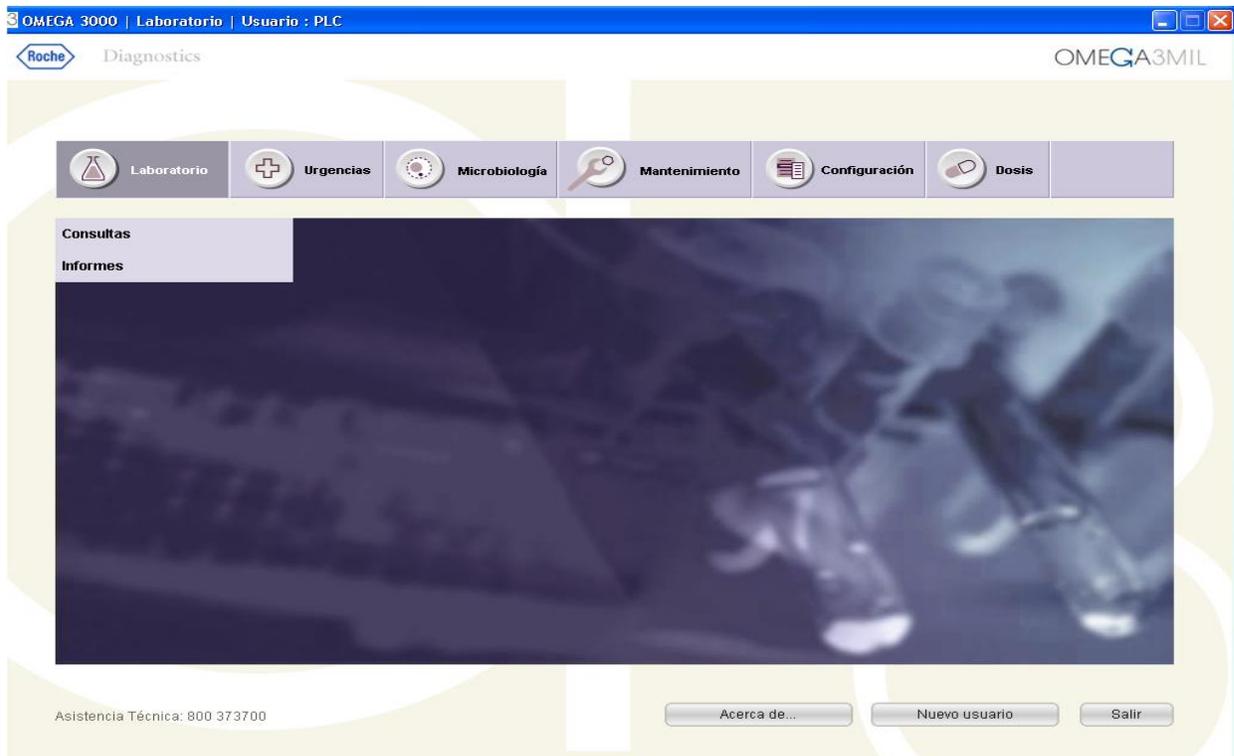
Technical details on the bottom left of the viewer include:

- RD: 499
- Tilt: 0
- mA: 390
- KVp: 120
- Acq no: ---
- Page: 106 of 217

Sistema informático de imagenología <http://www.ssmn.cl/synapse/>

Screenshot of the Intranet portal for the Instituto Nacional del Cáncer de Chile. The page features a navigation menu on the left with categories like 'Inicio', 'INFO', 'SISTEMAS', and 'MÁS'. The main content area is divided into 'Mis Sistemas' and 'Accesos' sections, each containing several colorful tiles for various services such as 'Comite Sistema', 'Consentimiento Informado', 'Entrega Turnos', 'Epicrisis formulario', 'Ficha Sistema', 'Informes Agenda', 'Registro Pabellón', 'Registro Preoperatorio [NUEVO]', 'Solicitud Ambulancia / Movil', 'Solicitudes Médicas', 'Trazabilidad de Biopsia', 'Centros de Responsabilidad', 'Comunicación Corporativa', 'RRHH', 'Calendario', and 'Gestor Documental'. The top of the page shows the user's name 'Pedro Bravo Torrealba' and the date '05-08-2018 4:42 PM'.

Sistema informático de atención <http://intranet.incancer.cl/intranet/inicio/principal>



Sistema informático de laboratorio clínico. Omega 3000.

Anexo 19

The screenshot displays a web browser window with the following elements:

- Browser Tabs:** Intranet | 2.0, Instituto Nacional del Cáncer, Sistema SerQ.
- Address Bar:** Es seguro | <https://www.serq.cl/salud/est/235>
- Page Header:**
 - Logo: SERQ
 - Text: Inicio
 - Logo: INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER
 - User: Pedro Bravo Torrealba
 - Logo: INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER CHILE
- Main Content Area:**
 - Buttons: Acreditación de prestadores, Gestión de Calidad
 - Vertical Menu:
 - Mis datos y tareas
 - Búsqueda de documentos
 - Cálculo de tamaño muestral
 - Información para la Gestión
 - Manual de uso
 - Mesa de ayuda
- Taskbar:** Windows taskbar with icons for Internet Explorer, File Explorer, Google Chrome, Outlook, and Word. System tray shows time 15:57 and date 09-08-2018.

Sistema informático de calidad <https://www.serq.cl/salud/est/235>

Anexo 20



Modelo de atención oportuna e integral. Fuente propia

CAPÍTULO 9 BIBLIOGRAFÍA

1. Cuenta Publica Instituto Nacional del Cáncer. (2016). Recuperado de <http://www.incancer.cl/>.
2. Planificación estratégica 2016-2018. Recuperado de <http://www.incancer.cl/>.
3. Servicio de Salud Metropolitano Norte. (2017). Recuperado de <http://www.ssmn.cl>.
4. Barros, O. (2003). Rediseño de Procesos de Negocios mediante el Uso de Patrones. Comunicaciones Noreste Ltda.
5. Barros, O. (2004). Ingeniería E-Business: Ingeniería de Negocios para la Economía Digital. Santiago, Chile: Lom Ediciones.
6. Políticas de Recursos Humanos. (2007). Recuperado de <http://www.supersalud.gob.cl>
7. Ministerio de Salud Chile (2017). Recuperado de <http://www.minsal.cl>.
8. Modelo de Atención Integral en Salud como Modelo de Gestión Pública y Sistema de Salud (2005). Recuperado de <http://www.minsal.cl/>
9. Alarcón, A., Torres, A. & Barna, R. (2012). La Atención Primaria en Salud, Nuevos Enfoques y Perspectivas. Hallazgos desde un Programa de Formación y Capacitación. Revista Iberoamericana de Estudios Municipales, 6, 31-60.
10. Oliva, C, Hidalgo, C. (2004). Satisfacción Usuaría: Un Indicador de Calidad del Modelo de Salud.
11. Ross, A. Zeballos, J. & Infante, A. (2000). La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. Revista Panamericana Salud Pública.
12. Donabedian, A. (1980). Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
13. Bremen P. (2005). PECAH, Programa de Evaluación de la calidad de la atención hospitalaria.

14. Zeithaml, V., & Bitner, M. (2002). Marketing de Servicios. Un enfoque de integración del cliente a la empresa. México: McGraw Hill.
15. Laudon. K, Laudon. J (2012). Sistema de información gerencial. México.
16. Mapas de Proceso de Atención de Salud, (2012). Recuperado de <http://www.minsal.cl/>
17. Servicio de Salud Bio Bio, (2017). Recuperado de <http://www.ssbiobio.cl>.