

**Satisfacción y Calidad Percibida en la Atención de Salud Hospitalaria:
Ranking de Prestadores
Informe Global**

Departamento de Estudios y Desarrollo

Marzo 2013

Índice

Resumen Ejecutivo	3
1. Introducción	6
2. Satisfacción y Calidad Percibida en la Atención de Salud.....	7
2.1. Métodos y Técnicas Usadas: Elementos claves de satisfacción.....	8
2.1.1. Primera Etapa: Focus Group y Entrevistas en Profundidad	9
2.1.2. Segunda Etapa: Estudio Delphi a usuarios y profesionales de Salud	18
3. Encuesta de Calidad Percibida y Satisfacción.....	23
3.1. Escala de la Encuesta.....	23
3.2. Modelo de Ponderación de la Encuesta	24
4. Sistema Encuesta en Línea y Ranking de Prestadores.....	26
4.1. Plataforma Tecnológica	26
4.2. Módulos y Funcionalidades del Sistema	27
4.2.1. Módulo de Encuesta en Línea	27
4.2.2. Módulo de Ranking Público	30
4.2.3. Módulo de Gestión de Prestadores	32
4.2.4. Módulo Superintendencia-MINSAL	34
5. Limitaciones y Propuestas	37
5.1. Solicitud a Prestadores de Egresos Hospitalarios	37
5.2. Cobertura y Representatividad Estadística	37
Referencias bibliográficas	40
Anexos.....	41
1. Instituciones de Usuarios Participantes en el Focus Group	41
2. Participantes Entrevistas en Profundidad	41
3. Delphi: Comparación de Medias Resultantes	43
4. Delphi: Comparación entre Grupos, Usuarios versus Equipo (U Mann Whitney) ..	45
5. Dimensiones de la Encuesta.....	47
6. Base Datos Egreso Express.....	49
7. Módulo Superintendencia MINSAL: Indicadores de Monitoreo	50

Resumen Ejecutivo

El informe global sobre satisfacción usuaria y calidad percibida en la atención de salud hospitalaria muestra los resultados de una investigación concatenada cualitativa y cuantitativa que llevó a identificar los elementos de la atención de salud que son, desde la perspectiva del usuario, los que más contribuyen a que éste se sienta satisfecho en la atención hospitalaria, reconociendo de manera decisiva los factores motivadores o de freno que influyen en su satisfacción.

Concentra las partes principales de los estudios desarrollados en profundidad que se han usado para el marco analítico que permite integrar las distintas etapas de esta investigación las cuales están interconectadas para finalmente dar origen a la propuesta de un instrumento único que mide satisfacción.

En la primera etapa se indaga en el discurso consciente e inconsciente de los usuarios, igualmente, se explora su mundo simbólico metafórico. Utiliza técnicas cualitativas de Focus Group, técnicas proyectivas de análisis metafórico, jerarquía de valor, y entrevistas en profundidad. De esta manera, identifica las principales dimensiones, atributos que las conforman y que contribuyen con la satisfacción en la atención de salud mientras permanece hospitalizado. Estos elementos se agregan a la premisa fundamental que ellos tienen al ingresar al centro asistencial que es tener un rápido diagnóstico y salir sano, situación que dan por hecho que así será.

En sentido, para ellos no basta salir sano, sino que su valoración va más allá en el momento de evaluar su satisfacción. En este contexto, identifica siete variables importantes que definen la vara con que miden su estadía en el hospital y distinguen cuatro de ellas como las principales que son: personal cálido y humano, información clara en términos "no médicos", apoyo físico y psicológico y rapidez en la atención. Agregan también, confianza y seguridad, atención oportuna, limpieza y equipos y tecnología.

Cada una de estas variables las vinculan a aspectos generales del hospital o clínica, al servicio de urgencia, y a su relación con el médico, enfermero, auxiliar de enfermería o técnico paramédico y el personal administrativo.

Concluye esta etapa proponiendo las dimensiones y afirmaciones que forman la encuesta que fue utilizada en la fase siguiente, de consenso o técnica Delphi, con el fin de complementar y priorizar los atributos o elementos más importantes¹.

Por su parte, en esta segunda etapa se realizó un estudio Delphi que consideró dos grupos, uno de usuarios y otro para integrantes del equipo de salud, lo que permitió contrastar ambas opiniones observando diferencias y similitudes a través de la aplicación de estadísticos (tales como medias, desviación típica, Test de A Mann

¹ La técnica de investigación Delphi permite llegar a opiniones de consenso en un grupo, sobre cierto asunto específico. Consiste en una serie de preguntas repetidas, por lo general utilizando encuestas o cuestionarios, sobre el tema que se investiga a personas que se considera que conocen el tema. El procedimiento se repite en sucesivas rondas hasta llegar al consenso de las respuestas.

Whitney entre otros). A su vez, se confirmaron las dimensiones que componen el instrumento propuesto.

Como resultado se comprueba que al comparar el ranking de respuestas emitidas por usuarios y profesionales se puede observar una cierta concordancia positiva sólo del orden del 55,3% (representado por el coeficiente de correlación aplicado a los pares de puntos a través de una regresión lineal simple).

Adicionalmente, con el objeto de reconocer las agrupaciones de variables y el nivel de correlación existente entre ellas, se obtuvo el índice de Kayser Meyer Olkin (KMO), el índice de KMO resultó ser de 0,768, lo que significa que las correlaciones de los ítems son bastantes altas y demuestran que es apropiado realizar un análisis factorial confirmatorio.

El modelo de análisis seleccionó once componentes principales que explican el 79,3% de la variabilidad total de los datos. Cabe señalar, que el primer componente confirma y explica el mayor porcentaje de la varianza (45,2%), incorporando las variables calidez, preocupación por el paciente, información, apoyo y rapidez en la atención de salud. Asimismo, agrega cuatro factores adicionales, a las siete ya mencionadas que son: a) evaluación del servicio y sus integrantes, b) poder hacer reclamos, c) visitas de familiares y d) otros servicios de orden general.

Finalmente, se midió la fiabilidad del instrumento a través del coeficiente de Alfa de Cronbach el cual resultó con un valor 0,974, lo que asegura una consistencia interna de la estructura de correlaciones entre los ítems de la encuesta, lo que significa que la fiabilidad del instrumento es alta.

Por otro lado, el documento da cuenta del desarrollo de un sistema tecnológico que da soporte a una encuesta en línea que mide los aspectos más valorados por los usuarios respecto de la satisfacción en la atención de salud. Muestra los distintos ámbitos de diseño de la plataforma y metodología para la construcción de un ranking de hospitales y clínicas. Este permite comparar el nivel de satisfacción percibido por los usuarios entre los distintos prestadores, conocer la ubicación de su hospital en el ranking y evaluar la experiencia de su hospitalización con un resultado inmediato en línea. Adicionalmente, esta herramienta no está aislada de la gestión de prestadores, sino que entrega reportes para que hospitales y clínicas también estén informados e involucrados. En ese sentido, el ranking aporta a la gestión de estos centros asistenciales considerando la evolución en la satisfacción de sus usuarios, cambios en los indicadores y la oportunidad para crear estrategias de mejoramiento respecto de la satisfacción de los usuarios.

El sistema tecnológico cuenta con cuatro módulos compuestos de interfaces que interactúan con los distintos clientes, estos son: de encuesta, ranking, gestión de prestadores y gestión MINSAL-Superintendencia.

La prueba piloto de funcionalidad de la plataforma resultó exitosa, se desarrolló con la participación de siete prestadores públicos y tres clínicas privadas. En el contexto general, se enviaron 10.220 e mail para recordar contestar la encuesta, en promedio un 25,7% de los usuarios responde la encuesta después del recordatorio por esta vía.

Dentro de los principales resultados de la encuesta reveló facilidad de llenado, formato amigable y robustez del instrumento, el tiempo promedio de llenado fue de 5,2

minutos, existe baja deserción en el llenado de la encuesta 12,1%, es decir, un 87,9% de los usuarios que inicia la encuesta la completa.

Por último, debido al carácter global del documento se ha recapitulado enfatizando en el análisis de los estudios previos a la construcción del instrumento, el análisis posterior sobre la base del sistema tecnológico y las restricciones que se asocian a factores que influyen en la representatividad estadística y aspectos legales relacionados con la solicitud de datos sobre egresos hospitalarios que afectan su implementación. Asimismo, realiza propuestas sobre triangulación metodológica y mecanismos de captura de los datos citados en el párrafo anterior que permiten mejorar las limitaciones mencionadas. La introducción de estas medidas se considera indispensable y necesarias toda vez que permite vincularlas a un resultado exitoso corrigiendo estas restricciones.

1. Introducción

La calidad de las relaciones con los clientes se ha convertido en un factor decisivo para el éxito en la satisfacción en los distintas áreas de servicios. Desde hace algunos años países desarrollados han incorporado el punto de vista de los consumidores de salud como parte del concepto de calidad en la atención sanitaria. Lo anterior, ha permitido mejorar los procesos respecto de los elementos que valoran al evaluar satisfacción y calidad percibida en la atención de salud. En este sentido, no sólo se considera como resultado el sanarse, sino que se toma en cuenta otras variables que para el usuario importan, en el sentido de saber, qué valora en la atención de salud, qué necesita y cuáles son sus expectativas respecto de cómo debería haber sido atendido.

Crear un nuevo paradigma con relación a la satisfacción en la atención de salud hospitalaria, significa efectuar un análisis perceptivo del consumidor, que subyace sobre la base de reconocer que la actividad mental emerge de la interacción de los procesos social y biológico². Por otro lado, las percepciones de los usuarios no siempre son el reflejo de la realidad objetiva porque la mente interpreta. Esto plantea el desafío de conocerlo más profundamente en los distintos ámbitos de servicio. En la hospitalización es similar porque se necesita comprender como se produce la actividad mental a medida que el usuario es estimulado por motivadores y frenos de satisfacción en la atención que se le brinda. Estas personas experimentan procesos inconscientes durante su estadía en el hospital que resultan de una vivencia satisfactoria o insatisfactoria que los lleva a tomar decisiones cuando evalúan al prestador.

En ese sentido, existen otros procesos adicionales en que la hospitalización como grupo genera colectivamente representaciones sociales, que se comparten en las prácticas cotidianas y de conocimiento común (experiencias propias, de familiares, cercanos o información a través de los medios masivos de comunicación). El grupo se constituye alrededor de la información que posee, comparte y expresa, como cuerpo de conocimiento organizado frente a la hospitalización, como un objeto social en sentido amplio. De esta manera, conforma imágenes respecto de la atención de salud en determinados hospitales o clínicas desde el punto de vista de lo que ello significa en su representación social y las imágenes neuronales que se expresan en forma verbal y de otras formas. Dentro de estas últimas formas, los expertos señalan que el 80% de la comunicación humana es no verbal lo que incluye contacto físico, visual, entonación, la postura, el tiempo, gestos, la mirada entre otros elementos³.

En consecuencia, conocer a fondo los elementos que originan satisfacción e insatisfacción en la atención hospitalaria, permitiría entregar herramientas para los gestores de salud en el planteamiento activo de estrategias focalizadas en esta área y también dar la oportunidad al paciente de adoptar un rol más activo, tomar decisiones sobre lo que desea recibir ante su hospitalización.

En tal sentido, el insuficiente conocimiento de los usuarios por parte de los prestadores de salud que ingresan a hospitalizarse podría poner en peligro el resultado en términos de calidad percibida y satisfacción por parte de ellos. Ahora bien, si bien es cierto que conocer los elementos de satisfacción es deseable, también lo es, contar con un

² Zaltman G., Cómo Piensan los Consumidor. La mayor parte de los pensamientos, las emociones y aprendizaje se produce sin intervención de la consciencia. De esta manera, gran parte de las decisiones que toman los usuarios en evaluar su experiencia de hospitalización estaría influenciada por procesos que se originan en el inconsciente.

³ Cita LeDoux J., El Cerebro Emocional.

instrumento único que compare y mida las mismas dimensiones en todos los prestadores.

2. Satisfacción y calidad percibida en la atención de salud

Una de las premisas básicas ampliamente difundida por años ha sido que el paciente sólo valora sanarse como resultado de una hospitalización. Sin embargo, esta idea ha quedado atrás en el sentido que complementariamente se ha descubierto que existen elementos asociados a la satisfacción o calidad que están incorporados en el proceso de evaluación que los usuarios hacen de la atención de salud. Hoy en día el concepto de satisfacción toma en cuenta cómo es la atención del paciente, pero también valora sus expectativas de cómo debería haber sido atendido y a su vez, otras dimensiones que van más allá de salir sano de su hospitalización.

Dentro de las implicancias del proceso de implementar la calidad en la atención de salud se puede citar que en los últimos catorce años el desafío de los países desarrollados ha sido incorporar como componente importante en la atención de salud de calidad, la mirada desde la perspectiva del consumidor. Diversos autores han sostenido que la percepción positiva de la calidad en la atención de salud se traduce en mejores resultados médicos. En ese sentido, la mayoría de ellos señala que para los pacientes el proceso de curación no es lo único.

Otro aspecto relevante es que el comportamiento del usuario orienta a pensar que éste no concibe la lógica de insatisfacción en la atención de salud, es más, es el resultado menos deseable para él. En una serie de estudios incluyendo uno que incorpora a los miembros de la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad, llegan a la conclusión que los españoles reclaman, cada vez más con mayor insistencia accesibilidad a información sobre resultados, mayor comunicación con los profesionales, desean confidencialidad e intimidad, quieren saber quien les atiende y desean participar más activamente⁴.

Adicionalmente, se enfatizan que la satisfacción alude a la atención sanitaria en general, tanto al trabajo técnico como a la relación interpersonal. Conocer la satisfacción del paciente puede predecir, entre otras cosas, el cumplimiento terapéutico y el retorno al mismo centro asistencial en otro episodio⁵.

Por lo tanto, la mirada de los usuarios de servicios de salud, tal como ya lo han comprobado países desarrollados no es solo de resolución clínica, sino que consideran aspectos que son valorados por las personas en sus beneficios psicológicos como respuesta a sus beneficios emocionales y que se experimentan desde la entrada hasta la salida del hospital o clínica. Lo anterior, se expresa en percepciones, sentimientos y decisiones que se conjugan con valores importantes que aplican en su cotidianidad y que definen su vida. En consecuencia, la respuesta no es de un suceso específico que es el sanarse, la experiencia tiene un mayor alcance que es la relación que mantiene el paciente con el equipo clínico, trato, la calidad de la información que recibe, etc.

⁴ Pérez Jover, Mira José, Tomás O, Rodríguez Marín J. Cómo llevar a la práctica la declaración de derechos del paciente de Barcelona.

⁵ Monteagudo O., Navarro C, Alonso P., Casas R., Rodríguez L. y otros, "Aplicación hospitalaria del SERVQHOS: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción".

Actualmente en nuestro país recién se comienza a explorar en la implementación de una encuesta única que mide satisfacción y calidad percibida, la que se ha probado en un piloto con usuarios de hospitales públicos y clínicas privadas⁶. Hasta el momento, el principal esfuerzo está puesto en garantizar que las prestaciones de salud alcancen la calidad y las condiciones técnicas requeridas para la seguridad de los pacientes, lo que significa cumplir con los estándares mínimos para el logro de la acreditación del prestador y la certificación de sus profesionales. No obstante lo anterior, si bien los prestadores de salud están en la tarea de acreditarse, también les interesa conocer la satisfacción de sus usuarios en la atención de salud que ofrecen. Por lo tanto, el contar con instrumento que permita identificar los atributos sensibles para las personas al evaluar la calidad percibida en la atención sanitaria y satisfacción contribuiría aún más con el mejoramiento de este proceso.

Para mayor abundamiento, la entrada en vigencia de la Ley de Derechos y Deberes de las personas en relación con las acciones vinculadas a la atención de salud, establece una nueva exigencia para los prestadores en su relación con el paciente. En términos generales los aspectos que se deben cumplir sobre los derechos de las personas ámbito que también influye de alguna manera en su satisfacción.

La escasa información pública existente sobre los usuarios sobre cómo perciben la calidad de la atención de salud o cuán satisfechos están no permite tener un conocimiento acabado en esta área. Cotidianamente se difunden a través de los medios de comunicación críticas realizadas por los usuarios respecto a la atención de salud recibida en situaciones puntuales. Sin embargo, no siempre se conoce con precisión cuáles han sido los factores en que están basadas estas críticas, ¿qué están evaluando cuando expresan estas quejas?, ¿comparan esta insatisfacción con algún estándar propio?, ¿tiene que ver con el cumplimiento o no de sus expectativas?, ¿cuáles son los componentes que determinan que los chilenos se sientan satisfechos con la atención de salud?, ¿existe consenso de esos elementos respecto de lo que piensan los profesionales de salud y los usuarios?, ¿existe un denominador común entre usuarios de hospitales públicos y privados que los hace sentirse satisfechos?

Con todas estas interrogante y con la idea de indagar más profundamente acerca de de los elementos claves de satisfacción en la hospitalización y proponer un instrumento para su medición, nos enfrentamos a la posibilidad de usar una encuesta probada en otros países y adecuarla a nuestra realidad o realizar un estudio completo que proporcionara la información suficiente para conocer dichos elementos. En este contexto, para obtener una información exhaustiva, diversa y representativa de cómo piensan los usuarios chilenos, se optó por realizar estudios concatenados de tipo cualitativo - cuantitativo con el propósito de explorar, complementar y confirmar la veracidad de la información obtenida.

2.1. Métodos y técnicas usadas: Elementos claves de satisfacción

La investigación se desarrolló en tres grandes fases. En la primera de ellas, el objetivo fue identificar los elementos que son, desde la perspectiva del usuario los que más contribuyen a que se sienta satisfecho con la atención hospitalaria recibida. Lo anterior, significó re-construir y decodificar su experiencia en todo el proceso de hospitalización, explorar acerca de sus expectativas y necesidades respecto del personal que los atienden, identificar valores que vincula en su relación con el equipo

⁶ Encuesta en línea: Ranking de Prestadores, Superintendencia de Salud, año 2012.

de salud y conocer el punto de vista de los gestores clínicos sobre los aspectos que importan para que el usuario se sienta satisfecho.

Lo anterior, se obtuvo mediante las técnicas de Focus Group, que fue complementada con otros métodos tales como Brainwriting, Análisis Proyectivo (metafórico), Ejercicios de Elicitación, Jerarquización de Emociones y Entrevistas en Profundidad. Estas prácticas complementarias se usaron con el objetivo de levantar las ideas principales, identificar estados deseados y beneficios emocionales relacionados a ciertos atributos que conllevan a la satisfacción.

En la segunda fase, el objetivo fue dar mayor seguridad a la investigación y consensuar mediante la técnica de Delphi las dimensiones y atributos identificados en la encuesta que fue elaborada en la primera etapa. Se aplicaron estadígrafos descriptivos y pruebas no paramétricas para definir el nivel de importancia de cada uno de los atributos y dimensiones consensuados. Finalmente, en la tercera fase, se obtuvieron indicadores para analizar la significancia de las correlaciones existentes y justificación del uso de análisis factorial respecto del instrumento estudiado.

2.1.1. Primera etapa: Focus Group y Entrevistas en Profundidad⁷

El estudio se realizó en la Región Metropolitana y Regiones del país, a personas que fueron hospitalizadas en centros asistenciales públicos y privados, hombres y mujeres, con edades entre 18 y 74 años, pertenecientes a distintos grupos socioeconómicos. Se utilizó la técnica de Focus Group cuyo objetivo fue:

- ✓ *Reconstruir y Decodificar la experiencia de la vivencia de una hospitalización.*
- ✓ *Se exploró en los significados, expectativas, percepciones funcionales y emocionales, asociadas a la satisfacción en la atención de salud.*
- ✓ *Se identificaron los principales elementos de satisfacción e insatisfacción.*

a) La ruta de la hospitalización: vara con que miden satisfacción

La hospitalización se describe como una ruta con detenciones y lugares importantes, las percepciones, sentimientos, emociones y pensamientos se hacen evidentes en el relato desde que ingresan al hospital o clínica hasta que salen de este territorio. De acuerdo a lo dicho, la hospitalización puede resultar una experiencia grata o ingrata, siendo una de las principales preocupaciones el rápido diagnóstico y la sanación que pueda tener su enfermedad. Sin embargo, a medida que avanza en las distintas instancias de su proceso hospitalario, surgen otras variables que van haciendo que el paciente ponga atención no sólo en sanarse.

Lo anterior, es condicionado por el especial estado en que se encuentran en el momento que saben de su hospitalización, transversalmente en los entrevistados aparece un sentimiento de inseguridad, vulnerabilidad y entrega a algo desconocido. Son enfáticos en esta declaración ya que perciben según sus propios relatos que el personal de salud se olvida de que ellos se sienten frágiles. Surge por tanto, la necesidad de sentirse protegido y seguro lo que es visto por los pacientes como un atenuante de la situación crítica en la que se encuentran al ingresar al centro asistencial.

⁷ Estudio completo en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-7392_recurso_1.pdf

Caracterización del usuario frente a una hospitalización



La vulnerabilidad, inseguridad y miedo, más el dolor, en algunos casos, se mencionan repetidamente. En sus narraciones la vulnerabilidad evidencia fragilidad, se experimenta como una situación de amenaza, se percibe la posibilidad de riesgo, de ser dañado física o emocionalmente. Al respecto, la vulnerabilidad no solo la asocian a su condición de persona enferma sino que al medio ambiente hospitalario donde está inserto en su totalidad, incluido el personal que los atiende. Este estado se relaciona estrechamente con la dignidad como valor intrínseco de que lo respeten como ser humano, lo reconozcan en la relación que se genera al hospitalizarse y lo cuiden frente a su fragilidad.

Emerge por otro lado, como consecuencia de la vulnerabilidad una sensación de inestabilidad emocional o de inseguridad, donde piensa que se debe entregar a una situación desconocida, siente miedo, necesita que lo comprendan y que las acciones que ejecute el personal les de confianza.

En este tenor, si bien es cierto que el objetivo final es sanarse, reconocen otras variables que influyen de forma importante en el estado en que se encuentran que a su vez, son requisito para su satisfacción e insumos para la evaluación que hace de su experiencia hospitalaria, dentro de las cuales señalan las siguientes:

1) Personal cálido y "humano", donde la calidez es considerada un valor, la relación cercana y cálida respecto del personal que lo atiende es una necesidad importante de cumplir. Existe la idea de deshumanización de la atención de salud, acuñando el concepto de cosificación de las personas. La cosificación es entendida como la pérdida de valor de la persona como "ser humano" y también de su dignidad, lo que se observa principalmente en usuarios de hospitales públicos y en la urgencia de algunas clínicas privadas, se percibe una atención deshumanizada, se vincula directamente con el sentimiento de dolor, pena e indiferencia ante la situación que vive.

2) Información con lenguaje claro, directo, informal en términos "No médicos", el lenguaje técnico principalmente del médico se asocia a lejanía, provoca desinformación y a su vez un sentimiento agudo de inseguridad, por lo que se valora la apertura de información directa para ellos y sus familiares. Emerge en este aspecto un chilenismo que está en el discurso de todos los entrevistados cuando nominan a los médicos de "Diostores", se cree en un endiosamiento de los médicos, quienes con esta forma de relacionarse apartan al paciente de un entendimiento completo causando nuevamente

inseguridad y vulnerabilidad. Por el contrario, de aquellos que establecen una comunicación directa, clara que genera un sentimiento de seguridad y confianza (se mencionan entre éstos, médicos jóvenes, oncólogos, obstetras y pediatras). Algunos relatos que dan cuenta de esta situación:

"... que te expliquen bien, en palabras más, más, humanas, o sea no tanto términos médicos porque como hablaban muchas cosas médicas, uno quedaba así volando"
Usuaría Clínica-Arica,

"De tener una palabra más, que a una la haga sentir que la están entendiendo en ese momento y no que te hagan callar y te digan yo soy la profesional y usted no sabe nada. Así te hacen sentir ignorante, te hacen sentir así, pequeñita, cosa que uno, no es así y que uno quiere decir, oye, no soy ninguna tonta... tengo mi educación". Usuaría Hospital - Viña/Valparaíso.

3) El apoyo es parte de sus expectativas incluso para la familia. Se destaca enérgicamente esta característica, se espera sentirse apoyado en lo físico y emocional, esto se refiere a sus necesidades más básicas hasta la contención. En este factor es de mucha importancia las actitudes, gestualidad y corporalidad del personal. En el caso de los auxiliares de enfermería o técnico paramédicos el apoyo resulta ser más significativo en lo funcional principalmente en atención a sus necesidades más básicas y en el dolor físico.

4) Rapidez en la atención, este es un atributopreciado especialmente en la atención de urgencia. Sin embargo, también consideran importante el tiempo de espera para la entrega de una cama, la hora de ingreso al pabellón o un examen, lo que les produce tensión e incertidumbre. Esta sensación aumenta si no existe información oportuna. La situación no es exclusiva de los hospitales públicos, también, fue descrita en usuarios de clínicas privadas, a quienes la demora en la entrega de su pieza, suspensión o atrasos de su intervención quirúrgica les genera una sensación de angustia e inseguridad.

Es relevante la rapidez con que se determina el diagnóstico y tratamiento, sin embargo, en su imaginario se aspira al complemento ideal que es la oportunidad con que se le atiende. Espera que lo atiendan cuando él lo necesita, de no ocurrir así, se siente profundamente insatisfecho (esto se exacerba ante sus necesidades básicas fisiológicas y el dolor).

A las variables anteriores, se agrega 5) confianza y seguridad, 6) atención oportuna, 7) limpieza y 8) equipos y tecnología. Si bien surgen conceptos de contexto más objetivos, el componente emocional es el complemento que se alude como el valor más importante. Por lo tanto, no bastaría con generar estrategias globales que apunten sólo a mantenerse en el primer lugar en la mente de los usuarios (top of mind), sino que dado el contexto de satisfacción y calidad percibida para éste, habría que mejorar construyendo atributos en base a cercanía emocional, recuerdos, entenderlo y escucharlo (top of heart).

b) La ruta de la hospitalización: zonas clave

Todos los entrevistados concuerdan en sus narraciones respecto de la importancia de lugares más significativos dentro del hospital, lo estimulan intensamente y es donde brotan los motivadores o frenos de su satisfacción o insatisfacción.

Lo que ocurra en estos lugares se conjuga con las expectativas, necesidades y percepciones que ellos traen para finalmente hacer una evaluación con elementos conscientes objetivos y también inconscientes subjetivos. Distinguen dos vías de ingreso a la hospitalización, por el Servicio de Urgencia y en forma programada por Admisión. De acuerdo a su experiencia identifican como zonas de impacto la Administración del hospital o clínica, Sala de espera en urgencia, atención directa en el box de urgencia, la sala o habitación y el pabellón. Estos territorios marcan sus vivencias evidenciando múltiples conexiones emocionales.

Se observa que las percepciones de satisfacción surgen desde una perspectiva cognitiva y otra emocional, el componente cognitivo se asocia a lo experiencial tiene que ver con su realidad respecto de la atención de salud que ha recibido y también con las vivencias afectivas emocionales propias o que conoce a través de personas cercanas.

Si bien coinciden en identificar zonas clave en la ruta hospitalaria, ésta se inicia en distintos puntos para los usuarios de hospitales públicos y clínicas privadas.

Para los usuarios de hospitales públicos, la ruta se inicia antes de ingresar al hospital, su relato parte en el consultorio, no lo puede desvincular. Su experiencia mayoritariamente, es percibida con sentimientos de impotencia, rabia y discriminación ("colas", espera, mal trato). Mientras que para los pacientes de hospitales universitarios y clínicas, la ruta se inicia a veces en la espera de la ambulancia, en el Servicio de Urgencia o en la Admisión del prestador (Administrativos). En general no se refieren a la experiencia previa.

Otro factor que los diferencia es la idea de cómo se accede a los servicios de la atención de salud. El concepto de gratuidad está presente en los usuarios de hospitales públicos donde se iguala a no tener derechos, esto lo expresan con un matiz de resignación por no poder elegir al médico, hospital y exigir una atención como él siente que necesita. Mientras que la mirada en el usuario de prestadores privados se asemeja a una transacción "pago, por lo tanto, exijo".

Aspectos relacionados con la satisfacción, identificados como estratégicos en las zonas clave:

Administración: Informaciones, Admisión y Facturación:

- Hospitales Públicos: se asocia más al proceso de admisión, al tiempo de espera para la entrega de camas, frente a la demora se crea incertidumbre e inseguridad. También a la información sobre que hacer y dónde ir, necesitan preguntar, porque no siempre la explicación de los trámites es clara, además, consideran que en los hospitales más grandes no cuentan con señalética adecuada.
- Clínicas y hospitales no públicos: se percibe mayor insatisfacción en el término del proceso de hospitalización, es decir, focalizan su atención principalmente en la espera de tramitación del alta, demora en la entrega de las cuentas, errores en la emisión de bonos y la no tramitación con el seguro de Fonasa en algunos casos. Sin embargo, también se muestran insatisfechos en la espera prolongada de la habitación y en el incumplimiento de la hora de su intervención quirúrgica.

I. Sala de espera y atención en el Servicio de Urgencia

- Según los entrevistados en este servicio es donde se hacen más intensos los estímulos sensoriales, perceptivos, sensaciones y emociones, esta experiencia los marca. Dentro de los elementos que aportan más satisfacción están la rapidez de la atención, diagnóstico rápido e información en términos “no médicos” al paciente y a la familia. Se percibe como un mundo frío donde puede haber eficiencia, sin embargo, una atención humana es valorada como un premio.
- Usuarios de Hospitales Públicos: la atención en la urgencia se percibe como un estado de resignación “es lo que me tocó”. El sentimiento que predomina y se cita con mayor frecuencia es la impotencia, además, miedo, soledad y en algunos casos sensación de abandono como ilustran los relatos siguientes:

*"A las tres de la mañana, por un pituto, me metieron a la urgencia en una cama en el pasillo, voy al baño y la cama **desapareció...no estaba mi cama**, estaba ocupada, **¿a quién le iba a reclamar?**" Usuario Hospital Público - Concepción*

*"me metieron al pasillo, habían varias camillas empezó a pasar el tiempo y cada cierto tiempo venía el personal y limpiaba la sangre que estaba en el pasillo porque yo estaba con hemorragia. **Ahí estaba botado**". Usuario Hospital - Arica*

- Usuarios de Clínicas: influye el hecho de no conocer al médico esto provoca temor, desconfianza e inseguridad. No obstante lo anterior, existe la convicción que pagar le permite expresar sus demandas.

*"Yo me atiendo **con puros médicos que conozco**, pero generalmente si uno entra **por urgencia cae en las manos de cualquiera**" Usuaría Clínica - Santiago*

II. Pabellón y Anestesiista

Transversalmente en esta zona se percibe como una instancia de vida o muerte, ante la proximidad de la intervención quirúrgica o el procedimiento se genera tres asociaciones básicas que tienen que ver con la incertidumbre, miedo a morir y entrega a lo desconocido. Refieren ansiedad que es provocada por estímulos externos tales como el traslado a pabellón, la llegada del médico que lo operará, la preparación pre operatoria y estímulos situacionales internos relacionados con experiencias de familiares cercanos, propias o noticias negativas difundidas en medios masivos.

Por su parte, el anestesiista es mirado de distintas maneras, en el sistema público se percibe como un personaje prácticamente ausente. De todas maneras, existen expectativas respecto de él, es valorado que les explique lo que les va a pasar, que los contenga en esos momentos de miedo y ansiedad. Sin embargo, si esta realidad no se produce se resignan porque el camino recorrido para llegar al pabellón no ha sido fácil y sólo importa haber logrado su objetivo que es la intervención quirúrgica.

Mientras que los usuarios del sistema privado si no conocen al anestesiista, confían en que “su médico” eligió bien, se espera que este sea cálido y les de

confianza. Es altamente valorado que los informe de su estado de salud y los contenga en esos momentos.

III. La Estadía en la Sala o Pieza

Los aspectos principales de satisfacción en este lugar están vinculados a la relación que se crea con el médico, el auxiliar de enfermería o técnico paramédico. Los participantes caracterizan el perfil ideal del médico asignando atributos importantes a esta tipología tales como: calidez con que los trata, cumplimiento de visitas diarias, información que le proporciona sobre su salud, compromiso, preocupación y gestos asociados al contacto físico, por ejemplo, tocar la mano, mirar a los ojos, tocar la cabeza, etc. Esta última conducta, los contiene y lo relacionan a sentido de vínculo.

Al mismo tiempo, definen un grupo de atributos para los auxiliares de enfermería y técnicos paramédicos entre las que mencionan calidad humana, empatía frente al dolor, confianza, existe preocupación por los gestos y actitudes al atenderlos. No obstante, lo máspreciado es la buena disposición al apoyo físico y ayuda. La diferencia en cada institución, se lo atribuyen al trato humano por parte de estos técnicos en que se conjugan elementos emocionales y de contacto físico. Estos aparecen como personajes importantes dado que dependen de ellos en los aspectos más íntimos de necesidades básicas, de dolor y vulnerabilidad. Se les percibe como personas con "poder" (en especial en hospitales públicos), que gira en torno a la situación que viven.

Los usuarios de hospitales públicos señalan que debe existir una relación estratégica de amistad con ellos, se debe ser un buen paciente (esto también se menciona en algunos hospitales universitarios y clínicas de regiones), de no ser así, tiene malos resultados para obtener un mejor trato e información. Por su parte, en las clínicas se valora la eficiencia técnica, pero a la vez, se plantea en algunos casos una relación matizada de frialdad en particular en la ayuda y apoyo físico en los post operados, ante el dolor y en el Servicio de Urgencia.

No obstante lo anterior, en sus relatos asocian la mala atención a tres ideas principales: 1) largas jornadas laborales y falta de personal (hospitales públicos y universitarios), 2) tiempo que llevan trabajando y su condición contractual, aluden a que el personal que lleva mucho tiempo en la institución están agotados, saturados, mientras que los que recién ingresan o realizan un reemplazo se esfuerzan por hacer su trabajo bien y 3) falta de vocación en que cumplen un trabajo que no les gusta, esta imagen es más frecuente en las clínicas privadas.

Secundariamente, los pacientes de hospitales públicos mencionan otros factores que afectan su satisfacción como son: lentitud en la toma de exámenes durante su hospitalización, escasa preocupación por la forma en que les proporcionan los alimentos, falta de privacidad y limpieza en especial en los baños. Esto se manifiesta con sentimientos de rabia, impotencia y resignación.

Por su parte, en las clínicas es un factor relevante de insatisfacción la deficiente información respecto de los costos de la hospitalización. Con relación a este punto, se menciona la insuficiente transparencia en los cobros y a su vez, la entrega de cuenta diaria en algunas clínicas lo cual les provoca angustia. Otro

aspecto que nombran es la necesidad de recibir información acerca los protocolos que se aplican al usuario durante su estadía. Los protocolos de seguridad causan temor en algunos usuarios, firmar lo interpretan como una transferencia de responsabilidad al paciente de lo que le pueda suceder, lo que se atenúa ante una clara explicación. A continuación se citan algunos ejemplos:

*"En la clínica... entras y van entrando las cuentas todos los días. Cuantas veces ¡Dios mío! otra vez... otra vez... cuánto me va a tocar pagar."*Usuaría Clínica-Santiago.

"Cuando llegué a mi pieza...tuve que firmar un protocolo de cómo uno se acuesta, las barandas arriba... y tuve que firmar un papel... me he llevado puro firmando papelitos en la clínica..." Usuario Clínica-Santiago

c) Relación con el médico: análisis metafórico

La relación del médico con el paciente aparece como una variable importante de satisfacción. Fue necesario conocer las respuestas comandadas por sus pensamientos, emociones y sus valores, más allá de lo mostrado en el discurso literal de los participantes. Este propósito se logró a través de la aplicación de técnicas proyectivas específicamente análisis metafórico que permitió develar aspectos inconscientes del mundo personal, íntimo, y simbólico. Se interpretaron las metáforas convencionales que se usan en el cotidiano y que pasan normalmente desapercibidas. Revelando a través de ellas los temas de interés de los usuarios que podrían dar paso al diseño de una relación más valiosa para ellos.

La ventaja de aplicar esta técnica es que las metáforas básicas forman parte del modelo conceptual que es compartido culturalmente por los chilenos, siendo algunas de ellas universales.

Los relatos en el grupo se articulan con gran riqueza metafórica que usan para transmitir sus pensamientos y emociones respecto del médico. Asimismo, los participantes expresaron, individualmente una serie de pensamientos que eran comunes a los grupos originando mapas mentales de consenso relativos a su relación con este profesional. De esta manera, la conversación se organiza en torno a las metáforas que son transformadas en declaraciones de la realidad.

A partir de este contexto interpretativo se identificaron las asociaciones presentes que inspiran metáforas positivas relacionadas con características de:

- Familia o amigos que transmiten un vínculo muy estrecho, exponen este pensamiento las siguientes metáforas: *Me trató como su amigo*, *Me trató como un familiar*, *Lo siento como un papá*, *Me dijo tranquila hija*, *El nos ve como hijos*, entre otras.
- Otras que expresan un valor religioso que brinda protección y cuidado *"Él es un ángel"*, *"Él es un santo"*.

Esta intención de objetivar la realidad a través de las metáforas da cuenta que existen diferencias en las construcciones simbólicas de los usuarios de hospitales públicos y de clínicas. La metáfora del médico amigo está asociada más a los usuarios de instituciones privadas, el hecho de conocer al médico, elegirlos o ser cercano a la familia hace que las variables generadoras de satisfacción entre otras calidez,

confianza y preocupación estén resueltas. Tal como indica el cuadro siguiente se activa en la mente como una relación simétrica entre él y el médico.

Metáfora del Amigo



Se alude a la idea de una **relación más simétrica** se sostiene sobre una base del **afecto y confianza**.

Esta metáfora tiene **mayor vinculación** a los usuarios que se atienden en **clínicas privadas o en hospitales universitarios**.

Mientras que en los usuarios de hospitales públicos se alude a la idea del médico padre, protector que se da en una relación más asimétrica.

Metáfora del Padre



• Se asocia, según los entrevistados, a la idea de **protección y cuidado**.
• Se vincula más a usuarios de **hospitales públicos** donde la relación de empatía surge en un contexto de responsabilidad que él tiene para proteger y cuidar como lo hace un padre.

Alude a un modelo familiar protector

Por otro lado, se estructura también en el discurso metafórico de los participantes, expresiones de connotación negativa que sugieren sentimientos y pensamientos respecto del médico que les provocan situaciones conflictivas de rabia, impotencia e insatisfacción, entre ellas se mencionan:

- El médico Dios: este término es parte repetitiva de sus narraciones, transversal a todos los entrevistados transmite un sentido de ser supremo inalcanzable, no cercano, frío, dueño de la verdad absoluta. *Algunas citas alusivas a esta categoría son: "Se cree Dios", "Son diostores", "Hay doctores que actúan como tú dices son dioses y tú eres una...uno más...", "Que no se crea Dios, a mi me pasó sentir eso, estudie carreras distintas no más, eso no les da derecho a sentirse más que uno".*
- El médico comerciante: apunta a un sentido de frialdad de anteponer el dinero por sobre su vocación de servicio y ética.

Todo lo anterior, se traduce en metáforas que expresan lo que desean, anhelan y rechazan en su relación con el médico.

d) Satisfacción y calidad percibida desde la mirada de los gestores clínicos

La información se obtuvo mediante 15 entrevistas en profundidad, aplicadas a actores clave en gestión de salud, Directores Médicos, Enfermeras Jefes, Subdirectores Médicos, Jefes de Calidad, entre otros. Todos ellos pertenecientes a Hospitales Públicos, Hospitales Universitarios y Clínicas Privadas, de distintas regiones del país, incluida la Región Metropolitana.

El objetivo en esta fase metodológica fue profundizar y entender el punto de vista de estos actores respecto de que elementos de la atención de salud que contribuían a que

los usuarios se sintieran satisfechos. Asimismo, identificar a través de su práctica situaciones de insatisfacción y satisfacción en los usuarios hospitalizados.

La información obtenida revela que reconocen como motivadores de satisfacción factores que algunos casos son similares a los identificados por los pacientes (empatía, tiempo dedicado por el médico, que el médico los escuche, etc.). No obstante lo anterior, transversalmente coinciden en atributos que muestran predominio de componentes de un modelo clínico enfatizando en aquellos relacionados con la solución del problema de salud, tiempos, plazos de atención (exámenes, procedimientos), acciones seguras y coordinadas del equipo.

Señalan diferencias significativas entre los usuarios de hospitales públicos e instituciones del área privada. Tienen la percepción que en el privado existe un mejor trato, eficiencia, agilidad en el diagnóstico y tratamiento, mejor infraestructura, hotelería y usuarios más exigentes. En cambio en los hospitales públicos consideran que existe mayor tiempo de espera en la atención, en la dación de camas, exámenes y tratamientos, plantean menor calidad en el trato y expectativas más bajas por parte de los usuarios.

Respecto de personal no médico se percibe que de ellos se espera más afecto, calidez humana, buen trato, se los vincula al cuidado y apoyo. En cambio del médico piensan que las expectativas están más relacionadas con la dedicación para cada caso, que venga todos los días a ver al paciente, que proporcione información clara, precisa para él y su familia. Si bien algunos entrevistados opinan que los usuarios esperan también empatía por parte del médico, predomina la idea de que se le exige más en lo clínico, que sea técnicamente confiable, preciso y eficiente.

Por otra parte, los entrevistados aluden como razones de insatisfacción el maltrato físico y psicológico del personal, cuando el médico no cumple con la visita diaria o en caso de necesitarlos no está. Adicionalmente, otras causas son los conflictos en los servicios de administración que corresponden a demoras en las cuentas, en la admisión al ingreso, demora en la entrega de camas, deficientes canales de información, escasa coordinación en la atención de salud y falta de especialistas.

La satisfacción de los pacientes se plantea como un desafío para los gestores clínicos quienes reconocen que cuentan con dos fuentes de información para conocer que tan satisfechos están sus usuarios (encuestas y reclamos), sin embargo, muestran acuerdo en que los esfuerzos están fundamentalmente puestos en los reclamos. En este sentido, hasta el momento en que se realizó este estudio se observó que las clínicas y algunos hospitales privados presentaban una mayor experiencia en gestión de clientes como resultado de las encuestas.

Secundariamente, y con el propósito de ahondar en el terreno más emocional, se les preguntó ¿Por qué si la práctica de habilidades blandas es tan importante para la satisfacción usuaria es un terreno poco explorado?, referente a este punto coinciden en que no se les prepara para ejercerlas, prevalece la formación clínica y dichas habilidades están sujetas a las características específicas de cada persona. Por lo tanto, ser empático, carismático, intuitivo es propio del médico o de los otros integrantes del equipo clínico. No obstante lo anterior, señalan que se están implementando algunos protocolos en la atención del personal, no obstante, afirman que existe una necesidad de buscar mecanismos sistemáticos para fortalecer estas habilidades.

Algunos entrevistados asocian la falta de práctica de habilidades blandas a los cambios vocacionales, culturales y a las generaciones más nuevas.

Por último, ante la pregunta ¿Cree que un instrumento único que mida calidad percibida y satisfacción del paciente proveerá información relevante para conocer distintas realidades de los prestadores de salud?, los entrevistados en su gran mayoría concuerdan en que tener un instrumento único para medir satisfacción sería un aporte para poder mejorar la atención de salud. Lo evalúan positivamente atribuyéndole las siguientes ventajas: es un complemento de la calidad funcional de la atención de salud, permite analizar transparentemente servicios públicos y privados por igual y plantea competencia para mejorar la salud.

Finalmente, el estudio en esta primera etapa muestra que si bien el salir sano es el objetivo principal (situación que dan por hecho), a medida que avanza en su estadía hospitalaria evalúa su satisfacción mediante una serie de elementos que van más allá de esta condición.

Por otro lado, con toda la información recabada en esta etapa y como una manera de dar mayor seguridad a la siguiente fase de investigación, se identificaron las áreas temáticas y las preguntas/afirmaciones que compusieron la encuesta que se utilizó posteriormente en el estudio de consenso Delphi.

2.1.2. Segunda etapa: Estudios Delphi a usuarios y profesionales de salud⁸

En esta etapa se utilizó el método de consenso Delphi con el fin de complementar y priorizar los atributos o elementos más importantes obtenidos en la etapa previa. Esta secuencia, se introdujo como una variante metodológica cuyo objetivo fue evitar en los inicios de esta técnica sesgos de opiniones y acortar el período de aplicación.

Paralelamente se desarrollaron dos Delphi, uno dirigido a los usuarios (pacientes que habían tenido la experiencia de estar hospitalizados, asociaciones de pacientes, ciudadanos comunes, acompañantes o familiares cercanos de pacientes). De distintos tipos de hospitales y clínicas privadas, todos ellos, con experiencia de hospitalización propia o de un familiar cercano. Pertenecientes a distintas regiones del país, hombres y mujeres con edades entre 25 y 70 años. El otro panel fue conformado por profesionales de la salud (médicos, enfermeras, matronas, kinesiólogos) y auxiliares de enfermería o técnicos paramédicos de distintos hospitales y clínicas del país.

El objetivo en esta fase fue construir un instrumento que mida la satisfacción y calidad percibida en los usuarios. Al mismo tiempo, identificar y seleccionar mediante consenso aquellas dimensiones y atributos que a juicio de los usuarios son clave en la atención de salud hospitalaria y confrontar los aspectos que según los integrantes del equipo de salud son los que más importan para sentirse satisfechos con los identificados por los usuarios. Por último, realizar análisis estadístico confirmatorio para la definición de dimensiones y agrupaciones de preguntas por ítems.

En este contexto, se identificaron las principales dimensiones que fueron sometidas a consenso para mayor seguridad y que son las siguientes:

1. Calidez humana y preocupación

⁸ Pezoa M., Estudio Delphi, Propuesta metodológica para medir calidad percibida y satisfacción en la atención de salud hospitalaria, Superintendencia de Salud, diciembre 2011.

2. Confianza y seguridad
3. Rapidez en la atención
4. Atención oportuna
5. Información
6. Limpieza
7. Equipos y Tecnología

El tener las dimensiones y las afirmaciones de la encuesta resultó ventajoso, en el sentido que redujo el tiempo de aplicación y consecuentemente las rondas en los participantes.

El grupo respondió a la interrogante ¿qué elementos de la atención de salud son, desde la perspectiva del usuario lo que más contribuyen a que se sienta satisfecho con la atención de salud hospitalaria que recibe? Los panelistas debían poner nota reflexionando en cada pregunta el grado de importancia del atributo expuesto.

La encuesta fue enviada a ambos grupos con el propósito de recoger, contrastar sus opiniones y obviamente llegar a consenso de los elementos que para los usuarios son los más importantes a la hora de evaluar su satisfacción respecto de la atención de salud recibida.

Análisis de estadígrafos descriptivos y prueba no paramétrica

En esta etapa se analizaron los datos rankeando las medias resultantes en la primera ronda del Delphi, obteniendo aquellos de mayores puntajes a partir de las notas que pusieron los participantes, en una escala de 1 a 7. Para cotejar las puntuaciones de los dos grupos por separado e identificar las divergencias entre ellos, se utilizó el estadístico de U de Mann Whitney como prueba no paramétrica, que es apropiado para comparar dos grupos independientes que no presenten normalidad en los datos.

Análisis descriptivo

Los estadísticos descriptivos de las medias y desviaciones típicas obtenidas de las preguntas de la encuesta en general presentan medias por sobre la nota cinco y las desviaciones típicas son relativamente bajas debido a que no presentan una mayor dispersión con puntajes bastante similares.

Cuando se analiza los grupos por separados (usuarios y profesionales de salud), se observa que existen diferencias en la puntuación que asignan a cada elemento. Dentro de las variables más valoradas por los usuarios están: la limpieza, que la institución disponga de los especialistas necesarios, la confianza y seguridad que le transmite el médico, la calidad de la información que se le entrega que sea en términos no médicos, y otras de carácter más emocional asociadas al médico como son la calidez con que lo trata, el que lo escuche y lo haga sentir valorado. Por otro lado, se releva el apoyo físico de los auxiliares de enfermería y variables relacionadas con la rapidez en la atención de salud.

Estas variables presentan un coeficiente de correlación de Pearson que evidencia una relación directa bastante alta respecto de su satisfacción con valores cercanos a 1⁹. Presentan un menor nivel de asociación a su satisfacción, el hecho que el médico

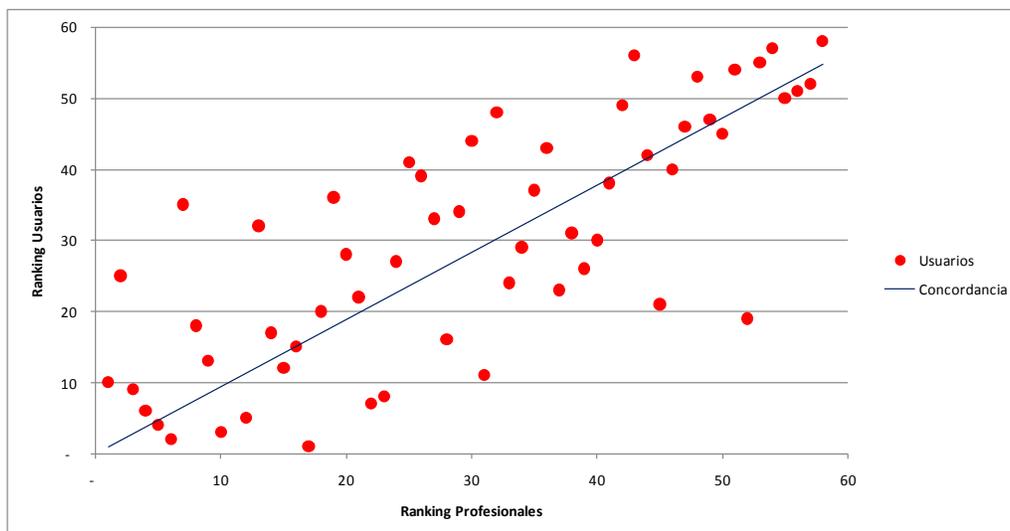
⁹ El valor del índice de correlación varía en el intervalo -1y 1, si es igual a 1, existe una correlación positiva perfecta, cuando es -1 es una correlación fuerte e indirecta y cuando es cero no existe correlación.

venga a las horas de visita de familiares, la presentación de la comida y que el personal no hable mal del hospital o clínica o de los otros turnos.

Por su parte, los integrantes del equipo de salud valoran la importancia del aspecto emocional (calidez), del médico y la enfermera, no obstante, en los siguientes elementos se muestra un predominio de actividades relacionadas con su quehacer clínico. Lo menos valorado por los profesionales resulta ser entre otros aspectos, que el médico venga a las horas de visita de familiares, que el médico proporcione el teléfono, que los usuarios puedan evaluar al servicio y cada integrante del equipo de salud.

Al comparar los ranking de las preguntas entre usuarios y profesionales de la salud se puede observar una cierta concordancia positiva sólo del orden del 55,3% representado por el coeficiente de correlación aplicado a los pares de puntos a través de una regresión lineal simple.

Concordancia de respuestas entre los usuarios y equipo de salud



Fuente: Superintendencia de Salud, Base de Datos Estudio Delphi, año 2011.

Las principales diferencias significativas entre los usuarios y el equipo de salud son: que el médico proporcione el teléfono, correo electrónico y le indique dónde ubicarlo por eventuales consultas o dudas después del alta. Esta variable se confirma como un aspecto importante para los usuarios (el que el médico le dé su teléfono es percibido como preocupación por parte del profesional, genera sensación de seguridad). Mientras que en opinión de los profesionales no aparece como importante.

Para los usuarios que el médico llegue a la hora que se comprometió para darle el alta aparece como un factor relevante (p valor igual a 0,012), esto se condice con el significado que los usuarios expresaban en los grupos focales ya que desean irse pronto de alta, estar sano y nuevamente con la familia, la espera les produce alto nivel de ansiedad. Del mismo modo, atribuyen importancia al hecho de que el médico avise cuando no va a venir o se atrasa.

El hecho que el médico le dé espacio para preguntar y le responda en términos que el entienda, presenta un p-valor de 0,04, rechazando la idea de similaridad entre

usuarios y profesionales de la salud respecto de esta afirmación. En los profesionales se cataloga como importante, pero no existe consenso.

Otros aspectos que resultan con discrepancias entre ambos grupos son los siguientes:

a) **Relacionados con el médico:** que el médico disponga de la ficha cuando lo visita, probablemente, porque los profesionales dan por hecho que la ficha debe estar en el momento de requerirla. Para los usuarios es un elemento importante existe el antecedente en los relatos de la fase previa sobre extravío de su ficha o exámenes (en usuarios de hospitales y consultorios públicos), esto les provoca incertidumbre, angustia e insatisfacción.

b) **Relacionados con el personal auxiliar:** que los pacientes estén aseados en el momento que llega el equipo médico, que los auxiliares de enfermería realicen el aseo de los pacientes en horas distintas a las comidas, a su vez, que valoren, escuchen y apoyen a los adultos mayores¹⁰.

c) **Relacionados con el personal administrativo:** existen diferencias significativas respecto de la tramitación de hospitalización e información que proporcionan estas personas (p valor 0,001), la información de la cuenta que sea en corto tiempo y la espera de una cama o pieza que sea rápida (no más de una hora), éstas con un p valor de 0,001 y 0,003 respectivamente.

Otro factor apreciado para los usuarios es que el hospital o la clínica dispongan de especialistas (principalmente en regiones y hospitales públicos).

Análisis de fiabilidad del instrumento

A través del análisis de fiabilidad se obtuvo el estadístico de Alfa de Cronbach el cual fue de 0,974, lo que asegura una consistencia interna de la estructura de correlaciones entre los ítems de la encuesta, esto es, las correlaciones son significativas y miden efectivamente los constructos en estudio.

Análisis confirmatorio

Antes de aplicar la técnica de análisis multivariado se obtuvo el índice de KMO, para analizar si las correlaciones son significativas y se justifica el uso de análisis factorial sobre la matriz de datos. La siguiente tabla muestra un índice de KMO de 0,768, lo que significa que las correlaciones de los ítems con sus pares y las correlaciones parciales (el ítem con todo el resto), son bastante altas y que justificó realizar un análisis factorial¹¹. Por otro lado, el test de Bartlett prueba que existen pares de correlaciones significativas y por lo tanto, el análisis factorial es confiable.

¹⁰ Este es un punto de consenso en los entrevistados del Focus Group en que en hospitales públicos y clínicas privadas existe la percepción de mal trato o indiferencia por los adultos mayores.

¹¹ La medida de adecuación muestral de Kaiser -Meyer-Olkin (KMO), toma valores entre 0 y 1, se utiliza para comparar las magnitudes de los coeficientes de correlación observados de las correlación parcial de forma que, cuanto menor sea su valor, mayor es el valor de los coeficientes parciales y por lo tanto menos deseable es realizar el análisis factorial. Se considera que si el KMO: es \geq que 0,75 la idea de hacer un análisis factorial es buena (existe una alta correlación entre los elementos), si es $<$ a 0,75 y \geq a 0,50 es de aceptación media y si es $<$ a 0,50 es inaceptable.

Medida KMO y de Bartlett

KMO Y Prueba de Bartlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,768
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	5989,398
	gl	1653
	Sig.	0,000

El modelo seleccionó 11 componentes principales que tienen valores propios mayores que 1 y explican el 79,3% de la variabilidad total de los datos. Cabe señalar, que el primer componente integra las afirmaciones relacionadas con calidez, preocupación, apoyo y rapidez en la atención de salud y es el que explica el mayor porcentaje de la varianza (45,2%).

Con el fin de tener una mayor comprensión, simplificación del modelo y obtener resultados más claros, se utilizó la rotación de Varimax que maximiza la variabilidad entre las dimensiones o grupo de variables. Con esta rotación se observa una agrupación más clara distinguiéndose tres componentes principales:

Componente o factor 1: este tiende a agrupar un mayor número de dimensiones, sin embargo, las cargas son claras en la selección de variables por factor. Está compuesto por las dimensiones o variables de apoyo que se asocia a las acciones de la auxiliar de enfermería, ayuda al levantarse, ir al baño, alimentarse, asistencia a los adultos mayores. La calidez humana y preocupación cuya carga factorial se relaciona a afirmaciones que plantean características del médico y el personal sobre calidez, trato humano, escucharlos y hacerlos sentir valorados. También carga a este componente la rapidez y la oportunidad en la atención, asociándolas a la capacidad de respuesta del equipo e institución.

Componente o factor 2: el modelo asigna todas aquellas preguntas que revelan la confianza, seguridad y tranquilidad que le trasmite el médico y personal de salud en el trabajo que realizan. Al mismo tiempo, la carga es atribuible a la variable de información en todos sus ámbitos, ésta se asocia complementariamente a la confianza y seguridad. Dentro de lo cual se distingue la importancia de la información proporcionada por el médico al paciente y a los familiares sobre su estado de salud, que el médico le dé espacio para preguntar y le responda en términos no médicos, que el personal le explique los procedimientos que le van a realizar y otros aspectos relacionados con la información que les produce confianza y los hace sentir más seguros.

Componente o factor 3: la carga se asocia a la rapidez, sin embargo, en este caso lo considera en los trámites administrativos al ingresar al hospital, en el momento del alta y en la espera por camas o pieza al hospitalizarse.

El modelo propone cuatro variables adicionales a las siete establecidas previamente que son: a) evaluación del servicio y sus integrantes, b) poder hacer reclamos, c) visitas de familiares y d) otros servicios de orden general.

Identificados los elementos que efectivamente influyen de manera importante en la satisfacción del usuario en la atención de salud hospitalaria se propone un instrumento que se compone de los siguientes ítems: 1) aspectos generales del centro hospitalario, 2) limpieza, se ha considerado como un elemento independiente, dado el nivel de importancia señalado por los usuarios 3) relación con el médico, 4) relación con la enfermera/matrona, 5) relación con la auxiliar o técnico paramédico, 6) personal administrativo y 7) servicio de urgencia. Este último, se incluyó por lo relevante que resultó para aquellos pacientes que ingresan por esta vía lo cual influye notoriamente en la evaluación final respecto de su satisfacción o insatisfacción.

3. Encuesta de calidad percibida y satisfacción¹²

Como hemos visto en los capítulos anteriores implícitamente el bienestar del usuario se logra con la satisfacción y la experiencia positiva de su hospitalización. De esta manera, el instrumento combina la evaluación de las siete dimensiones, donde se da paso a la integración de estas variables, en cuyas características está contenida la valoración de los aspectos emocionales asociados a la idea de calidez, escucha activa, protección, seguridad, confianza, humanización de la atención de salud, información, trato y elementos más concretos que dicen relación con la coordinación del equipo, apoyo físico, limpieza, tiempo de espera, entre otras.

Por otra parte, introduce diferencias importantes en los contenidos de las afirmaciones, de manera tal, que revela las deficiencias pesquisadas en la satisfacción de los pacientes permitiendo mejorar la gestión del hospital o clínica en favor de la atención del usuario.

Todo lo anterior, se conjuga en un instrumento único que simplifica y estandariza la comparación en un escenario que los propios usuarios co-crearon construyendo una encuesta con los elementos transversales que son clave para que se sienta satisfecho. Permite por tanto, medir en igualdad de condiciones a usuarios de prestadores del sector público y privado.

La encuesta se responde una vez que el paciente fue dado de alta, en su lugar de reposo fuera del centro asistencial. Esto es porque los propios usuarios señalan que la presencia de funcionarios del hospital hace que no se sienten con libertad de evaluar en caso de no estar satisfecho o porque se encuentran ansiosos de salir de la clínica.

3.1. Escala de la encuesta

La mayoría de las preguntas se han estructurado por dimensión, siendo algunas de éstas, en sí misma, indicadores de algunas variables. En ese sentido, una agrupación de ellas podría mostrar en el tiempo la evolución de este indicador sintético, por ejemplo, la información del médico al paciente.

La escala de la encuesta tiene una puntuación de 1 a 7, la cual es conocida y utilizada en el cotidiano de los ciudadanos chilenos. En base a esta escala se midió el nivel de satisfacción donde 1 es muy insatisfecho y 7 muy satisfecho.

¹² Anexo N°5, Dimensiones de la encuesta de satisfacción y calidad percibida.

Variable Recomendación

La variable recomendación utiliza también una escala de 1 a 7 y se enmarca en la disposición que tiene el usuario a recomendar a un familiar cercano o a un amigo el hospital o clínica respecto de la atención de salud recibida. Esta variable ha demostrado tener una estrecha relación con la satisfacción del cliente.

Se clasificó en tres grupos en que la puntuación de 1,2,3,y 4 es para usuarios que han tenido experiencias negativas en su hospitalización y no están dispuestos a recomendar, por el contrario, los que colocan notas seis y siete han adquirido experiencias positivas y con seguridad recomendarían al prestador. Mientras que aquellos usuarios que califican con nota cinco, han tenido experiencias negativas y positivas, que le hacen dudar o son indiferentes a recomendar.

Variable Expectativas

Los usuarios tienen expectativas de la atención de salud antes de ingresar al hospital, mentalmente van comparando lo que reciben con lo que esperaban recibir. Las expectativas son variadas, su origen puede estar dado por lo que han escuchado de ese centro asistencial, de sus propias necesidades o experiencias anteriores de hospitalización. La encuesta utiliza para la medición de esta variable una escala de Likert de 1 a 5, donde el valor 1, es mucho peor de lo que esperaba, 2 es peor de lo que esperaba, 3 es igual a lo que esperaba, 4 mejor de lo que esperaba y 5 mucho mejor de los que esperaba.

3.2. Modelo de ponderación de la encuesta

El Peso relativo de cada nota está representado por las medias resultantes del nivel de importancia que le asignaron los usuarios a los elementos claves de satisfacción contenidos en las afirmaciones del instrumento. De esta manera, se ha construido un ponderador global que da origen a la nota final de satisfacción que se calcula de acuerdo al peso de cada pregunta en el total de ellas y un factor ponderador por dimensión que se obtiene del peso que tiene cada afirmación dentro de su propia dimensión.

En primer lugar, se determinó el peso o ponderador de cada afirmación para el total de ellas (Ponderador Global) y luego el ponderador de ésta dentro de cada dimensión (Ponderador Interno).

El Ponderador Global (PG) de una pregunta se calcula dividiendo la Importancia Asignada (IA) a esa pregunta por la suma de las Importancias Asignadas al conjunto total de preguntas.

$$PG_i = IA_i / \sum (IA_1; IA_n)$$

Donde:

PG_i: Ponderador Global de la pregunta "i"

"n": Número total de preguntas.

Debe cumplirse que la suma de los ponderadores globales de todas las preguntas debe ser = 1,00

$$\sum (PG_1; PG_n) = 1,00$$

El Ponderador Dimensión (PD_d) que corresponde a una pregunta dentro de su Dimensión (d), se calcula dividiendo la Importancia Asignada (IA) a esa pregunta por la suma de las Importancias Asignadas al conjunto de preguntas de esa Dimensión.

$$PD_j = IA_j / \sum_j (IA_{d1}; IA_{dm})$$

PD_j : Ponderador Interno de la pregunta "j"

"m": Número total de preguntas de la dimensión "d" a la que pertenece la pregunta.

Debe cumplirse que la suma de los ponderadores dimensión de todas las preguntas de la dimensión debe ser = 1,00

Cálculo de la calificación ponderada.

Una vez llenada la encuesta cada pregunta tendrá una nota (N), en general entre 1 y 7. Aquellas preguntas no contestadas no serán consideradas en el cálculo de la calificación.

La calificación global (CG) se obtiene sumando el Aporte Global (AG) de las respuestas a todas las preguntas. Este se calcula como el producto de la nota de cada pregunta por su ponderador global.

$$CG = \sum (AG_1 ; AG_n)$$

En que AG_i es el aporte global de la nota a la pregunta "i"

$$AG_i = N_i * PG_i$$

Vale decir:

$$CG = \sum (AG_1; AG_n) = \sum (N_1 * PG_1 ; N_n * PG_n)$$

Para que estas fórmulas calculen la calificación correctamente, todas las preguntas debieran estar contestadas lo que es muy improbable.

Para considerar sólo las preguntas respondidas en el cálculo de la calificación, se determinó para cada pregunta una variable binaria auxiliar (Aux) que toma el valor "1" cuando la pregunta es respondida y "0" en caso contrario.

$$AG_i = N_i * PG_i * Aux_i$$

De este modo, la calificación global se calcula como:

$$CG = \sum (N_1 * PG_1 * Aux_1 ; N_n * PG_n * Aux_n) / \sum (PG_1 * Aux_1 ; PG_n * Aux_n)$$

En que el denominador se ajusta por las preguntas no respondidas.

El cálculo de las calificaciones ponderadas de las diferentes dimensiones se realiza en forma similar dentro del ámbito de la dimensión reemplazando los ponderadores globales (PG), por los ponderadores de dimensión (PD).

4. Sistema Encuesta en línea y ranking de prestadores

Una vez construido el instrumento se desarrolló un software con un conjunto de aplicaciones que proporcionó sustentabilidad a una encuesta en línea localizada en la web. Esta herramienta fue diseñada para que los usuarios realicen la evaluación del prestador de salud donde se atendió. El resultado de esta evaluación da origen a un ranking de percepción de satisfacción usuaria en hospitales y clínicas.

El grupo objetivo directo del ranking son los usuarios del sistema de salud, indirectamente es una herramienta de gestión para los hospitales y clínicas a quienes el ranking les es útil para compararse con otras instituciones y motivar la competencia en pos del mejoramiento de la satisfacción y calidad percibida de estas personas. El ranking de prestadores busca medir, comparar y monitorear el grado de satisfacción que los usuarios tienen respecto de la atención de salud hospitalaria.

Metodológicamente para medir el grado de satisfacción y calidad percibida, se consideró el indicador Nota de Satisfacción Global (NSG), que resulta del modelo de ponderación previamente expuesto. Se excluye de este resultado las preguntas relativas a recomendación y expectativas.

La primera dimensión, se enmarca en el concepto de aspectos generales del hospital o clínica, que incluye mediciones sobre tiempo de espera para entrega de cama/piezas, disponibilidad de especialistas, tiempo de espera para exámenes, preocupación por la comida, entre otras.

En segundo lugar, contempla cuatro dimensiones asociadas a la relación que el usuario establece con el médico, enfermero, matrona, auxiliares de enfermería, técnicos paramédicos y administrativos. Luego se consideró la limpieza y el Servicio de Urgencia como un módulo específico en caso que el paciente haya ingresado por esa vía.

En este ranking pueden participar prestadores públicos y privados, para poder ingresar a él como requisito se debe tener una muestra de encuestas que sea estadísticamente representativa. Este punto es de suma importancia, considera resguardar la rigurosidad metodológica desde la perspectiva de representatividad, conseguir una mayor cobertura de la población objetivo y evitar el sesgo por la limitación que existe de personas que no tienen acceso a internet. Por la baja tasa de respuesta de las encuestas vía web y acceso a internet de los usuarios, se plantea el uso de técnicas complementarias para lo cual la plataforma contempla desarrollar un módulo de encuesta telefónica.

El sistema incluye una serie de interfaz con los clientes (usuarios pacientes, prestadores, Superintendencia de Salud y MINSAL), dando respuesta al resultado de la encuesta en forma inmediata. La plataforma tecnológica se estructura en cuatro módulos que son: Módulo Encuesta, Módulo Ranking Público, Módulo Gestión de Prestadores y Módulo Gestión MINSAL-Superintendencia.

Las funcionalidades que poseen mayor potencial de desarrollo y mejoramiento adicional son las del ranking público y el módulo de gestión de prestadores en que se espera aportar nuevos indicadores y reportes en un futuro cercano.

4.1. Plataforma tecnológica

El valor del sistema fue pensado para que los usuarios gestionaran relaciones asociadas al conocimiento de la satisfacción usuaria de un determinado prestador, evaluando, comparando y conociendo los aspectos relevantes de la atención hospitalaria. Por su parte, a los prestadores les permite maximizar el valor de datos útiles proporcionados en línea para la gestión de estrategias específicas de la atención de salud en el ámbito de satisfacción.

En términos generales el desarrollo del software consideró los siguientes aspectos¹³:

- Poseer un recolector de encuestas, este componente permite recoger encuestas a través de diferentes modalidades: formulario web, formulario de mecanismos de validación, formulario personalizado por prestador.
- Gestor de encuestas, componente del sistema que permite procesar y realizar análisis sobre las encuestas recolectadas de manera de:
 1. Detectar y cautelar fraudes.
 2. Brindar interfaces o paneles de control, que retroalimentan proactivamente a cada uno de los clientes que están vinculados al sistema.
 3. Integración con el DataWarehouse de la Superintendencia de Salud para suministrarle la información detallada y agregada de la encuesta. La captación de los datos resultantes fue considerada como elemento importante para la gestión de los usuarios y los otros actores, ya que la característica de esta base de datos son la flexibilidad para poder generar los cruces necesarios e integración.

También está diseñado con una arquitectura que permite evolucionar tecnológicamente para ampliar y mejorar el sistema ranking, de manera tal, de poder adaptarse a las nuevas necesidades que vayan surgiendo a través del tiempo. Esto significa perfeccionar la herramienta si fuera necesario.

4.2. Módulos y funcionalidades del sistema

4.2.1. Módulo de Encuesta en Línea

La encuesta on line está localizada en el portal web de la Superintendencia de Salud, es el motor del sistema que da origen a los datos recopilados y almacenados para transformarlos en indicadores, reportes, gráficos e informes que permiten el seguimiento y la toma de decisiones al respecto.

De esta manera, los usuarios que han sido hospitalizados o los acompañantes en el caso de los niños, pueden acceder a través de la web para responder la encuesta. Asimismo, los prestadores autorizados por la superintendencia pueden entrar a través de una password que les permite cargar los datos relacionados con los egresos hospitalarios contenidos en la Base de datos Egreso Express (BDE).

Este módulo está compuesto de interfaces que permiten que el usuario interactúe con el sistema para ingresar los datos requeridos en la encuesta. Dentro de las funciones que dispone existe un formulario encuesta para responder en el portal de la

¹³ Fuente: Informe Técnico sobre Encuesta de Satisfacción en Atención de Salud Hospitalaria, José Flores, Newtonberg Publicaciones Digitales, año 2012.

Superintendencia en el banner "Ponle Nota a tu Hospital o Clínica"¹⁴. El sistema posee un formulario de autenticación para el usuario: paciente o acompañante u operador y un formulario para carga de base de datos Egreso Express. Este último, consiste en un subconjunto de datos cuyos campos se extraen del resumen estadístico mensual de egresos hospitalarios, que los prestadores envían periódicamente al Departamento de Estadísticas e Información de la Salud (DEIS), con excepción de los siguientes campos teléfono celular, e mail y acompañante¹⁵.

Dentro de las funcionalidades específicas de la encuesta están el despliegue de preguntas agrupadas por dimensión, cálculo por ponderadores que tienen un peso sobre el total global que da origen a la NGS.

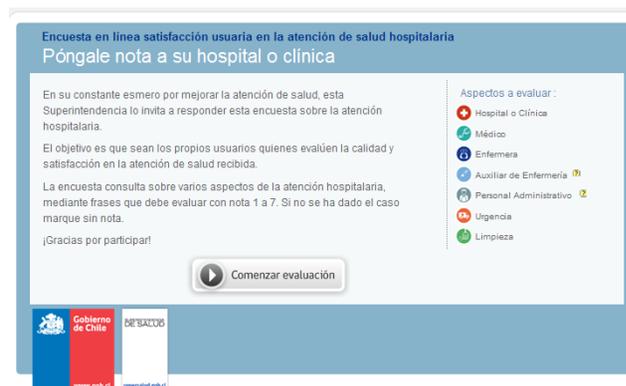
Contenidos temáticos de la Encuesta

Dimensiones

La encuesta aborda la satisfacción en la atención hospitalaria mediante construcciones de las afirmaciones en lenguaje simple, claro que se emplea en el diario vivir y prevalece el valor que le asignaron los propios usuarios.

De acuerdo con lo anterior, la operación estadística respecto de los resultados e indicadores que arroja la encuesta están relacionados con las siete categorías que se indican en la imagen que se muestra a continuación. La presentación es limpia, simple, cuenta con las sesiones esenciales, no obstante, se planea mejorar en el aporte de imágenes y gráficos.

Vista Encuesta on line dimensiones



Fuente: imágenes de encuesta on line, Portal Web de la Superintendencia de Salud.

Entre otras vistas, la segmentación añade campos personalizados que se muestran en una lista despegable indicando la calidad de aquellos que son obligatorios, como por ejemplo, identificación del prestador y datos generales del usuario como por ejemplo previsión, entre otros.

Se agregan dos preguntas que están relacionadas con la recomendación del hospital o clínica y las expectativas del usuario con el prestador. Ambas se muestran por separado permitiendo identificar los resultados en forma independiente.

¹⁴ <http://www.supersalud.gob.cl/ponlenotaatusalud/cuestionario>

¹⁵ Anexo N°6, Base de Datos Egreso Express.

Al finalizar la encuesta y habiendo respondido las dos preguntas adicionales el reporte para el usuarios es inmediato, mostrando la nota global y la posición de su prestador en el ranking.

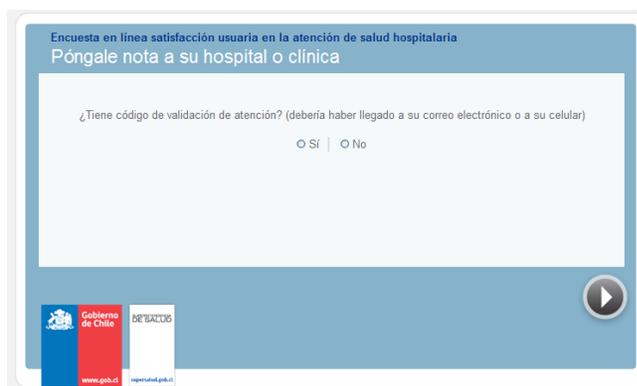
Código de validación

La encuesta permite que los usuarios accedan al sistema con un código de validación que se les ha enviado a su teléfono celular o a su correo electrónico. La notificación y entrega del código se genera mediante un protocolo de envío al día subsiguiente de haber recibido desde los prestadores la información del egreso del paciente. Esta notificación se le envía a cada uno de los usuarios que han autorizado que se les recuerde contestar la encuesta resguardando que no llegue durante la noche e iterando el proceso de recordatorio que incluye lo siguiente:

1. El texto del recordatorio y la invitación para que conteste la encuesta.
2. Código de validación.
3. El link a la web donde se encuentra la encuesta.

Lo anterior tiene dos objetivos, por una parte, reducir el tiempo de llenado de la encuesta porque al ingresar el código validación de inmediato se completan los datos del usuario tales como, sexo, edad, previsión, fecha del alta, registrados en las bases de datos de egresos (BDE), enviado por el hospital. Por otra, valida la información certificando que la persona que responde la encuesta efectivamente estuvo hospitalizado.

Vista código de verificación



Identificación del prestador y filtros de acceso

La encuesta despliega una lista para seleccionar al prestador que se evalúa, al mismo tiempo, considera una estructura lógica de direccionamiento a través de preguntas filtro asociadas a intervención quirúrgica y a ingreso por el servicio de urgencia.

La primera pregunta es la siguiente ¿la hospitalización fue por una intervención quirúrgica?, en el caso de ser "Sí", inmediatamente la encuesta mostrará preguntas en que se evalúa la relación con el médico y el anestesista. En caso contrario mostrará sólo las preguntas del médico. La otra pregunta se refiere a si su hospitalización fue por el servicio de urgencia, si la respuesta es afirmativa se muestra un grupo de preguntas que permite calificar la atención en ese servicio.

Vista filtros de acceso

Encuesta en línea satisfacción usuaria en la atención de salud hospitalaria
Identifique al prestador y la prestación

Para iniciar la encuesta, por favor indique dónde se atendió y cuál fue el servicio recibido.

Establecimiento *

¿La hospitalización fue por una intervención quirúrgica (operación, cirugía)? *

Sí No

¿Su hospitalización fue por el Servicio de Urgencia? *

Sí No

Continuar

Validación de encuestas y detección de fraude

Se ha puesto énfasis en evitar el fraude y mal uso de la encuesta, en este sentido, la herramienta permite validar la encuesta confrontando la información de egresos hospitalarios (Base Datos Express) entregada por el prestador y de quien responde la encuesta. De este modo, se compruebe que efectivamente la persona que ha respondido la encuesta estuvo hospitalizada, si ésta, fue completada antes que llegue la Base de Datos Express, la encuesta no se validará hasta que se compruebe su autenticidad.

Por otro lado, la base de datos resultante de las encuestas posibilita la ejecución de cruces, análisis de respuestas, construcción de indicadores y reportes de notificación con el objeto de detectar e informar el fraude.

Las preguntas de la encuesta están parametrizada de modo que se pueden modificar, cambiar o eliminar preguntas dejando apertura a los administradores del sistema.

4.2.2. Módulo de Ranking Público

El ranking público muestra aspectos de los prestadores que dan una visión más completa de los resultados de la evaluación vinculados a otras variables de interés. La navegación está focalizada respecto de su posición en el ranking, segmentado por público o privado, si es acreditado o no, región a la que pertenece y el análisis de cada una de las dimensiones.

Cabe señalar que el ranking de prestadores no pretende valorar el desempeño técnico y calidad funcional del hospital, se basa únicamente en la evaluación de la satisfacción y la calidad percibida por parte de los usuarios. De esta manera, es un complemento a las acciones e indicadores de tipo técnicos.

En la ilustración se muestra como ejemplo la vista de hospitales públicos en su calidad de acreditados o no y el resultado por cada dimensión, como también, su respectiva ubicación en el ranking¹⁶

¹⁶ Datos que resultaron del piloto Ranking de Prestadores que realizó la Superintendencia de Salud desde julio a noviembre de 2012.

Vista Ranking público y opciones de despliegue

Ranking de Prestadores

Hospitales Públicos

Prestador	Acreditado	+	-	0	1	2	3	4	5	6	7	8	Nota final	Ranking
Prestador 1	Acreditado	6.2	6.1	6.0	6.0	5.8	7.0	6.0	6.1	4				
Prestador 6	No acreditado	5.9	6.0	6.1	6.0	5.8	5.6	5.6	5.9	5				
Prestador 10	Acreditado	6.0	6.0	5.9	5.6	5.9	5.8	6.2	5.9	5				
Prestador 8	Acreditado	6.1	5.5	5.7	5.7	5.7	5.2	5.1	5.7	6				
Prestador 5	Acreditado	4.9	5.4	5.3	4.7	5.0	5.5	4.8	5.0	7				
Prestador 4	No acreditado	5.3	4.5	5.8	4.8	5.3	6.5	5.1	5.0	7				
Prestador 9	No acreditado	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	sin nota	8				

Presentación de los resultados por prestador

Al posicionarse sobre algún prestador en particular, muestra los datos e indicadores en forma sintética y visual, utiliza imágenes simples para mostrar la evaluación que hacen los usuarios por cada dimensión, la nota de satisfacción global que obtuvo, la posición en el ranking, la institución que está por arriba y por debajo de su posición, la nota de recomendación que se hace del hospital y la calificación en términos de expectativas.

La misma vista permite conectarse con el link de “Antecedentes” que describe horarios de atención en el servicio de urgencia, número de camas, si la atención es de adultos y niños y la ubicación del centro asistencial en un mapa.

Vista Encuesta nota de satisfacción global y ubicación Ranking

Ranking de Prestadores

Prestador 4

Ranking de satisfacción

Antecedentes

Indicadores

Resultados de su evaluación por aspecto

Aspecto	Nota promedio
Hospital e clínica	5.3
Relación con el médico	4.5
Enfermera	5.8
Auxiliar o técnico paramédico	4.8
Personal Administrativo	5.3
Urgencia	6.5
Limpieza	5.1

Nota de satisfacción global: 5.0

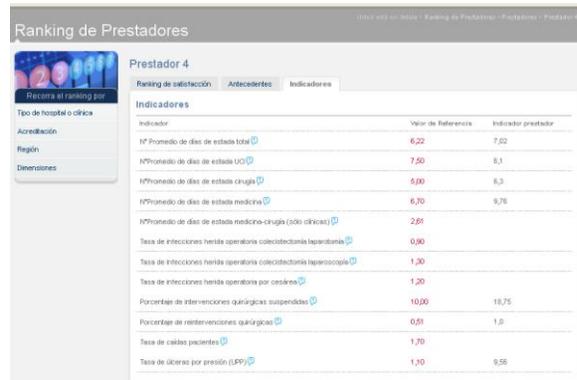
Posición en el Ranking: 7

Recomendaciones y expectativas

Aspecto	Evaluación
De acuerdo a sus expectativas, la atención recibida en este hospital o clínica ha sido:	Mejor
Si un familiar o a un amigo lo necesitara, ¿le recomendaría este hospital o clínica?	Regulamente satisfecho, duda recomendar

Del mismo modo, permite acceder a la información de “Indicadores” que se refiere a parámetros técnicos hospitalarios de calidad asistencial, seguridad e infecciones asociadas a la atención de la salud. Estos indicadores serán determinados por el MINSAL y se estudia mostrar un estándar que permita a los usuarios comparar respecto de los resultados del prestador.

Vista indicadores hospitalarios

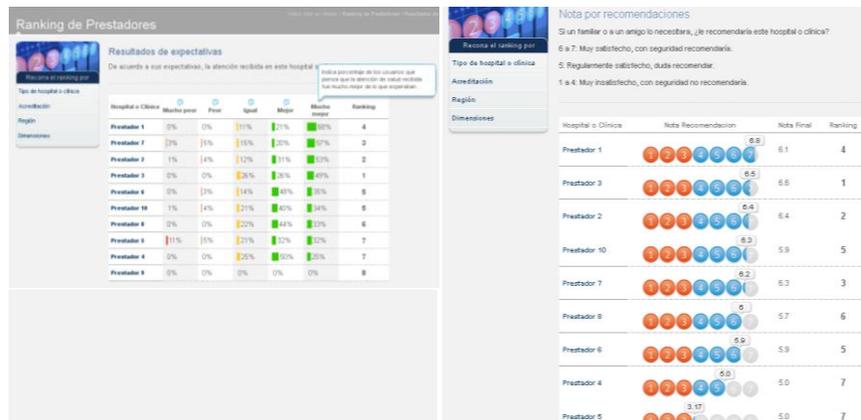


Nota: En color rojo los valores de referencia, en negro, los valores resultantes por cada indicador.

Recomendación y cumplimiento de expectativas

La disposición que tiene el usuario a recomendar el hospital o clínica donde permaneció hospitalizado y el cumplimiento de sus expectativas, se muestra gráficamente como se observa en la figura siguiente, la recomendación, se representa en una escala de notas de acuerdo al nivel de satisfacción que tiene el usuario. El cumplimiento de expectativas se expone en porcentaje en diseño de color verde para aquellos que consideran que la atención recibida fue mucho mejor y mejor, en amarillo los que encuentran que fue igual y en rojo los que piensan que fue mucho peor y peor.

Vista variables expectativas y recomendación



4.2.3. Módulo de Gestión de Prestadores

La herramienta tecnológica no está aislada de la gestión de prestadores, sino que la idea es que hospitales y clínicas también estén informados y participativos. En ese sentido, el ranking tal como se decía en párrafos anteriores pretende aportar a la gestión de estos centros asistenciales considerando la evolución en la satisfacción de

sus usuarios, cambios en los indicadores y la oportunidad para crear estrategias de mejoramiento.

Los reportes de la encuesta se actualizan cada 24 horas, que es lo que el sistema demora en el proceso de traspasar los datos de operación a reporte (consolidar, validar, etc.). Se ejecuta también cada 24 horas, la actualización de salidas o reportes lo que impulsa a realizar cambios durante la marcha facilitando una visión estratégica de los focos deficitarios en la satisfacción de los usuarios. Los reportes dicen relación con resultados de la encuesta, actividades, atenciones, indicadores hospitalarios y evolución mensual.

El sistema está disponible para la carga de egresos hospitalarios (Base de Datos Egresos Express) que puede ser ejecutado a través de Servicio Web (Web Service), Archivo CSV o Digitación directa en el sistema

Vista prestadores y pestañas de acceso



El monitoreo mensual se presenta en un gráfico de barras que muestra la evolución que ha tenido el prestador en el tiempo, está adaptado para evaluar un serie de cruces de variables que se muestran en un listado para que el usuario seleccione las que son de su interés. Esta salida es significativa para el prestador porque la escala de notas que se utiliza en el gráfico se construye de acuerdo al resultado que obtiene la propia institución, es decir, la nota más baja es distinta para cada prestador. Por lo tanto, la institución fijará las metas de cuánto y qué quiere mejorar.

Gráfico de evolución mensual según variable

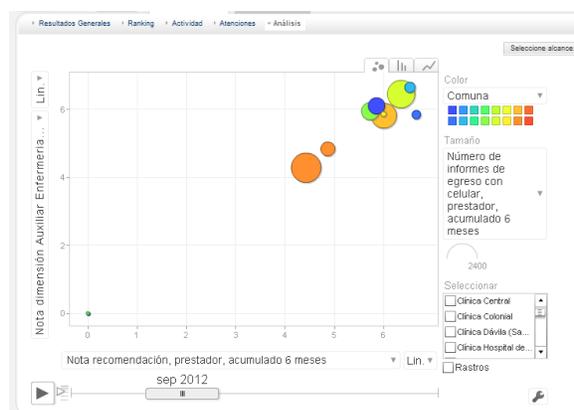


4. Módulo Superintendencia -MINSAL

El módulo de análisis para la Superintendencia –MINSAL desarrolla interfaces que permiten monitorear el proceso y los resultados a través de una serie de indicadores. Integra bases de datos donde se almacenan todos los registros caracterizando salidas de reportes estadísticos en línea, mensual, acumulado y control de aspectos tales como, ranking de todos los prestadores participantes, número de encuestas totales, encuestas validadas, número de email enviados para recordatorio, número de egresos, encuestas respondidas por canales, número de pacientes egresados con celular, entre otros.

Este módulo incorpora el Motion Chart que es un gráfico dinámico que permite conjugar distintas variables con un cursor que lo moviliza durante el año dando a conocer las tendencias y modelos que no reconocen otros gráficos, se visualiza en barras dinámicas, burbujas y líneas.

Gráfico dinámico de evolución según variable



Fuente: Datos piloto ranking de prestadores, Superintendencia de Salud, año 2012.

4.3. Resultados piloto Ranking de Prestadores

En esta etapa se realizaron trabajos de prueba con siete hospitales públicos y tres clínicas privadas todos ellos pertenecientes a la Región Metropolitana¹⁷. El objetivo del piloto fue probar la funcionalidad de la plataforma tecnológica, su desarrollo de interfaz de encuesta en línea, elaborar un ranking de prestadores, generar reportes estadísticos, indicadores, organizar e integrar las bases de datos de resultados y de carga de egresos hospitalarios.

La duración del piloto fue entre el 7 julio al 7 de septiembre, extendiéndose en un prestador público hasta la primera semana de noviembre dado que su partida fue más tarde.

¹⁷ Hospital Roberto del Río, Hospital San Juan de Dios, Hospital Alberto Hurtado, Hospital Exequiel González, Hospital Sótero del Río, Hospital San Borja Arriarán, Instituto Nacional del Cáncer, Clínica Bicentenario, Clínica Dávila y Clínica Clínica Las Condes.

La prueba consideró lo siguiente:

Aspectos generales

- Del total de pacientes que egresaron del hospital durante el piloto (22.101), en promedio un 42,7 % de ellos autoriza a entregar el número de su teléfono celular para que se les recuerde contestar la encuesta. No obstante, cuando se analiza esta variable segmentadamente por prestador, se observa que en dos de los hospitales participantes registran cifras por sobre el 89,7%, esto coincide con aquellos que tuvieron un alto compromiso con el proyecto, cabe señalar, que este dato se captura que hacen los funcionarios a través de la autorización del paciente para el envío de mensajes recordatorios.
Por su parte, en las clínicas privadas, se observa que de un total de 7.149 egresos en promedio el 49,6% autoriza la entrega de su número celular. Este promedio se ve afectado porque una de las clínicas alcanza apenas un 8,5%.
- Por otro lado, el 7,6% de usuarios de hospitales públicos que se van de alta en autorizan entregar su email. Respecto de la tenencia de email y acceso a internet en estos usuarios es menor que el número de teléfonos celulares que declaran. Sin embargo, al igual que para la telefonía móvil destacan las mismas instituciones que informan un mayor porcentaje de pacientes que firman la autorización para la entrega de este dato (19,4% y un 15,9%). Se observó en las visitas a terreno que el registro de e mail en algunos hospitales era mayor a la cifra informada a la Superintendencia. Lo anterior, obedece entre otras variables a que el personal no solicita la autorización porque se alude a sobrecarga de trabajo, por olvido del personal encargado de capturar la autorización o el paciente no autoriza dar este dato.
- Para las clínicas en promedio un 35,0% de los usuarios autoriza dejar su correo electrónico, este porcentaje se ve influenciado por una de estas instituciones en que el número de usuarios que consiente el envío de mensaje recordatorio es sólo de un 8,0%.

Plataforma tecnológica

La plataforma tecnológica desempeñó una parte primordial en el piloto dio cabida para identificar la cadena de valor en las distintas fases y procesos de la prueba, resultando su funcionalidad exitosa a cabalidad.

La plataforma abarcó una serie de desafíos el cual proporcionó las siguientes funcionalidades:

1. Proceso de carga BDE
2. Carga de indicadores hospitalarios
3. Resultados de la encuesta
4. Automatización de mensajería celular y de correo electrónico para el recordatorio.
5. Reportes estadísticos y desarrollo de indicadores
6. Prueba detallada de los cuatro módulos
7. Otras funciones

En términos generales se realizó registro de datos, formación de bases, pruebas, interacción con mesa de ayuda en línea, demostraciones y validación del sistema. Según los datos registrados se informó lo siguiente:

Cuadro de resultados prueba plataforma

Indicador	Resultado
Periodo de carga	Tres meses
Cuántos cargaron egresos express	24.618 registros.
Cuántos correos electrónicos se informaron	3.009 correos.
Cuántos teléfono móvil se informaron	8.929 números telefónicos
Cuál fue el desfase de envío, respecto del alta	Promedio 8 días
Promedio de registros mensual	12.309 registros
Cuántos prestadores participaron	10 prestadores.

Fuente: Elaborado por el Departamento de TIC de la Superintendencia de Salud.

El sistema posee las condiciones básicas para soportar la incorporación gradual de 20 prestadores por mes.

Resultado de la Encuesta en línea

- Se comprueba facilidad de llenado, formato amigable y robustez del instrumento.
- Tiempo promedio de llenado: 5,2 minutos, con un máximo de 9 y mínimo de 3,5 minutos.
- Baja deserción en el llenado de la encuesta 12,1%, un 87,9% que responde la completa.
- Se enviaron 10.220 recordatorios por e mail, en promedio 3,3 correos por usuario.
- En promedio un 25,7% de los usuarios responde la encuesta después del recordatorio por e mail, 3,5% espontáneamente (sin recordatorio) y 1,5% por celular.
- El 90% de los que respondieron la encuesta son de la Región Metropolitana y un 10% de otras Regiones.
- 98% de los visitantes son de Chile y un 2% otros países (principalmente Colombia, EEUU y Argentina).

El funcionamiento de la encuesta fue monitoreado diariamente con el objeto de supervisar la actividad del piloto, apoyar e intervenir para eventuales correcciones. Para este propósito se hizo uso del propio sistema (módulo Superintendencia – MINSAL) que permitió ir conociendo en línea el resultado de una serie de datos e indicadores. Al mismo tiempo, para tener una visión más general de la encuesta se habilitó una cuenta en el Google Analytics que mostró resultados de las visitas, comportamiento del público que accedía a la encuesta, tasa de respuesta por localización geográfica y tasa de abandono.

Las bases de datos obtenidas en el piloto permitieron hacer cruces para el análisis generando información útil para los usuarios del sistema.

Los resultados del piloto no fueron publicados ya que no era el objetivo de esta fase alcanzar representatividad estadística, sin embargo, en línea se entregó la nota de satisfacción global y por dimensiones a cada uno de las personas que llenaron la encuesta.

5. Limitaciones y propuestas

El propósito de este análisis es identificar las principales limitaciones de la implementación del proyecto que derivan de factores que lo condicionan en su ejecución. Con relación a este punto, existen componentes que se vinculan directamente con la solicitud de datos de egresos hospitalarios, envío de email y teléfono celular de los pacientes. Al mismo tiempo, otros elementos indirectos vinculados a la escasa disponibilidad de internet por parte de los usuarios, la insuficiente cultura de los chilenos para responder encuestas vía web y la mencionada carga laboral por aplicación del documento físico de autorización para la entrega de su número de teléfono móvil y correo electrónico. Lo anterior, impacta en la cobertura que se alcanza en la población objetivo, lo que a su vez, afecta el logro de representatividad estadística.

5.1. Solicitud de datos de egresos hospitalarios¹⁸:

La solicitud de datos de egreso hospitalario es una limitante ya que en el contexto de la Ley de Derechos y Deberes y la Ley de Protección de Datos personales restringe las atribuciones de la Superintendencia de Salud para realizar este requerimiento que resulta indispensable para validar las encuestas y evitar el fraude.

Una segunda restricción, es la solicitud de un documento físico firmado por el paciente o acompañante para dar su e mail y/o teléfono móvil, esto resulta engorroso aumentando la carga laboral según refieren las instituciones públicas e incrementa la cantidad de documentos que deben firmar los pacientes en las clínicas privadas.

Propuesta:

- Recabar los datos concernientes al egreso hospitalario a través del Departamento de Información y Estadísticas de Salud (DEIS), quienes reciben estos antecedentes en carácter de obligatorios desde los prestadores públicos y privados. La desventaja es que la normativa les proporciona un plazo de seis meses para entregar dicha estadística.
- Recabar información utilizando la firma electrónica de la autorización si el prestador dispone de este medio.¹⁹

5.2. Cobertura y representatividad estadística:

Dentro de las virtudes que se reconocen de las encuestas que se realizan por internet está la rapidez con que se responde, la posibilidad de incorporar elementos visuales que la hacen más atractiva al responder y el bajo costo. Adicionalmente, otras de las

¹⁸ Base de Datos Express, ver anexo N° 6.

¹⁹ Extracto de pronunciamiento de la Fiscalía SDS sobre autorización de tratamiento por medio electrónicos: Artículo 3° de la Ley N°19.799 sobre documentos y firma electrónica dispone: "Los actos y contratos otorgados y celebrados por personas naturales o jurídicas, suscritos por medio de firma electrónica, serán válidos de la misma manera y producirán los mismos efectos que los celebrados por escrito y en soporte de papel. Dichos actos y contratos se reputarán como escritos, en los casos en que la ley exija que los mismos consten de ese modo, y en todos aquellos casos en que la ley prevea consecuencias jurídicas cuando constan igualmente por escrito. "En este caso, la firma electrónica de la autorización respectiva será la verificación de la huella digital por medios magnéticos, en los términos 2° letra f) de la ley, que define firma electrónica como "...cualquier sonido, símbolo o proceso electrónico, que permite al receptor del documento electrónico identificar al menos formalmente a su autor". Sin embargo, cabe tener presente que la utilización de medios electrónicos no exige del cumplimiento de los requisitos de validez de cualquier acto de voluntad; en la especie, la correcta información al paciente de la autorización requerida y el uso que se dará a sus datos personales.

ventajas reconocidas los propios usuarios de salud es que al ser autoadministrada les permite responder con mayor libertad.

No obstante lo anterior, desde la perspectiva de representatividad estadística en Chile preocupa el error de no respuesta por baja cobertura dado que existen usuarios que no disponen de internet los cuales no tendrían posibilidad alguna de ser seleccionados en la muestra. Esto provocaría sesgo por la ausencia de aleatoriedad muestral²⁰. Se agrega a lo anterior, una escasa tasa de respuesta (error de no respuesta total) en aquellos que disponen de e mail y poseen acceso a internet, (tasa respuesta promedio de un 25,5%)²¹.

Al respecto, algunos estudios internacionales en países desarrollados citan tasas de respuestas del orden del 45% al 58% dependiendo del área de negocio la que según señalan se han logrado gradualmente a través de varios años. En cambio en nuestro país culturalmente no es un proceso que este maduro aún, la tendencia indica que a medida que aumente la población que dispone de internet es probable que mejore este comportamiento.

Por lo tanto a continuación se realizan algunas propuestas que pueden aportar al mejoramiento de la representatividad estadística que está subordinada al tamaño de la muestra y a los procedimientos metodológicos para la selección de las unidades muestrales.

Propuestas:

- Complementar metodológicamente la recolección de datos de la encuesta por internet con otro método, por ejemplo telefónicamente.
- Generar un plan de difusión como un punto de partida estratégico a través de los medios y otras vías, para obtener mejor cobertura de los usuarios. Reconocer logros, mejoramientos en la satisfacción usuaria y hacerlos públicos.
- Complementar con otros indicadores de carácter técnicos que muestren el desempeño del prestador tales como: porcentaje de reintervenciones quirúrgicas, tasa de infecciones de herida operatoria y tasa de caídas.

²⁰ Principalmente usuarios que concurren a hospitales públicos donde la población con conexión a internet por quintil de ingreso (FONASA), es: Quintiles I, II, III, IV y V, 8,5%, 16,3%, 21,8%,28% y 25,8%, Ministerio de Desarrollo Social.

²¹ El dato corresponde al promedio de respuesta obtenida en el piloto. Aunque el objetivo de esta prueba no era obtener la representatividad estadística para cada prestador, ni se contaba con medios de difusión comunicacional masiva para promover la participación ciudadana lo que pudo haber influido en este resultado, es un dato necesario de ser considerado.

Agradecimientos a:

- Roberto Arce, Jefe del Departamento de Estudios y Desarrollo, por su apoyo en todas las etapas del proyecto.
- Roberto Duarte, Jefe Subdepartamento de TIC y del ingeniero informático Geqi Qi, en proyecto ranking de prestadores.
- María Francisca Romero, Socióloga de la Universidad Diego Portales, por su aporte profesional en la fase cualitativa de Focus Group.

Referencias Bibliográficas

- Felix Greaves & Colaboradores, Associations between internet-based patient ratings and conventional surveys of patient experience in the English NHS: an observational study.
- Vidal Díaz de Rada, Ventajas e inconvenientes de la encuesta por Internet.
- Protección de Datos Personales, Consejo para la Transparencia, Unidad normativa, Dirección Jurídica.
- S.E.F.O., Scientific European Federation Osteopath, Los Test Estadísticos.
- Mira JJ, Universidad Miguel Hernández de Elche, La Satisfacción del Pacientes: Teorías, Medidas y Resultados.
- Dierssen-Soto T, Rodríguez P, Robles M, y Colaboradores, Factores que Determinan la Alta Satisfacción del Usuario con la Asistencia Hospitalaria.
- Ochando A, Royuela C, Hernández E, Lorenzo S, Paniagua F, Influencia de los Pacientes de una Unidad de Diálisis.
- Monteagudo O, Navarro C, Alonso P Casa R, Rodríguez L, Gracia J, García J y Herruzo R, Aplicación Hospitalaria del SERVQHOS: Factores Asociados a la Satisfacción e Insatisfacción.
- Mira JJ, Buil J, Rodríguez J y Aranaz A, La Medida de la Calidad Percibida del Cuidado Hospitalario: Adaptación del SERVQUAL al Hospital Público.
- Moliner B, Esic Business & Marketing School, Valencia, Componente Cognitivo y Afectivo de la Insatisfacción en Consumidores con Elevada Atribución Externa.
- Mira JJ, PhD, Predictors of Patient Satisfacción in Surgery.
- Rodríguez A, Calidad en los Servicios de Salud en Colombia desde la Perspectiva del Consumidor: Propuesta de una Escala de Medida.
- Devece C, Palacios D, Garrigós F, Departamento de Administración y Marketing, Universidad Jaume i de Catellón, Un Estudio Delphi para el Capital Intelectual en la Empresa.
- Martínez P, Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Santiago, La Técnica Delphi como Estrategia de Consulta a los Implicados en la Evaluación de Programas.
- Landeta J, Matey J, Ruíz V, Villarreal O, Alimentación de Modelos Cuantitativos con Información Subjetiva: Aplicación Delphi.
- Albert J, Presidente del Foro Español de Pacientes, Análisis Sanitario (Artículo).
- Coulter A, Jenkinson J, European Journal of Public Health, European Patient's Views on the Responsiveness of Health Systems and Healthcare Providers.

1. Instituciones de los usuarios que participaron en el Focus Group

- Asociación de Diabéticos de Chile (ASODICH)
- Asociación de Pacientes con Fibrosis Quística de Concepción
- Asociación de Pacientes Ostomizados de Concepción
- Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica
- Hospital Clínico de la Universidad de Chile
- Hospital Barros Luco Trudeau
- Hospital San Borja Arriarán
- Hospital San José
- Hospital Salvador
- Hospital Regional de Arica, Dr. Juan Noé Crevari
- Hospital Gustavo Fricke
- Hospital Van Buren
- Hospital de Quilpué
- Hospital Eduardo Pereira
- Hospital Regional de Concepción, Guillermo Grant Benavente
- Hospital de Talcahuano
- Hospital de Coronel
- Clínica Dávila
- Clínica INDISA
- Clínica Santa María
- Clínica Las Condes
- Clínica Alemana
- Clínica Arica
- Clínica San José de Arica
- Clínica Ciudad del Mar de Viña
- Clínica Universitaria de Concepción
- Sanatorio Alemán

2. Participantes entrevistas en profundidad

- Dr. Ricardo Rabagliati, Director Médico, Hospital Clínico de la PUC.
- Dra. May Chomalí, Directora de Servicios Médicos, Clínica Las Condes.
- Dr. Osvaldo Llanos, Subdirector Médico de Atención Cerrada, Hospital Clínico U.de Chile.
- Dr. José Luis Contreras, Director Médico, Complejo Hospitalario San José.
- Q.F. María Elena Sepúlveda, Directora Hospital Salvador.
- Dr. Cristián Ugarte, Director Médico Clínica Santa María.
- KNS. Alfredo Figueroa, Jefe de Oficina de Calidad y Seguridad del paciente, Hospital Regional Dr. Juan Noé Crevani de Arica.
- Dr. Leandro Sepúlveda, Director Médico, Clínica Arica.
- E.U. Marcy Moncada, Enfermera Jefe, Clínica Arica.
- E.U. Sandra Aranda, Enfermera a cargo de la Unidad de Calidad, Clínica San José.
- Dr. Héctor González, Subdirector Médico, Hospital Las Higueras de Talcahuano.
- Dr. Hernán Ávila, Director Médico, Clínica Universitaria de Concepción.

- Dr. Jaime Tapia, (s) Subdirección Médica, Hospital Guillermo Grant Benavente.
- E.U. Lina Farías, Encargada Oficina de Calidad, Hospital Gustavo Frike.
- E.U. Jazmina Poblete, Coordinadora de Calidad, Clínica Ciudad del Mar.
- Dr. Claudio Cisterna, Coordinador Departamento de Calidad, Clínica Ciudad del Mar.

Colaboraron con su disposición a apoyar el estudio aportando usuarios:

- Dra. María Loreto Aguirre, Directora de ASODICH (Asociación de Diabéticos de Chile).
- Dr. Antonio Vukusic, Director Médico Clínica Dávila.
- Pilar Muñoz, E.U. Coordinadora de Calidad, Clínica Dávila.
- Elizabeth Frese, Gerente General Clínica Ciudad del Mar.
- Carla Zamorano, Subdirectora Médica Hospital Barros Luco

Aporte profesional de María Francisca Romero, Socióloga de la Universidad Diego Portales, en la primera etapa del estudio cualitativo de Focus Group y Entrevistas en Profundidad.

3. Comparación de medias resultantes

		Participante (1)	N	Media	Desviación t.p.
1	Que la comida esté caliente y bien presentada	1	86	5,69	1,181
		2	77	5,77	1,025
2	Que la auxiliar de enfermería le entregue apoyo físico cuando lo necesite (levantarse, caminar, ir al baño)	1	86	6,62	,883
		2	77	6,60	,693
3	Que el médico lo trate con calidez humana y preocupación	1	86	6,67	,900
		2	77	6,78	,503
4	Que la auxiliar de enfermería se preocupe por las personas que están impedidas de alimentarse solas	1	86	6,73	,658
		2	77	6,65	,623
5	Que el médico tenga disponible la ficha médica y los exámenes al momento de la visita	1	86	6,59	,831
		2	77	6,13	1,185
6	Que el médico esté disponible cuando lo necesitan por su estado de salud	1	86	6,66	,679
		2	77	6,61	,710
7	Que su operación sea en el tiempo previsto (el día y la hora que le habían informado)	1	86	6,70	,652
		2	77	6,55	,660
8	Que el médico venga todos los días a ver como evoluciona	1	86	6,44	,835
		2	77	6,70	,540
9	Que la enfermera lo trate con calidez humana y preocupación	1	86	6,53	,850
		2	77	6,78	,476
10	Que el personal de la clínica u hospital lo haga sentir como en familia	1	86	5,90	1,138
		2	77	5,91	,814
11	Que el médico lo haga sentir como persona, valorado y escuchado	1	86	6,62	,706
		2	77	6,68	,595
12	Que el personal del hospital o clínica valore, escuche lo que necesita y apoye a los adultos mayores	1	86	6,62	,754
		2	77	6,44	,659
13	Que la auxiliar de enfermería lo trate con calidez humana y preocupación	1	86	6,48	1,003
		2	77	6,65	,556
14	Que el anestesiólogo sea cálido y se preocupe del paciente antes de entrar y al salir de pabellón	1	86	6,40	,816
		2	77	6,12	1,124
15	Que el médico le proporcione su teléfono, e mail o le indique dónde ubicarlo por eventuales consultas o dudas después del alta	1	86	6,10	1,256
		2	77	5,58	1,370
16	Que el médico se tome el tiempo suficiente para examinarlo, poder preguntar y aclarar sus dudas	1	86	6,76	,766
		2	77	6,68	,572
17	Que en caso de compartir sala o pieza se utilicen biombos para respetar la privacidad al vestirse, desnudarse o cuando requiere hacer sus necesidades	1	86	6,52	1,093
		2	77	6,53	,754
18	Que el médico sea humano, entienda su dolor, su temor y su ansiedad cuando está en la urgencia	1	86	6,52	,942
		2	77	6,57	,696
19	Que mientras espera atención en la camilla de urgencia, el personal del hospital o clínica le haga sentir que no está solo, que lo están cuidando	1	86	6,45	1,025
		2	77	6,43	,715
20	Que el médico le transmita confianza (seguridad en lo que hace) y tranquilidad	1	86	6,78	,621
		2	77	6,73	,529
21	Que el personal de salud no hable mal del hospital, de la clínica o de los integrantes de otros turnos	1	86	5,83	1,276
		2	77	6,14	1,022
22	Que la enfermera sea capaz de resolver los problemas que le plantea el usuario	1	86	6,41	1,010
		2	77	6,48	,681
23	Que el personal que realiza los exámenes y procedimientos le transmita confianza (seguridad en lo que hace) y tranquilidad	1	86	6,57	,775
		2	77	6,56	,698
24	Que cuando lo citan al hospital hagan coincidir todos los exámenes en el mismo día	1	86	6,29	1,094
		2	77	5,94	1,080
25	Que todos los profesionales y personal del hospital que le brindan atención, actúen coordinadamente	1	86	6,43	1,024
		2	77	6,38	,812
26	Que el hospital o clínica disponga de los especialistas necesarios	1	86	6,66	,978
		2	77	6,39	,845
27	Que el hospital o clínica disponga de suficientes equipos técnicos, medicamentos, insumos y materiales	1	86	6,70	,959
		2	77	6,56	,618
28	Que la auxiliar de enfermería venga oportunamente cuando se toca el timbre o se le llama	1	86	6,38	1,160
		2	77	6,53	,598
29	Que se pueda evaluar al servicio y a cada integrante del equipo de salud en el momento del alta	1	86	6,15	1,101
		2	77	5,60	1,115

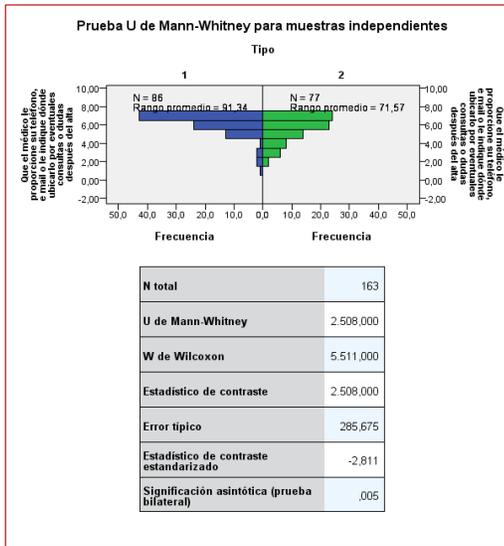
30	Que el paciente tenga la posibilidad de hacer reclamos y sugerencias sobre la atención recibida	1	86	6,27	1,250
		2	77	6,05	,972
31	Que se permita a los familiares colaborar con el enfermo (ayudar a cambiarlo, alimentarlo, llevarlo al baño)	1	86	6,02	1,274
		2	77	6,05	,776
32	Que la auxiliar de enfermería le pregunte cómo se siente y le ofrezca su apoyo sin que lo tenga que pedir	1	86	6,20	1,083
		2	77	6,18	,807
33	Que permitan que un familiar cercano se quede durante la noche	1	86	5,94	1,409
		2	77	5,92	1,036
34	Que el personal de salud este correctamente uniformado y porte identificación en un lugar visible	1	86	6,26	1,076
		2	77	5,95	1,087
35	Que la explicación entregada por los médicos sobre su enfermedad y su evolución sea en términos "no médico" (en palabras que usted entienda)	1	86	6,62	,722
		2	77	6,64	,626
36	Que le permitan al paciente estar acompañado por un familiar cuando lo solicite	1	86	6,41	,987
		2	77	6,18	,773
37	Que la información entregada por los médicos a su familia sea oportuna y en términos "no médico" (en palabras que usted entienda)	1	86	6,64	,839
		2	77	6,65	,507
38	Que el médico le dé espacio para preguntar sus dudas y le responda en términos "no médico" (en palabras que usted entienda)	1	86	6,76	,766
		2	77	6,73	,448
39	Que la información que entrega el anestesista a usted o a su familia respecto de lo que está pasando y lo que va a pasar con su salud sea en términos "no médico" (en palabras que usted entienda)	1	86	6,59	,859
		2	77	6,57	,594
40	Que la tramitación relacionada con la hospitalización y la información entregada por el personal administrativo sea clara y se ejecute en corto tiempo	1	86	6,51	,967
		2	77	6,23	,759
41	Que la información que le entregan los profesionales o auxiliares de enfermería que le hicieron procedimientos o exámenes sea en términos "no médico" (en palabras que usted entienda)	1	86	6,47	,979
		2	77	6,48	,661
42	Que al salir del hospital el paciente lleve consigo un informe de alta	1	86	6,33	1,260
		2	77	6,34	,926
43	Que la información a los familiares se realice todos los días	1	86	6,23	1,145
		2	77	6,39	,781
44	Que cuando llevan a un paciente fuera de su sala o habitación le expliquen a dónde va y que le van a hacer	1	86	6,44	1,113
		2	77	6,57	,658
45	Que las salas, piezas, baños u otras dependencias del hospital o clínica estén perfectamente limpias	1	86	6,80	,648
		2	77	6,60	,613
46	Que los pacientes estén aseados cuando llegue el equipo médico	1	86	6,59	,831
		2	77	5,91	1,102
47	Que el personal auxiliar de enfermería realice el aseo de los pacientes a una hora distinta a la de las comidas	1	86	6,53	1,002
		2	77	6,26	1,069
48	Que el médico no venga a examinarme a la hora en que lo visitan sus familiares	1	86	5,38	1,581
		2	77	5,51	1,221
49	Que el médico venga a las visitas comprometidas y cuando se atrase o no pueda venir, dé aviso	1	86	6,31	1,171
		2	77	6,43	,715
50	Que la realización de los exámenes y procedimientos sea lo antes posible	1	86	6,55	1,025
		2	77	6,38	,762
51	Que cuando lo han citado para hospitalizarse no lo dejen esperando por más de una hora y le den su cama o pieza con rapidez	1	86	6,50	1,125
		2	77	6,31	,815
52	Que el médico le informe de inmediato a la familia sobre el resultado de la operación explicándoles que se espera de su evolución	1	86	6,66	,713
		2	77	6,68	,616
53	Que los trámites e informe de la cuenta al alta sea en un corto tiempo	1	86	6,17	1,190
		2	77	5,71	1,157
54	Que los servicios o unidades del hospital o clínica estén claramente indicadas y señalizadas	1	86	6,35	1,038
		2	77	6,14	,899
55	Que el médico concurra a darle el alta en la hora comprometida y cuando se atrase o no pueda venir, dé aviso	1	86	6,51	1,026
		2	77	6,38	,779
56	Que el personal venga con rapidez cuando tiene dolor o necesita ayuda	1	86	6,69	,898
		2	77	6,75	,491
57	Que el médico que me operó sea el que me viene a ver todos los días	1	86	6,57	,914
		2	77	6,32	,910
58	Que la atención de salud sea rápida y oportuna	1	86	6,73	,999
		2	77	6,74	,548

Fuente: Superintendencia de Salud, Base de Datos Estudio Delphi, año 2011.

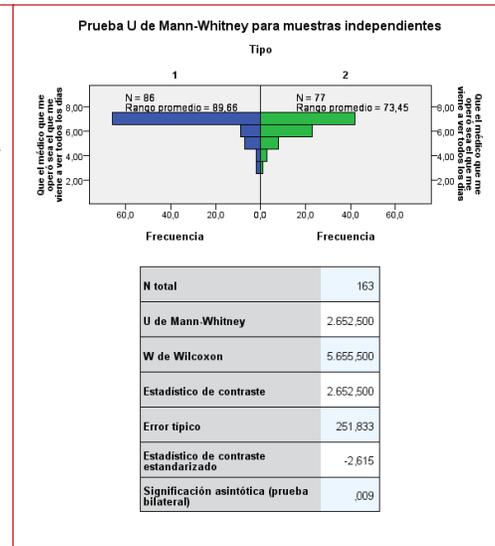
Nota (1): 1 = Usuario, 2= Integrante equipo de Salud.

4. Algunos resultados: Comparación entre grupos (U de Mann Whitney)

Que el médico le proporcione su teléfono, e mail o le indique dónde ubicarlo por eventuales consultas o dudas después del alta

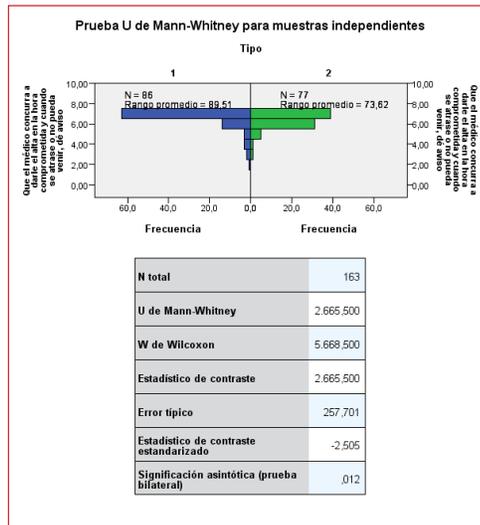


Que el médico que me operó sea el que me viene a ver todos los días

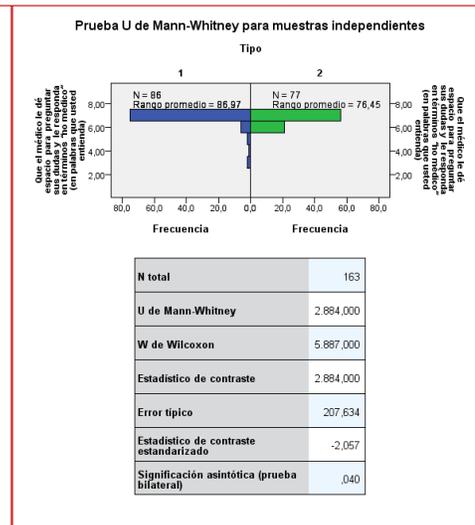


Nota: 1= Usuarios y 2= Integrantes del equipo de salud (2).

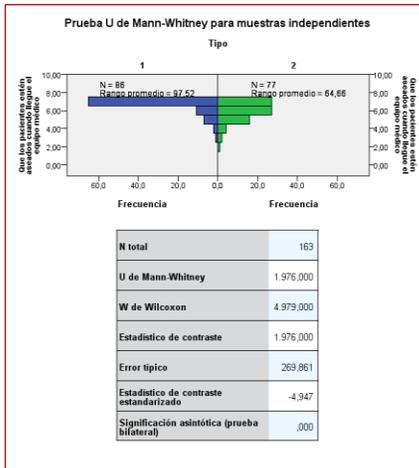
Que el médico concurra a darle el alta en la hora comprometida y cuando se atrase o no pueda venir, dé aviso



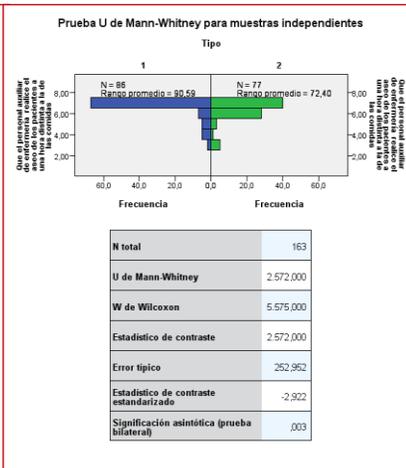
Que el médico le dé espacio para preguntar sus dudas y le responda en términos "no médico" (en palabras que usted entienda)



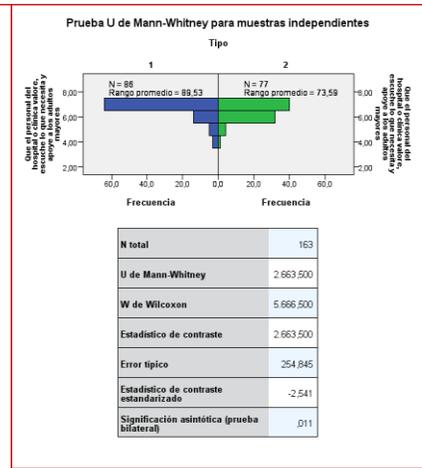
Que los pacientes estén aseados cuando llegue el equipo médico



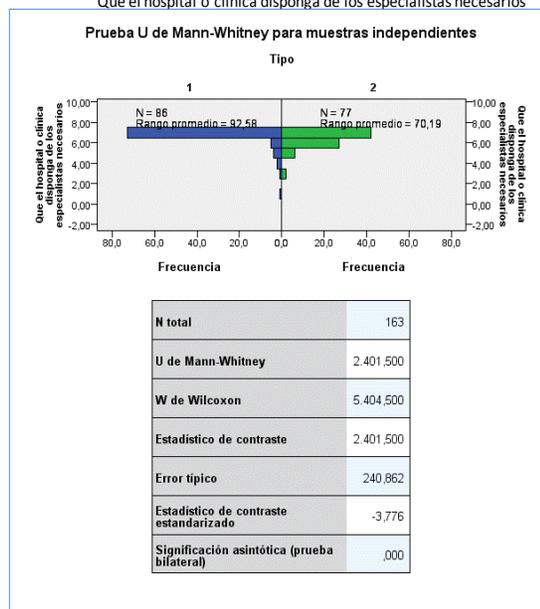
Que el personal auxiliar de enfermería realice el aseo de los pacientes a una hora distinta a la de las comidas



Que el personal del hospital o clínica valore, escuche lo que necesita y apoye a los adultos mayores



Que el hospital o clínica disponga de los especialistas necesarios



5. Dimensiones de la encuesta

A. ASPECTOS GENERALES DE LA HOSPITALIZACIÓN

Según la experiencia que tuvo respecto de la atención de salud recibida
¿Cuán satisfecho o insatisfecho está usted con los siguientes aspectos? Por favor, utilice una escala de 1 a 7, donde 1 es muy insatisfecho y 7 es muy satisfecho.

1. El hospital o clínica dispone de especialistas.
2. Cuando llegó a hospitalizarse, el tiempo que esperó para que le asignaran una cama o pieza fue más de una hora.
3. La realización de los exámenes y procedimientos durante la hospitalización tomó un tiempo prudente.
4. El hospital o clínica dispone de suficientes equipos técnicos, medicamentos, insumos y materiales.
5. Existe preocupación por la comida, estaba bien preparada y bien presentada.
6. El personal de aseo o quienes lo trasladaron (pabellón, exámenes, etc.) respetaron su privacidad.
7. Los servicios y unidades del hospital/clínica estaban claramente indicados y señalizados.
8. Su operación fue en el tiempo previsto (el día y la hora que le habían informado).

B. RELACIÓN CON EL MÉDICO

Según la experiencia que tuvo respecto de la atención de salud recibida
¿Cuán satisfecho o insatisfecho está usted con los siguientes aspectos? Por favor, utilice una escala de 1 a 7, donde 1 es muy insatisfecho y 7 es muy satisfecho.

1. El médico lo trató con calidez humana y preocupación.
2. La confianza y tranquilidad transmitida por el médico le dio seguridad en lo que hace.
3. El médico se tomó el tiempo suficiente para examinarlo, poder preguntar y aclarar sus dudas.
4. La explicación entregada por el médico sobre su enfermedad y evolución fue en términos no médicos (en palabras que usted entendió).
5. La información entregada por el médico a su familia fue oportuna y en términos no médicos.
6. El médico estuvo disponible cuando lo necesitaban por su estado de salud.
7. El médico vino a verlo de acuerdo con las visitas comprometidas.
8. El médico avisó cuando se atrasó o no pudo venir.

B. RELACIÓN CON EL MÉDICO/ANESTESISTA (se muestra sólo si responde al filtro intervención quirúrgica positivamente)

Según la experiencia que tuvo respecto de la atención de salud recibida
¿Cuán satisfecho o insatisfecho está usted con los siguientes aspectos? Por favor, utilice una escala de 1 a 7, donde 1 es muy insatisfecho y 7 es muy satisfecho.

1. El médico que lo operó, lo trató con calidez humana y preocupación.
2. La confianza y tranquilidad transmitida por el médico le dio seguridad en lo que hace.
3. La explicación entregada por el médico, sobre el resultado de su operación, fue en términos no médicos (en palabras que usted entendió).
4. El médico le informó a su familia sobre el resultado de su operación, explicándoles que se espera de su evolución.
5. El médico que lo operó vino a verlo todos los días.
6. El anestesista demostró preocupación antes de que entrara y saliera de pabellón.
7. La confianza y tranquilidad transmitida por el anestesista le dio seguridad en lo que hace.
8. La información que le entregó el anestesista, respecto de lo que estaba pasando con su estado de salud, fue en palabras que usted entendió.

C. RELACIÓN CON LA ENFERMERA

Según la experiencia que tuvo respecto de la atención de salud recibida
¿Cuán satisfecho o insatisfecho está usted con los siguientes aspectos? Por favor, utilice una escala de 1 a 7, donde 1 es muy insatisfecho y 7 es muy satisfecho.

1. La enfermera lo trató con calidez y preocupación.
2. La confianza y tranquilidad transmitida por la enfermera le dio seguridad en lo que hace.
3. La enfermera le explicó con claridad los procedimientos o exámenes que le realizaron.
4. La enfermera acudió oportunamente cuando la necesitó por su estado de salud.

D. RELACIÓN CON LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Según la experiencia que tuvo respecto de la atención de salud recibida
¿Cuán satisfecho o insatisfecho está usted con los siguientes aspectos? Por favor, utilice una escala de 1 a 7, donde 1 es muy insatisfecho y 7 es muy satisfecho.

1. El auxiliar de enfermería le entregó apoyo físico cuando lo necesitó, para levantarse, caminar o ir al baño.
2. Los auxiliares de enfermería se preocuparon por los pacientes que estaban impedidas de alimentarse solas.
3. Los auxiliares de enfermería escucharon lo que necesitaban los adultos mayores y los apoyaron.
4. El auxiliar de enfermería vino oportunamente cuando lo llamó o tocó el timbre.
5. Fue atendido con rapidez cuando tuvo dolor o necesitó ayuda.
6. Respetaron su privacidad en la sala o pieza compartida al vestirlo, desnudarlo o cuando hizo sus necesidades.

E. PERSONAL ADMINISTRATIVO

Según la experiencia que tuvo respecto de la atención recibida por el personal administrativo (admisión, informaciones, facturación).
¿Cuán satisfecho o insatisfecho está usted con los siguientes aspectos? Por favor, utilice una escala de 1 a 7, donde 1 es muy insatisfecho y 7 es muy satisfecho.

1. Le informaron con anticipación las razones de la demora en la entrega de su cama o pieza.
2. El personal administrativo fue respetuoso y amable.
3. La información fue clara ante sus dudas.
4. Las indicaciones de qué hacer y dónde ir al hospitalizarse fueron precisas.
5. La tramitación de la cuenta al recibir el alta hospitalaria fue eficiente y sin errores.

F. URGENCIA (Sólo se despliega si ingresó por urgencia)

Según la experiencia que tuvo respecto de la atención de salud recibida
¿Cuán satisfecho o insatisfecho está usted con los siguientes aspectos? Por favor, utilice una escala de 1 a 7, donde 1 es muy insatisfecho y 7 es muy satisfecho.

1. El tiempo de espera fue razonable desde que llegó hasta ser atendido.
2. El personal de salud actuó en forma coordinada y eficiente para resolver su problema de salud.
3. Mientras esperó atención en la camilla, el personal le hizo sentir que no estaba solo, que lo estaban cuidando.
4. El médico fue humano, entendió su dolor y temor mientras estaba en la Urgencia.
5. El médico le informó en términos no médicos a usted y familia sobre su estado de salud.
6. El personal que lo atendió le transmitió confianza, le dio seguridad en lo que hace.

F. URGENCIA (Sólo se despliega si ingresó por urgencia)

Según la experiencia que tuvo respecto de la atención de salud recibida
¿Cuán satisfecho o insatisfecho está usted con los siguientes aspectos? Por favor, utilice una escala de 1 a 7, donde 1 es muy insatisfecho y 7 es muy satisfecho.

1. El tiempo que esperó desde que llegó hasta ser atendido fue razonable.
2. El personal de salud actuó en forma coordinada y eficiente para resolver su problema de salud.
3. Mientras esperó atención en la camilla el personal le hizo sentir que no estaba solo, que lo estaban cuidando
4. El médico fue humano, entendió su dolor y temor mientras estaba en la urgencia.
5. El médico le informó en términos no médicos a usted y familia sobre su estado de salud.
6. El personal que lo atendió le transmitió confianza, le dio seguridad en lo que hace.

G. LIMPIEZA

¿Cuán satisfecho o insatisfecho está usted con los siguientes aspectos? Por favor, utilice una escala de 1 a 5, donde 1 es nunca y 5 es siempre

1. La sala o pieza estaba limpia.
1. Nunca-2.Casi nunca-3.Regularmente-4.Casi siempre-5.Siempre-Sin nota
2. El baño o los baños estaba(n) limpios.
1. Nunca-2.Casi nunca-3.Regularmente-4.Casi siempre-5.Siempre-Sin nota

EXPECTATIVAS

Respecto a lo que usted esperaba

La atención recibida en este hospital o clínica ha sido:

1. Mucho peor, 2. Peor, 3. Igual, 4. Mejor 5. Mucho mejor

RECOMENDACIÓN:

Cuál es su disposición a recomendar. En una escala de 1 a 7, donde 1 es NO lo recomendaría y 7 es Sí, lo recomendaría.

Si un familiar o a un amigo lo necesitara, ¿le recomendaría este hospital o clínica?

6. Base Datos Egreso Express

Registro de Egreso Express	
1	Número de Egreso
2	RUN
3	Teléfono móvil
4	Correo electrónico del paciente
5	Tipo de usuario (paciente o acompañante)
6	Relación o parentesco del contacto con el paciente
7	Destino de egreso
8	SEXO (hombre, mujer, indeterminado, desconocido)
9	Fecha Nacimiento
10	Código comuna
11	Previsión de Salud
12	Procedencia del paciente:
13	Fecha Egreso
14	Servicio Clínico
15	Número Días Estada
16	Condición al egreso (Vivo o Fallecido)
17	Intervención Quirúrgica: (Sí, No)

7. Módulo Superintendencia – MINSAL: Vista Indicadores de Monitoreo

Encuesta en línea satisfacción usuaria en la atención de salud hospitalaria Seleccione alcance:

Valores en los últimos seis meses

Indicador	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero
número de informes de egreso, prestadores, acumulado 6 meses ^(?)	12 772	23 747	24 636	24 735	24 764	24 764
número de informes de egreso con email, prestadores, acumulado 6 meses ^(?)	1 435	2 914	3 014	3 047	3 055	3 055
número de informes de egreso con celular, prestadores, acumulado 6 meses ^(?)	5 447	8 659	8 951	9 046	9 073	9 073
número de encuestas recibidas, prestadores, acumulado 6 meses ^(?)	593	1 257	1 350	1 365	1 372	1 377
número de encuestas incompletas, prestadores, acumulado 6 meses ^(?)	102	199	207	208	209	209
número de encuestas validadas, prestadores, acumulado 6 meses ^(?)	453	972	1 015	1 021	1 022	1 022
número de encuestas validadas vía invitación, prestadores, acumulado 6 meses ^(?)	398	811	837	843	844	844
número de encuestas validadas vía portal, prestadores, acumulado 6 meses ^(?)	55	161	178	178	178	178
número de encuestas validadas paciente fonasa, prestadores, acumulado 6 meses ^(?)	197	442	467	473	474	474
número de encuestas validadas paciente isapre, prestadores, acumulado 6 meses ^(?)	244	513	530	530	530	530
número de encuestas validadas prestadores públicos, prestadores, acumulado 6 meses ^(?)	110	245	258	264	265	265
número de encuestas validadas prestadores privados, prestadores, acumulado 6 meses ^(?)	343	727	757	757	757	757
número de encuestas invalidadas, prestadores, acumulado 6 meses ^(?)	38	86	128	136	141	146
tamaño de la muestra, prestadores, acumulado 6 meses ^(?)	372,96	378,05	378,26	378,29	378,29	378,29