



“Formulación de un programa de calidad y seguridad en traslado de usuarios”.

**Actividad Formativa Equivalente para optar al grado de
MAGÍSTER EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD.**

**Alumna: Tamara Riveros Rodríguez.
Profesor Guía: Dr. Oscar Arteaga Herrera.**

Santiago, Mayo 2023.

Contenido

1. Resumen ejecutivo.....	5
2. Introducción.....	8
2.1 Contexto relevante del lugar de intervención.....	8
2.2 Evolución y características o atributos más importantes de la situación actual.....	11
2.2.1 Antecedentes generales.....	11
2.2.2 Historia de traslado de pacientes en Chile.....	11
2.2.3 Marco Legal sobre traslados de pacientes en Chile.....	12
2.2.4 Definición de calidad.....	21
2.2.5 Gestión de la calidad.....	22
2.2.6 Política y programa de calidad.....	22
2.2.7 Gestión de la calidad internacional en los servicios de traslados de pacientes.....	23
2.2.8 Acreditación de la Joint Commission International.....	25
2.2.9 ISO 9001.....	27
2.2.10 Situación nacional en calidad.....	28
2.2.11 Acreditación y ambulancias en Chile.....	28
2.2.12 Estándar mínimo a abordar en una empresa de traslado de pacientes.....	29
2.3 Datos cualitativos y cuantitativos que aportan información que ayuda a caracterizar la situación actual.....	32
2.4 Objetivo que busca el desarrollo de la AFE.....	37
3. Metodología.....	38
3.1 Aplicación de la metodología de marco lógico a la realidad seleccionada.....	38
3.2 Identificación de actores clave.....	38
3.3 Técnicas y/o instrumentos metodológicos que se utilizaron en las diferentes etapas de la formulación del programa.....	38
3.3.1 Etapa analítica.....	38
3.3.2 Fase planificación.....	39
3.3.3 Fase de ejecución.....	40
3.3.4 Control de calidad.....	40
4. Fase analítica.....	41
4.1 Descripción del problema o necesidad que se detectó.....	41

4.1.1	Identificación y priorización de problemas utilizando la metodología de priorización de problemas que previamente se describió y fundamentó en el capítulo de metodología de la AFE.....	41
4.1.2	Selección y justificación de la importancia del problema seleccionado en relación a otros problemas y necesidades.	41
4.2	Análisis de involucrados.	42
4.2.1	Identificación de los actores involucrados.	42
4.2.2	Análisis de la percepción de los problemas desde la perspectiva de los actores involucrados (cómo cada actor percibe el origen de cada problema: cuáles era las causas o problemas asociados que lo determinaban).....	42
4.2.3	Identificación de intereses y mandatos que cada actor involucrado posee y defiende en relación con el problema fundamental que aborda la AFE.....	42
4.2.4	Identificación de las cuotas de poder o capacidad de incidir (los recursos de poder económico, político, institucional o de otra índole) que poseen los diferentes actores involucrados para imponer o defender sus intereses o sus mandatos en relación al problema analizado.	43
4.2.5	Identificación de intereses de los actores involucrados en las posibles intervenciones.	43
4.2.6	Identificación de acuerdos o conflictos que se prevé que podrían desarrollarse con cada uno de los actores involucrados.....	44
4.2.7	Construcción de la matriz de involucrados (poder, interés, valor).	44
4.3	Análisis de problemas.	45
4.3.1	Análisis usando árbol de problemas.	45
4.3.2	Identificación de problemas principales.	45
4.3.3	Identificación y caracterización del problema central.	45
4.3.4	Análisis de relaciones de causa – efecto.	45
4.3.5	Diagrama de Árbol de Problemas.	46
4.4	Análisis de objetivos.	47
4.4.1	Análisis usando árbol de objetivos.....	47
4.4.2	Análisis de viabilidad.	47
4.4.3	Diagrama de Árbol de objetivos.....	48
4.5	Análisis de alternativas.....	49
4.5.1	Explicar claramente la fundamentación de la alternativa que se selecciona como intervención para la cual se desarrolló la fase de planificación.....	49

4.6 Síntesis de la etapa analítica.	50
5. Fase de planificación.	52
5.1 Objetivos por jerarquía.	52
5.1.1 Indicadores.	54
5.1.2 Medios de verificación.	57
5.1.3 Supuestos.	58
5.1.4 Resumen: matriz de marco lógico.	61
5.2 Plan de ejecución.	65
5.2.2 Presupuesto.	69
5.3 Control de calidad de la propuesta: esquema de verificación del diseño de proyecto.	72
6. Bibliografía.	73

1. Resumen ejecutivo.

Movicare es una empresa de traslado de pacientes en ambulancias fundada en 2007 y cuenta con:

- Ambulancias equipadas como unidad de pacientes críticos.
- Personal experto en traslado de enfermos, en su mayoría con modalidad de llamado para realizar traslados secundarios que abarcan gran parte del territorio nacional.

En 2021 se retoma el área de calidad y seguridad en la atención clínica en la empresa, actualizando protocolos, creando los inexistentes y midiendo indicadores de calidad basados en manual del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención cerrada.

Las empresas de servicios privados de traslado de pacientes en Chile, como Movicare, tienen sus inicios en la década 1970, misma época en la que se crea el SUA (Servicio de Urgencia de Ambulancias). Recién en 1997 se promulga el Decreto 218, donde se aprueba el reglamento de servicios privados de traslado de enfermos. En 2010 se promulga el Decreto 83, donde se aprueba el reglamento para el servicio de transporte aéreo de personas enfermas o accidentadas. Ambos decretos hasta el día de hoy conforman el marco legal que sustenta a las empresas privadas de traslado de pacientes.

En el año 2005 se produjo una reforma de salud en Chile y según la ley 19.966 se establece un régimen de garantías de salud. Dentro de ellas se contempla la garantía de calidad, que otorga prestaciones de salud garantizadas por prestador registrado o acreditado. En 2007 se formula el reglamento del sistema de acreditación para prestadores institucionales de salud, que menciona que la acreditación de los prestadores institucionales está destinada a evaluar el cumplimiento de los estándares fijados con el objeto de velar porque las prestaciones que otorgan revistan la calidad necesaria para resguardar la seguridad de sus usuarios.

De los estándares generales de acreditación creados, hasta la actualidad no existe un estándar general de acreditación para servicios de traslados de pacientes. Por ejemplo, en el existente manual del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención cerrada o abierta, en el ámbito servicios de apoyo diagnóstico o terapéutico se incluye el componente unidad de transporte de pacientes o servicio de movilización (APT) que exige que el transporte de pacientes se efectúe en condiciones que garantizan su seguridad, solicitando que la compra se realice a terceros con autorización sanitaria vigente y que el proceso de transporte de pacientes cumpla con condiciones mínimas de seguridad describiendo los móviles (revisión técnica vigente), equipamiento, personal, sistema de

fijación y disposición del paciente y acompañantes, procedimiento de entrega del paciente al centro receptor y límites de responsabilidad establecidos.

Debido a que la regulación de las empresas de servicios privados de traslado de pacientes es insuficiente en exigencias en calidad y seguridad en la atención del usuario que se traslada, en la presente actividad formadora equivalente (AFE):

- Se enlistan los mínimos necesarios con los que se debería contar el programa de calidad y seguridad del paciente que se traslada, basándose en algunos de los requisitos del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención cerrada.
- Se realiza por medio de marco lógico la formulación de un programa de calidad y seguridad del paciente que se traslada.

A partir de lo mencionado anteriormente se generó la siguiente información:

Fase analítica:

- Descripción del problema: se aplicó la técnica lluvia de ideas, encontrando cuatro necesidades. Estas necesidades se sometieron a una matriz de priorización de problemas, resultando como problema prioritario “inexistencia de programa de calidad y seguridad en traslados de usuarios”.
- Análisis de involucrados: los involucrados en este proyecto son los usuarios que se trasladan, los equipos de traslado, el área de gestión clínica de Movicare, los centros de origen y destino y el Ministerio de Salud. En el análisis resalta que el equipo de traslado cuenta con bastante resistencia al cambio, por lo que podría frenar la implementación del programa y que los centros de origen o destino se podrían negar a realizar traslados con la empresa por la pérdida de continuidad de la atención.
- Análisis de problemas: sin la existencia de estándares mínimos de atención en traslados de usuarios, los efectos que podrían ocurrir son negación a traslado por parte de usuarios y/o familiares a ser trasladados, pérdida de la continuidad de la atención y el aumento de daño en usuarios que se trasladan.
- Análisis de objetivos: los objetivos que el equipo gestor trabajó en la presente AFE son:
 - Crear protocolos adecuados sobre atención de calidad y segura de usuarios que se trasladan.
 - Establecer periodicidad de medición del cumplimiento de los indicadores presentes en los protocolos creados.
 - Formular un programa de calidad y seguridad en traslado de usuarios.

En el diseño del proyecto en la fase de planificación se definieron entre otros los siguientes objetivos:

- Fin: se ha contribuido a la mejora de la atención clínica en los traslados con la creación de un programa de calidad y seguridad para la atención del usuario que se traslada.
- Propósito: se ha formulado e implementado un programa de calidad y seguridad en la atención del usuario que se traslada.
- Resultados esperados:
 - Realización del programa de calidad.
 - Implementación del programa de calidad y seguridad.

En la fase de ejecución se planificaron en el tiempo las tareas y subtarear de las actividades con su respectivo responsable y presupuesto.

La intención de este proyecto, en vista de que no se cuenta con estándares exigidos para el traslado de pacientes, es visibilizar la necesidad de regulación en este ámbito, generar conciencia de la importancia de abarcar mínimos planteados y brindar una herramienta que pueda ser aplicada por todas las empresas existentes. Así lograr en conjunto que se regularice la atención al paciente que se traslada a nivel público y privado, para entregar calidad y seguridad en la atención a nivel de toda la red.

2. Introducción.

2.1 Contexto relevante del lugar de intervención.

Movicare, fundada el año 2007, es una empresa de traslado de pacientes neonatos, pediátricos y adultos de todas las complejidades. Sus traslados abarcan gran parte del territorio nacional.

Realiza traslados secundarios, es decir, se efectúan desde un centro asistencial en el que se encuentra la persona a otro centro asistencial, cuya atención, es generalmente de mayor complejidad o especialización (Ministerio de Salud [MINSAL], 2010, pp. 2).

Cuenta con ambulancias equipadas como unidades de cuidados intensivos.

Posee personal de coordinación y de traslado, entrenado en traslado de enfermos, estando médicos, enfermeras(os) y TENS capacitados en el manejo de pacientes críticos.

Responde a solicitudes del sistema público, privado y en menor cantidad realiza traslados particulares que deben cumplir con lo definido para traslados secundarios, es decir, paciente particular debe contar con autorización médica de traslado y con cupo en centro de destino.

Define su misión como: gestionar y ejecutar el traslado de pacientes entre centros hospitalarios de manera coordinada y eficiente asegurando los más altos estándares de calidad, colaborando con los centros clínicos y las aseguradoras en el buen funcionamiento de las redes de salud tanto pública como privadas.

Su visión es: ser la principal empresa de asistencia integral en el traslado de pacientes entre centros hospitalarios a nivel nacional, facilitando el funcionamiento de las redes público-privadas a través de un servicio de alta especialización en la gestión médica y transporte de pacientes críticos.

Sus valores son:

- Centrada en el enfermo: todos los recursos están orientados a resolver cada una de las necesidades del paciente en el traslado.
- Gestión: comprometidos a realizar todo lo necesario para ejecutar un traslado seguro, eficaz, costo-eficiente y coordinado.
- Calidad: comprometidos con la excelencia técnica y de servicio.
- Eficiencia: nuestro compromiso es realizar el traslado utilizando los recursos necesarios de la mejor manera posible.

Cuenta con coordinadores de traslado de profesión kinesiólogos, que reciben las solicitudes de traslados y una vez aceptadas, gestionan la confirmación de condiciones clínicas, cupo y aceptación de familiar, con el fin de realizar un traslado seguro. Además conjugan y gestionan los recursos necesarios para poder ejecutar un traslado.

Los coordinadores ingresan las solicitudes de traslados a un sistema digital, donde generan las cotizaciones y en caso de aceptación, la plataforma permite generar un plan de traslado para enviar al solicitante. Existen varias listas de chequeo para la realización del traslado que se encuentran en hojas de papel, que son entregadas desde coordinación a los equipos de salud para completarlas durante el traslado.

Cuenta con personal de salud y conductores de llamado para realizar los traslados, por lo que esporádicamente se dificulta la coordinación de los traslados por no contar con el personal necesario en un momento determinado. En la actualidad se han proyectado bonos por disponibilidad para algunos equipos para mejorar esta situación y se ha contratado personal para traslados simples (tens y conductor).

Posee equipamiento médico necesario para realizar traslados de pacientes neonatos, pediátricos y adultos de todas las complejidades. Este equipamiento cuenta con sus mantenciones preventivas al día, que se realizan cada 6 meses en su mayoría (según indicación de fabricante).

A las ambulancias se les realiza mantención a los 10.000 km en talleres automotrices certificados y la revisión oportuna en caso de evento correctivo se deriva a estos talleres.

Cada ambulancia cuenta con la respectiva autorización sanitaria para funcionar como servicio privado de traslado de enfermos, para obtener esta última, se necesitaron cumplir una serie de requisitos, algunos de ellos son:

- Contar con un director técnico con título de médico-cirujano.
- Nómina de profesionales, personal técnico, conductores y personal administrativo.
- Especificación de los elementos y material con que se cumplirá el servicio.
- Antecedentes del vehículo sanitario: padrón, permiso de circulación, seguro obligatorio y patente.
- Manuales de procedimientos de las actividades destinadas a asegurar la calidad en los cuidados de los pacientes, equipos y seguridad (criterios de inclusión, flujos de atención, registros, convenios u otros).
- Contar con botiquín autorizado.

Estos requisitos se basan en la normativa sanitaria vigente, es decir, en el Reglamento de servicios privados de traslado de enfermos, Decreto Supremo N°218 (MINSAL, 1997) y en

conjunto con el Reglamento para el servicio de transporte aéreo de personas enfermas o accidentadas, Decreto N°83 (MINSAL, 2010), son hasta el momento los únicos reglamentos que buscan que los traslados se realicen en condiciones sanitarias que garanticen la seguridad de quienes requieren dichos servicios.

Movicare cuenta con un “manual de procedimientos y protocolos Movicare” actualizado el año 2015, en el que se despliegan 39 protocolos con respectivo indicador, no obstante, estos indicadores no se miden ya que no se designa un encargado para esta tarea.

En el año 2021 se retoma el área de calidad y seguridad en la atención clínica, por lo que se da énfasis a:

- Actualizar protocolos, creando los inexistentes y midiendo indicadores de calidad y seguridad de la atención al paciente. Esta tarea se lleva a cabo utilizando algunas de las características del manual del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención cerrada, debido a que parte de este último, se asemeja a la máxima complejidad de pacientes a los que se debe prestar atención en traslado.
- Estandarizar las prácticas de los coordinadores de traslado, ordenando la información existente y generando documentos que les sirvan de respaldo para la toma de decisiones.
- Crear un programa de mantenimiento preventivo de equipamiento médico, calendarizando las mantenciones de los equipos críticos e integrando la información a una plataforma digital, que permite: a) ingresar todos los equipos de la empresa junto con sus características, b) ingresar las listas de chequeos de las mantenciones, c) programar las mantenciones preventivas, d) crear ordenes de trabajo mantención preventiva, e) crear ordenes de trabajo de mantención correctiva, f) ingresar la información de la mantención por parte del ingeniero de equipos, g) obtener informes técnicos y económicos.
- Realizar análisis de incidentes, completando un formulario con los antecedentes, planteando opciones de mejora. Se realiza informe trimestral de la calidad de servicio en donde se incluyen los tipos de incidentes, cantidad e indicador de eventos centinelas.
- Realizar análisis de reclamos, completando un formulario con los antecedentes, planteando opciones de mejora y formulando respuesta. Se realiza informe trimestral de la calidad de servicio en donde se incluyen las respuestas a los reclamos con las opciones de mejoras y un indicador de tiempo de respuesta.
- Realizar análisis de la satisfacción usuaria implementando nueva encuesta y exigiendo al personal de la empresa obligatoriedad de aplicación.

2.2 Evolución y características o atributos más importantes de la situación actual.

2.2.1 Antecedentes generales.

Historia del traslado de pacientes en el mundo.

La atención médica hasta la época de Napoleón se realizó dentro de cierto tipo de instalación médica rudimentaria (NAEMT, 2020, pp. 3-4).

En 1794 en medio de la guerra franco-austríaca el médico de oficiales franceses, cirujano Dominique-Jean Larrey propone la creación de un servicio de ambulancias móviles, aceptado por el consejo de sanidad (hasta entonces los soldados heridos en combate permanecían en el campo de batalla hasta el final de la contienda y los que seguían con vida eran evacuados al hospital de campaña). Su propuesta fue asistir a los heridos in situ y trasladarlos de inmediato al hospital de campaña. Ante el éxito en la batalla de Landau, Larrey fue encargado de organizar un servicio de ambulancias volantes para todo el ejército. La primera demostración de las ambulancias volantes fue realizada en 1797, en las batallas de Udine, Padua y Milán (Moreno-Egea, 2014, pp. 24).

Fue autorizado a construir un carruaje al cual llamó “ambulancias voladoras”, las que eran impulsadas por caballos, para la recuperación oportuna de los combatientes lesionados en el campo de batalla e introdujo la premisa de que quienes trabajaban en ellas debían estar entrenados en atención médica para brindar cuidados a los pacientes, tanto en la escena como en ruta. Este tipo de atención creada por Larrey no fue desarrollada por Estados Unidos hasta 60 años después, al comienzo de la guerra civil estadounidense. En 1865 se creó el primer servicio privado de ambulancias en Estados Unidos. En los años siguientes otros servicios se fueron creando, operados principalmente por hospitales, las fuerzas armadas o las morgues hasta 1950 (NAEMT, 2020, pp. 4).

Desde 1970 se plasmaron dos modelos de atención médica prehospitolaria en el mundo, el modelo angloamericano y el modelo franco-alemán. Su principal diferencia radica en el momento de la atención. El modelo angloamericano tiene el propósito de trasladar rápidamente al usuario hacia el hospital. El personal se compone de paramédicos capacitados y técnicos en emergencias médicas (EMT, siglas en inglés), existiendo supervisión médica. El modelo franco-alemán se preocupa de estabilizar al usuario y luego realizar el traslado, con el fin de acercar el hospital a los usuarios. El personal que está a cargo por lo general es médico (Al-Shaqsi, 2010, pp. 320-321).

2.2.2 Historia de traslado de pacientes en Chile.

En 1976 se crea el SUA (Servicio de Urgencia de Ambulancias) concentrando el mayor porcentaje de las ambulancias de urgencias para dar cobertura a la ciudad de Santiago. En 1994 se inaugura el primer SAMU (Servicio de Atención Médica de Urgencia) de Chile en la

ciudad de Viña del Mar. En Santiago, médicos becados del programa de formación de anestesiólogos del Hospital de Urgencia Asistencia Pública (HUAP), asumieron la medicalización de una ambulancia avanzada, con lo que se dieron los primeros pasos para conformar el SAMU de la Región Metropolitana. Se centralizaron también las demandas de atención por vía telefónica en un número único de salud, creándose en el año 1995 el 131. En el año 2003 nace el SAMU Región Metropolitana. En el año 2005 se reconoce formalmente al SAMU como un SMUR (del francés Servicio Móvil de Urgencia y Reanimación) que es la fusión de: a) modelo americano que prioriza la rapidez del servicio, la hora oro, es decir “quitar a la víctima del sitio lo antes posible” y b) modelo franco-alemán que prioriza estabilizar a las víctimas y luego llevarlas al Servicio de Emergencias (MINSAL, 2018, pp.6-7).

El SAMU es el encargado de la respuesta de salud de urgencia y emergencia en todo el territorio nacional (MINSAL, 2018, pp. 11).

Traslado de pacientes por empresas privadas.

Ambulancias Santa Lucía fue el primer servicio de ambulancias particulares en Chile, fundado en la década de los 1970. Al día de hoy existen más de 10 empresas de ambulancias privadas sólo en la Región Metropolitana. No obstante, no existe listado oficial y público de las empresas privadas de ambulancias, por lo que la información que se maneja es mediante estudios propios.

2.2.3 Marco Legal sobre traslados de pacientes en Chile.

En 1997 se promulga el Decreto 218, donde se aprueba el reglamento de servicios privados de traslado de enfermos. Considera que: a) es obligación de la autoridad sanitaria resguardar la salud de la población, entre otras formas, a través de la vigilancia y fiscalización de las actividades y establecimientos que ejecutan acciones de atención de pacientes. b) la necesidad de que el traslado de enfermos sea realizado en condiciones técnicas adecuadas y en forma oportuna, de modo de evitar su agravación a los daños que de su mal pudieran derivarse. c) la importancia y magnitud que han adquirido los servicios de traslado de enfermos y la necesidad de regular las actividades que ellos realizan en beneficio de la población usuaria (MINSAL, 1997, pp. 1).

Este reglamento se aplica a los establecimientos privados de asistencia médica que presten servicios de traslado de enfermos a centros hospitalarios o médicos para su atención, u otro lugar, tanto en situaciones de emergencia médica como en las que no la constituyan. Dichos establecimientos podrán pertenecer a centros asistenciales u hospitalarios o conformar un servicio independiente que brinde solo esta prestación. Menciona directrices sobre la autorización de funcionamiento, la normativa que se debe cumplir para habilitar el botiquín de medicamentos con la respectiva autorización del servicio de salud (MINSAL, 1997).

Según MINSAL (1997) el funcionamiento como tal el Decreto 218, describe lo siguiente:

En su artículo 10° se menciona que la dirección técnica del establecimiento de traslado de enfermos deberá ser ejercida por un médico-cirujano quien es responsable del correcto funcionamiento y del cumplimiento de la normativa sanitaria ante la autoridad sanitaria (pp. 3)

En su artículo 11° se despliegan otras funciones del director técnico, siendo las siguientes:

- a. Velar porque el personal reúna los requisitos pertinentes de formación y capacitación necesarios para su desempeño.
- b. Elaborar y mantener actualizadas normas de procedimientos técnicos y de organización del servicio y preocuparse de la difusión de ellas y su conocimiento por todo el personal.
- c. Planificar, organizar y supervisar las actividades de atención prehospitalaria, en los establecimientos que proporcionen este servicio.
- d. Estimular y promover la capacitación del personal en el área de atención prehospitalaria, en el caso de la letra anterior.
- e. Cuidar que se entregue el servicio ofrecido al paciente en las mejores condiciones técnicas y de rapidez.
- f. Preocuparse de contar con los medios necesarios para otorgar servicio a los clientes abonados, en relación con su número, en caso de que proporcione este tipo de prestación (pp. 3).

En su artículo 12° menciona que se debe contar con registros manuales o digitales de los servicios y que al menos se describa la identificación del paciente, lugar de origen del traslado y el destino, estado del paciente y llenado de la ficha clínica (pp. 3).

La fiscalización y vigencia se menciona en el artículo 14° y refiere que a los servicios de salud les corresponde fiscalizar el cumplimiento de este reglamento y también supervisar el funcionamiento de los establecimientos ubicados en su territorio jurisdiccional (pp. 3).

En 1998 se declara la norma oficial NCh2426 Of98, sobre ambulancias para el transporte terrestre de pacientes, clasificación y requisitos de transformación y equipamiento. Los requisitos particulares para ambulancias AEA (Avanzada) contenidos en esta norma son:

- Características técnicas generales mínimas del chasis: a) motor, b) aceleración, c) dirección, d) transmisión, e) peso bruto vehicular, f) sistema eléctrico, g) autonomía, h) capacidad de carga, i) frenos, j) tracción, k) suspensión, l) capacidad de arranque en pendiente, m) radio de giro (INN, 1998, pp. 23).

- Características del compartimento sanitario:
 - Características de elementos constructivos.
 - Materiales de revestimiento interior.
 - Dimensiones.
 - Piso, mobiliario, contracabina y pasamanos.
 - Asientos.
 - Iluminación interior y exterior.
 - Indicaciones al interior de la ambulancia.
 - Puertas de acceso a la ambulancia.
 - Ventanas.
 - Calefacción, aire acondicionado, extractor.
 - Herramientas y accesorios.
 - Extintor de incendio.
 - Sistema eléctrico (red eléctrica 220 V y 12 o 24 V).
 - Equipos de alerta (alerta luminosa principal, perimetral y sonora).
 - Equipos de comunicación.
 - Equipamiento médico: a) camilla principal y camilla auxiliar, b) sistema de oxígeno principal y portátil, c) sistema de aspiración principal y portátil, d) porta sueros, e) Tablas espinales e inmovilizadores, f) frazada, sábanas y sabanillas, g) resucitadores adultos, pediátricos y neonatales, h) recipiente para desechos, i) dispensador de desinfectante para manos, j) kit de hemorragia externa, k) elemento de protección personal, l) barra porta bomba de infusiones, m) plataforma para equipo, n) fonendoscopio y esfigomanómetro, ñ) equipo de atención de partos, o) equipos complementarios, p) equipos de electromedicina como el monitor desfibrilador de transporte (INN, 1998, pp. 23-29).

En 2005 por resolución exenta n°338, se aprueba Norma General Técnica n°17, sobre Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU), la que reemplaza la resolución exenta n°552 de 1997 debido a la necesidad de actualizar la norma sobre los procedimientos y organización de la atención prehospitalaria. Tiene como propósito definir criterios y orientaciones generales de organización y metodología de trabajo, de manera de unificar las líneas de acción del equipo de salud a cargo de esta modalidad de atención de urgencia (MINSAL, 2005, pp. 1).

A continuación se presentarán algunas de las distintas definiciones y contenidos que se encuentran dentro de la norma (MINSAL, 2005), con el fin de dar a conocer cómo y con qué o quiénes se ejecutan las acciones el ámbito prehospitalario en Chile:

Atención prehospitalaria: atención que se otorga desde que se comunica un evento de amenaza la salud, en cualquier lugar donde éste ocurra, hasta que él o los

pacientes son admitidos en la unidad de emergencia u otro establecimiento de salud cuya capacidad resolutive sea la adecuada. Este procedimiento comprende: alarma, recepción de la llamada, regulación, intervención, traslado, preparación a la recepción y recepción en la unidad de emergencia (pp. 5).

Reanimador: profesional universitario de área de la salud, capacitado en atención prehospitalaria avanzada, que se desempeña en un móvil avanzado o en un centro regulador. Este puede ser un enfermero, matrón o kinesiólogo (pp. 5-6).

Regulación: acción que consiste en la recepción de la llamada, el análisis de la demanda, la decisión de la asignación de recursos para la intervención en relación a la disponibilidad de medios, apoyo médico a los equipos de intervención, decisión de destinación y preparación a la recepción en la unidad de emergencia (pp. 6).

Área de regulación: conjunto relacionado de acciones destinadas a analizar la demanda de atención expresada en la llamada al centro regulador, y tomar la decisión de asignar los recursos más adecuados para la intervención requerida para ese caso. El ejercicio de la función de regulación incluye la determinación de la salida o no del móvil, el tipo de móvil en caso de enviarlo, el desarrollo y apoyo a la intervención del personal en terreno y la coordinación del conjunto de interventores hasta que el paciente es admitido en el servicio asistencial más adecuado, en caso de que ello sea necesario (pp. 6).

Centro regulador: instancia que recibe, analiza y orienta la resolución de las llamadas de solicitud de atención de urgencia a través del despacho de móviles o del consejo telefónico, de acuerdo a la complejidad de los pacientes, además de dar el soporte técnico a los equipos de intervención en terreno. Deberá disponer de protocolos actualizados y difundidos para el quehacer de los diferentes estamentos (operadora radial, profesional regulador, despachador, médico regulador). Funciona las 24 horas del día, los 365 días del año. Los recursos humanos de que debe disponer son: a) médicos capacitados en medicina de urgencia, manejo del trauma y atención prehospitalaria, b) profesionales reanimadores, c) operadores telefónicos y/o radiales (pp. 6-7).

Tipo de ambulancias, con las distintas tripulaciones, según la complejidad del paciente:

- Ambulancia M1 o básica: traslado de pacientes que no tienen compromiso vital, con escasa o nula potencialidad de agravación. Equipamiento con lo necesario para asegurar la posición del paciente y algún elemento de ayuda básica (elementos de inmovilización y extricación y de manejo no invasivo de la vía aérea). Tripulación:

conductor y técnico paramédico, debidamente capacitados en atención prehospitalaria (pp. 7).

- Ambulancia M2 o M3 o avanzada: traslado de pacientes con compromiso vital, que pueden o no estar inestables. Además del equipamiento para ambulancia básica, se necesitan elementos para apoyar reanimación cardiopulmonar avanzada, manejo avanzado de vía aérea, acceso vascular, soporte farmacológico, monitorización y/o desfibrilación. Tripulación: a) conductor, técnico paramédico y un profesional reanimador, b) conductor y dos profesionales reanimadores y c) conductor, técnico paramédico y médico. Todos capacitados en atención prehospitalaria (pp. 8).

Equipamiento con el que debe contar cada ambulancia según su complejidad:

- Tabla n°1: Equipamiento móvil básico (M1).

Inmovilización y extricación	Manejo básico de la vía aérea	Monitores y equipos	Varios	EPP
Férulas extremidades	Motor de aspiración	Glucómetro	Equipo básico para atención de parto	Mascarillas
Inmovilizador lateral de cabeza	Bolsa reanimación adulto con mascarilla	Desfibrilador semiautomático (opcional)	Equipo para manejo de lesiones y heridas	Linterna
Collares cervicales de diferentes tamaños	Bolsa reanimación pediátrica con mascarilla		Esfingomanómetro	Guantes de procedimientos
Tabla espinal larga con correas de fijación	Sondas de aspiración de diferentes lúmenes		Fonendoscopio	Anteojos de seguridad
Tabla espinal corta con correas de fijación o chaleco de extricación	Cánulas mayo de diferentes tamaños			
	Balón de oxígeno portátil con manómetro y flujómetro			

Fuente: Tabla creada por la autora de la presente AFE, 2023, a partir de información de MINSAL (2005), pp. 8-9.

▪ Tabla n°2: Equipamiento móvil avanzado (M2 y M3).

Inmovilización y extricación	Elementos para manejo invasivo de la vía aérea	Elementos para proveer accesos vasculares	Medicamentos y soluciones	Monitores y equipos	Varios	EPP
Férulas extremidades	Motor de aspiración	Intravénulas de diferentes tamaños	Matraces de diversos tamaños y soluciones	Monitor cardio desfibrilador portátil	Equipo para atención de parto	Mascarillas
Inmovilizador lateral de cabeza	Bolsa reanimación adulto con mascarilla	Equipos de fleboclisis	Drogas para enfrentamiento inicial de la emergencia vital	ECG de 12 derivaciones	Equipo básico para manejo de lesiones y heridas	Linterna
Collares cervicales de diferentes tamaños	Bolsa reanimación pediátrica con mascarilla	Jeringas de diferentes tamaños		Glucómetro	Electrodos adultos y pediátricos	Guantes de procedimientos
Tabla espinal larga con correas de fijación	Sondas de aspiración de diferentes lúmenes	Agujas		Monitor de presión no invasiva	Termómetro	Anteojos de seguridad
Tabla espinal corta con correas de fijación o chaleco de extricación	Cánulas mayo de diferentes tamaños	Tela adhesiva		Saturómetro		Recipiente para desechos contaminados
	Balón de oxígeno portátil con manómetro y flujómetro	Trócar de osteoclisis		Fonendoscopio		Caja de desechos cortopunzantes
	Tubos endotraqueales de diferentes tamaños	Tijeras		Esfingomanómetro		
	Laringoscopio con hojas de diversos tamaños			Disponer de acceso a ventilados mecánico de transporte		
	Sondas de aspiración rígidas y controladas			Disponer de acceso a incubadora de transporte		
	Equipo de cricotiroidostomía					

Fuente: Tabla creada por la autora de la presente AFE, 2023, a partir de información de MINSAL (2005), pp. 9-10.

Además esta norma describe el proceso operativo desde que se realiza la llamada al 131 y se menciona que el sistema prehospitalario tendrá que disponer de indicadores que permitan evaluar, comparar y controlar los aspectos más

importantes de las actividades de gestión, atención de salud y de los sistemas de apoyo que inciden en los resultados de esta modalidad de atención (pp. 10-12).

En 2010 se promulga el Decreto 83, donde se aprueba el Reglamento para el Servicio de Transporte Aéreo de personas enfermas o accidentadas. Considera que: a) el deber del Estado de resguardar la salud de las personas, b) autoriza previamente y fiscaliza el funcionamiento de las entidades que ofrecen servicios relacionados con ello, c) la necesidad de que el traslado de personas enfermas y accidentadas por medios de transporte aéreo, al igual que aquellos de transporte terrestre, se realice en condiciones sanitarias que garanticen la seguridad de quienes requieren de dichos servicios, d) la existencia de una oferta de servicios de esta naturaleza que no han sido regulados a la fecha y que ha manifestado su inquietud al respecto (MINSAL, 2010, pp. 1).

Este reglamento tiene por objeto regular las condiciones sanitarias que deberán cumplir los prestadores de servicios de transporte asistido por vía aérea, de personas enfermas o accidentadas, en términos que mantengan o aumenten el nivel de cuidado que se está otorgando a los afectados, teniendo en consideración la condición en la que se encuentran y sin contribuir a agravar la situación de salud que presentan al inicio del traslado. Menciona directrices sobre la autorización de funcionamiento, además de lo necesario para que el funcionamiento del botiquín sea el adecuado para el soporte terapéutico y estabilización de las personas que se trasladen (MINSAL, 2010, pp. 1).

Según MINSAL (2010) el Decreto 83 describe lo siguiente:

En su artículo 9° menciona que la dirección técnica deberá estar a cargo de un médico cirujano que haya aprobado el curso de medicina de aviación, certificado por la Dirección General de Aeronáutica Civil (DGAC), siendo el responsable ante la autoridad sanitaria, del cumplimiento de las siguientes funciones y atribuciones:

- a. Velar por el cumplimiento de la regulación sanitaria relativa a asepsia, antisepsia, y demás atingentes a la prevención de infecciones, así como las normas técnicas y administrativas destinadas a regular la unidad que dirige.
- b. Coordinar y supervisar el desarrollo de las atenciones que se presten a las personas enfermas o accidentadas que sean transportadas.
- c. Coordinar los traslados con los respectivos médicos tratantes y con los responsables de las demás entidades asistenciales que ordenen la derivación de estos pacientes y evaluar y resolver su pertinencia.
- d. Coordinar el traslado con los demás servicios necesarios para realizar las atenciones de emergencia, en términos de hospitalización o prestaciones de apoyo diagnóstico y terapéutico.
- e. Velar por el entrenamiento continuo de sus tripulaciones de atención de salud.

- f. Determinar los elementos de uso médico, botiquín y personal necesario para efectuar cada traslado.
- g. Disponer de un manual de procedimientos que señale las actividades y acciones que deberán adoptarse según el tipo de traslado que se verifique, el que deberá incorporar, entre los principales grupos de patologías, las siguientes: cardíaca, pediátrica, maternal, trauma complejo, trauma cráneo encefálica, insuficiencia respiratoria, paro cardíaco en vuelo (pp. 3).

En su artículo 10° menciona que la tripulación aérea deberá contar con al menos dos años de experiencia en unidades de pacientes críticos (UPC) y/o unidades de emergencias, según tipo de paciente, certificado por el director del establecimiento correspondiente (pp. 3).

En su artículo 11° y 12° menciona directrices del proceso del traslado, indicación del médico tratante para realizar el traslado y autorización del paciente o persona a su cuidado para el traslado, en conocimiento y aceptación de los riesgos (pp. 3).

En su artículo 13° menciona los componentes plasmados en la ficha clínica al entregar al paciente en destino (pp. 3).

En el artículo 14° menciona que a la Secretaría Regional Ministerial de Salud (SEREMI) que le corresponda según ubicación de la empresa, fiscalizará el cumplimiento de las disposiciones de este reglamento, además de aplicar medidas y sanciones previo sumario sanitario (pp. 3).

Se agregan al artículo 22 de los decretos supremos 404 y 405 de 1983, que aprobaron los reglamentos de estupefacientes y psicotrópicos, mencionando lo siguiente: botiquines de entidades que presten servicios de transporte avanzado de enfermos y de entidades que realicen transporte aéreo de personas enfermas o accidentadas (pp. 4).

En 2018 el departamento de gestión del riesgo asistencial de la división de gestión de redes asistenciales de la subsecretaría de redes asistenciales del Ministerio de Salud presenta el modelo nacional del sistema de atención médica de urgencias (SAMU). Este tiene como objetivo principal establecer las bases para la gestión del sistema prehospitalario nacional desde una mirada científico-técnica y con representación nacional. Modelo elaborado por una mesa técnica conformada por profesionales del MINSAL, directores del SAMU y representantes de la Sociedad Chilena de Medicina de Urgencia (SOCHIMU) (MINSAL, 2018 pp. 10).

Según el Modelo Nacional Sistema de Atención Médica (MINSAL, 2018), el SAMU cambia la definición de la norma general técnica n°17 de centro regulador a “constituye la unidad

coordinadora de las operaciones de SAMU. Está compuesto por operadores de la línea 131, despachador radial, profesional regulador orientado a la gestión del cuidado, profesional regulador médico (Médico regulador). Además incluye una nueva definición sobre el equipo interventor describiendo que “ejecuta las actividades clínicas en terreno coordinadas por el centro regulador. Los equipos de intervención se ubican en las bases, que son el espacio físico donde se ubica una ambulancia SAMU y su tripulación de turno. Los móviles pueden ser básicos (conductor y técnico paramédico), avanzados (conductor, técnico paramédico y reanimador) o medicalizados (conductor, técnico paramédico y médico)” (pp. 9).

En este modelo se presentan 5 pilares, éstos son: a) bases generales de la atención prehospitalaria, b) modelo de gestión clínica prehospitalaria, c) gestión en red integrada de emergencias y su actividad en la protección civil, d) gestión financiera prehospitalaria y e) gestión de las unidades de apoyo a los procesos misionales (MINSAL, 2018).

En el modelo de gestión clínica prehospitalaria se mencionan dos puntos relacionados con el motivo de la presente actividad formativa equivalente (MINSAL, 2018):

- La gestión de la calidad continua y la satisfacción usuaria busca que todas las acciones del SAMU consigan que los cuidados brindados se presten de la manera más eficiente y efectiva posible con los recursos disponibles. La organización debe procurar satisfacer no solo las necesidades técnicas (eficacia, efectividad, adecuación, etc.) sino también los otros aspectos relativos a la calidad tales como la seguridad, fiabilidad, accesibilidad, capacidad de respuesta, empatía y humanización de los cuidados. También menciona lo fundamental que es planificar el desarrollo de los procesos periódicos de evaluación a nivel nacional de los SAMU y plantea la necesidad de avanzar con la Superintendencia de Salud el desarrollo del proceso de acreditación de los sistemas prehospitalarios del país. Finalmente, el uso de indicadores de gestión y su revisión periódica es el camino hacia un sistema eficiente y sustentable. (pp. 24).
- También menciona que en cierta medida se ha estandarizado la atención prehospitalaria gracias a certificaciones internacionales de soporte vital y de otros cursos, por lo que plantea que es necesario avanzar en el desarrollo de guías clínicas prehospitalarias nacionales para basarse en la creación de protocolos (pp. 27).

Es importante mencionar que en este modelo (MINSAL, 2018) se describen los desafíos que se plantea el SAMU con respecto al transporte secundario crítico. Además se menciona que es fundamental el desarrollar equipos especializados en donde conjuguen habilidades, competencias y procesos que le entreguen seguridad y calidad en la atención (pp.27).

Según MINSAL (2018) los desafíos son:

- Desarrollar especialistas y equipos de traslados en base a un proceso curricular y de competencias estandarizado.
- Generar indicadores y estándares de traslados que permitan de manera prospectiva generar la gestión del riesgo clínico, ejemplo utilizar escalas de gravedad validadas.
- Se requiere estandarizar y definir registros clínicos específicos para el transporte secundario crítico.
- Definir la capacidad y diferencias de los distintos niveles de transporte secundario. En el transporte crítico – crítico se debe realizar con médico especialista, un enfermero con formación en prehospitalario e intensivo y un kinesiólogo con formación en prehospitalario e intensivo. En cuidados neonatológicos críticos es deseable un profesional matró(a) o enfermera(o) matró(a) con formación en prehospitalario e intensivo neonatal.
- El equipamiento, insumos y formación profesional no necesariamente es el mismo que la atención de un paciente grave durante su rescate o atención inicial del paciente gravemente enfermo. Por lo que esto se debe contemplar al momento de pesquisar las necesidades según el tipo de paciente a atender y transportar.
- Se deben contemplar los recursos necesarios que permitan generar un modelo de financiamiento de especialistas de llamada para la generación de transporte de paciente crítico (pp.27).

2.2.4 Definición de calidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) guía su definición de calidad a partir de la definición planteada por Institute of Medicine, que refiere que la calidad de la atención es el grado en el cual los servicios de salud para los individuos y la población incrementan la posibilidad de resultados deseados en salud y son congruentes con el conocimiento profesional actual (1990). En una publicación en su página web que hace referencia a lo planteado por el Institute of Medicina (2001), la OMS reconoce que los servicios de salud de calidad por todo el mundo deben ser efectivos, seguros y centrados en las personas, y para poder lograr los beneficios de la atención en salud de calidad, los servicios deben ser oportunos, equitativos, integrados y eficientes (2019, pp. 31).

Según Avedis Donabedian el significado de la calidad de la atención sanitaria es el resultado de la interacción de dos elementos: 1. Los atributos fundamentales de la ciencia y la tecnología de la atención sanitaria (herramientas) y 2. Las formas en que la ciencia y la tecnología se aplican en la práctica sanitaria (forma de emplear las herramientas). La calidad cuenta con siete atributos principales:

- Eficacia: la capacidad de la ciencia y la tecnología sanitaria para aportar mejoras en salud, cuando se utilizan en las circunstancias más favorables.
- Efectividad: el grado en el que las mejoras de salud, actualmente disponibles se alcanzan en realidad.
- Eficiencia: la capacidad de reducir el coste de la asistencia sin limitar las mejoras en el estado de salud.
- Optimización: el equilibrio entre las mejoras de salud y los costes de consecución de esas mejoras.
- Aceptabilidad: conformidad con los deseos y expectativas de los pacientes y miembros familiares responsables.
- Legitimidad: conformidad con las preferencias sociales según se expresan en los principios éticos, valores, normas, mores, leyes y reglamentos.
- Equidad: conformidad con el principio que determina qué es justo en la distribución de la atención y sus beneficios entre los miembros de una población (2001, pp. 30).

2.2.5 Gestión de la calidad.

Según el subdepartamento de gestión de calidad en salud (2014) el desarrollo de la gestión de calidad en las instituciones de salud implica:

Organizar y estructurar el trabajo para cumplir con los logros colectivos de la organización de una manera efectiva y segura. Para garantizar el cumplimiento de lo propuesto, es necesario comenzar definiendo los lineamientos generales y transversales en los cuales se basará la planificación de las tareas en el área de calidad y seguridad asistencial y posteriormente su respectiva ejecución y evaluación (pp. 2).

2.2.6 Política y programa de calidad.

La política de calidad es el primer elemento del proceso de mejora continua, marca el camino, la dirección que debe tener la organización en esta área. Se elabora con el fin de que tenga aplicación a largo plazo y guíe el desarrollo de normas o criterios más específicos (Subdepartamento de gestión de calidad en salud, 2014, pp. 3).

Según el subdepartamento de gestión de calidad en salud (2014) el programa de calidad es:

La planificación específica del trabajo que se desea desarrollar para el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la institución y de su política. Es un documento oficial que describe un conjunto ordenado de actividades orientadas al cumplimiento de cierto objetivo asistencial, donde se definen actividades, metas y modelo de evaluación de su cumplimiento (pp. 6).

Un elemento más dinámico que la política, ya que esta planificación permite organizar las tareas concretas a realizar en un tiempo definido. Para operativizar

dicho trabajo, es necesario incorporar responsabilidades frente a las tareas que se planificarán, como también se debe especificar como se evidenciará el cumplimiento de los objetivos y actividades planteadas (pp.6).

Además, según el subdepartamento de gestión de calidad en salud (2014) el programa de calidad debe:

- Entregar un enfoque claro a toda la institución sobre el trabajo en calidad, por lo cual debe servir de insumo para el trabajo y programación de este (pp. 6).
- Ser elaborado de manera participativa, con la finalidad de involucrar a quienes ejecutarán las tareas necesarias para el cumplimiento de los objetivos (pp.6).
- Contar con un sistema para ser evaluado. La institución debe definir la metodología por la cual planifica monitorear su programa de calidad identificando el grado de cumplimiento de los objetivos planteados, áreas susceptibles de mejora y áreas de riesgo. La evaluación deberá definir claramente la manera de medir el cumplimiento de los objetivos, los plazos de evaluación y sus responsables (pp. 9).

2.2.7 Gestión de la calidad internacional en los servicios de traslados de pacientes.

Según los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España, en trece (13) países de la unión europea (UE) cuentan con un conjunto de indicadores de monitoreo de la calidad (Álvarez et al., 2011, pp. 43).

Según Álvarez et al. la gestión de la calidad en los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España requiere definir los objetivos del servicio, adecuar la organización, hacer una gestión por procesos y contar con un sistema de información que permita monitorizarlos. La calidad la hacen las personas, por lo que la motivación y participación son elementos esenciales (2011, pp. 76).

Los aspectos que se deben medir son:

- La organización centrada en el paciente y comprende los siguientes objetivos:
 - La satisfacción de los usuarios.
 - El conocimiento por parte de los usuarios sobre sus derechos y deberes.
 - La accesibilidad y continuidad de la asistencia.
 - La calidad asistencial:
 - Disminución de la variabilidad de la práctica clínica.
 - Reducción de efectos adversos.
 - Elaboración y aplicación de guías de práctica clínica y protocolos (es el elemento esencial para poder evaluar la calidad del proceso asistencial y de la continuidad asistencial).
- La capacitación de los profesionales (médicos, enfermeros, técnicos en enfermería):
 - Desarrollo profesional.
 - Formación.

- Investigación.
- La estructura y el equipamiento deben permitir un entorno seguro y funcional para los usuarios y profesionales (2011, pp. 77).

La guía de práctica clínica de seguridad del paciente (Rodríguez et al., 2010, pp. 5) fue elaborada para servir como referencia en la toma de decisiones de todos los profesionales sanitarios de las urgencias y emergencias extrahospitalarias, con el objetivo de aumentar la calidad de los cuidados prestados desde la buena práctica en la experiencia clínica. Esta guía recoge las recomendaciones de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) de España y la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) y su contenido está avalado por expertos en seguridad del paciente, pertenecientes al Observatorio de Seguridad del paciente de la ACSA y a la dirección de la estrategia de cuidados de la consejería de salud de Andalucía.

A continuación se exponen algunas de las recomendaciones de Rodríguez et al. (2010):

- Identificación de pacientes: todos los pacientes atendidos en medio extrahospitalario y que sean trasladados o derivados a centros hospitalarios deben ir correctamente identificados. En caso de que el paciente tenga alguna alergia debe quedar constancia de manera que se alerte sobre este riesgo. Identificar al paciente por su nombre y apellidos y fecha de nacimiento al momento de la transferencia (2010, pp. 15-16).
- Control de infecciones: establecer cultura de higiene de manos. Usar doble guante antes de realizar la asistencia al paciente. La realización de técnicas y procedimientos debe llevarse a cabo con exhaustiva asepsia. No reutilizar material de un solo uso. Establecer un procedimiento riguroso de limpieza, desinfección, esterilización, almacenamiento y control de material reutilizable. Procedimentar la limpieza y desinfección de superficies de material de electromedicina, camillas de transporte, sillas de evacuación, material de inmovilización y zonas de la cabina asistencial (2010, pp. 16-17).
- Órdenes verbales: ante la prescripción de administración de fármacos se debe efectuar un doble chequeo. Verificación de la indicación de realización de procedimientos o técnicas (2010, pp. 17).
- Administración de medicación: asegurar un correcto control de almacenaje, conservación y control de caducidades de los fármacos. Realizar identificación inequívoca del paciente y la prescripción antes de proceder a la administración de la medicación, aplicando la regla de los 5 correctos. Verificar alergias del paciente, así como tratamientos previos. Verificar siempre la permeabilidad del catéter intravenoso antes de la administración endovenosa. Reevaluar al paciente tras la administración de fármacos. Sistematizar la evaluación del paciente ante cambios de su estado y/o alarmas de los sistemas de monitorización (2010, pp. 17-18).

- Prevención de caídas y lesiones: valorar siempre el riesgo de caídas del paciente. Reevaluar el riesgo de caídas en cada paso del proceso asistencial. Utilización de mecanismos de sujeción adecuados. Posicionarse delante del paciente al bajar por la escalera para aumentar la seguridad percibida. Emplear sistemas específicos para la inmovilización pediátrica y extremas precauciones con canalización venosa. Facilitar el acompañamiento del niño con un familiar. Colocar dispositivos de sujeción física a pacientes en estados de agitación (2010, pp. 19).
- Transferencia-comunicación durante el traspaso de pacientes: debe realizarse de manera estructurada y sistematizada. La transferencia debe realizarse en un lugar en el que se pueda preservar la intimidad del paciente y la confidencialidad de la información aportada (2010, pp. 20).

2.2.8 Acreditación de la Joint Commission International.

La Joint Commission Internacional (JCI) es una organización sin fines de lucro que acredita y certifica organizaciones y programas de atención médica en todo el mundo. Su certificación es reconocida como líder mundial en calidad de la atención médica y seguridad del paciente (Joint commission international [JCI], s.f.). Su misión es mejorar continuamente la seguridad y la calidad de la atención en la comunidad internacional a través de la educación, los servicios de asesoramiento, la acreditación y certificación internacional (JCI, s.f.).

Dentro de los estándares de acreditación de la JCI se encuentra el estándar para organizaciones de transporte médico. A continuación se mencionarán los ítems a evaluar (JCI, 2015):

- Seguridad:
 - Identificar correctamente a los pacientes.
 - Mejorar la comunicación.
 - Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
 - Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS).
 - Reducir el riesgo de caídas del paciente.
 - Reducir el riesgo de accidentes relacionados con vehículos (ambulancias).
- Calidad y seguridad del paciente:
 - Organización del programa de calidad.
 - Indicadores para el seguimiento de la calidad.
 - Análisis de datos de monitoreo (dentro de ello, existe un proceso definido para identificar y gestionar eventos centinelas).
 - Mejorar la calidad y seguridad.

- Prevención y control de infecciones:
 - Dirección, coordinación y enfoque del programa.
- Gobernanza, dirección y liderazgo:
 - Misión.
 - Gobernanza de la organización de transporte.
 - Liderazgo de la organización.
- Seguridad de las instalaciones:
 - Planificación.
 - Residuos peligrosos.
 - Equipos médicos y comunicaciones.
 - Educación al personal por entornos físicos, equipos y ambulancias.
- Requisitos del personal:
 - Planificación de requerimientos.
 - Orientación y educación.
 - Credencial al personal.
- Administración de información:
 - Gestión de la información.
 - Gestión e implementación de documentos.
 - Registros de despacho.
 - Registros de pacientes.
 - Confidencialidad en informes externos.
- Acceso y continuidad de la atención.
 - Acceso a servicios.
 - Plan de respuesta y despliegue.
 - Despacho y comunicación.
 - Gestión y plan de traslado.
- Derechos del paciente y familia:
 - Apoyo a los derechos de los pacientes.
 - Derecho a participar en las decisiones del cuidado y transporte.
 - Satisfacción usuaria.
 - Consentimiento informado.
- Evaluación de pacientes:
 - Planificación y priorización de las necesidades de atención.

- Atención de pacientes:
 - Prestación de atención universal.
 - Paciente crítico.
 - Sedación y paralización.
 - Procedimientos invasivos.
 - Uso de medicamentos.
 - Desestimación de traslado.

2.2.9 ISO 9001.

Según el Observatorio de Calidad en Salud (s.f.) la International Organization for Standardization (ISO) es:

Una organización que desarrolla estándares voluntarios e internacionales para productos, servicios y buenas prácticas. La norma ISO 9001 que establece los requerimientos para el sistema de gestión de calidad de una organización ha sido frecuentemente aplicada al sector salud.

La International Organization for Standardization [ISO] (s.f.) en su página web menciona que la ISO 9001:

- Establece los criterios para un sistema de gestión de calidad (establece una política de calidad).
- Puede ser utilizada por cualquier organización, grande o pequeña, independientemente de su campo de actividad.
- Este estándar se basa en una serie de principios de gestión de la calidad que incluyen un fuerte enfoque en el cliente, la motivación y la implicación de la alta dirección, el enfoque basado en procesos y la mejora continua.
- Su uso ayuda a garantizar que los clientes obtengan productos y servicios consistentes y de buena calidad, lo que a su vez brinda muchos beneficios comerciales.

Los principios de gestión de calidad planteados por ISO (2015) son:

- Enfoque en el cliente: cumplir con los requisitos del cliente y esforzarse para superar sus expectativas es el enfoque principal de la gestión de la calidad (pp. 2).
- Liderazgo: los líderes en todos los niveles establecen unidad de propósito, dirección y crean condiciones en las que las personas se dedican a lograr los objetivos de calidad de la organización (pp. 4).
- Compromiso de las personas: personas competentes, empoderadas y comprometidas en todos los niveles a lo largo de la organización, son esenciales para mejorar su capacidad de crear y entregar valor (pp. 6).

- Enfoque basado en procesos: se logran resultados consistentes, predecibles, más eficaces y eficientes cuando las actividades se entienden y manejan como procesos interrelacionados que funcionan como un sistema coherente (pp. 8).
- Mejora: las organizaciones exitosas tienen un enfoque continuo en la mejora. La mejora es esencial para que una organización mantenga niveles actuales de rendimiento, para reaccionar a los cambios en sus condiciones internas y externas y crear nuevas oportunidades (pp. 10).
- Toma de decisiones basada en evidencia: las decisiones basadas en el análisis y la evaluación de datos e información, es más probable que produzcan resultados deseados (pp. 12).
- Gestión de relaciones: para un éxito sostenido, una organización gestiona sus relaciones con las partes interesadas como lo son los proveedores (pp.14).

Cabe destacar que esta certificación también es aplicable en empresas de traslado de pacientes.

2.2.10 Situación nacional en calidad.

Con la reforma de salud en el año 2005 y según la Ley 19.966 se establece un régimen de garantías de Salud: La garantía de Acceso, Garantía de Oportunidad, Garantía de Protección Financiera y la Garantía de Calidad (MINSAL, 2004).

La Garantía de Calidad establecida en el artículo n°4 de la Ley 19.966 en el año 2005 (MINSAL, 2004) otorga prestaciones de salud garantizadas por prestador registrado o acreditado, es decir, ser atendidos por prestadores institucionales acreditados y prestadores individuales registrados ante la Superintendencia de Salud, con el fin de garantizar y evidenciar que la prestación se está otorgando en lugares asistencialmente seguros y por profesionales capacitados (MINSAL, 2004, pp. 2).

Según el reglamento del sistema de acreditación para prestadores institucionales de salud la Intendencia de prestadores en su artículo 1° menciona que la acreditación de los prestadores institucionales está destinada a evaluar el cumplimiento de los estándares fijados con el objeto de velar porque las prestaciones que otorgan revistan la calidad necesaria para resguardar la seguridad de sus usuarios. En su artículo 2° define Acreditación como “un proceso periódico de evaluación respecto del cumplimiento de los estándares mínimos fijados por el MINSAL, por parte de los prestadores institucionales autorizados por la autoridad sanitaria para funcionar, tales como: hospitales, clínicas, centros médicos y laboratorios” (2007, pp. 3).

2.2.11 Acreditación y ambulancias en Chile.

En la actualidad no existe un estándar general de acreditación para servicio de traslado de pacientes. En el actual manual del estándar general de acreditación para prestadores

institucionales de atención cerrada (Superintendencia de Salud, s.f.) o abierta, se incluyen 9 ámbitos a abordar, donde existe un ámbito de servicios de apoyo diagnóstico o tratamiento en el que se encuentra el componente unidad de transporte de pacientes o servicio de movilización (APT) que refiere que “el transporte de pacientes se efectúa en condiciones que garantizan su seguridad”, dentro de sus características se identifican las siguientes:

Característica 1: Los sistemas de transporte de pacientes comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.

- En donde se constata que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados, es decir con autorización sanitaria vigente.

Característica 2: El proceso de transporte de pacientes cumple con condiciones mínimas de seguridad. En donde se debe describir:

- Tipos de móvil, su equipamiento y personal.
- Procedimientos relacionados con la fijación y disposición del paciente y acompañantes en el móvil.
- Procedimiento de entrega de pacientes al centro receptor y límites de responsabilidad establecidos.
- Y donde se debe constatar por el evaluador: Sistema de fijación y disposición del paciente en el móvil. Condición de operación de equipamiento de soporte (de acuerdo con la complejidad del móvil). Condiciones operativas del móvil (revisión técnica vigente) (pp. 36).

2.2.12 Estándar mínimo a abordar en una empresa de traslado de pacientes.

En vista de que no se cuenta con estándares exigidos en ámbito de calidad y seguridad para las empresas de traslados de pacientes, se vuelve fundamental establecer mínimos necesarios con el fin de brindar calidad y seguridad en la atención del paciente que se traslada y seguidamente entregar continuidad de la atención clínica: a) para que no se vulneren los avances del paciente en el tratamiento brindado en el centro de origen, b) para que la recepción de los pacientes en el centro de destino sea satisfactoria y continúen con su tratamiento.

Por las razones antes mencionadas, a continuación se enlistarán los mínimos necesarios con los que debería contar una empresa privada de traslados de pacientes para implementar un programa de calidad y seguridad de la atención del paciente que se traslada. La autora basará estos requisitos en el estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención cerrada (Superintendencia de Salud, s.f.), siendo los siguientes:

- Dignidad del paciente (pp. 22):
 - Definición de derechos explícitos informados en los canales hacia los usuarios.
 - Gestión de reclamos.
 - Medición de la percepción de los usuarios sobre el respeto de sus derechos y sobre la calidad de la atención.
 - Consentimiento informado para realizar los traslados.

- Política y programa de calidad (pp. 24):
 - Definición de política explícita de mejora continua de la calidad y un programa estructurado con evaluación anual relacionada con la seguridad de los pacientes.
 - Responsable de calidad y seguridad del paciente que se traslada.

- Gestión clínica (pp.25):
 - Evaluación clínica previo al traslado.
 - Manejo de enfermería en usuarios con elementos invasivos como: tubo endotraqueal y/o vía venosa central y/o vía venosa periférica.
 - Manejo de enfermería en usuarios en ventilación mecánica.
 - Manejo de enfermería en usuarios que requieren administración de medicamentos endovenosos.
 - Manejo del dolor.
 - Reanimación cardiopulmonar avanzada (RCP).
 - Contención física para usuarios con agitación psicomotora.
 - Identificación de usuarios.
 - Prevención de eventos adversos asistenciales como error de la administración de medicamentos.
 - Prevención de eventos adversos asistenciales como caídas.
 - Prevención de eventos adversos asistenciales como úlceras por presión (lesión por presión).
 - Vigilancia de eventos adversos y manejo de incidentes.
 - Cuenta con responsables de liderar de las acciones de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS).
 - Manejo de precauciones estándares.
 - Manejo de precauciones adicionales.
 - Manejo de residuos de establecimientos de atención de salud (REAS).

- Acceso, oportunidad y continuidad de la atención (pp.28):
 - Atención inmediata en situación de riesgo vital.
 - Derivación de usuarios.
 - Sistema de entrega de turno.

- Recurso humano (pp. 29):
 - Personal médico, enfermero y tens acreditados como prestadores individuales de salud.
 - Personal conductor con licencia de conducir vigente.
 - Programa de inducción y orientación.
 - Programa de capacitación de IAAS y RCP.
 - Riesgo biológico y cortopunzante.
 - Evaluación periódica de actualización de vacunas del personal de traslado.

- Registros (pp. 31):
 - Manejo de ficha clínica.
 - Sistema estandarizado de registros clínicos.
 - Informes con prestaciones realizadas.
 - Almacenamiento de fichas clínicas.

- Equipamiento médico (pp. 32):
 - Adquisición de equipamiento médico.
 - Seguimiento de vida útil del equipamiento crítico.
 - Programa de mantenimiento preventivo del equipamiento médico.
 - Perfil técnico-profesional del personal que opera los equipos médicos.

- Farmacia (pp. 34):
 - Adquisición de insumos y medicamentos.
 - Stock mínimo de medicamentos e insumos.
 - Procedimientos relacionados con medicamentos.
 - Procedimientos relacionados con insumos.

- Esterilización (pp. 35):
 - Autorizaciones sanitarias vigentes.

- Subcontratación terceros (ambulancias externas) (pp.35):
 - Autorizaciones sanitarias vigentes.
 - Condiciones mínimas de seguridad (fijación y disposición del paciente en la ambulancia).
 - Condiciones operativas de la ambulancia y revisión técnica vigente.
- Instalaciones (pp. 33):
 - Evaluación riesgo de incendio.
 - Plan de evacuación.
 - Mantiene funcionalidad de la señalética de las vías de evacuación.
 - Programa de mantenimiento preventivo de las instalaciones relevantes para la seguridad.
 - Plan de contingencia en caso de interrupción del suministro eléctrico y de agua potable.

Estas características extraídas del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención cerrada (Superintendencia de Salud, s.f.), se deberán aplicar en la empresa privada de traslado de pacientes, a partir de la creación de protocolos que generarán cada uno un indicador. La medición de estos indicadores con su periodicidad y la designación de su responsable deberá incorporarse al programa de calidad y seguridad, en conjunto con la definición de la política de calidad de la empresa y los otros componentes del programa.

2.3 Datos cualitativos y cuantitativos que aportan información que ayuda a caracterizar la situación actual.

A continuación se describen datos cualitativos y cuantitativos de la empresa Movicare:

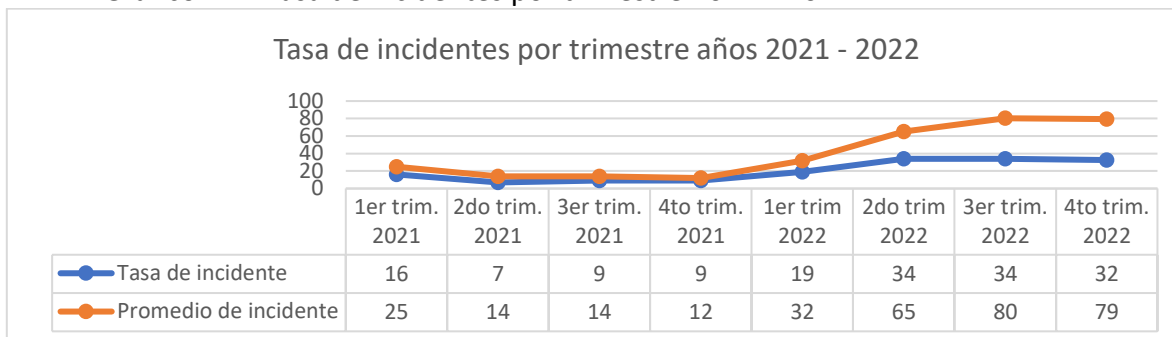
- Tipos de traslados:
 - Adulto: usuario mayor a 14 años.
 - Pediátrico: desde el mes de vida hasta 13 años 11 meses, 29 días.
 - Neonatal: hasta el mes de vida.
- Complejidad de traslados:
 - Básico: traslado con TENS y conductor.
 - Profesionalizado: traslado con Enfermera(o), TENS y conductor.
 - Medicalizado: traslado con a) médico, enfermera(o), TENS y conductor, b) médico, enfermera(o) y conductor o c) médico, TENS y conductor.

- Número de traslados realizados por Movicare el año 2021: 1898 traslados.
 - Número de traslados terrestres 2021: 1530 traslados.
 - Número de traslados aéreos 2021: 368 traslados (no se realizan traslados aéreos desde julio 2022).
- Número traslados realizados por Movicare el año 2022: 2489 traslados terrestres.
- Cantidad de personal de traslado (personal clínico y conductores):
 - Personal clínico contratado para traslados 3 complejidades: 2 tens (a partir del año 2022).
 - Personal clínico contratado para traslados básicos por licitación: 5 tens (a partir del año 2022).
 - Personal conductor contratado: 2 conductores (a partir del año 2022).
 - Personal conductor contratado para traslados básicos por licitación: 8 conductores (a partir del año 2022).
 - Personal de llamado (honorarios):
 - 5 tens.
 - 15 enfermeras(os).
 - 5 médicos.
 - 9 conductores:
- Número de ambulancias operativas al término del año 2022: 9 ambulancias.
- Documentos de traslado: revisión mensual de documentación completada correctamente.
 - Autorización médica.
 - Consentimiento informado.
 - Planilla de oxígeno.
 - Check list traslado.
 - Fichas de traslado.
- Equipamiento médico crítico:
 - Tipos:
 - Ventilador mecánico.
 - Incubadora.
 - Monitor multiparámetros.
 - Desfibrilador.
 - Bombas de infusión continua.
 - Bombas jeringas.

- Mantenimiento preventivo equipos críticos: cada 6 meses.
- Protocolo de mantenimiento preventivo de equipamiento médico crítico con cumplimiento del indicador año 2022: 100%
- Fractal: programa de activos donde se ingresan los mantenimientos preventivos y correctivos.
- Gastos mantenimiento correctivo año 2022: \$2.037.534.-

A partir del año 2021 se ha incentivado a aumentar el reporte de incidentes con el fin de dar respuesta con una solución oportuna a cada uno de ellos. A continuación, se grafica tasa y promedio de incidentes desde el año 2021.

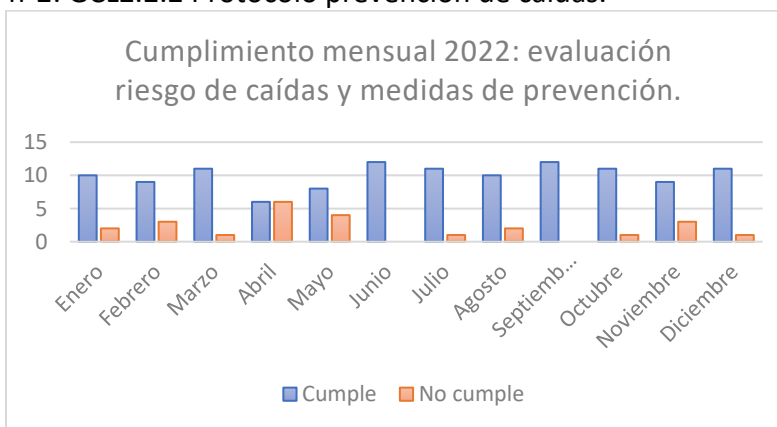
- Gráfico n°1: Tasa de incidentes por trimestre 2021 – 2022.



Fuente: Gráfico creado por la autora de la presente AFE, 2023.

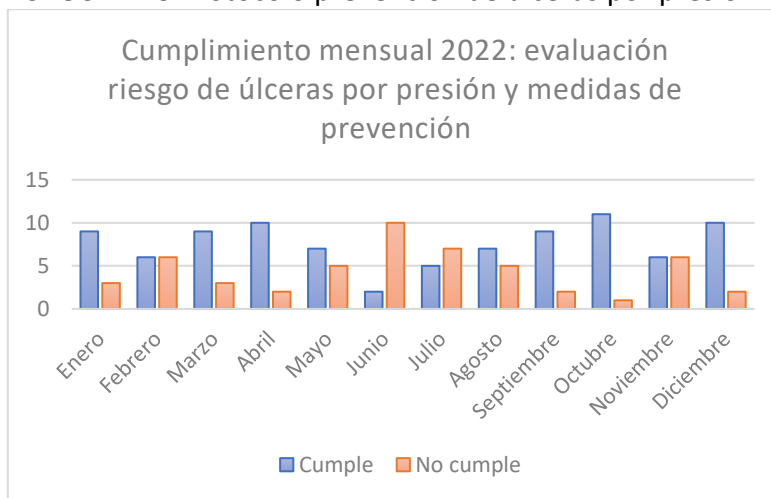
Además se crean e implementan algunos protocolos basados en exigencias planteadas en el estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención cerrada. Se realiza medición periódica de los indicadores, por lo que a continuación se presentan algunos de los resultados en año 2022.

- Cumplimiento del indicador del protocolo prevención de caídas año 2022: 83,3%
- Gráfico n°2: GCL2.2.2 Protocolo prevención de caídas.



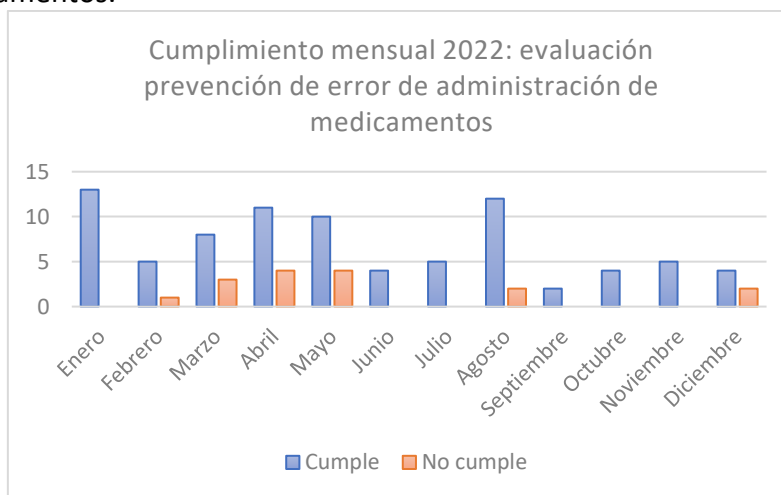
Fuente: Gráfico creado por la autora de la presente AFE, 2023.

- Cumplimiento del indicador del protocolo prevención de úlceras por presión año 2022: 63,3%
- Gráfico n°3: GCL2.2.3 Protocolo prevención de úlceras por presión.



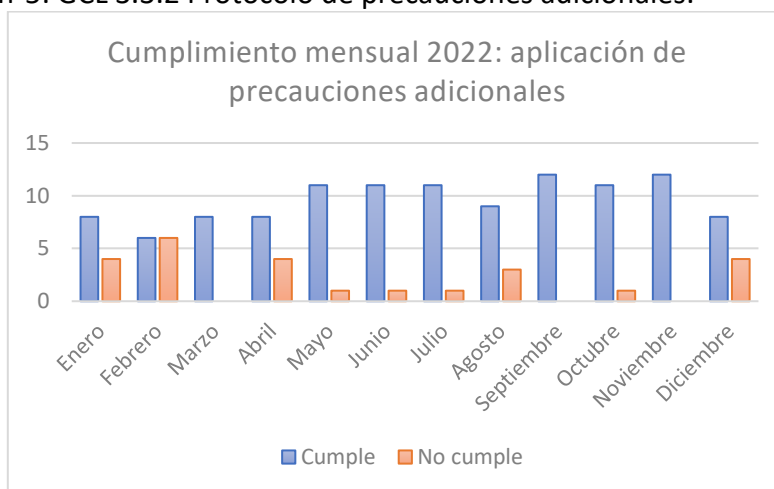
Fuente: Gráfico creado por la autora de la presente AFE, 2023.

- Cumplimiento del indicador del protocolo prevención error de administración de medicamentos año 2022: 83,8%
- Gráfico n°4: GCL2.2.1 Protocolo prevención de error de administración de medicamentos.



Fuente: Gráfico creado por la autora de la presente AFE, 2023.

- Cumplimiento del indicador del protocolo de precauciones adicionales año 2022: 81,1%
- Gráfico n°5: GCL 3.3.2 Protocolo de precauciones adicionales.



Fuente: Gráfico creado por la autora de la presente AFE, 2023.

A partir del año 2021 se crea protocolo de gestión de reclamos, en el que se determina la existencia de un análisis de la situación acontecida, con descripción del reclamo, de los sucesos objetivos, con la formulación las opciones de mejora y respuesta antes de los 15 días hábiles de ocurrido el reclamo.

- Tabla n°3: Número reclamos, tasa de reclamos y promedio demora en días de respuesta.

Período	Total de traslados	Total de reclamos	Tasa reclamos	Promedio días de demora* en responder reclamo por trimestre
1er trimestre 2021	475	4	0,8	7,3
2do trimestre 2021	554	5	0,9	1,2
3er trimestre 2021	459	4	0,9	0,8
4to trimestre 2021	401	7	1,7	2,1
1er trimestre 2022	491	7	1,4	1,7
2do trimestre 2022	563	5	0,9	2,4
3er trimestre 2022	701	6	0,9	6,0
4to trimestre 2022	734	4	0,7	1,5

Fuente: Tabla creada por la autora de la presente AFE, 2023.

*Días corridos de demora. Según la Ley 20.584 en su título II, artículo 11, el plazo máximo para emitir la respuesta a los reclamos será de quince días hábiles, contados desde el día hábil siguiente a la recepción de este.

Además se comienza a llevar un control más exhaustivo de la aplicación de la encuesta de satisfacción usuaria. El aumento considerable de la aplicación de encuestas desde el tercer trimestre 2022 se debe a que se comienza a aplicar un nuevo formato de encuesta.

- Tabla n°4: Porcentaje de realización de encuestas de satisfacción usuaria.

Período	Total de traslados	Total de encuestas	% realización de encuestas
1er trimestre 2021	475	46	10
2do trimestre 2021	554	37	7
3er trimestre 2021	459	37	8
4to trimestre 2021	401	31	8
1er trimestre 2022	491	59	12
2do trimestre 2022	563	69	12
3er trimestre 2022	701	235	34
4to trimestre 2022	734	350	48

Fuente: Tabla creada por la autora de la presente AFE, 2023.

2.4 Objetivo que busca el desarrollo de la AFE.

El objetivo de la presente Actividad Formadora Equivalente (AFE) es diseñar un programa de calidad y seguridad para mejorar la atención al usuario que se traslada, contribuyendo a la política de la empresa por medio de marco lógico.

3. Metodología.

3.1 Aplicación de la metodología de marco lógico a la realidad seleccionada.

En el contexto de las organizaciones de salud, el Marco Lógico es un enfoque que se aplica con el propósito de abordar un problema, permitiendo una adecuada identificación, caracterización y categorización del mismo, para diseñar una intervención que permita enfrentar dicho problema. De este modo, se puede lograr una adecuada planificación, implementación, seguimiento y evaluación de la intervención que se seleccionó. En el caso de la presente AFE, el enfoque de Marco Lógico se aplicará al problema de asegurar la calidad y seguridad en la atención al usuario que es trasladado en el sistema de traslado de pacientes en ambulancias de la empresa Movicare.

3.2 Identificación de actores clave.

Equipo de planificación y equipo gestor:

- Director médico Dr. Javier Cifuentes Recondo.
- Coordinación de operaciones clínicas Enfermera Tamara Riveros Rodríguez.

3.3 Técnicas y/o instrumentos metodológicos que se utilizaron en las diferentes etapas de la formulación del programa.

3.3.1 Etapa analítica.

3.3.1.1 Descripción del problema:

- Lluvia de ideas.
- Matriz de priorización de problemas:
 - Para ponderar los problemas identificados, se sugiere asignar valores a cada criterio para un determinado problema (alto = 3, medio = 1, nulo = 0) y realizar un análisis cuantitativo (Organización panamericana de la salud [OPS], s.f., pp. 13).

3.3.1.2 Análisis de involucrados:

- Se realiza una tabla donde se definen los actores incluyendo al equipo gestor.
- Se identifican los problemas percibidos.
- Se identifican intereses y mandatos visualizando el apoyo y/u oposición generará la intervención en los diferentes actores.
- Variable poder (bajo = 1, medio bajo = 2, medio = 3, medio alto = 4, alto = 5).
- Variable interés: efecto positivo (bajo = 1, medio = 2, alto = 3) y efecto negativo (bajo = -1, medio = -2, alto = -3). Rango 0 cuando el resultado es indiferente para ambos.
- Se debe multiplicar las columnas de poder e interés para obtener resultado final, que significará el poder o magnitud de los acuerdos/conflictos que cada actor involucrado puede representar en relación a una estrategia de intervención posible.

El resultado puede variar entre -15 (indica un actor con mucha capacidad de incidencia y con alta oposición) y +15 (indica un actor con mucha capacidad de incidencia y muy favorable de la posible intervención) (OPS, s.f., pp. 18-19).

3.3.1.3 Análisis de problemas:

- **Árbol de problemas:** técnica que facilita identificar los problemas más importantes y las relaciones de causa – efecto, permitiendo visualizar esas relaciones a partir de organizarlas gráficamente (OPS, s.f., pp. 22).

3.3.1.4 Análisis de objetivos:

- Se realiza para establecer y describir como sería en el futuro la situación actual cuando el problema esté solucionado como resultado del proyecto (OPS, s.f., pp. 25).
- **Árbol de objetivos:** el árbol de problemas se transformará en un árbol de objetivos al reformular las expresiones negativas en expresiones positivas. Lo que anteriormente se había identificado como causas, ahora pasan a ser los medios y lo que eran efectos ahora serán los fines. (OPS, s.f., pp. 26).

3.3.1.5 Análisis de alternativas:

- Identificar las posibles soluciones alternativas que potencialmente conducirán al logro de los objetivos identificados (OPS, s.f., pp. 29).
- Se debe:
 - Establecer los criterios a través de los cuales se seleccionará la alternativa más apropiada.
 - Identificar los objetivos a excluir.
 - Identificar diferentes etapas de “medios-fines” como posibles estrategias alternativas para el proyecto.
 - Analizarlas de acuerdo a los criterios establecidos.
- Seleccionar la alternativa que representa la mejor estrategia para el proyecto (OPS, s.f., pp. 30).

3.3.2 Fase planificación.

- En la etapa de planificación las conclusiones obtenidas y las decisiones tomadas en la etapa analítica deben volcarse en la configuración del proyecto. Éste último debe reflejar el proceso de diseño que se ha llevado a cabo hasta ese momento e incluir la definición de cuatro elementos: objetivos, indicadores, medios de verificación y supuestos (OPS, s.f., pp. 32-33).
- **Objetivos por jerarquía:**

- Fin: indica la razón del proyecto, el objetivo superior al cual el proyecto contribuye.
- Propósito: efecto directo e inmediato logrado cuando el proyecto ha sido ejecutado y los beneficiarios se apropian de los bienes y servicios generados por el mismo.
- Resultados: bienes y servicios producidos y entregados por el proyecto.
- Actividades: acciones y recursos que debe ejecutar el proyecto para producir resultados (OPS, s.f., pp. 35).
- Indicadores: definen el contenido de los objetivos correspondientes al fin, propósito y a los resultados en términos de cantidad, calidad y tiempo. En el caso de las actividades deben reflejar los recursos presupuestarios programados, y que en su conjunto conforman todos los recursos de este tipo de proyecto (OPS, s.f., pp. 43).
- Medios de verificación: describen las fuentes de información que deberán utilizarse para obtener los datos y establecer los valores de cada indicador, pudiendo demostrar así lo que se ha realizado y alcanzado (OPS, s.f., pp. 47).
- Supuestos: representan condiciones externas que deben existir para que el proyecto tenga éxito pero que no están bajo el control directo del gerente del proyecto (OPS, s.f., pp. 48).

3.3.3 Fase de ejecución.

Según OPS (s.f.) la fase de ejecución toma la lista de actividades necesarias definidas en el marco lógico, las desagrega al nivel de tareas (si es necesario en subtareas) y presenta un gráfico de cuándo comenzará y cuándo terminará cada tarea y actividad. También asigna la responsabilidad de llevar a cabo cada actividad a una organización o personal. Permite que el equipo de gestión evalúe si el tiempo fijado para terminar el proyecto es realista. También permite distribuir y coordinar tareas cuando están participando varias instituciones.

Para determinar el plan de ejecución se debe:

- Desagregar las actividades en tareas y subtareas.
- Asignar a cada tarea y subtarea fecha de inicio y finalización.
- Asignar el presupuesto necesario para su realización.
- Asignar responsables para llevarlas a cabo. Las responsabilidades pueden ser para realizarlas, para evaluarlas y para supervisarlas.
- Asignar los recursos restantes que sean necesarios (pp. 52).

3.3.4 Control de calidad.

Para verificar el diseño y planificación del proyecto, se utilizó un esquema de verificación del diseño del proyecto (OPS, s.f., pp. 52).

4. Fase analítica.

4.1 Descripción del problema o necesidad que se detectó.

4.1.1 Identificación y priorización de problemas utilizando la metodología de priorización de problemas que previamente se describió y fundamentó en el capítulo de metodología de la AFE.

La necesidad pesquisada está relacionada con la calidad y seguridad en el traslado de pacientes.

Se aplicó la técnica lluvia de ideas, encontrando cuatro necesidades. Estas necesidades se sometieron a una matriz de priorización de problemas, en la que a cada necesidad se le brinda un puntaje, la necesidad que alcanzó mayor puntaje es la que tiene mayor impacto para la empresa y para el sistema de traslados en Chile.

4.1.2 Selección y justificación de la importancia del problema seleccionado en relación a otros problemas y necesidades.

- Lluvia de ideas: se identifican los siguientes problemas:
 - A. Deficiencias en programa o aplicación sobre la “gestión de traslado”, ya que no integra todo lo necesario para la coordinación, gestión y realización del traslado.
 - B. Disminución de recurso humano que brinda disponibilidad de llamado para realizar traslados.
 - C. Inexistencia de área mecánica y eléctrica para revisión semanal de ambulancias.
 - D. Inexistencia de programa de calidad y seguridad del paciente.

- En la matriz de priorización de problemas, se mide:
 - Características y magnitud de la población afectada.
 - Prioridad en los lineamientos de las autoridades.
 - Gobernabilidad (capacidad del equipo de gestión para incidir sobre el problema).
 - Incidencia sobre otros problemas.

- Tabla n°5: Matriz de priorización de problemas.

Crterios	Problema A	Problema B	Problema C	Problema D
Características y magnitud	1	3	1	3
Prioridad	1	3	1	3
Gobernabilidad	1	1	1	3
Incidencia sobre otros problemas	0	1	1	3
Puntaje total	3	8	4	12

Fuente: Tabla creada por la autora de la presente AFE, 2023.

Problema priorizado: Inexistencia de programa de calidad y seguridad en traslados de usuarios.

Según los reglamentos actuales, se asegura que los terceros (ambulancia y avión ambulancia) cuenten con autorización sanitaria vigente y mínimos a cumplir en cuanto a la seguridad del traslado por tratarse de un vehículo sanitario y no por la necesidad clínica de seguridad y calidad en la atención del usuario.

4.2 Análisis de involucrados.

4.2.1 Identificación de los actores involucrados.

Los actores involucrados son:

- Usuarios.
- Equipos de traslado (médico, enfermera(o), TENS, conductor).
- Área gestión clínica Movicare.
- Centros de origen.
- Centros de destino.
- Ministerio de salud.

4.2.2 Análisis de la percepción de los problemas desde la perspectiva de los actores involucrados (cómo cada actor percibe el origen de cada problema: cuáles era las causas o problemas asociados que lo determinaban).

Se asume que los actores que se encuentran en la primera línea de la necesidad “usuarios”, “equipos de traslados” y “área gestión clínica Movicare” presentan mayor preocupación porque el problema se resuelva a tiempo. No obstante, no ha nacido de los equipos clínicos mejorar las prácticas a nivel de traslados.

Por parte de los centros de origen y destino, en su mayoría los problemas son por tiempo de demora y en minoría debido a cuestionamientos por calidad y seguridad de la atención al momento de trasladar al usuario.

Se asume que el actor Ministerio de salud lo observa como un problema macro, debido a que aún no se incorpora un estándar de calidad para la atención en traslados de ambulancias (Tabla n°7).

4.2.3 Identificación de intereses y mandatos que cada actor involucrado posee y defiende en relación con el problema fundamental que aborda la AFE.

El actor “gestión clínica Movicare” espera que se regule oportunamente el marco de atención en traslados.

El actor “usuario” en general no posee las herramientas para exigir una atención de calidad y segura en un traslado en ambulancia, no obstante, a nivel de toda la red, los usuarios están dejando de ser pacientes y poco a poco están solicitando lo necesario para mejorar

su condición de salud, por lo que no sería de extrañar que, en un corto tiempo si el problema no se resuelve, se visibilizará una atención con estándares de calidad disminuidos. El actor “equipo de traslado” presentará en general interés por mantener la atención brindada hasta el momento, resistiendo al cambio. El interés de los otros actores es más general ya que como se menciona anteriormente, no ha existido mayor interés por regular los traslados en Chile (Tabla n°7).

4.2.4 Identificación de las cuotas de poder o capacidad de incidir (los recursos de poder económico, político, institucional o de otra índole) que poseen los diferentes actores involucrados para imponer o defender sus intereses o sus mandatos en relación al problema analizado.

El poder del actor “usuarios” es bajo, debido a que no se encuentra familiarizado con los criterios de calidad y seguridad en la atención clínica, por lo que generalmente no defiende su postura e intereses.

El poder de los equipos de traslado es alto, debido a que son los que realizan el traslado, están en contacto con el usuario y colocan en práctica o no los aprendizajes adquiridos durante sus años de experiencia y en la empresa.

Al involucrado “área gestión clínica Movicare” se le otorga poder alto, debido a que es uno de los actores principales para la creación del programa de calidad y seguridad para la empresa, optando por modificar la atención que se brinda en los traslados de usuarios y autorregular la seguridad y calidad que se entrega (Tabla n°7).

El poder de los centros de origen y destino tienen bajo poder, debido a que no exigen un cierto estándar de traslado.

El poder del “Ministerio de salud” es inversamente proporcional al del actor “usuarios”, ya que cuenta con valor alto y claramente impondría las normas de realización de procesos y procedimientos de manera adecuada y oportuna.

4.2.5 Identificación de intereses de los actores involucrados en las posibles intervenciones. Los actores “usuarios” y “área gestión clínica Movicare” poseen interés positivo y se le asigna alto puntaje por lo mencionado anteriormente (Tabla n°7).

Empíricamente se resuelve que el interés de los equipos de traslado es positivo, pero es bajo.

Centros de origen, destino y MINSAL con interés positivo y bajo.

4.2.6 Identificación de acuerdos o conflictos que se prevé que podrían desarrollarse con cada uno de los actores involucrados.

Un conflicto importante es que el “equipo de traslado” cuenta con bastante resistencia al cambio, sin querer abandonar patrones establecidos que imponen realizar el trabajo de una forma que no corresponde. Por lo que podría frenar la implementación del programa.

Otro conflicto detectado es que los “centros de origen o destino” se nieguen a realizar traslados con la empresa por la pérdida de continuidad de la atención.

4.2.7 Construcción de la matriz de involucrados (poder, interés, valor).

▪ Tabla n°6: Matriz de involucrados.

Actores	Problema percibido (¿Cómo los está afectando el problema?)	Intereses y mandatos (¿Qué podrían esperar ellos del proyecto?)	Poder	Interés		Valor
				+	-	
Usuarios	Insatisfacción por deficiencias en la atención recibida por inexistencia de estándares mínimos de atención de salud segura y de calidad.	Recibir trato digno, atención de salud segura y de calidad en el traslado.	1	(+3)		(+3)
Equipo de traslado	Cultura obsoleta para traslado de usuarios.	Gestión del cambio / resistencia al cambio	5	(+1)		(+5)
Área gestión clínica Movicare	Incertidumbre por la inexistencia de marco regulatorio de los traslados de pacientes.	Satisfacer las necesidades de los usuarios que se trasladan por la empresa, entregando atención segura y de calidad, con revisión continua de cumplimiento de estándares.	5	(+3)		(+15)
Centros de origen	Pierden la continuidad de la atención y los posibles avances en el tratamiento al usuario.	Aseguramiento de continuidad de atención clínica.	1	(+1)		(+1)
Centros de destino	Insatisfacción al recibir usuarios en los que se ha perdido la continuidad de la atención entregada en centros de origen y/o durante traslado no se entrega atención al usuario segura y de calidad.	Aseguramiento de continuidad de atención clínica. Recepción de usuarios a los que se le aplica atención segura y de calidad.	1	(+2)		(+2)
Ministerio de salud	Aumento de eventos adversos en la atención de usuarios que se trasladan a nivel público y privado.	Satisfacer las necesidades de los usuarios que reciben atención y se trasladan en Chile.	5	(+1)		(+5)

Fuente: Tabla creada por la autora de la presente AFE, 2023.

4.3 Análisis de problemas.

4.3.1 Análisis usando árbol de problemas.

Se establecen las causas y los efectos dada la elección del problema central: “inexistencia de programa de calidad y seguridad en traslados de usuarios”.

4.3.2 Identificación de problemas principales.

Problemas directos:

- Inexistencia de estándares mínimos de atención en traslado de usuarios.
- Protocolos de entidades que trasladan a usuarios no cuentan con periodicidad de medición del cumplimiento de sus indicadores.

Problemas indirectos:

- Inexistente fiscalización del MINSAL a entidades que trasladan usuarios
- Protocolos inadecuados o inexistentes sobre atención de calidad y segura de usuarios que se trasladan.

Problemas estructurales:

- Inexistencia de regulación del MINSAL con respecto a la forma en que se brinda atención a un usuario que se traslada (no se puede abordar).

4.3.3 Identificación y caracterización del problema central.

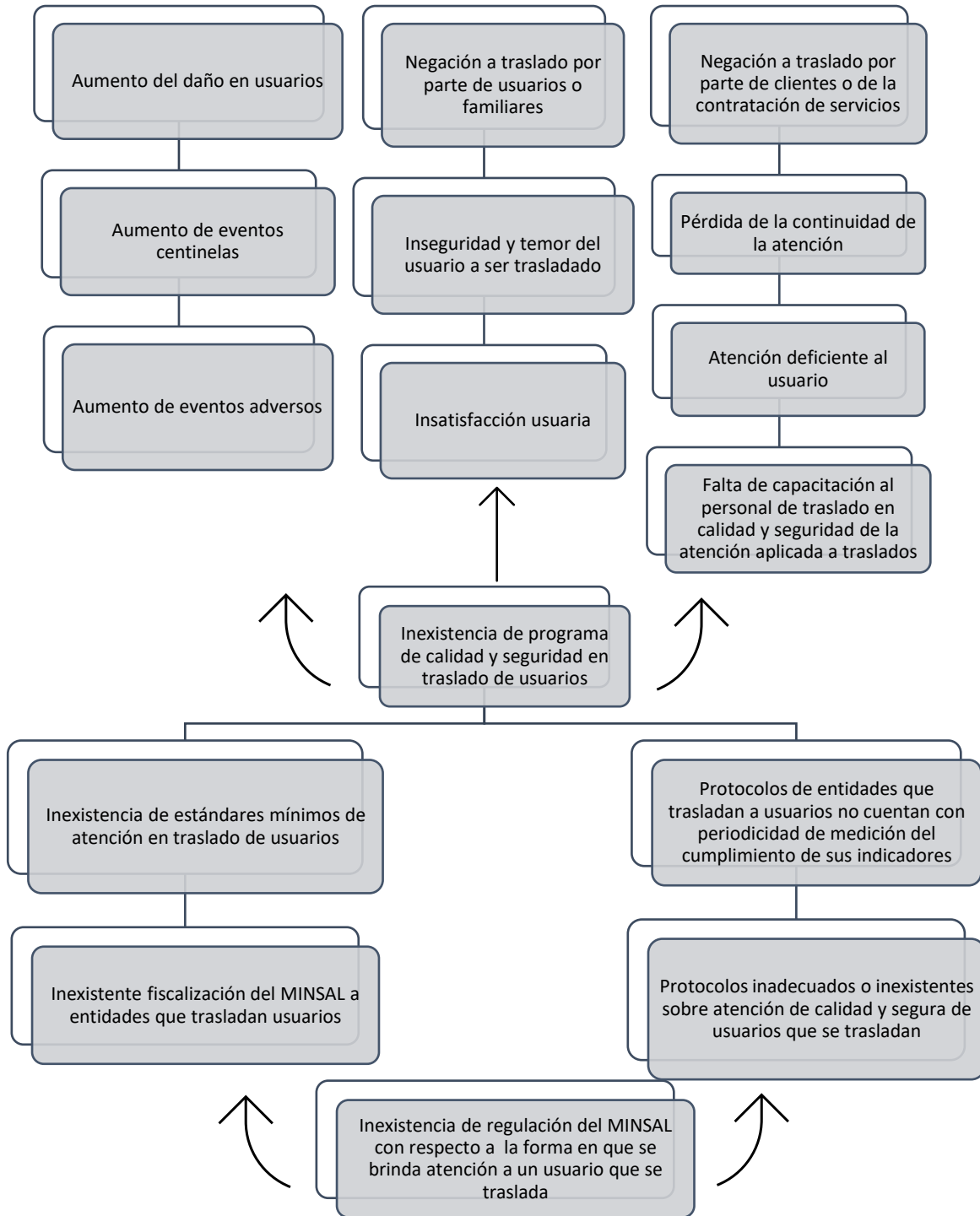
No existe en la actualidad un programa de calidad y seguridad del usuario debido a que no se cuenta con estándares mínimos planteados, revisados y aprobados por el MINSAL.

La calidad de la atención debe medirse con una periodicidad determinada con el fin de que de manera constante se controle su cumplimiento.

4.3.4 Análisis de relaciones de causa – efecto.

Sin la existencia de estándares mínimos de atención en traslados de usuarios y sin la existencia de entidades que realizan traslado que cuenten con indicadores de medición periódica, basado en un estándar propuesto, los efectos que ocurrirán son negación a traslado por parte de usuarios y/o familiares, de clientes o contratación de servicios, y el aumento de daño en usuarios que se trasladan.

4.3.5 Diagrama de Árbol de Problemas.



Fuente: Diagrama n°1 creado por la autora de la presente AFE, 2023.

4.4 Análisis de objetivos.

4.4.1 Análisis usando árbol de objetivos.

Se establecen los medios y los fines dada la elección del objetivo central: “existencia de programa de calidad y seguridad en traslados de usuarios”.

4.4.2 Análisis de viabilidad.

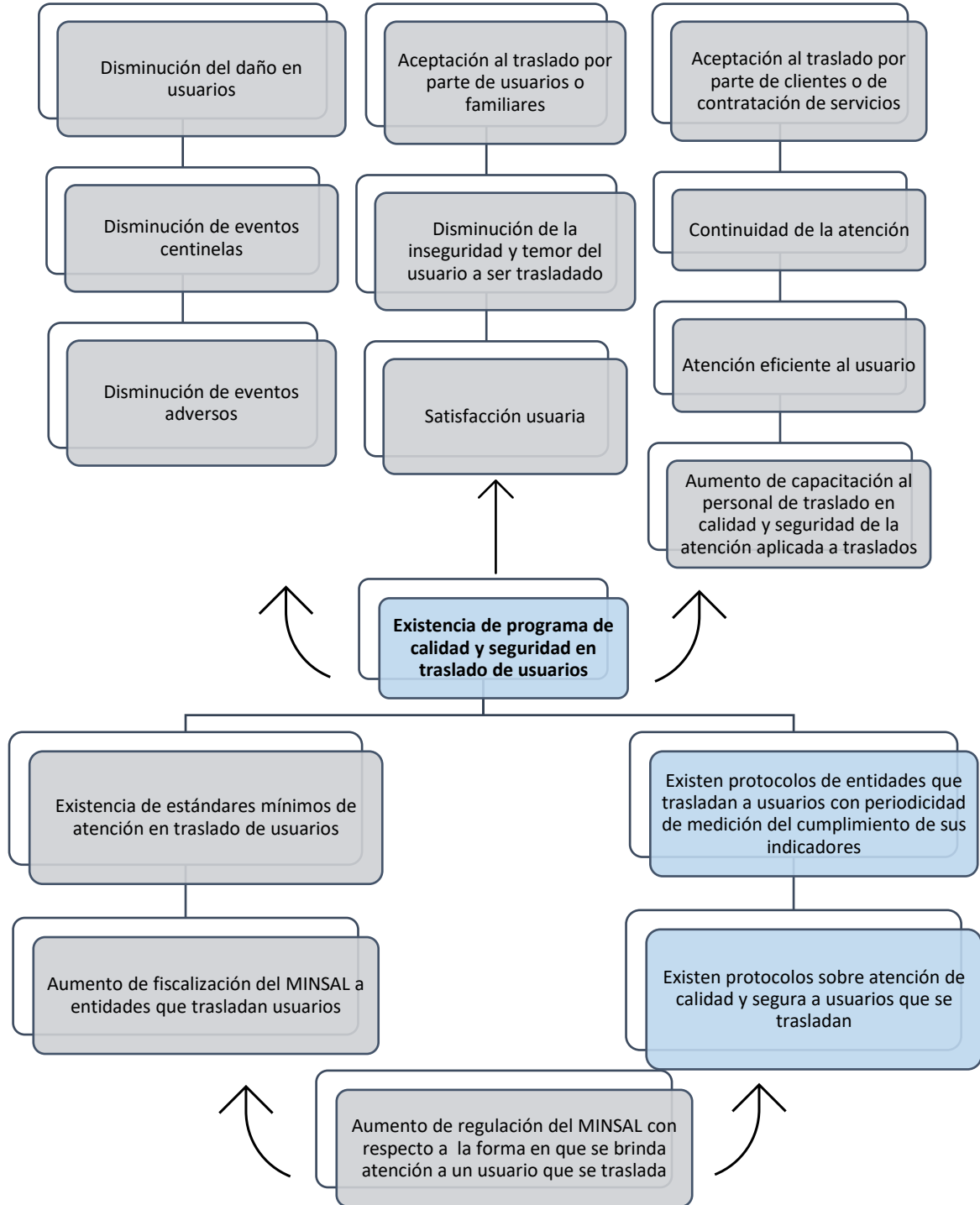
Los objetivos que el equipo gestor trabajará en la presente AFE son:

- Existencia de protocolos adecuados sobre atención de calidad y segura de usuarios que se trasladan.
- Existen protocolos de entidades que trasladan a usuarios con periodicidad de medición del cumplimiento de sus indicadores
- Formulación de programa de calidad y seguridad en traslado de usuarios.

Estos objetivos pueden ser desarrollados por el equipo de trabajo sin inconvenientes mayores ya que presentan conocimientos sobre gestión de la calidad y seguridad de la atención del paciente.

Los otros objetivos deben ser gestionados a nivel del Ministerio de Salud.

4.4.3 Diagrama de Árbol de objetivos.



Fuente: Diagrama n°2 creado por la autora de la presente AFE, 2023.

4.5 Análisis de alternativas.

4.5.1 Explicar claramente la fundamentación de la alternativa que se selecciona como intervención para la cual se desarrolló la fase de planificación.

Objetivo 1: Existencia de protocolos adecuados sobre atención de calidad y segura de usuarios que se trasladan.

- **Acciones objetivo 1:**
 - a) Crear protocolos basados en estándar de calidad de hospitalización cerrada.
 - Encargados: Equipo gestor:
 - Difundir protocolos a los equipos de traslado y a los involucrados vía página web de la empresa.

Objetivo 2: Medir del cumplimiento de sus indicadores.

- **Acciones objetivo 2:**
 - b) Crear indicadores de medición de calidad y seguridad de atención al usuario.
 - c) Crear planificación sobre la medición de los indicadores de los protocolos creados en el objetivo 1.
 - d) Cumplir con la medición periódica.
 - Encargada: coordinadora de operaciones clínicas.
 - Revisor: director médico.

Objetivo 3: Formulación de programa de calidad y seguridad en traslado de usuarios.

- **Acciones objetivo 3:**
 - e) Diseñar un programa de calidad y seguridad de la atención del usuario que se traslada según la evidencia científica, de medición periódica de indicadores.
 - f) Revisar periódicamente el cumplimiento de indicadores con el equipo gestor.
 - g) Realizar informe trimestral de calidad y seguridad del usuario.
 - h) Difundir información a los trabajadores y a los usuarios por medio de boletines o por la página web de manera trimestral.
 - Encargados: coordinadora de operaciones clínicas y director médico.
 - Revisor: director médico.

4.6 Síntesis de la etapa analítica.

1. Descripción del problema o necesidad que se detectó:
 - Lluvia de ideas:
 - A. Deficiencias en programa o aplicación sobre la “gestión de traslado”, ya que no integra todo lo necesario para la coordinación, gestión y realización del traslado.
 - B. Disminución de recurso humano que brinda disponibilidad de llamado para realizar traslados.
 - C. Inexistencia de área mecánica y eléctrica para revisión semanal de ambulancias.
 - D. Inexistencia de programa de calidad y seguridad del paciente.
 - Matriz de priorización de problemas: Programa de calidad y seguridad del paciente inexistente.
2. Análisis de involucrados:
 - a) Usuarios.
 - b) Equipos de traslado (médico, enfermera(o), TENS, conductor).
 - c) Área gestión clínica Movicare.
 - d) Centros de origen.
 - e) Centros de destino.
 - f) Ministerio de salud.

Conflicto:

 - Equipo de traslado: cuenta con bastante resistencia al cambio, sin querer abandonar patrones establecidos que imponen realizar el trabajo de una forma que no corresponde. Por lo que podría frenar la implementación del programa.
 - Centros de origen o destino: se niegan a realizar traslados con la empresa por la pérdida de continuidad de la atención.
3. Análisis de problemas:
 - Problemas directos:
 - a) Inexistencia de estándares mínimos de atención en traslado de usuarios.
 - b) Protocolos de entidades que trasladan a usuarios no cuentan con periodicidad de medición del cumplimiento de sus indicadores.
 - Problemas indirectos:
 - a) Inexistente fiscalización del MINSAL a entidades que trasladan usuarios.
 - b) Protocolos inadecuados o inexistentes sobre atención de calidad y segura de usuarios que se trasladan.

- Problemas estructurales:
 - a) Inexistencia de regulación del MINSAL con respecto a la forma en que se brinda atención a un usuario que se traslada (no se puede abordar).

- 4. Análisis de objetivos:
 - Se establecen los medios y los fines dada la elección del objetivo central: “existencia de programa de calidad y seguridad en traslados de usuarios”.
 - Los objetivos que el equipo gestor trabajará en la presente AFE son:
 - a) Creación de protocolos adecuados sobre atención de calidad y segura de usuarios que se trasladan.
 - b) Periodicidad de medición del cumplimiento de los indicadores presentes en los protocolos creados.
 - c) Formulación de programa de calidad y seguridad en traslado de usuarios.

- 5. Análisis de alternativas:
 - A continuación se describen las acciones de los 3 objetivos planteados:
 - a) Crear protocolos basados en estándar de calidad de hospitalización cerrada.
 - b) Crear indicadores de medición de calidad y seguridad de atención al usuario.
 - c) Crear planificación sobre la medición de los indicadores de los protocolos creados en el objetivo 1.
 - d) Cumplir con la medición periódica.
 - e) Diseñar un programa de calidad y seguridad de la atención del usuario que se traslada según la evidencia científica, de medición periódica de indicadores.
 - f) Revisar periódicamente el cumplimiento de indicadores con el equipo gestor.
 - g) Realizar informe trimestral de calidad y seguridad del usuario.
 - h) Difundir información a los trabajadores y a los usuarios por medio de boletines o por la página web de manera trimestral.

5. Fase de planificación.

5.1 Objetivos por jerarquía.

Se basa en el árbol objetivos desarrollado en la etapa analítica y responde a la lógica de medios y fines (OPS, s.f., pp. 37).

- Tabla n°7: Resumen narrativo de objetivos del programa.

Resumen narrativo de objetivos
FIN: Se ha contribuido a la mejora de la atención clínica en los traslados con la formulación de un programa de calidad y seguridad para la atención del usuario que se traslada.
Propósito: Se ha formulado e implementado un programa de calidad y seguridad en la atención del usuario que se traslada.
Resultados: 1). Realización del programa de calidad y seguridad. 2). Implementación del programa de calidad y seguridad.
Actividades: 1.1.1) Revisión de políticas de calidad de empresas similares y/o centros de atención cerrada. 1.1.2) Elaborar un primer borrador. 1.1.3) Presentar política de calidad a la dirección de la empresa (para aprobar). 1.1.4) Reformular política según las observaciones. 1.1.5) Presentar nuevamente. 1.1.6) Informar sobre la política de calidad al personal de la empresa. 1.2.1) Revisión misión, visión y valores de empresas similares y/o centros de atención cerrada. 1.2.2) Elaborar un primer borrador. 1.2.3) Presentar misión, visión y valores a la dirección de la empresa (para aprobar). 1.2.4) Reformular misión, visión y valores según las observaciones. 1.2.5) Presentar nuevamente. 1.2.6) Informar sobre misión, visión y valores al personal de la empresa. 1.3.1) Revisión componentes e indicadores de calidad de programas de calidad y seguridad al usuario de empresas similares y/o centros de atención cerrada. 1.3.2) Elaborar un primer borrador. 1.3.3) Presentar componentes e indicadores de calidad del programa a la dirección de la empresa (para aprobar). 1.3.4) Reformular componentes e indicadores de calidad del programa según las observaciones. 1.3.5) Presentar nuevamente. 1.3.6) Informar sobre componentes e indicadores de calidad del programa al personal de la empresa por medio de correo institucional y a través de la intranet de la empresa. 1.4.1) Revisión de protocolos de calidad y seguridad del usuario que se traslada de entidades similares y/o protocolos según el estándar de acreditación nacional de atención cerrada. 1.4.2) Según el estándar de acreditación nacional de atención cerrada, elegir los requerimientos que también se utilicen en el traslado de usuarios. 1.4.3) Elaborar un primer borrador para cada protocolo. 1.4.4) Presentar protocolos a la dirección de la empresa (para aprobar). 1.4.5) Reformular protocolos según las observaciones. 1.4.6) Presentar nuevamente. 1.4.7) Firmar protocolos por dirección médica y por quien elabora. 1.4.8) Informar sobre los protocolos creados al personal de la empresa.

- 2.1.1). Preparar material educativo sobre programa de calidad y presentar al personal de la empresa.
- 2.2.1). Enviar correo institucional para reforzar información del programa de calidad y que incluye el aviso del inicio de la implementación.
- 2.3.1). Planificación sobre la medición de los indicadores de los protocolos.
- 2.3.2). Revisión periódica de cumplimiento de indicadores de los protocolos, por el equipo gestor con pautas de evaluación.
- 2.3.3). Informe trimestral de calidad y seguridad del usuario, que incluye la presentación del cumplimiento de los indicadores de los protocolos.
- 2.3.4). Difundir información al personal y a los usuarios por medio de boletines o por la página web de manera trimestral, sobre el cumplimiento de los indicadores de los protocolos.
- 2.4.1). Planificación sobre la medición de los indicadores del programa.
- 2.4.2). Revisión periódica de cumplimiento de indicadores del programa por el equipo gestor con pautas de evaluación.
- 2.4.3). Informe trimestral de calidad y seguridad del usuario, que incluye la presentación del cumplimiento de los indicadores del programa.
- 2.4.4). Difundir información al personal y a los usuarios por medio de boletines o por la página web de manera trimestral, sobre el cumplimiento de los indicadores del programa.

Fuente: Tabla creada por la autora de la presente AFE, 2023.

5.1.1 Indicadores.

A continuación se exponen los indicadores por cada nivel de objetivos.

▪ **Tabla n°8: Indicadores según marco lógico.**

Resumen narrativo de objetivos	Indicadores
FIN: Se ha contribuido a la mejora de la atención clínica en los traslados con la creación de un programa de calidad y seguridad para la atención del usuario que se traslada.	1). Disminución del 50% de los eventos adversos al término del segundo año de iniciado el proyecto.
Propósito: Se ha formulado e implementado un programa de calidad y seguridad en la atención del usuario que se traslada.	1.1). Formulación del 100 % del programa el primer semestre 2023. 1.2). Implementación del 100% del programa al término del segundo año de iniciado el proyecto.
Resultados: 1). Realización del programa de calidad y seguridad: 1.1). Elaboración de política de calidad para la empresa de manera explícita. 1.2). Elaboración de misión, visión y valores de forma participativa. 1.3). Definición de los componentes e indicadores de calidad del programa. 1.4). Elaboración de protocolos de calidad y seguridad del usuario que se traslada utilizando como referencia el estándar nacional de acreditación de atención cerrada. 2). Implementación del programa de calidad y seguridad: 2.1 Informar y capacitar al personal sobre los indicadores de calidad y seguridad del usuario que se traslada que se van a medir según protocolos (micro medición) y según el programa (macro medición). 2.2). Inicio la implementación. 2.3). Medición de indicadores de protocolos de calidad y seguridad del usuario que se traslada. 2.4). Medición de indicadores del programa de calidad y seguridad del usuario que se traslada.	1.1). Política de calidad explícitamente definida al primer semestre del 2023. 1.2). Misión, visión y valores definidos al primer semestre del 2023. 1.3). Componentes e indicadores disponibles en la intranet de la empresa el primer semestre del 2023. 1.4) Protocolos de calidad y seguridad del usuario que se traslada creados al primer semestre del 2023. 2.1) Educación en calidad realizada al personal de la empresa el primer semestre 2023. 2.2). Información del programa de calidad y seguridad del usuario que se traslada que incluye el aviso del inicio de la implementación, enviado el primer semestre 2023. 2.3) Cumplimiento 70% de los indicadores de los protocolos de calidad y seguridad del usuario que se traslada al término del segundo semestre 2024. 2.4). Se logra el 90% del cumplimiento de indicadores del programa de calidad y seguridad del usuario que se traslada al término del segundo semestre 2024.

<p>Actividades:</p> <p>1.1.1) Revisión de políticas de calidad de empresas similares y/o centros de atención cerrada.</p> <p>1.1.2) Elaborar un primer borrador.</p> <p>1.1.3) Presentar política de calidad a la dirección de la empresa (para aprobar).</p> <p>1.1.4) Reformular política según las observaciones.</p> <p>1.1.5) Presentar nuevamente.</p> <p>1.1.6) Informar sobre la política de calidad al personal de la empresa.</p> <p>1.2.1) Revisión misión, visión y valores de empresas similares y/o centros de atención cerrada.</p> <p>1.2.2) Elaborar un primer borrador.</p> <p>1.2.3) Presentar misión, visión y valores a la dirección de la empresa (para aprobar).</p> <p>1.2.4) Reformular misión, visión y valores según las observaciones.</p> <p>1.2.5) Presentar nuevamente.</p> <p>1.2.6) Informar sobre misión, visión y valores al personal de la empresa.</p> <p>1.3.1) Revisión componentes e indicadores de calidad de programas de calidad y seguridad al usuario de empresas similares y/o centros de atención cerrada.</p> <p>1.3.2) Elaborar un primer borrador.</p> <p>1.3.3) Presentar componentes e indicadores de calidad del programa a la dirección de la empresa (para aprobar).</p> <p>1.3.4) Reformular componentes e indicadores de calidad del programa según las observaciones.</p> <p>1.3.5) Presentar nuevamente.</p> <p>1.3.6) Informar sobre componentes e indicadores de calidad del programa al personal de la empresa por medio de correo institucional y a través de la intranet de la empresa.</p> <p>1.4.1) Revisión de protocolos de calidad y seguridad del usuario que se traslada de entidades similares y/o protocolos según el estándar de acreditación nacional de atención cerrada.</p> <p>1.4.2) Según el estándar de acreditación nacional de atención cerrada, elegir los requerimientos que también se utilicen en el traslado de usuarios.</p>	<p>1). Presupuesto actividad 1: \$1.264.977</p> <p>2). Presupuesto actividad 2: \$611.100</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

<p>1.4.3) Elaborar un primer borrador para cada protocolo.</p> <p>1.4.4) Presentar protocolos a la dirección de la empresa (para aprobar).</p> <p>1.4.5) Reformular protocolos según las observaciones.</p> <p>1.4.6) Presentar nuevamente.</p> <p>1.4.7) Firmar protocolos por dirección médica y por quien elabora.</p> <p>1.4.8) Informar sobre los protocolos creados al personal de la empresa.</p> <p>2.1.1). Preparar material educativo sobre programa de calidad y presentar al personal de la empresa.</p> <p>2.2.1). Enviar correo institucional para reforzar información del programa de calidad y que incluye el aviso del inicio de la implementación.</p> <p>2.3.1). Planificación sobre la medición de los indicadores de los protocolos.</p> <p>2.3.2). Revisión periódica de cumplimiento de indicadores de los protocolos, por el equipo gestor con pautas de evaluación.</p> <p>2.3.3). Informe trimestral de calidad y seguridad del usuario, que incluye la presentación del cumplimiento de los indicadores de los protocolos.</p> <p>2.3.4). Difundir información al personal y a los usuarios por medio de boletines o por la página web de manera trimestral, sobre el cumplimiento de los indicadores de los protocolos.</p> <p>2.4.1). Planificación sobre la medición de los indicadores del programa.</p> <p>2.4.2). Revisión periódica de cumplimiento de indicadores del programa por el equipo gestor con pautas de evaluación.</p> <p>2.4.3). Informe trimestral de calidad y seguridad del usuario, que incluye la presentación del cumplimiento de los indicadores del programa.</p> <p>2.4.4). Difundir información al personal y a los usuarios por medio de boletines o por la página web de manera trimestral, sobre el cumplimiento de los indicadores del programa.</p>	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Fuente: Tabla creada por la autora de la presente AFE, 2023.

5.1.2 Medios de verificación.

A continuación se presentan los medios de verificación según cada indicador definido.

▪ **Tabla n°9: Medios de verificaciones de los indicadores.**

Indicadores	Medios de verificación
1). Disminución del 50% de los eventos adversos al término del segundo año de iniciado el proyecto.	Informe trimestral de calidad de la atención Movicare.
1.1). Formulación del 100 % del programa el primer semestre 2023. 1.2). Implementación del 100% del programa al término del segundo año de iniciado el proyecto.	Programa de calidad y seguridad en la atención del paciente que se traslada firmado por Director Médico y Coordinadora de Operaciones Clínicas. Informe trimestral de calidad y seguridad del usuario.
1.1). Política de calidad explícitamente definida al primer semestre del 2023. 1.2). Misión, visión y valores definidos al primer semestre del 2023. 1.3). Componentes e indicadores disponibles en la intranet de la empresa el primer semestre del 2023. 1.4) Protocolos de calidad y seguridad del usuario que se traslada creados al primer semestre del 2023. 2.1) Educación en calidad realizada al personal de la empresa el primer semestre 2023. 2.2). Información del programa de calidad y seguridad del usuario que se traslada que incluye el aviso del inicio de la implementación, enviado el primer semestre 2023. 2.3) Cumplimiento 70% de los indicadores de los protocolos de calidad y seguridad del usuario que se traslada al término del segundo semestre 2024. 2.4). Se logra el 90% del cumplimiento de indicadores del programa de calidad y seguridad del usuario que se traslada al término del segundo semestre 2024.	Programa de calidad y seguridad en la atención del paciente que se traslada firmado por parte de Director Médico y Coordinadora de Operaciones Clínicas. Programa y protocolos en la intranet de la empresa. Registro de asistencia a capacitación firmada. Correo con acuse de recibo a correo institucional. Planilla con medición de indicadores de los protocolos y del programa según pauta de evaluación de coordinadora de operaciones clínicas. Planilla con el porcentaje de cumplimiento de cada indicador de los protocolos y del programa. Informe trimestral de calidad y seguridad del usuario.
1). Presupuesto actividad 1: \$1.264.977 2). Presupuesto actividad 2: \$611.100	Planilla con rendición de gastos del proyecto.

Fuente: Tabla creada por la autora de la presente AFE, 2023.

5.1.3 Supuestos.

Y por último se definieron los supuestos para que el proyecto tengo éxito bajo condiciones externas:

▪ Tabla n°10: Supuestos del programa según objetivos.

Resumen narrativo de objetivos	Supuestos
FIN: Se ha contribuido a la mejora de la atención clínica en los traslados con la creación de un programa de calidad y seguridad para la atención del usuario que se traslada.	El Minsal no realiza modificaciones sustantivas que afecten negativamente el desarrollo de programas de calidad y seguridad del usuario.
Propósito: Se ha formulado e implementado un programa de calidad y seguridad en la atención del usuario que se traslada.	Disminuye la resistencia al cambio por parte de los equipos. El personal de traslado se adhiere fielmente al programa y cumple con los cambios en la atención y realiza las acciones necesarias para su cumplimiento.
Resultados: 1). Realización del programa de calidad y seguridad: 1.1). Elaboración de política de calidad para la empresa de manera explícita. 1.2). Elaboración de misión, visión y valores de forma participativa. 1.3). Definición de los componentes e indicadores de calidad del programa. 1.4). Elaboración de protocolos de calidad y seguridad del usuario que se traslada utilizando como referencia el estándar nacional de acreditación de atención cerrada. 2). Implementación del programa de calidad y seguridad: 2.1 Informar y capacitar al personal sobre los indicadores de calidad y seguridad del usuario que se traslada que se van a medir según protocolos (micro medición) y según el programa (macro medición). 2.2). Inicio la implementación. 2.3). Medición de indicadores de protocolos de calidad y seguridad del usuario que se traslada. 2.4). Medición de indicadores del programa de calidad y seguridad del usuario que se traslada.	1). Los avances planteados son aceptados por parte del director médico. 1.1) El programa finalizado es aceptado por parte del director médico. 2). Los indicadores propuestos del programa son aceptados por parte del director médico. 2.1). Equipos se comprometen con el programa de calidad y seguridad de la atención del usuario que se traslada. 2.2). Equipos de traslado realizan acciones según los protocolos de calidad y seguridad del usuario que se traslada.
Actividades: 1.1.1) Revisión de políticas de calidad de empresas similares y/o centros de atención cerrada. 1.1.2) Elaborar un primer borrador. 1.1.3) Presentar política de calidad a la dirección de la empresa (para aprobar). 1.1.4) Reformular política según las observaciones. 1.1.5) Presentar nuevamente. 1.1.6) Informar sobre la política de calidad al personal de la empresa.	1). Revisión del director médico. 2). Revisión del director médico.

<p>1.2.1) Revisión misión, visión y valores de empresas similares y/o centros de atención cerrada.</p> <p>1.2.2) Elaborar un primer borrador.</p> <p>1.2.3) Presentar misión, visión y valores a la dirección de la empresa (para aprobar). 1.2.4) Reformular misión, visión y valores según las observaciones.</p> <p>1.2.5) Presentar nuevamente.</p> <p>1.2.6) Informar sobre misión, visión y valores al personal de la empresa.</p> <p>1.3.1) Revisión componentes e indicadores de calidad de programas de calidad y seguridad al usuario de empresas similares y/o centros de atención cerrada.</p> <p>1.3.2) Elaborar un primer borrador.</p> <p>1.3.3) Presentar componentes e indicadores de calidad del programa a la dirección de la empresa (para aprobar).</p> <p>1.3.4) Reformular componentes e indicadores de calidad del programa según las observaciones.</p> <p>1.3.5) Presentar nuevamente.</p> <p>1.3.6) Informar sobre componentes e indicadores de calidad del programa al personal de la empresa por medio de correo institucional y a través de la intranet de la empresa.</p> <p>1.4.1) Revisión de protocolos de calidad y seguridad del usuario que se traslada de entidades similares y/o protocolos según el estándar de acreditación nacional de atención cerrada.</p> <p>1.4.2) Según el estándar de acreditación nacional de atención cerrada, elegir los requerimientos que también se utilicen en el traslado de usuarios.</p> <p>1.4.3) Elaborar un primer borrador para cada protocolo.</p> <p>1.4.4) Presentar protocolos a la dirección de la empresa (para aprobar).</p> <p>1.4.5) Reformular protocolos según las observaciones.</p> <p>1.4.6) Presentar nuevamente.</p> <p>1.4.7) Firmar protocolos por dirección médica y por quien elabora.</p> <p>1.4.8) Informar sobre los protocolos creados al personal de la empresa.</p> <p>2.1.1). Preparar material educativo sobre programa de calidad y presentar al personal de la empresa.</p> <p>2.2.1). Enviar correo institucional para reforzar información del programa de calidad y que incluye el aviso del inicio de la implementación.</p> <p>2.3.1). Planificación sobre la medición de los indicadores de los protocolos.</p> <p>2.3.2). Revisión periódica de cumplimiento de indicadores de los protocolos, por el equipo gestor con pautas de evaluación.</p>	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<p>2.3.3). Informe trimestral de calidad y seguridad del usuario, que incluye la presentación del cumplimiento de los indicadores de los protocolos.</p> <p>2.3.4). Difundir información al personal y a los usuarios por medio de boletines o por la página web de manera trimestral, sobre el cumplimiento de los indicadores de los protocolos.</p> <p>2.4.1). Planificación sobre la medición de los indicadores del programa.</p> <p>2.4.2). Revisión periódica de cumplimiento de indicadores del programa por el equipo gestor con pautas de evaluación.</p> <p>2.4.3). Informe trimestral de calidad y seguridad del usuario, que incluye la presentación del cumplimiento de los indicadores del programa.</p> <p>2.4.4). Difundir información al personal y a los usuarios por medio de boletines o por la página web de manera trimestral, sobre el cumplimiento de los indicadores del programa.</p>	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Fuente: Tabla creada por la autora de la presente AFE, 2023.

5.1.4 Resumen: matriz de marco lógico.

A continuación, se describe la matriz de marco lógico.

▪ Tabla n°11: Matriz de marco lógico.

Resumen narrativo de objetivos	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
FIN: Se ha contribuido a la mejora de la atención clínica en los traslados con la creación de un programa de calidad y seguridad para la atención del usuario que se traslada.	1). Disminución del 50% de los eventos adversos al término del segundo año de iniciado el proyecto.	Informe trimestral de calidad de la atención Movicare.	El Minsal no realiza modificaciones sustantivas que afecten negativamente el desarrollo de programas de calidad y seguridad del usuario.
Propósito: Se ha formulado e implementado un programa de calidad y seguridad en la atención del usuario que se traslada.	1.1). Formulación del 100 % del programa el primer semestre 2023. 1.2). Implementación del 100% del programa al término del segundo año de iniciado el proyecto.	Programa de calidad y seguridad en la atención del paciente que se traslada firmado por Director Médico y Coordinadora de Operaciones Clínicas. Informe trimestral de calidad y seguridad del usuario.	Disminuye la resistencia al cambio por parte de los equipos. El personal de traslado se adhiere fielmente al programa y cumple con los cambios en la atención y realiza las acciones necesarias para su cumplimiento.
Resultados: 1). Realización del programa de calidad y seguridad: 1.1). Elaboración de política de calidad para la empresa de manera explícita. 1.2). Elaboración de misión, visión y valores de forma participativa. 1.3). Definición de los componentes e indicadores de calidad del programa. 1.4). Elaboración de protocolos de calidad y seguridad del usuario que se traslada utilizando como referencia el estándar nacional de acreditación de atención cerrada.	1.1). Política de calidad explícitamente definida al primer semestre del 2023. 1.2). Misión, visión y valores definidos al primer semestre del 2023. 1.3). Componentes e indicadores disponibles en la intranet de la empresa el primer semestre del 2023. 1.4) Protocolos de calidad y seguridad del usuario que se traslada creados al primer semestre del 2023.	Programa de calidad y seguridad en la atención del paciente que se traslada firmado por parte de Director Médico y Coordinadora de Operaciones Clínicas. Programa y protocolos en la intranet de la empresa. Registro de asistencia a capacitación firmada.	1). Los avances planteados son aceptados por parte del director médico. 1.1) El programa finalizado es aceptado por parte del director médico. 2). Los indicadores propuestos del programa son aceptados por parte del director médico. 2.1). Equipos se comprometen con el programa de calidad y

<p>2). Implementación del programa de calidad y seguridad:</p> <p>2.1 Informar y capacitar al personal sobre los indicadores de calidad y seguridad del usuario que se traslada que se van a medir según protocolos (micro medición) y según el programa (macro medición).</p> <p>2.2). Inicio la implementación.</p> <p>2.3). Medición de indicadores de protocolos de calidad y seguridad del usuario que se traslada.</p> <p>2.4). Medición de indicadores del programa de calidad y seguridad del usuario que se traslada.</p>	<p>2.1) Educación en calidad realizada al personal de la empresa el primer semestre 2023.</p> <p>2.2). Información del programa de calidad y seguridad del usuario que se traslada que incluye el aviso del inicio de la implementación, enviado el primer semestre 2023.</p> <p>2.3) Cumplimiento 70% de los indicadores de los protocolos de calidad y seguridad del usuario que se traslada al término del segundo semestre 2024.</p> <p>2.4). Se logra el 90% del cumplimiento de indicadores del programa de calidad y seguridad del usuario que se traslada al término del segundo semestre 2024.</p>	<p>Correo con acuse de recibo a correo institucional.</p> <p>Planilla con medición de indicadores de los protocolos y del programa según pauta de evaluación de coordinadora de operaciones clínicas.</p> <p>Planilla con el porcentaje de cumplimiento de cada indicador de los protocolos y del programa.</p> <p>Informe trimestral de calidad y seguridad del usuario.</p>	<p>seguridad de la atención del usuario que se traslada.</p> <p>2.2). Equipos de traslado realizan acciones según los protocolos de calidad y seguridad del usuario que se traslada.</p>
<p>Actividades:</p> <p>1.1.1) Revisión de políticas de calidad de empresas similares y/o centros de atención cerrada.</p> <p>1.1.2) Elaborar un primer borrador.</p> <p>1.1.3) Presentar política de calidad a la dirección de la empresa (para aprobar). 1.1.4) Reformular política según las observaciones.</p> <p>1.1.5) Presentar nuevamente.</p> <p>1.1.6) Informar sobre la política de calidad al personal de la empresa.</p> <p>1.2.1) Revisión misión, visión y valores de empresas similares y/o centros de atención cerrada.</p> <p>1.2.2) Elaborar un primer borrador.</p> <p>1.2.3) Presentar misión, visión y valores a la dirección de la empresa (para aprobar). 1.2.4) Reformular misión, visión y valores según las observaciones.</p>	<p>1). Presupuesto actividad 1: \$1.264.977</p> <p>2). Presupuesto actividad 2: \$611.100</p>	<p>Planilla con rendición de gastos del proyecto.</p>	<p>1). Revisión por parte del director médico.</p> <p>2). Revisión por parte del director médico.</p>

<p>1.2.5) Presentar nuevamente.</p> <p>1.2.6) Informar sobre misión, visión y valores al personal de la empresa.</p> <p>1.3.1) Revisión componentes e indicadores de calidad de programas de calidad y seguridad al usuario de empresas similares y/o centros de atención cerrada.</p> <p>1.3.2) Elaborar un primer borrador.</p> <p>1.3.3) Presentar componentes e indicadores de calidad del programa a la dirección de la empresa (para aprobar). 1.3.4) Reformular componentes e indicadores de calidad del programa según las observaciones.</p> <p>1.3.5) Presentar nuevamente.</p> <p>1.3.6) Informar sobre componentes e indicadores de calidad del programa al personal de la empresa por medio de correo institucional y a través de la intranet de la empresa.</p> <p>1.4.1) Revisión de protocolos de calidad y seguridad del usuario que se traslada de entidades similares y/o protocolos según el estándar de acreditación nacional de atención cerrada.</p> <p>1.4.2) Según el estándar de acreditación nacional de atención cerrada, elegir los requerimientos que también se utilicen en el traslado de usuarios.</p> <p>1.4.3) Elaborar un primer borrador para cada protocolo.</p> <p>1.4.4) Presentar protocolos a la dirección de la empresa (para aprobar).</p> <p>1.4.5) Reformular protocolos según las observaciones.</p> <p>1.4.6) Presentar nuevamente.</p> <p>1.4.7) Firmar protocolos por dirección médica y por quien elabora.</p> <p>1.4.8) Informar sobre los protocolos creados al personal de la empresa.</p>			
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

<p>2.1.1). Preparar material educativo sobre programa de calidad y presentar al personal de la empresa.</p> <p>2.2.1). Enviar correo institucional para reforzar información del programa de calidad y que incluye el aviso del inicio de la implementación.</p> <p>2.3.1). Planificación sobre la medición de los indicadores de los protocolos.</p> <p>2.3.2). Revisión periódica de cumplimiento de indicadores de los protocolos, por el equipo gestor con pautas de evaluación.</p> <p>2.3.3). Informe trimestral de calidad y seguridad del usuario, que incluye la presentación del cumplimiento de los indicadores de los protocolos.</p> <p>2.3.4). Difundir información al personal y a los usuarios por medio de boletines o por la página web de manera trimestral, sobre el cumplimiento de los indicadores de los protocolos.</p> <p>2.4.1). Planificación sobre la medición de los indicadores del programa.</p> <p>2.4.2). Revisión periódica de cumplimiento de indicadores del programa por el equipo gestor con pautas de evaluación.</p> <p>2.4.3). Informe trimestral de calidad y seguridad del usuario, que incluye la presentación del cumplimiento de los indicadores del programa.</p> <p>2.4.4). Difundir información al personal y a los usuarios por medio de boletines o por la página web de manera trimestral, sobre el cumplimiento de los indicadores del programa.</p>			
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

Fuente: Tabla creada por la autora de la presente AFE, 2023.

5.2 Plan de ejecución.

- Tabla n°12: Plan de ejecución actividad 1 “Formulación del programa de calidad y seguridad del usuario que se traslada”.

Actividad 1.	Tarea y subtarea	Inicio y término	Presupuesto	Responsable
1.1.1) Revisión de políticas de calidad de empresas similares y/o centros de atención cerrada.	Lectura de políticas de calidad.	Enero 2023 a junio 2023.	\$1.264.977	Coordinadora de operaciones clínicas.
1.1.2) Elaborar un primer borrador.	Redacción de política de calidad.			Coordinadora de operaciones clínicas. Revisor: Director médico.
1.1.3) Presentar política de calidad a la dirección de la empresa (para aprobar).	Reunión de equipo gestor.			Coordinadora de operaciones clínicas.
1.1.4) Reformular política según las observaciones.	Revisión y modificación según corresponda.			Coordinadora de operaciones clínicas.
1.1.5) Presentar nuevamente.	Reunión de equipo gestor.			Coordinadora de operaciones clínicas. Revisor: Director médico.
1.1.6) Informar sobre la política de calidad al personal de la empresa.	Enviar información por correo. Citar a reunión al personal de la empresa.			Coordinadora de operaciones clínicas.
1.2.1) Revisión misión, visión y valores de empresas similares y/o centros de atención cerrada.	Lectura de misión, visión y valores.	Enero 2023 a junio 2023.	\$1.264.977	Coordinadora de operaciones clínicas.
1.2.2) Elaborar un primer borrador.	Redacción de misión, visión y valores.			Coordinadora de operaciones clínicas. Revisor: Director médico.
1.2.3) Presentar misión, visión y valores a la dirección de la empresa (para aprobar).	Reunión de equipo gestor.			Coordinadora de operaciones clínicas.
1.2.4) Reformular misión, visión y valores según las observaciones.	Revisión y modificación según corresponda.			Coordinadora de operaciones clínicas.
1.2.5) Presentar nuevamente.	Reunión de equipo gestor.			Coordinadora de operaciones clínicas. Revisor: Director médico.

1.2.6) Informar sobre misión, visión y valores al personal de la empresa.	Enviar información por correo. Citar a reunión al personal de la empresa.			Coordinadora de operaciones clínicas.
1.3.1) Revisión componentes e indicadores de calidad de programas de calidad y seguridad al usuario de empresas similares y/o centros de atención cerrada.	Lectura de componentes e indicadores de programas de calidad y seguridad.			Coordinadora de operaciones clínicas.
1.3.2) Elaborar un primer borrador.	Redacción componentes e indicadores de programas de calidad y seguridad.			Coordinadora de operaciones clínicas. Revisor: Director médico.
1.3.3) Presentar componentes e indicadores de calidad del programa a la dirección de la empresa (para aprobar).	Reunión de equipo gestor.			Coordinadora de operaciones clínicas.
1.3.4) Reformular componentes e indicadores de calidad del programa según las observaciones.	Revisión y modificación según corresponda.			Coordinadora de operaciones clínicas.
1.3.5) Presentar nuevamente.	Reunión de equipo gestor.			Coordinadora de operaciones clínicas. Revisor: Director médico.
1.3.6) Informar sobre componentes e indicadores de calidad del programa al personal de la empresa por medio de correo institucional y a través de la intranet de la empresa.	Enviar información por correo. Citar a reunión al personal de la empresa.			Coordinadora de operaciones clínicas.
1.4.1) Revisión de protocolos de calidad y seguridad del usuario que se traslada de entidades similares y/o protocolos según el estándar de acreditación nacional de atención cerrada.	Lectura de protocolos de calidad y seguridad en la atención clínica.			Coordinadora de operaciones clínicas.
1.4.2) Según el estándar de acreditación nacional de atención cerrada, elegir los requerimientos que también se utilicen en el traslado de usuarios.	Revisión del estándar de acreditación nacional de atención cerrada.			Coordinadora de operaciones clínicas. Revisor: Director médico.
1.4.3) Elaborar un primer borrador para cada protocolo.	Redactar protocolos según evidencia científica actualizada.			Coordinadora de operaciones clínicas. Revisor: Director médico.

	Redactar indicadores según protocolos			
1.4.4) Presentar protocolos a la dirección de la empresa (para aprobar).	Reunión de equipo gestor.			Coordinadora de operaciones clínicas.
1.4.5) Reformular protocolos según las observaciones.	Revisión y modificación según corresponda.			Coordinadora de operaciones clínicas.
1.4.6) Presentar nuevamente.	Reunión de equipo gestor.			Coordinadora de operaciones clínicas. Revisor: Director médico.
1.4.7) Firmar protocolos por dirección médica y por quien elabora.	Reunión de equipo gestor.			Coordinadora de operaciones clínicas. Revisor: Director médico.
1.4.8) Informar sobre los protocolos creados al personal de la empresa.	Enviar información por correo. Citar a reunión al personal de la empresa. Subir protocolos a la intranet de la empresa.			Coordinadora de operaciones clínicas.

Fuente: Tabla creada por la autora de la presente AFE, 2023.

▪ Tabla n°13: Carta Gantt actividad 1.

Actividad 1	Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio			
	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4
1.1). Política de calidad																								
1.2). Misión, visión y valores.																								
1.3). Componentes del programa e indicadores.																								
1.4). Protocolos de calidad y seguridad del usuario que se traslada.																								

Fuente: Tabla creada por la autora de la presente AFE, 2023.

- Tabla 14: Plan de ejecución de actividad 2: Implementación del programa de calidad y seguridad del usuario que se traslada.

Actividad 2	Tarea y subtarea	Inicio y término	Presupuesto	Responsable
2.1.1). Preparar material educativo sobre programa de calidad y presentar al personal de la empresa.	Selecciona los temas que se van a exponer en la presentación. Citar a reunión para educación sobre programa.	Marzo 2023 a junio 2023.	\$611.100	Coordinadora de operaciones clínicas. Revisor: Director médico.
2.2.1). Enviar correo institucional para reforzar información del programa de calidad y que incluye el aviso del inicio de la implementación.	Elaborar información que se enviará vía correo para realizar reforzamiento de la importancia de cumplir con el programa, que incluya fecha de inicio de implementación.			Coordinadora de operaciones clínicas
2.3.1). Planificación sobre la medición de los indicadores de los protocolos.	Elaborar pauta de medición de indicadores de los protocolos.			Coordinadora de operaciones clínicas.
2.3.2). Revisión periódica de cumplimiento de indicadores de los protocolos por el equipo gestor con pautas de evaluación	Aplicación de pautas de evaluación de indicadores de los protocolos.			Coordinadora de operaciones clínicas.
2.3.3). Informe trimestral de calidad y seguridad del usuario que incluye la presentación del cumplimiento de los indicadores de los protocolos.	Realizar informe con análisis de cumplimiento de indicadores de los protocolos.			Coordinadora de operaciones clínicas
2.3.4). Difundir información al personal y a los usuarios por medio de boletines o por la página web de manera trimestral, sobre el cumplimiento de los indicadores de los protocolos.	Realizar presentación de cumplimiento de indicadores de los protocolos sobre la calidad y seguridad del usuario que se traslada.			Coordinadora de operaciones clínicas. Revisor: Director médico.
2.4.1). Planificación sobre la medición de los indicadores del programa.	Elaborar pauta de medición de indicadores del programa.			Coordinadora de operaciones clínicas.
2.4.2). Revisión periódica de cumplimiento de indicadores del programa por el equipo gestor con pautas de evaluación.	Aplicación de pautas de evaluación de indicadores del programa.			Coordinadora de operaciones clínicas.
2.4.3). Informe trimestral de calidad y seguridad del usuario que incluye la presentación del cumplimiento de los indicadores del programa.	Realizar informe con análisis de cumplimiento de indicadores del programa.			Coordinadora de operaciones clínicas. Revisor: Director médico.
2.4.4). Difundir información al personal y a los usuarios por	Realizar presentación de cumplimiento de			Coordinadora de operaciones clínicas.

medio de boletines o por la página web de manera trimestral, sobre el cumplimiento de los indicadores del programa.	indicadores del programa sobre la calidad y seguridad del usuario que se traslada.			Revisor: Director médico.
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	--	--	---------------------------

Fuente: Tabla creada por la autora de la presente AFE, 2023.

▪ Tabla 15: Carta Gantt actividad 2.

Actividad 2	Marzo				Abril				Mayo				Junio			
	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4
Material educativo sobre programa de calidad y seguridad del usuario que se traslada.																
Información del programa de calidad y seguridad, y fecha de implementación al personal de la empresa.																
Crear planificación sobre la medición de los indicadores de los protocolos.																
Revisión periódica de cumplimiento de indicadores de los protocolos, por el equipo gestor con pautas de evaluación.																
Informe trimestral de calidad y seguridad del usuario, con presentación de cumplimiento de indicadores de los protocolos.																
Difundir información al personal y a los usuarios por medio de boletines o por la página web de manera trimestral, sobre cumplimiento de los indicadores de los protocolos.																
Crear planificación sobre la medición de los indicadores del programa.																
Revisión periódica de cumplimiento de indicadores del programa, por el equipo gestor con pautas de evaluación.																
Informe trimestral de calidad y seguridad del usuario, con presentación de cumplimiento de indicadores del programa.																
Difundir información al personal y a los usuarios por medio de boletines o por la página web de manera trimestral, sobre cumplimiento de los indicadores del programa.																

Fuente: Tabla creada por la autora de la presente AFE, 2023.

5.2.2 Presupuesto.

A continuación se presenta el presupuesto a utilizar en este programa:

a). No se contabilizará los recursos como oficina de coordinación de operaciones clínicas, notebook, impresora, teléfono fijo, teléfono celular, insumos de oficina (lápiz, cuaderno, archivador, perforadora, hojas carta, tinta de impresora) debido a que se encuentran a disposición del equipo gestor para ser utilizados.

b). Costo recurso humano:

- Director médico: \$24.444.-
- Coordinadora de operaciones clínicas: \$12.222.-

- Tabla N°16 Actividad 1: Formulación del programa de calidad y seguridad del usuario que se traslada.

Tarea y subtarea Actividad 1: Formulación del programa de calidad y seguridad del usuario que se traslada.	Hora Director médico	Hora Coordinadora	Total
Lectura de políticas de calidad.	0,5	2	\$36.666
Redacción de política de calidad.	0	4	\$48.888
Reunión de equipo gestor.	2	2	\$73.332
Revisión y modificación según corresponda.	0,5	2	\$36.666
Reunión de equipo gestor.	2	2	\$73.332
Enviar información por correo. Citar a reunión al personal de la empresa.	0	0,5	\$6.111
Lectura de misión, visión y valores.	0,5	2	\$36.666
Redacción de misión, visión y valores.	0	4	\$48.888
Reunión de equipo gestor.	2	2	\$73.332
Revisión y modificación según corresponda.	0,5	2	\$36.666
Reunión de equipo gestor.	2	2	\$73.332
Enviar información por correo. Citar a reunión al personal de la empresa.	0	0,5	\$6.111
Lectura de componentes e indicadores de programas de calidad y seguridad.	0,5	2	\$36.666
Redacción componentes e indicadores de programas de calidad y seguridad.	0	4	\$48.888
Reunión de equipo gestor.	2	2	\$73.332
Revisión y modificación según corresponda.	0,5	2	\$36.666
Reunión de equipo gestor.	2	2	\$73.332
Enviar información por correo. Citar a reunión al personal de la empresa.	0	0,5	\$6.111
Lectura de protocolos de calidad y seguridad en la atención clínica.	0,5	2	\$36.666
Revisión del estándar de acreditación nacional de atención cerrada.	0	4	\$48.888
Redactar protocolos según evidencia científica actualizada. Redactar indicadores según protocolos	2	2	\$73.332
Reunión de equipo gestor.	2	2	\$73.332
Revisión y modificación según corresponda.	2	2	\$73.332
Reunión de equipo gestor.	2	2	\$73.332
Reunión de equipo gestor.	1	1	\$36.666
Enviar información por correo. Citar a reunión al personal de la empresa. Subir protocolos a la intranet de la empresa.	0	2	\$24.444

Total = \$1.264.977.-

Fuente: Tabla creada por la autora de la presente AFE, 2023.

- Tabla n°17 Actividad 2: Implementación del programa de calidad y seguridad del usuario que se traslada.

Tarea y subtarea Actividad 2ª: Implementación del programa (50% del programa el segundo semestre 2023).	Hora Director médico	Hora Coordinadora	Total
Selecciona los temas que se van a exponer en la presentación. Citar a reunión para educación sobre programa.	4	4	\$146.664
Elaborar información que se enviará vía correo para realizar reforzamiento de la importancia de cumplir con el programa, que incluya fecha de inicio de implementación.	0	2	\$24.444
Elaborar pauta de medición de indicadores de los protocolos.	0	4	\$48.888
Aplicación de pautas de evaluación de indicadores de los protocolos.	0	6	\$73.332
Realizar informe con análisis de cumplimiento de indicadores de los protocolos.	0	4	\$48.888
Realizar presentación de cumplimiento de indicadores de los protocolos sobre la calidad y seguridad del usuario que se traslada.	0	4	\$48.888
Elaborar pauta de medición de indicadores del programa.	0	4	\$48.888
Aplicación de pautas de evaluación de indicadores del programa.	0	6	\$73.332
Realizar informe con análisis de cumplimiento de indicadores del programa.	0	4	\$48.888
Realizar presentación de cumplimiento de indicadores del programa sobre la calidad y seguridad del usuario que se traslada.	0	4	\$48.888

Total = \$611.100.-

Fuente: Tabla creada por la autora de la presente AFE, 2023.

- Tabla n°18: Resumen presupuesto.

Recursos	Costo Actividad 1	Costo Actividad 2	Total
Infraestructura	\$0	\$0	\$0
Equipos	\$0	\$0	\$0
Insumos de oficina	\$0	\$0	\$0
Recurso humano	\$1.264.977	\$611.100	\$1.876.077
Total	\$1.264.977	\$611.100	\$1.876.077

Fuente: Tabla creada por la autora de la presente AFE, 2023.

5.3 Control de calidad de la propuesta: esquema de verificación del diseño de proyecto.

- Tabla n°19: Esquema de verificación del diseño del proyecto (OPS, s.f., pp. 52-53).

Esquema de verificación del diseño de proyecto	Cumple	No cumple
Respecto al fin		
El fin responde al problema central identificado	SI	
Presenta una justificación suficiente para el proyecto	SI	
Está claramente expresado como una situación ya alcanzada	SI	
Están definidos explícitamente los grupos beneficiarios	SI	
Los indicadores de FIN son verificables en términos de cantidad, calidad y tiempo	SI	
Respecto al propósito		
El proyecto tiene un solo propósito	SI	
El propósito está claramente expresado como un estado ya alcanzado	SI	
Contribuye significativamente al logro del fin del proyecto	SI	
Están presentes los grupos de beneficiarios del proyecto	SI	
Los indicadores del propósito son una forma independiente de medir el logro del propósito y no un resumen de los resultados	SI	
Los indicadores del propósito sólo miden lo que es importante	SI	
Los indicadores del propósito miden los resultados esperados al final de la ejecución del proyecto	SI	
Los indicadores del propósito tienen medidas de cantidad, calidad y tiempo	SI	
Respecto a los resultados		
Los resultados están expresados como logros	SI	
Los resultados del proyecto están claramente expresados	SI	
Todos los resultados son necesarios para cumplir el propósito	SI	
Los resultados incluyen todos los rubros de los cuales es responsable el equipo de gestión del proyecto	SI	
Los indicadores de los resultados son verificables en términos de cantidad, calidad y tiempo	SI	
Respecto a las actividades		
Las actividades incluyen todas las acciones necesarias para producir cada componente	SI	
Las actividades son las tareas para las cuales se incurre en costos para completar los resultados	SI	
Las actividades identifican todas las acciones necesarias para recoger información sobre los indicadores	SI	
Solamente están incluidas las actividades que el proyecto tiene que ejecutar	SI	
La relación entre las actividades, el tiempo y el presupuesto es realista	SI	
Respecto a las condiciones necesarias y suficientes		
La relación si/entonces entre el propósito y el fin es lógica y no omite pasos importantes	SI	
La relación entre los resultados y el propósito es realista	SI	
La lógica vertical entre las actividades, los resultados, el propósito y el fin es realista en su totalidad	SI	
El propósito, junto con los supuestos a ese nivel, describen las condiciones necesarias, aún cuando no sean suficientes, para lograr el fin	SI	
Los resultados, junto con los supuestos a ese nivel, describen las condiciones necesarias y suficientes para lograr el propósito	SI	
Los supuestos al nivel de actividad no incluyen ninguna acción que tenga que llevarse a cabo antes que puedan comenzar las actividades (las condiciones precedentes se detallan en forma separada)	SI	
Otras		
La columna de medios de verificación identifica dónde puede hallarse la información para verificar cada indicador	SI	
El marco lógico define la información necesaria para la evaluación del proyecto	SI	

Fuente: Tabla creada por la autora de la presente AFE, 2023, a partir de información de OPS (s.f), pp. 52-53.

6. Bibliografía.

MINSAL. (2010). *Decreto 83: Aprueba reglamento para el servicio de transporte aéreo de personas enfermas o accidentadas.*

[https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/DTO-83_19-MAY-2011_transporte%20aeromedico\(1\).pdf](https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/DTO-83_19-MAY-2011_transporte%20aeromedico(1).pdf)

MINSAL. (1997). *Decreto 218: Aprueba reglamento de servicios privados de traslado de enfermos.*

[https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/DTO-218_25-JUN-1997%20Serv%20Privado%20de%20transporte\(1\).pdf](https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/DTO-218_25-JUN-1997%20Serv%20Privado%20de%20transporte(1).pdf)

NAEMT. (2020). *PHTLS. Soporte Vital de Trauma Prehospitalario* (9.^a ed.).

Moreno-Egea, A. (2014). Dominique-Jean y Félix-Hippolyte Larrey: el legado de dos cirujanos (padre e hijo). *Revista Hispanoamericana de Hernia*, 2(1), 23-32.

<https://doi.org/10.1016/j.rehah.2013.10.001>

Al-Shaqsi, S. (2010). Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems. *Oman Medical Journal*. <https://doi.org/10.5001/omj.2010.92>

MINSAL. (2018). *Modelo Nacional Sistema de Atención Médica de Urgencia SAMU.*

<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Modelo-Nacional-Sistema-de-Atenci%C3%B3n-M%C3%A9dica-de-Urgencia-SAMU.pdf>

Instituto nacional de normalización [INN]. (1998). *Norma oficial NCh2426 Of98: Ambulancias para el transporte terrestre de pacientes - Clasificación y requisitos de transformación y equipamiento*. <https://ecommerce.inn.cl/nch2426199841256>

MINSAL. (2005). *Norma General Técnica n°17 Sistema de Atención Médica de Urgencia SAMU*.

https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/RESOLUCION_338_05%20SAMU.pdf

Institute of Medicine. (1990). *Medicare: A strategy for quality assurance: Vol. I*. National academy press. <https://nap.nationalacademies.org/catalog/1547/medicare-a-strategy-for-quality-assurance-volume-i>

Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National academy press. <https://nap.nationalacademies.org/download/10027#>

Organización mundial de la salud. (2019). *Prestación de servicios de salud de calidad: Un imperativo global para la cobertura sanitaria universal*. https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

Donabedian, A. (2001). La calidad en la atención sanitaria: ¿de quién es la responsabilidad? *Revista calidad asistencial*, 16, S108-S116. <https://www.fadq.org/nosotros-2/profesor-avedis-donabedian/>

Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud. (2014). *Nota técnica: Recomendaciones para la elaboración de una política y un programa de calidad institucional.*

http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-9250_recurso_1.pdf

Álvarez, A., Álvarez, J., Álvarez, J., Barreiro, M., Barroeta, J., Bernal, J., Bernández, M., Calvo, A., Carriedo, C., Casado, I., Cebrecos, R., Corral, E., Cortés, J., Davoli, E., de Castro, F., del Álamo, A., Domínguez, E., Duarte, C., Espinosa, S., ... Vásquez, P. (2011). *Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España.*

Recuperado 1 de noviembre de 2022, de [http://www.epes.es/wp-content/uploads/Los SEM en Espana.pdf](http://www.epes.es/wp-content/uploads/Los_SEM_en_Espana.pdf)

Rodríguez, H., Sánchez, C., Correa, A., Gómez, J., Maíz, V., Ravira, S., Muñoz, R., Martín, B., Coca, E., García, M., Horcajadas, A., Márquez, M., Hernández, J., Péculo, J., Bocanegra, A., Moyano, M. & Castro, S. (2010). *Guía práctica clínica seguridad del paciente.* Recuperado 1 de noviembre de 2022, de

[http://www.enfermeriadeurgencias.com/images/archivos/Guxa Prxctica Seguridad del Paciente-2ed.pdf](http://www.enfermeriadeurgencias.com/images/archivos/Guxa_Prxctica_Seguridad_del_Paciente-2ed.pdf)

Joint commission international. (s. f.). *Acerca de la JCI.* Recuperado 1 de noviembre de 2022, de <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/>

Joint commission international. (s. f.) *¿Quiénes somos?*. Recuperado 1 de noviembre de 2022, de <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/who-we-are/>

Joint Commission International. (2015). *Joint Commission International Accreditation Standards for Medical Transport Organizations: 2nd edition.*

https://www.jointcommissioninternational.org/-/media/jci/jci-documents/accreditation/medical-transport/jci_medical_transport_2nd_edition_standards_onlypdf.pdf

Observatorio de Calidad en Salud. (s. f.). *Modelos de Gestión de Calidad*. Recuperado el 8 de abril de 2023, de <https://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/w3-propertyvalue-3416.html>

International Organization for Standardization (ISO). (s. f.). *ISO 9001 and related standards. Quality management*. <https://www.iso.org/iso-9001-quality-management.html>

International Organization for Standardization (ISO). (2015). *Quality management principles*.

<https://www.iso.org/files/live/sites/isoorg/files/store/en/PUB100080.pdf>

MINSAL. (2004). *Ley 19.966: Régimen de garantías en salud*. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=229834>

Intendencia de prestadores. (2007). *Reglamento del sistema de acreditación para prestadores institucionales de salud, Decreto Supremo n°15*. https://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-4788_recurso_1.pdf

Superintendencia de salud. (s. f.). *Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales Atención Cerrada.*

http://www.supersalud.gob.cl/portal/articles-4530_Manual_AC_pdf.pdf

Superintendencia de salud. (s. f.). *Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales Atención Abierta.*

https://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-4530_Manual_AA_pdf.pdf

Organización panamericana de la salud. (s. f.). *Manual para el diseño de proyectos de salud.* Recuperado 1 de noviembre de 2022, de

<https://www.yumpu.com/es/document/read/35423148/manual-para-el-diseno-de-proyectos-de-salud>