



CONCEPTUALIZACIÓN DEL TÉRMINO CALIDAD ASISTENCIAL Y,  
ESTUDIO- ANÁLISIS DE LAS DIMENSIONES Y POLÍTICAS EN  
CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD ASISTENCIAL

POR: PAMELA ALEJANDRA FLORES ROJAS

Tesina presentada a la Facultad de Gobierno de la Universidad del desarrollo para  
optar al grado académico de Magister en Políticas Públicas

PROFESOR GUÍA:

Sr. Mauricio Apablaza Salinas

© Se autoriza la reproducción de esta obra en modalidad acceso abierto para fines académicos o de investigación, siempre que me incluya la referencia bibliográfica.

Tabla de contenido

<b>RESUMEN .....</b>	<b>5</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>6</b>
<b>II.METODOLOGÍA .....</b>	<b>8</b>
<b>III. ¿QUÉ ES CALIDAD? O ¿QUÉ SE ENTIENDE POR CALIDAD? .....</b>	<b>10</b>
<b>IV. ¿QUÉ SE ENTIENDE (CONCEPTUALMENTE) POR CALIDAD ASISTENCIAL?.....</b>	<b>11</b>
<b>V. OPERACIONALIZACIÓN DE CALIDAD EN SALUD.....</b>	<b>12</b>
<b>VI. POLÍTICAS EN CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD ASISTENCIAL... </b>	<b>14</b>
<b>VII. POLÍTICAS EN CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD EN CHILE.....</b>	<b>21</b>
<b>VIII. PROPUESTA.....</b>	<b>29</b>
<b>IX. DISCUSIÓN.....</b>	<b>32</b>
<b>X. CONCLUSIÓN.....</b>	<b>33</b>
<b>XI. REFERENCIAS.....</b>	<b>35</b>

## **LISTA DE ABREVIATURA**

CECOSF: Centros Comunitarios de Salud Familiar

CESFAM: Centros de Salud Familiar.

CQI: Continuous Quality Improvement

IAAS: Infecciones Asociadas a la Atención de Salud

ISO: International Standard Organization.

JCAH: Joint Comisión on Accreditation of Hospitals

MINSAL: Ministerio de Salud

NTB: Normas Técnicas Básicas

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

OMS: Organización Mundial de la Salud

PSRO: Professional Standards Review Organization

RAE: Real Academia Española

SAR: Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad

SEREMI: Secretarías Regionales Ministeriales

## **RESUMEN**

Otorgar una atención de calidad con respeto a las personas es parte de las obligaciones que el Estado tiene al entregar un servicio o prestación que es de su responsabilidad. Entendiendo “Calidad” como un concepto que cuenta con múltiples significados, más aún, si se aborda desde la perspectiva de salud y políticas públicas, dada su multidimensionalidad y difícil sistematización (Ministerio de Sanidad, 2005). La literatura indica que, dependiendo de la estructura disciplinar, la calidad asistencial puede entenderse de diversas maneras, categorizaciones y modelos. No obstante, el término “calidad asistencial” es definido y medido bajo una serie de dimensiones, de las más citadas en la bibliografía, son las que hacen referencia a generar un impacto económico o aquellas perceptibles a la población. Dimensiones que, por lo general, se han considerado como base de las políticas públicas de calidad asistencial de los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

## I. INTRODUCCIÓN

El concepto “*calidad*” es relativo, ya que varía según el contexto y cuenta con diversos significados, desde lo señalado por la Real Academia (RAE) hasta lo definido por la Organización Internacional de Normalización (ISO de sus iniciales en inglés). Desde la perspectiva asistencial o en salud, el término “*calidad*” no tiene un marco sistemático, es multidimensional y, cuenta con diferentes definiciones en la literatura, aunque más acotado que el concepto a per se (o en sí mismo).

En Chile, desde el 2005, a través del Decreto con Fuerza de Ley N°1, el término “*calidad*” ha estado presente en las políticas públicas de salud (Ministerio de Salud, 2012d). El gobierno, mediante su programa “*Construyamos tiempos mejores para Chile 2018-2022*” (Piñera, 2017) declara el concepto “*calidad*” como uno de los cuatro principios orientadores para impulsar las políticas de salud. Reformas como hospital digital, modificar el sistema de seguro de salud, etc., que tienen por objetivo, entre otros, acortar las listas de espera, modernizar la red asistencial y bajar los precios de los medicamentos. Para promover estas iniciativas, como punto de partida, es preciso cierta comprensión de lo que se entiende por “*calidad*”. Sin esta comprensión, resulta difícil diseñar las intervenciones y medidas que permitan contar con una atención de salud con esta característica.

En los años 80, autores como A. Donabedian definían calidad asistencial como “*el modelo de asistencia esperado para maximizar el nivel de bienestar del paciente...*” (Álvar Net & Rosa Suñol, 1991). Posteriormente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2006 señala que “*una definición de calidad necesita tomar una perspectiva del sistema de salud como un todo y reflejar preocupación por los resultados obtenidos, tanto por los usuarios de los servicios como por las comunidades enteras*” (World Health Organization, 2006).

A pesar de las diversas conceptualizaciones, autores y organizaciones han abordado la calidad asistencial describiendo el concepto de acuerdo con una serie de dimensiones que, según la bibliografía, son las que generan un mayor impacto económico o son perceptibles para la población como: efectividad, eficacia, accesibilidad, centro en el paciente, equidad y seguridad.

Dimensiones que han sido consideradas como directrices en la elaboración de políticas públicas asistenciales, cuyo alcance depende de las medidas legislativas implementadas en cada país o región. En este sentido, el presente documento tiene como objetivo generar una propuesta de la definición de calidad asistencial que contribuya en el proceso de actualización del Decreto Supremo N°3 del año 2016, que dice relación con las nuevas estrategias a definir en el marco de la Garantía de Calidad en Chile. Con este propósito, se revisarán las definiciones de calidad asistencial más utilizadas en la literatura y estudiarán las políticas públicas en calidad de la atención de salud de los países miembros de la OCDE, con el fin de identificar las dimensiones que se han considerado en el término “*calidad asistencial*” y su operacionalización en políticas públicas en la atención de salud.

## II. METODOLOGÍA

Objetivo general:

Generar una propuesta de la definición de calidad asistencial basada en las dimensiones consideradas en las políticas públicas en calidad de la atención de salud de los países de la OCDE”.

Objetivos específicos:

- Revisar en la literatura la definición del término calidad asistencial
- Identificar las definiciones utilizadas en las políticas públicas en calidad de los países miembros de la OCDE.
- Identificar y analizar las dimensiones consideradas en las políticas en calidad asistencial de los países investigados
- Explorar la situación de Chile en materia de Políticas Pública en Calidad Asistencial.
- Proponer una definición de “calidad” asistencial y su operacionalización en el marco regulatorio chileno.

El diseño metodológico del presente documento es descriptivo/exploratorio por medio de la búsqueda de evidencia de las dimensiones consideradas en las políticas públicas en calidad de la atención de salud de los países miembros de la OCDE.

Para la selección de los artículos, criterios de inclusión y exclusión, se consideraron las publicaciones sin límites de tiempo, disposiciones legales vigentes y documentos que estuviesen en lectura completa, artículos en inglés y en español y, principalmente fue de acuerdo a la disponibilidad y accesibilidad de la información que aborda este escrito, así como la comprensión y claridad de la misma (por conveniencia),

Debido a que la información presentada corresponde, en general, al de políticas públicas de países de altos ingresos, resulta admisible que las referencias bibliografías citadas



tengan una data de aproximadamente 20 años. Sin embargo, también se presenta información y datos con reciente publicación, en el caso de Chile particularmente.

En general, el trabajo se estructurará en subtítulos en formato de preguntas, dando respuesta a conceptos generales, para finalizar en describir contextos específicos o particulares, consistentes al objetivo de la investigación.

### III. ¿QUÉ ES CALIDAD? O ¿QUÉ SE ENTIENDE POR CALIDAD?

Sin duda, son preguntas difíciles de responder, principalmente porque el concepto tiene múltiples definiciones. La Real Academia Española (RAE) señala que este término cuenta con distintos significados, entre ellos: propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor; buena calidad, superioridad o excelencia; entre otras, (“Real Academia Española (RAE),” 2018) en cambio, la ISO 9001 indica que el término calidad se relaciona más bien con las exigencias de los consumidores con respecto a la satisfacción de sus necesidades (“¿Qué es calidad? En el contexto de la norma ISO 9001 calidad. Sistemas de Gestión de Calidad según ISO 9000.,” n.d.).

El término “*calidad*”, desde la perspectiva de salud data del siglo XX aproximadamente y es consecutiva a la práctica clínica (Paz, Pérez, & Grande Arnesto, 2014). La evolución histórica de la calidad inicia por la propia conciencia y por el código deontológico de la profesión. En 1858, Florence Nightingale, posterior a la guerra de Crimea, introdujo dos hechos esenciales en esta materia: apoyó la formación de la enfermería y realizó estudios de tasas de mortalidad de los hospitales, implementando intervenciones ambientales hasta disminuirla de 40 % a 4. En 1950, en Canadá se crea el Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales y en 1951 en Estados Unidos la Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) (Paz et al., 2014). En 1972 en Estados Unidos surge la Professional Standards Review Organization (PSRO) con el objetivo de revisar la calidad asistencial que presentaban las instituciones bajo los programas Medicare y Medicaid y, en 1980 bajo el concepto “Salud para todos en el año 2000” la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió que todos los países miembros debían contar con comisiones que aseguren la calidad de las atenciones a los enfermos (Paz et al., 2014), y A. Donabedian acuñó una nueva definición de calidad asistencial como “*aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance*

*de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas las partes*" (Suño et al., 1991).

Por último, en 1989 D. Berwick impulsa el Continuous Quality Improvement (CQI) como un modelo de mejora continua para los servicios en la atención de salud y, en 1990 la JCAH promueve los modelos CQI y la necesidad de incorporar en los programas la evaluación de resultados e incorporar a los profesionales sanitarios en los proyectos de mejora (Paz et al., 2014).

#### **IV. ¿QUÉ SE ENTIENDE (CONCEPTUALMENTE) POR CALIDAD ASISTENCIAL?**

A la fecha, no se tiene una definición universalmente válida (Cornejo, 2009), considerándose la "calidad asistencial" como un constructo multidimensional, difícil de sistematizar. Las definiciones más utilizadas en los últimos años son las siguientes:

La OMS en su informe "Quality of care" precisa *"una definición de calidad necesita tomar una perspectiva del sistema de salud como un todo y reflejar preocupación por los resultados obtenidos, tanto por los usuarios de los servicios como por las comunidades enteras"* (World Health Organization, 2006).

El Instituto de Medicina considera calidad como: *"... el grado en el cual los servicios de salud para los individuos y las poblaciones aumentan la posibilidad de resultados deseados y son coherentes con el conocimiento profesional real..."* (Cornejo, 2009). Finalmente, desde una visión globalizada, la calidad es definida como *"grado en el cual los servicios de salud para un individuo o una población son capaces de incrementar u obtener los resultados deseados y éstos son consistentes con los conocimientos actuales de la ciencia y los recursos que la sociedad ha decidido destinar para ello"* (M° Paz Rodríguez & Marta Grande, 2014)

## V. OPERACIONALIZACIÓN DE CALIDAD EN SALUD

Si bien se tienen múltiples definiciones del concepto “*calidad asistencial*”, como se mencionó anteriormente, varios autores y organizaciones coinciden o enmarcan este término en una serie de dimensiones, entendidas como conceptos no integrales ni mutuamente excluyentes que permiten definirla y medirla (Dershin, 1996) (Legido-Quigley, McKee, Nolte, & Glinos, 2008). Las dimensiones más utilizadas son las definidas por la OMS: efectividad, eficiencia, seguridad, accesibilidad, equidad y foco centrado en el paciente (tabla 1) (World Health Organization, 2006).

Efectividad	Capacidad de otorgar la prestación de atención de salud que se adhiere a una base de pruebas y resulta en mejores resultados de salud para los individuos y las comunidades.
Eficiencia	Brindar atención médica optimizando el uso de recursos.
Accesibilidad	Capacidad de otorgar atención de salud oportuna, distancia geográfica razonable y provista en un entorno donde las habilidades y los recursos sean apropiados para las necesidades médicas.
Centrado en el paciente	Brindar atención médica que toma en cuenta las preferencias y aspiraciones de los usuarios individuales de los servicios y las culturas de sus comunidades.
Equidad:	Capacidad de ofrecer servicios de salud que no varíen en calidad debido a características personales como género, raza, etnia, ubicación geográfica o estatus socioeconómico.
Seguridad:	Otorgar atención de salud minimizando los riesgos y daños a los usuarios.

Fuente: World Health Organization 2006

Las interrelaciones entre las seis dimensiones y la naturaleza sistémica del conjunto otorgan claridad a la visión de que se entiende por “*calidad*” en el escenario asistencial.

A pesar de ser las dimensiones más frecuentemente citadas, existen autores que precisan otras dimensiones, como A. Donabedian, quien considera la “*aceptabilidad*”, entendida como el grado de satisfacción de los usuarios respecto a la atención, y el “*componente profesional*”, entendido como la capacidad del profesional para utilizar de mejor manera sus conocimientos a fin de proporcionar cuidados y satisfacción a los usuarios, como dos

dimensiones cruciales para entender el concepto de calidad asistencial (Álvar Net & Rosa Suñol, 1991).

Pese a estas diferencias, las organizaciones y autores, en general, coinciden en la existencia de estas dimensiones, así como en la particular relevancia de dos de ellas: efectividad y eficiencia (Tabla 2).

Autores u organizaciones	Donabedian (1988)	Maxwell (1992)	Department of Health (UK) (1997)	Council of Europe (1998)	IOM (2001)	JCAHO (2006)
Dimensiones de calidad de la atención						
Efectividad	X	x	x	x	x	x
Eficiencia	X	x	x	x	x	x
Acceso	X	x	x	x	-	x
Seguridad	X	-	-	x	x	x
Equidad	X	x	(x)	-	x	-
Educación	X	x	-	x	-	x
Puntualidad	-	-	x	-	x	-
Aceptabilidad	-	x	-	x	-	-
Capacidad de respuesta		Respetar la información sobre la elección			Respeto Centrado en el paciente	
Satisfacción			(x)	x		
Mejora de la salud	X		x			
Continuidad					x	
Otros		Competencia profesional		Eficacia		Prevención

Fuentes: Assuring the Quality of Health Care in the European Union 2008. Donabedian 1988; Maxwell 1992; Department of Health 1997; Council of Europe 1998; IOM 2001; JCAHO 2006.

Notes: IOM: Institute of Medicine; JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.

En la práctica clínica, por “*efectividad*” se *entiende* al alcance por el que la intervención en cuestión produce los efectos deseados para mejorar la salud en aquellos que son tratados y, por “*eficiencia*” la *relación en la cual se obtienen resultados al menor coste*. Por el contrario, entre las dimensiones menos consideradas se mencionan “la *competencia profesional*”, la “*prevención*” y la “*eficacia*”. Esta última corresponde a una dimensión bastante más limitada respecto a la efectividad, pues corresponde al beneficio posible de una técnica médica proporcionada a un problema médico específico, en circunstancias ideales a los individuos de una población específica (Ministerio de Sanidad, 2005).

La priorización de una dimensión sobre otra resulta relevante para entender y medir la “calidad”, siendo condición fundamental al momento de comprender la implementación de la calidad asistencial dentro de la política pública de salud (World Health Organization, 2003) (Shaw & Kalo, 2002), dado que subrayan el desafío clave para cada país de reconocer las diversas y legítimas expectativas en contar y otorgar una atención de salud de calidad.

## **VI. POLÍTICAS EN CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD ASISTENCIAL**

Las estrategias diseñadas para mejorar la calidad de la atención asistencial son elaboradas, desarrolladas e implementadas al menos, desde escenarios políticos específicos de cada país, identificando los actores e instituciones (estructura gubernamental) y los procesos claves de cada Estado. Estas consideraciones se reflejan en la heterogeneidad y singularidad de los enfoques y alcances de las medidas legislativas implementadas.

A pesar de esta heterogeneidad, por lo general, las distintas políticas implementadas comparten como propósito, al menos, asegurar la igualdad ante la ley, tanto en derechos como en dignidad, evitando arbitrariedad, además de estandarizar procesos, dar respuesta a las expectativas de la población y garantizar la disponibilidad de recursos (humanos y financieros), existiendo, tal como se ha mencionado, diferencias en las dimensiones seleccionadas como prioritarias, privilegiándose aquéllas más sentidas por la población o de mayor impacto económico (Gobierno de Chile, 2010) , teniendo efectos directos en las metas o resultados sanitarios como la reducción de la mortalidad, morbilidad, las desigualdades en salud, y el aumento de la satisfacción de los usuarios, entre los principales.

Como reflejo de lo anterior, en un estudio se documentó que en 21 de 36 países miembros de la OCDE evaluados (OCDE, 2018), privilegian la efectividad y eficiencia, dimensiones

consideradas en casi todas las definiciones y valoraciones de la calidad asistencial, seguidas por el foco centrado en el paciente y la seguridad (tabla 3).

Dimensiones	Efectividad	Eficiencia	Accesibilidad	Centrado en el paciente	Equidad	Seguridad
Países OCDE						
Austria	x	x		X		
Bélgica	x	x				x
República Checa	x	x				
Dinamarca	x	x		X		x
Estonia	x	x	x			x
Finlandia	x	x		X		x
Francia	x	x		X		x
Alemania	x	x		X		x
Grecia	x	x				x
Italia	x	x		X		x
Hungría	x	x		X		
Luxemburgo	x	x		X		x
Países Bajos	x	x		X		x
Polonia	x	x		X		
Portugal	x	x				x
Eslovenia	x	x		X		
España	x	x		X	x	x
Suecia	x	x		X		x
Reino Unido	x	x		X		x
Canadá	x	x	x		x	
México	x			X		x

Fuentes: Elaboración propia 2018.

En estos países, la dimensión de “*efectividad*” se entiende y se observa en el diseño y uso de guías clínicas basadas en la mejor evidencia como instrumento para orientar la práctica clínica en los distintos profesionales ya sea en el diagnóstico, tratamiento o supervisión de procedimientos o prestaciones clínicas. Por otra parte, la dimensión de “*eficiencia*” se aborda, principalmente, en el sector farmacéutico, con particular énfasis en la regulación y uso de medicamentos.

Entre las otras dimensiones, el “*foco centrado en el paciente*” por lo general se refleja en el uso de herramientas para identificar las expectativas y satisfacción del paciente y usuario; mientras que la “*seguridad*”, en la elaboración e implementación de medidas preventivas basadas en la ocurrencia de eventos adversos y/o centinelas, así como en el fortalecimiento y regulación de las capacidades técnicas del personal de salud. Finalmente, si bien las

dimensiones “*accesibilidad*” y “*equidad*” son las menos declaradas de manera explícita en los principios legislativos, son igualmente utilizadas de manera implícita en los procesos.

Por ejemplo, España a través del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud del 2006 (SNS), señala los siguientes principios rectores:

- Las prestaciones se *centran en las necesidades del paciente* y del usuario
- *Efectividad* en los procedimientos otorgados, basados en la mejor evidencia (guías clínicas)
- Planificación de los recursos. *Eficiencia*.
- Se debe garantizar la *equidad y seguridad* de la atención de salud.

En definitiva, la elección y priorización de las dimensiones, que precisa cada país, ha sido y son determinadas por la visión preponderante que tienen del concepto calidad asistencial, por las disposiciones gubernamentales, del contexto y las decisiones políticas y, por cierto, según las circunstancias específicas de cada región. Además, por lo general, cada nación ha diseñado las políticas públicas de calidad asistencial de manera centralizada a través de instituciones públicas, Ministerios de Salud, o han convocado a grupos de reflexión interinstitucionales para desarrollar visiones y conceptos de calidad de acuerdo con las prioridades y posibilidades nacionales (tabla 4). Muchos de estos últimos se crearon, específicamente, para llevar a cabo un objetivo gubernamental predefinido de reforma, pero otros tienen el mandato de desarrollar y supervisar la aplicación de una política nacional global y coherente.

País	Año	Título
Bélgica	1995	Departamento de Calidad de Atención, Ministerio de Salud
Finlandia	1994	Consejo de Calidad de la Asistencia Sanitaria
Israel	1995	Comité nacional para la investigación en QHC: asigna el presupuesto del gobierno bajo la ley de seguro de salud.
Países Bajos	1994	Armonización de la Certificación Sanitaria (HKZ): consejo para armonizar la certificación, acreditación, ISO, EFQM
	1990	Conferencias nacionales de calidad" cada cinco años para definir la política, Leidschendam



Reino Unido	2000	Grupo de trabajo de calidad establecido por el Ministro de Salud, compuesto por personal de primera línea del NHS y representantes de los consumidores.
-------------	------	---

Fuentes: A background for national quality policies in health systems. Charles D. Shaw - Isuf Kalo. 2002.

En relación con la aplicación o implementación de las políticas, en algunos países como España o Reino Unido, han sido abordadas a nivel local, es decir, a través de los Estados, Provincias o Comunidades Autónomas. El informe Quality and accreditation in health care services. A global review (Society & Care, 2003) hace referencia de algunos ejemplos de países de la OCDE que cuentan con legislación en calidad en la atención sanitaria (tabla 5).

País	Año	Requisito
Austria	1993	La Ley de Hospitales y Clínicas (KAG) especifica los derechos de los pacientes hospitalizados, la evaluación externa comparativa, los sistemas internos de calidad y los comités de garantía de calidad.
Bélgica	1987	Comités de calidad hospitalaria
China		La regulación independiente requiere que los proveedores demuestren un sistema de garantía de calidad
República Popular Democrática de Corea	1997	Se está revisando la legislación médica para exigir el control de calidad
Francia	1984	La ley exige que los comités médicos de los hospitales publiquen un informe anual sobre la evaluación de la calidad.
	1991	La ley requiere que los hospitales definan y demuestren sistemas internos de calidad
	1996	La Ordenanza de 24 de abril exige la mejora obligatoria de la calidad, la acreditación hospitalaria y las encuestas a los pacientes en los hospitales públicos y privados.
Alemania	1989	La Ley de Reforma de la Salud exige que se garantice la calidad de la atención hospitalaria y ambulatoria; que los médicos se aseguren de que la atención cumpla con las normas y que sean responsables del tratamiento imperfecto y no autorizado; que se establezca un punto de referencia obligatorio del proceso y los resultados del hospital (§137); y que los fondos para enfermedades sean responsables de la garantía de calidad.
	2000	La reforma de salud requiere la elección del paciente y una práctica clínica rentable

Israel	1995	La legislación nacional de salud exige que los proveedores de servicios cuenten con sistemas de garantía de calidad, utilicen directrices aprobadas y revisen la idoneidad de la atención.
Italia	1986	Comités de calidad hospitalaria
Países Bajos	1981	Comités de calidad hospitalaria
	1996	La Ley de Calidad de las Instituciones de Atención Médica prescribe la participación de los pacientes, las directrices y protocolos clínicos, la capacitación del personal en materia de calidad, el control interno, la evaluación externa y el informe anual de calidad.
Polonia	1995	El boletín oficial 29 requiere garantía formal de calidad
España	1986	Participación del personal del hospital en la garantía de calidad
Suecia	1997	La Ley de salud y servicios médicos exige que todo el personal mejore sistemáticamente la calidad de su desempeño; la autoevaluación, la práctica basada en pruebas, la gestión de riesgos, la evaluación de resultados y la mejora continua de la calidad.
EE.UU.	1986	La legislación de la Organización de Revisión por Colegas reemplaza a las Organizaciones de Revisión de Estándares Profesionales establecidas en 1973; se establecieron agencias financiadas federalmente, con el mandato de asegurar la calidad y eficiencia de la atención proporcionada bajo Medicare y Medicaid.

En el caso de Austria, donde el 99% de la población está cubierta por un seguro médico obligatorio, la legislación de 1993 se introdujo en respuesta a la demanda pública, aumentando la competencia, lo que derivó en generar una reforma presupuestaria de manera de aumentar el financiamiento hospitalario. Una situación similar se observó en 1996 en los Países Bajos, extendiéndose además a la atención primaria, haciendo hincapié en los sistemas internos de calidad y la autorregulación. Finalmente, en las reformas sanitarias de 2000 en Alemania el sistema de salud tenía por objeto mejorar la oferta de servicios y controlar el costo de los seguros de salud (World Health Organization, 2003).

Otros países han optado por el diseño de un Plan Nacional de Calidad (España) o, por mecanismos de evaluación externa de procesos como es la Acreditación, Joint Commission on Accreditation of Hospitals (Estados Unidos), con entidades ejecutivas independientes (o

dependiente) de los Ministerios para coordinar, gestionar y evaluar directamente parte o la totalidad del programa de mejora de la calidad. En la tabla 6 se señalan algunos ejemplos de agencias organismos que tienen en común cumplir el rol de “evaluadores externos” de la calidad y sus funciones.

Tabla 6: Agencias o entidades evaluadoras.		
País	Nombre	Función
Bulgaria 2001	Centro de evaluación de tecnología médica	Evaluar las nuevas tecnologías y difundir los resultados entre los compradores, los proveedores y el público.
Finlandia 1994	Consejo de Calidad para el Cuidado de la Salud (Quality Council for Health Care STAKES) <a href="http://www.stakes.fi">www.stakes.fi</a>	Responsabilidad delegada por el Ministerio de Salud para los registros nacionales de atención, los indicadores de calidad, las bases de datos de satisfacción de los pacientes y la evaluación de la tecnología.
Francia 1997	Agencia Nacional de Acreditación y Evaluación en Salud ANAES. (estatutaria) <a href="http://www.anaes.fr">www.anaes.fr</a>	Acreditación de los establecimientos de salud, evaluación de la práctica clínica y de las directrices, y definición de las intervenciones que son reembolsables en virtud del seguro de salud.
Italia 1995	Agencia de Servicios Regionales de Salud	Bajo la autoridad del Ministerio de Salud colabora con las Regiones para apoyar y realizar encuestas sobre la actividad sanitaria, incluyendo la CQ1, la acreditación, los indicadores, las directrices, etc.
Lituania 1998	Servicio Estatal de Acreditación de Atención Médica	Bajo la autoridad del Ministerio de Salud, el Servicio otorga licencias a instituciones y especialistas y aprueba dispositivos médicos.
Países Bajos 1979	Instituto Holandés para la Mejora de la Atención Médica CBO	Elaboración de directrices, sistemas de visitas, elaboración de indicadores y un registro nacional de indicadores de calidad, métodos y capacitación.
Polonia 1994	Centro Nacional de Evaluación de la Calidad de la Atención Sanitaria (estatutaria) <a href="http://www.cmj.pl">www.cmj.pl</a>	Apoyo a programas locales de garantía de calidad, capacitación, indicadores de desempeño, directrices prácticas, evaluación de tecnología, acreditación voluntaria de hospitales (desde 1998).
Portugal 1998	Instituto de Calidad en Salud (IQS) <a href="http://www.iqs.es">www.iqs.es</a>	Guías de práctica clínica; evaluación y seguimiento de la calidad organizativa de los centros de salud "MoniQuOr"; desarrollo de un programa de acreditación hospitalaria.
Rumania 2000	Comisión Nacional de Acreditación Hospitalaria	La Junta Directiva representa al Ministerio de Salud, los médicos, las aseguradoras y la asociación de hospitales; sustituyó la

		autorización sanitaria por el Ministerio de Salud.
Reino Unido 2001	Agencia Nacional de Seguridad del Paciente www.npsa.org.uk	Autoridad sanitaria especial para coordinar los esfuerzos del Reino Unido para informar y aprender de los eventos adversos que ocurren en el NHS (solamente). Para cuestiones generales, véase la experiencia australiana.

Fuentes: A background for national quality policies in health systems. Charles D. Shaw - Isuf Kalo. 2002.

A pesar de que estos países cuenten con un sistema de evaluación, aún resulta difícil identificar hasta qué punto estos logran o alcanzan la efectividad en la implementación de las políticas o programas de calidad (Society & Care, 2003). Tratando de responder justamente a esta última necesidad, algunos países, como Alemania, han desarrollado sistemas de medición de la calidad basados en indicadores, de procesos o resultados que den cuenta de las actividades asistenciales, cuyos datos son utilizados como medidas objetivas de la calidad asistencial. En la tabla 7 se mencionan algunos países que cuentan con sistemas nacionales de medición.

País	Tipo	Descripción
Dinamarca	Registros de calidad	Comisión de la Junta Nacional de Fondos de Salud para el desarrollo de bases de datos de calidad clínica, 1995
Estonia	Medición de la mezcla de casos	Incorporación de la carga de trabajo hospitalaria aguda, basada en los GDR, en los pagos del Fondo de Seguro Médico a partir de 2003.
Finlandia	Registros de asistencia	Datos nacionales de STAKES
Alemania	Benchmarking estadístico	Comparaciones de los procesos y resultados de la atención hospitalaria (en su mayoría procedimientos operativos), que la Quinta Ley Social ha hecho obligatorias desde 1989.
Hungría	Medición de la mezcla de casos	Incorporación de la carga de trabajo de los hospitales, basada en los GDR, en los pagos del Fondo del Seguro de Enfermedad a partir de 1993.
Irlanda	Medición de la mezcla de casos	Incorporación de la carga de trabajo de los hospitales, basada en los GDR, en los presupuestos a partir de 1993.
Italia	Niveles mínimos de atención	El Ministerio de Salud (2001) ha definido 65 indicadores para implementar y monitorear la atención hospitalaria y la atención primaria de salud.
Suecia		40 bases de datos nacionales especializadas (por ejemplo, fractura de cadera, accidente

	Registros de calidad	cerebrovascular, diabetes, cirugía vascular) para proporcionar una evaluación comparativa y comparación entre los proveedores (hospital y atención primaria) y en todo el país; financiadas por la asignación del gobierno nacional (alrededor de 2 millones de euros al año) a los consejos de condado desde 1990.
Reino Unido	Marco nacional para la evaluación del desempeño	Define medidas para comparar a los proveedores del NHS en 6 áreas: mejora de la salud, acceso justo a los servicios, prestación efectiva de la atención, eficiencia, experiencia del paciente y del cuidador, resultados sanitarios de la atención del NHS.
	Indicadores clínicos	Servicio Nacional de Salud (SNS): Salud pública e indicadores de resultados clínicos

Fuentes: A background for national quality policies in health systems. Charles D. Shaw - Isuf Kalo. 2002.

En varios de estos países, además, se utilizan estos indicadores y datos en los sistemas de financiación, específicamente en el reembolso a los proveedores de la atención asistencial. La vinculación del pago con los datos basados en el paciente ha aumentado enormemente la eficiencia en la atención que se le otorga y mejora su calidad (Shaw & Kalo, 2002).

## VII. POLÍTICAS EN CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD EN CHILE

Durante más de diez años, el país ha contado con políticas de calidad en salud, aun cuando no se tiene una definición explícita de qué es o, qué se entiende por el término “*calidad*”. Quien ha liderado su diseño e implementación, en particular en materia de calidad asistencial ha sido el Ministerio de Salud, entidad estatal mandatada, según código sanitario, a elaborar, dirigir, gestionar e implementar las estrategias que permitan contar con una atención de salud segura y de calidad. Por su parte, el rol fiscalizador en la materia, ha sido responsabilidad de las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMIS) y de la Superintendencia de Salud (SIS).

Estas políticas, en general, han tenido tres enfoques: la persona como paciente y ciudadano, los establecimientos como organización y, el personal sanitario como actores

de cambio (Departamento de calidad, 2014). En cada uno de ellos, se ha desarrollado lineamientos concretos, dispuestos como políticas de Estado, operacionalizándose mediante el siguiente marco legal:

I. Responder a las expectativas de la población mirando al paciente como un sujeto de derechos y garantías:

Ley que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud (20.584/2012). Señala *“Toda persona tiene derecho a que, en el marco de la atención de salud que se le brinda, los miembros del equipo de salud y los prestadores institucionales cumplan las normas vigentes en el país, y con los protocolos establecidos, en materia de seguridad del paciente y calidad de la atención de salud...”*

II. Estrategias para hacerse cargo de un entorno clínico Asistencial más complejo, con nuevas tecnologías, mayor escrutinio público, y aumento de los riesgos asociados a la actividad clínica:

Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión (19.937/2004). Establece como una función propia del Ministerio de Salud: *“Establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios...”*

III. Generar un cambio a partir de la formación de Profesionales y técnicos de la salud con más sentido sanitario que de mercado, lo que involucra una planificación de los recursos de formación y optimización de capacidad formadora sobre bases epidemiológicas y demográficas:

Ley de Garantía Explícitas en Salud (19.966/2004). Instituye las *“Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser*

otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente.” En su artículo 4º..., letra b) Garantía Explícita de Calidad: otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado, de acuerdo con la ley N°19.937.

A continuación, en tabla 8, se señalan algunas de las regulaciones derivadas de las leyes mencionadas:

Tabla 8: Decretos y Reglamentos de Políticas de Calidad		
Tipo de norma	Título	Descripción
Decreto Supremo N°58, con fecha de publicación 18.05.2009	Aprueba Normas Técnicas Básicas (NTB) para la obtención de autorización sanitaria de los establecimientos asistenciales.	Define los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento que deben cumplir los establecimientos de salud para la obtención de la Autorización Sanitaria. Autorización que es otorgada por la Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI).
Decreto Supremo N°15, con fecha de publicación 03.07.2007	Aprueba Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud.	Señala las directrices del proceso de acreditación, es decir, define conceptos, plazos y arancel y, menciona los actos de autorización, evaluación, fiscalización y registro relativos al proceso.
Decreto N°18 Exento, con fecha de publicación 19.03.2009	Aprueba los Estándares generales que indica del sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de salud.	Establece los requisitos mínimos que debe contar cada prestador de salud, dependiendo del tipo y complejidad del establecimiento.
Decreto N°4 y N°3, con fecha de publicación 22.02.2013 y 03.03.2016, respectivamente	Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud.	Establece las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo..., que el Fondo Nacional de Salud debe cubrir a sus respectivos beneficiarios... y, Señala que, <i>“las prestaciones de salud individualizadas..., sólo podrán ser otorgadas por aquellos prestadores inscritos en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud...”</i>
Resolución Exenta N°1031, con fecha de publicación 22-10-2012.	Aprueba Protocolo y Normas sobre Seguridad del Paciente y Calidad de la Atención de salud.	Señala que deben elaborarse y fiscalizarse toda normativa respecto a materias tales como infecciones intrahospitalarias, identificación y accidentabilidad de los pacientes, errores en la atención de salud y, en

		general, todos aquellos eventos adversos evitables según las prácticas comúnmente aceptadas.
--	--	--

Fuentes: Congreso Nacional, Ministerio de Salud, 2018.

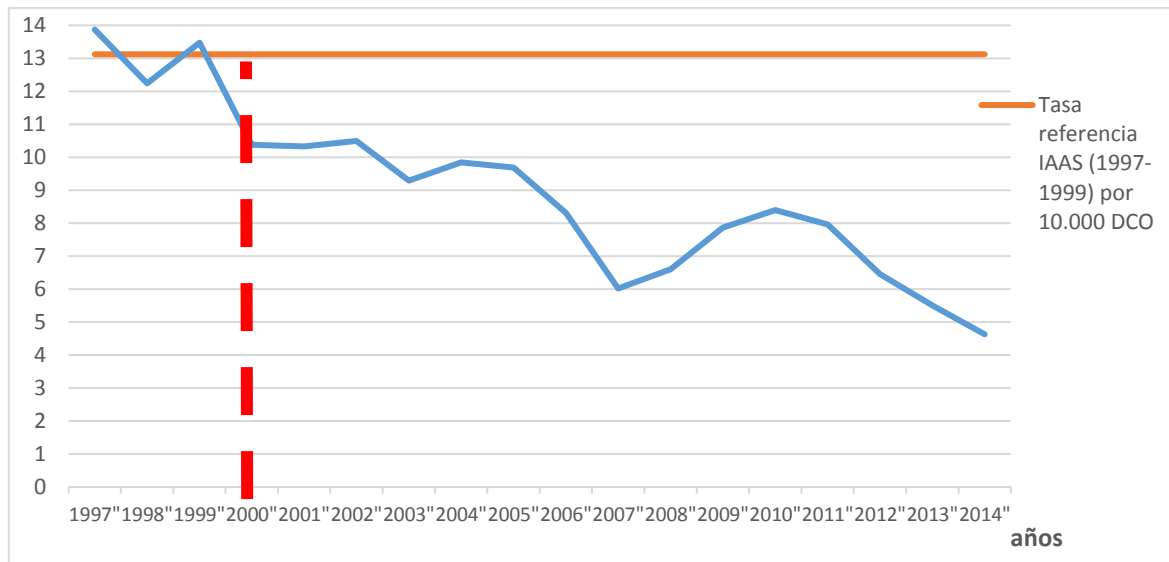
Otro lineamiento relevante, conducido por la cartera de salud es la “*Estrategia Nacional de Salud*”, que tiene como propósito dar cumplimiento a los *Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020 específicamente*, el objetivo 8 “*Acceso y Calidad de la Atención de Salud*”. El fin de este objetivo es diseñar políticas públicas que tengan como centro la producción de resultados concretos y medibles, generando un conjunto de indicadores correlacionados con los otros *Objetivos Estratégicos del Plan Nacional de Salud* (Gobierno de Chile, 2010). De las iniciativas que se han elaborado y que abordan el marco legal y, por cierto el Plan Nacional señalado anteriormente, desarrolladas, en general, por la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, destacan a nivel nacional e internacional el “*El régimen general de garantías en salud (GES)*” y el “*Programa de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)*”. Además de estas iniciativas, se ha trabajado en el diseño e implementación de las “*Normas sobre Seguridad del Paciente y Calidad de la Atención de salud*” y, el sistema de “*Acreditación de Prestadores de Salud*”. En algunas de estas iniciativas se han evidenciado resultados y avances importantes en el camino de la calidad asistencial. Por ejemplo:

El “*Programa de prevención y control de IAAS*” ha logrado una disminución cercana a un 20% de estas infecciones a lo largo del tiempo (gráfica 1), en especial de aquellas asociadas a procedimientos invasivos y las con potencial de producir epidemias siendo, además, un programa costo-efectivo.



Grafica 1: Resultados del programa IAAS a lo largo del tiempo.

Incidencia de infecciones por 10 mil días camas ocupados (DCO)



Fuente: Programa Nacional de IAAS - Depto. de Calidad y Seguridad de la Atención - Ministerio de Salud

Lo anterior es reflejo de un liderazgo efectivo llevado a cabo por el Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención, específicamente de la Unidad de IAAS del Ministerio de Salud (Ministerio de Salud, 2017).

Como segundo ejemplo, el seguimiento de la implementación de las Normas orientadas a la Seguridad del Paciente y Calidad de la Atención, según un reciente reporte que consideró 93% de los establecimientos (173/185) durante el año 2015 y el 97% de los establecimientos (179/185) durante el año 2016 (Ministerio de Salud, 2017), identificó un alto nivel en su cumplimiento en general (tabla 9).

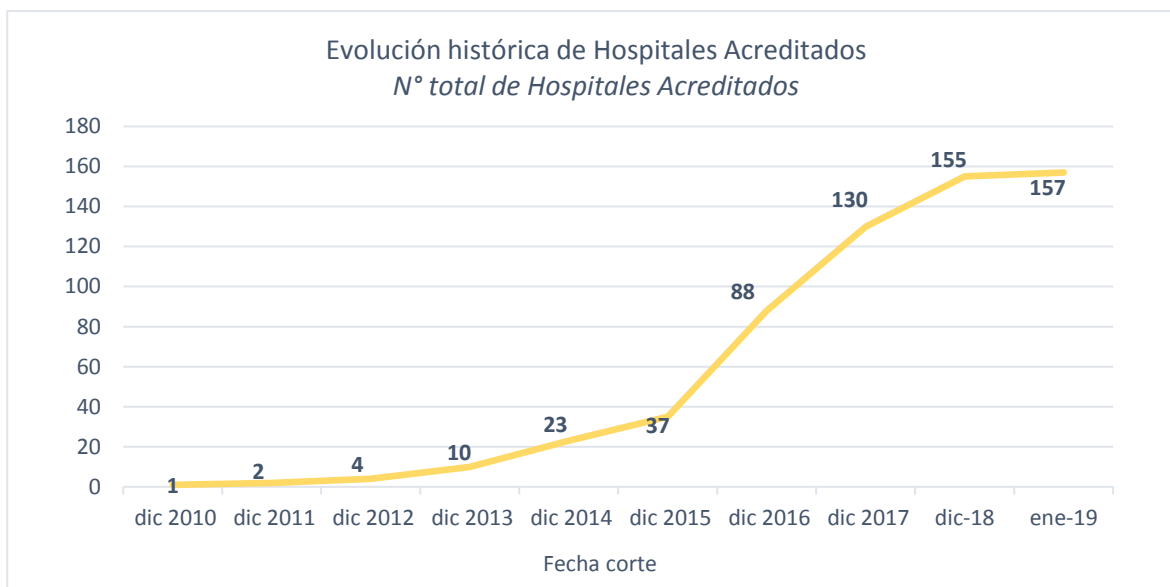
Tabla 9: Resultados de Informe de cumplimiento de Normas de Seguridad del Paciente y Calidad en la Atención

Indicadores		2015		2016	
		Adherencia al reporte	Adherencia a la práctica clínica (resultado de indicador)	Adherencia al reporte	Adherencia a la práctica clínica (resultado de indicador)
Aplicación Lista Chequeo Quirúrgico.		86%	93%	98%	93%
Análisis de Re-operaciones Quirúrgicas no Programadas		88%	86%	98%	85%
Prevención Enfermedad Tromboembólica en pacientes quirúrgicos	Evaluación del riesgo	69%	76%	80%	67%
	Aplicación de medidas preventivas		80%		69%
Prevención Úlceras por Presión en Pacientes Hospitalizados	Evaluación del riesgo	86%	96%	93%	97%
	Aplicación de medidas preventivas		85%		87%
Reporte de Caídas en Pacientes Hospitalizados		72%	0,76%	88%	0,83%
Indicación y Uso Transfusiones en Pacientes de acuerdo con Protocolo.		86%	96%	92%	94%

Fuente: Sistema de reporte de indicadores de seguridad [www.sicars.cl](http://www.sicars.cl)

Por otra parte, en el contexto de la Garantías Explícitas en Salud, se define el proceso de Acreditación de Prestadores de Salud como medio para dar cumplimiento de la “*Garantía Explícita de Calidad*”. En éste, se definen estándares o procesos mínimos de calidad que debe cumplir todo prestador de salud para otorgar algunas de las 80 prestaciones que considera el GES. Estos estándares son evaluados por una entidad externa, independiente del Ministerio de Salud, pero dependiente de la Superintendencia de Salud. La siguiente gráfica 2, señala el número de hospitales públicos acreditados por año, desde la entrada en vigencia de esta política.

Grafica 2: Evolución histórica de Hospitales Acreditados.



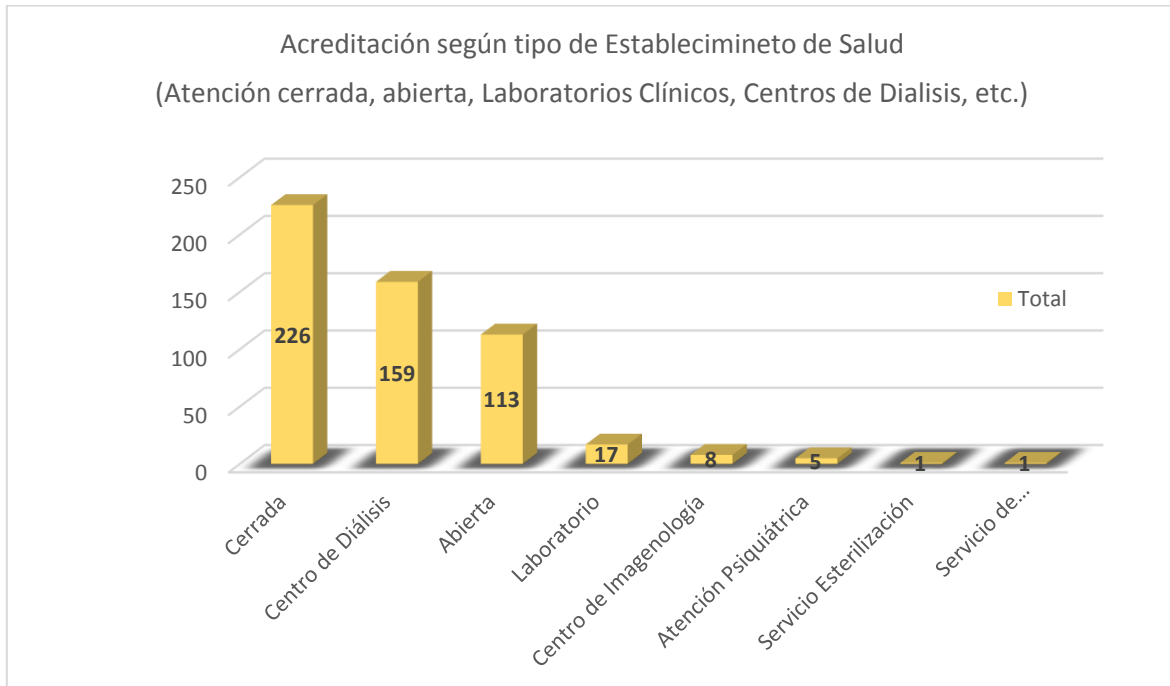
Fuente: Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención – Superintendencia de Salud 2019

Hasta diciembre 2018, se ha tenido un aumento en el número de establecimientos públicos de atención cerrada acreditados, encontrándose todos los establecimientos públicos de atención cerrada, independiente de su complejidad, acreditados o en proceso.

Respecto a la acreditación de otros prestadores, se trata de un proceso instalado más recientemente, por lo que se espera mayores avances en los próximos años, en particular con los centros de diálisis, cuya acreditación comenzó a ser exigible para brindar servicios a pacientes con patologías GES a partir de julio de 2018, momento en que les comienza a ser exigible la garantía de calidad, según Decreto N°3/2016.

A continuación, en la siguiente gráfica 3, se presentan los prestadores acreditados por tipo de atención y complejidad.

Gráfica 3: Acreditación según tipo de Establecimiento de Salud



Fuente: Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención – Superintendencia de Salud.

Actualmente se trabaja en la revisión y actualización del Decreto Supremo N°3/2016 que aprueba las garantías explícitas en salud del régimen general de garantías en salud. Específicamente en su artículo N°14 que, en general, establece los plazos, según tipo de prestadores y, las situaciones de excepción del proceso (Ministerio de Salud, 2012b).

Simultáneamente, se trabaja en la conformación de una mesa de expertos para la elaboración del segundo estándar del proceso de acreditación para atención cerrada para los establecimientos de alta complejidad. Lo que fue anunciado públicamente por el Sr. Ministro de Salud, el Dr. Emilio Santelices y, el Sr. Intendente de Prestador de la Superintendencia de Salud, Dr. Enrique Ayarza (La Tercera, 2018).

## VIII. PROPUESTA

El escenario político y normativo, revisión y actualización del Decreto Supremo N° 3/2016, dan la oportunidad de contribuir y fortalecer la discusión en cuanto a las políticas públicas asistenciales, así como la investigación, estudio y análisis de la literatura presentada. De acuerdo a ello, se propone:

1. Definir y explicitar el concepto “*calidad asistencial*” o “*calidad en salud*” para las políticas públicas de salud en Chile.
2. Incluir las dimensiones de “*efectividad*” y “*eficiencia*” como principios rectores de la política pública en calidad de la atención de salud.

Para abordar la primera propuesta, es preciso señalar que, si bien el término “*calidad*” se ha mencionado y ha estado presente en las políticas públicas de salud, no se tiene una definición explícita y clara al respecto. Lo más cercano, es lo que señala el artículo 4º letra b) de la Ley de Garantía Explícitas en Salud 19.966...” *Garantía Explícita de Calidad: otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado, de acuerdo con la ley N°19.937.*”

Debido a lo anterior, es que se sugiere definir el concepto “*calidad asistencial*” como eje de las políticas públicas en salud, permitiendo contar con una línea base y una visión preponderante de qué es o qué se entenderá por “*calidad asistencial*”. De esta manera, se podrá establecer un marco de acción claro, evitando interpretaciones, en su implementación y evaluación.

En concreto, la propuesta es recoger lo que señala la OMS en el año 2006, dado que es la más actualizada y la que recoge de mejor forma las otras versiones disponibles, es decir, que “*calidad asistencial*” sea entendida como una definición que necesita tomar una perspectiva del sistema de salud como un todo, de modo de reflejar preocupación por los

resultados obtenidos, tanto por los usuarios de los servicios como por las comunidades enteras.

Con relación a incluir las dimensiones “*efectividad*” y “*eficiencia*” como principios rectores de las políticas públicas en nuestro país, se plantean dos propuestas, una a corto plazo y otra, a mediano-largo plazo. Dimensiones que por lo demás, son consideradas y referidas a resultados sanitarios en las personas (efectividad) y al adecuado uso de recursos (eficiencia), ambas de relevancia en un país, adicionalmente se ha constatado, a partir de la bibliografía revisada, que se encuentra incorporada en las políticas públicas de la mayoría de los países de la OCDE.

A corto plazo y, toda vez definida y explicitada el concepto “*calidad asistencial*” en torno a lo señalado por la OMS y, considerando lo que establece la Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión (19.937/2004), se propone generar un cambio en la normativa vigente, dejando la dimensión de seguridad, que ya existe, e incluir y declarar las dimensiones de efectividad y eficiencia, con el propósito de impulsar la obligatoriedad de definir e implementar estrategias en base a las dimensiones señaladas.

Específicamente, se plantea:

a. Una modificación legal a lo dispuesto en la Ley ° 19.937 *en cuanto al alcance de los estándares mínimos que deben cumplir los prestadores institucionales de salud para otorgar prestaciones individuales, es decir, que no solo tenga por objetivo “...garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios” sino también, la efectividad y eficiencia y,*

b. Que, en la elaboración del segundo estándar de acreditación, los estándares o procesos mínimos que se precisen, aborden además de la seguridad, la “*efectividad*” y “*eficiencia*”. Entendiéndose “*efectividad*” desde la perspectiva de los procedimientos clínicos y, “*eficiencia*” desde la gestión y procesos que deberían tener los prestadores institucionales de salud.

En cuanto a la propuesta a mediano-largo plazo, se sugiere que el término “*calidad asistencial*” sea parte del quehacer en la atención de salud. Para esto, el concepto debe estar presente en todas las políticas públicas asistenciales, ya sea, en las estrategias nacionales, en los programas o planes de salud, de manera que su diseño e implementación, incorporen, a priori, las dimensiones señaladas.

## **IX. DISCUSIÓN.**

A pesar de que en Chile existen políticas públicas que apuntan a la calidad asistencial, se observa cómo su abordaje no resulta aún del todo suficiente, en parte debido a la ausencia de una definición explícita del concepto, dejando su entendimiento de acuerdo al saber o conocimiento individual del tomador de decisiones de un momento determinado, lo que implica que la elaboración, desarrollo e implementación de las políticas públicas en esta materia, salvo excepciones, se limite a estrategias basadas en buenas intenciones pero de poca claridad o marco de acción en el quehacer bajo el concepto “calidad”. Se propone en el texto una definición operacional explícita del concepto de calidad asistencial en salud de acuerdo a la propuesta realizada por OMS, y se decide la priorización de tres dimensiones a trabajar de manera dirigida (eficiencia, efectividad y seguridad) siguiendo el ejemplo de otros países de altos ingresos.

Si bien la política propuesta es verosímil, desde el punto de vista legal, depende, en general, de la voluntad política y de las disposiciones de las autoridades al respecto. Las modificaciones legales traerían consigo un impacto económico importante en el presupuesto de la cartera de salud, en la gestión e implicaría una intervención y análisis de los actores y de los mercados, por ejemplo, el farmacéutico, involucrados en la red asistencial, puesto que, se tendría una redefinición de los procesos o estándares mínimos a exigir. Esto representa un cambio de paradigma importante en cómo se otorgan las prestaciones y se perciben la atención de salud, tanto para los prestadores institucionales como para los usuarios, significando, en definitiva, un cambio cultural en la atención asistencial.



## X. CONCLUSIÓN

Si miramos los diversos desafíos que se tienen y los que se vendrán en el sector salud, con el aumento del envejecimiento poblacional, la migración y, el cambio climático, por ejemplo, nos impulsa a definir bien las políticas públicas asistenciales, permitiendo así, con un marco de acción claro o acotar el escenario del quehacer de los gobiernos, respecto al diseño, gestión e implementación de las estrategias de salud. Políticas públicas que se han convertido en una herramienta que incorpora no solo los intereses del Estado, sino también de la sociedad.

De manera que, resulta preciso que nuestro país aborde explícitamente que es o, qué se entiende por “*calidad asistencial*” y que dimensiones debe considerar su definición, puesto que es uno de los principios orientadores para impulsar las reformas asistenciales, no obstante, la cartera de salud ha contado, por más de una década con políticas públicas en esta línea que han permitido, entre otras, estandarizar procesos mínimos en los prestadores institucionales para garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios, mediante el Sistema de Acreditación.

La literatura señala, que el término “*calidad asistencial*” cuenta con un amplio y diverso significado que va desde lo que señala la RAE hasta lo definido por ISO 9001. Desde la perspectiva de la atención en salud, el concepto es más acotado, aun cuando continúa siendo un término multidimensional y difícil de sistematizar. Dependiendo de la estructura disciplinar, el concepto “*calidad*” puede entenderse de diversos modos, utilizando distintos términos, clasificaciones y modelos.

Actualmente, la definición más utilizada es la que señala la OMS, organización que al igual que diversos autores coinciden en que el concepto “*calidad asistencial*” se enmarca en una serie de dimensiones como accesibilidad, seguridad, etc., siendo la efectividad y eficiencia la más utilizada en las políticas públicas en salud, específicamente de los países de la

OCDE estudiados. Países que diseñan y desarrollan las políticas asistenciales según sus contextos políticos específicos y, de la visión preponderante que tienen del concepto.

En definitiva, el contar con políticas públicas asistenciales no solo asegura recursos e igualdad ante la ley, tanto en derecho como en dignidad, y así evitar el imperio de la arbitrariedad, sino que es preciso que éstas sean claras, de manera de dar respuestas eficaces a la población evitando, por cierto expectativas de las cuales el Estado o el gobierno de turno no logre o no pueda hacerse cargo, por lo tanto, el que todos entendamos, Estado, gobierno, institución y sociedad, que significa o que es “*calidad*” en el sector salud, permitirá generar políticas públicas que efectivamente respondan a la necesidad o perspectivas de la población evitando, por lo demás la desafección que existe entre la política y la sociedad civil.

## XI. REFERENCIAS

- ¿Qué es calidad? En el contexto de la norma ISO 9001 calidad. Sistemas de Gestión de Calidad según ISO 9000. (n.d.). Retrieved August 31, 2018, from <http://iso9001calidad.com/que-es-calidad-13.html>
- Conceptos de Calidad en Salud. (n.d.). Retrieved August 31, 2018, from <https://www.scribd.com/doc/19225918/Conceptos-de-Calidad-en-Salud>
- Consejo Consultivo GES - Ministerio de Salud - Gobierno de Chile. (2018). Retrieved November 1, 2018, from <https://www.minsal.cl/consejo-consultivo-ges/>
- Departamento de calidad. (2014). Política de calidad en salud.
- Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención, M. de S. (2018). Propuesta Garantía Calidad.
- Dershin, H., & President, V. (1996). Dimensions of Quality: A Framework for Quality Management in Healthcare, *18*(6), 1–6.
- La OCDE - OECD. (n.d.). Retrieved October 16, 2018, from <https://www.oecd.org/centrodemexico/laocde/>
- La Tercera. (2018). Minsal endurecerá requisitos para acreditación de clínicas y hospitales. Retrieved November 19, 2018, from <https://www.latercera.com/nacional/noticia/minsal-endurecera-requisitos-acreditacion-clinicas-hospitales/363475/#>
- Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E., & Glinos, I. A. (2008). Assuring the Quality of Health Care in the European Union: A Case for Action. *Copenhagen: WHO Regional Office for Europe*, 210. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Assuring+the+quality+of+health+care+in+the+european+union#7>
- Manuales de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud. (2018). Retrieved

November 26, 2018, from <http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/w3-propertyvalue-4737.html>

Ministerio de Salud. REGLAMENTO DEL SISTEMA DE ACREDITACION PARA LOS PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD, Pub. L. No. 15, 3 Diario Oficial 1 (2007). Chile: Biblioteca Congreso Nacional.

Ministerio de Salud. APRUEBA GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD DEL RÉGIMEN GENERAL DE GARANTÍAS EN SALUD, Pub. L. No. 3, s Biblioteca del Congreso Nacional 99 (2012). Chile: Biblioteca Congreso Nacional. <https://doi.org/10.1016/j.snb.2013.10.100>

Ministerio de Salud. (2012b). Biblioteca del Congreso Nacional de Chile - [www.leychile.cl](http://www.leychile.cl) - documento generado el 17-Oct-2012. <https://doi.org/10.1016/j.snb.2013.10.100>

Ministerio de Salud. NORMAS TÉCNICAS BÁSICAS PARA LA OBTENCIÓN DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE LOS ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES, Pub. L. No. 58, s Biblioteca del Congreso Nacional 99 (2012). Chile: Biblioteca Congreso Nacional. <https://doi.org/10.1016/j.snb.2013.10.100>

Ministerio de Salud. PROTOCOLOS Y NORMAS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD, Pub. L. No. 1031, s Biblioteca del Congreso Nacional 99 (2012). Chile: Biblioteca Congreso Nacional. <https://doi.org/10.1016/j.snb.2013.10.100>

Ministerio de Salud. (2017). *Programa Nacional de IAAS - Depto Seguridad de la Atención*. Retrieved from [https://www.minsal.cl/infecciones\\_intrahospitalarias/](https://www.minsal.cl/infecciones_intrahospitalarias/)

Ministerio de Sanidad, S. S. E. I. (2005). *La Calidad Asistencial En La Unión Europea*. Retrieved from <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/docs/2005/Cap3CalidadAsistencialEuropa.pdf>

Paz, M., Pérez, R., & Grande Arnesto, M. (2014). *Calidad Asistenacial: Concepto*,

Dimensiones Y Desarrollo Operativo. *Texto de Administración Sanitaria y Gestión Clínica*, 1–35. Retrieved from [http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500957/n14-1\\_Calidad\\_asistencial.pdf](http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500957/n14-1_Calidad_asistencial.pdf)

Piñera, S. (2017). *Construyamos tiempos mejores para Chile. Programa de Gobierno 2018-2022 Sebastián Piñera*.

RAE | Calidad Integral. (n.d.). Retrieved August 31, 2018, from <https://www.calidadintegral.com/rae.php>

Salud, E. N. D. E. (n.d.). No Title.

Shaw, C. D., & Kalo, I. (2002). A background for national quality policies in health systems  
QUALITY OF HEALTH CARE DELIVERY OF HEALTH CARE – standards OUTCOME  
ASSESSMENT (HEALTH CARE) QUALITY CONTROL NATIONAL HEALTH  
PROGRAMS POLICY MAKING EUROPE, 58.

Society, I., & Care, H. (2003). QUALITY AND ACCREDITATION IN HEALTH CARE  
SERVICES : A GLOBAL REVIEW Quality and accreditation in health care.

Suño, R., Net, A., & Net, Àlvar . Suñol, R. (1991). La Calidad de la Atención. *Ponències i Jornades*, (3), 1–13.  
[https://doi.org/http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa\\_sunol.pdf](https://doi.org/http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf)

World Health Organization. (2006). Quality of care: A process for making strategic choices in health systems. *The Journal of the American Medical Association*, 267, 1–50.  
<https://doi.org/10.1542/peds.2010-1791>

