



SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISIÓN DE GESTIÓN DE LA RED ASISTENCIAL
DEPARTAMENTO DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE ATENCIÓN
JNR / MOB / CLR / cra

1273

ORD. N° C 37 / _____ /

ANT: Norma 124 de octubre de 2011 sobre programas de IAAS.

Circular N°8 de 2015 sobre funciones del programa de control de infecciones en los servicios de salud.

Ordinario C13 N°1073 del 05 de abril 2012 sobre instrucciones evaluación del cumplimiento de Norma Técnica N°124 en hospitales.

MAT.: Envía informe sobre evaluación cumplimiento Norma Técnica N° 124 en Hospitales.

SANTIAGO, - 7 MAY 2021

DE : NICOLAS DUHALDE CORREA
JEFE DE GABINETE SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

A : DIRECTORES DE SERVICIOS DE SALUD DEL PAIS

Las evaluaciones de los programas de control de infecciones (PCI) de los hospitales, se basa en Norma Técnica N° 124 y es aplicable desde el año 2015 a nivel nacional para la totalidad de los establecimientos hospitalarios sin importar el nivel de complejidad. Las evaluaciones son aplicadas por los referentes del programa de IAAS a nivel de los Servicios de Salud a los establecimientos públicos del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), utilizando un instrumento elaborado por Minsal para dicho efecto. Este proceso incorpora la revisión de normas, protocolos, registros, programas y evidencia de supervisión, además de verificación en terreno de diferentes aspectos. Dentro de la evaluación, existen elementos prioritarios, los cuales son obligatorios de cumplir para determinar el estado del hospital, dada su relevancia para el funcionamiento de los programas de IAAS. El resultado de la evaluación se puede catalogar como "Cumplimiento", "Cumplimiento con observaciones" o "Incumplimiento". La evaluación y sus resultados son ingresados a programa SICARS para cada hospital.

Se adjunta a continuación un informe detallado con los resultados de las evaluaciones efectuadas a los hospitales para elaborar y proponer mejoras al proceso. Para efectuar el análisis de las evaluaciones, se decidió dividir las en dos periodos: primer periodo desde año 2015 a 2017 y periodo actual desde 2018 a agosto 2020.

Entre las principales conclusiones se puede señalar:

- 1) Entre los años 2015 y 2020 se evaluaron 124 hospitales (65,6% de los hospitales públicos del SNSS). 65 establecimientos no han sido evaluados.
 - a) La cobertura de evaluación acumulada de hospitales de alta complejidad alcanzó un 96,7%, y la de hospitales de alta y mediana complejidad un 90,7%.
- 2) El sistema de evaluación de los PCI locales se encuentra implementado y en aplicación, mostrando un aumento a nivel general del cumplimiento de las exigencias en el periodo comprendido entre los años 2018-2020, comparándolo con periodo anterior 2015-2017.
 - a) Los hospitales de alta y mediana complejidad en su gran mayoría tuvieron un mejor cumplimiento en sus exigencias, en comparación con hospitales de baja complejidad.
- 3) En general, los ámbitos con menor cumplimiento fueron "Recursos Humanos" y "Aspectos del Ambiente Físico", con una mediana de 84% y 87,5% de cumplimiento respectivamente.

- 4) Al analizar el cumplimiento global de los elementos prioritarios según ámbitos, "Vigilancia y Supervisión" y "Monitorización del Programa", se mantuvieron con un cumplimiento bajo el 80% en ambos periodos evaluados.
- 5) Respecto al proceso de evaluaciones, existió variabilidad en los criterios de aplicabilidad de elementos evaluables.

Se recomienda:

- 1) Mantener y fortalecer el proceso de evaluación sobre Norma Técnica N° 124, a través de actualización de capacitación a referentes de IAAS de los Servicios de Salud, además de comprometer a Directores de Servicio en este aspecto.
- 2) Solicitar a Directores de Servicio de Salud supervisar la corrección de las brechas existentes respecto a las evaluaciones de los PCI locales, en especial los que afectan la disponibilidad de recursos humanos para llevar a cabo las labores de prevención y control de IAAS de forma correcta y dar cumplimiento a Norma Técnica N° 124.
- 3) Potenciar el cumplimiento de Norma Técnica N° 124 en hospitales de Baja Complejidad, para asegurar la homogeneidad del programa a nivel nacional.
- 4) Analizar actualización de la metodología de evaluación de Norma Técnica N° 124, incorporando una armonización con requisitos solicitados por otras entidades que tienen un rol fiscalizador, como la Superintendencia de Salud o SEREMIS de Salud.

Por orden del Subsecretario de Redes Asistenciales"



Nicolas Duhalde Correa

NICOLAS DUHALDE CORREA
JEFE DE GABINETE
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

Inc: Informe evaluación externa Norma Técnica 124.

Distribución:

- Subsecretaría de Salud Pública
- Subsecretaría de Redes Asistenciales
- División de Gestión de la Red Asistencial
- Depto. de Epidemiología – DIGERA
- Depto. de Calidad y Seguridad de la Atención – DIGERA
- Oficina de Partes

EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE IAAS SEGÚN REQUERIMIENTOS NORMA TÉCNICA N° 124

Periodo 2018 – Agosto 2020

RESUMEN

Entre los años 2015 y 2020 se evaluaron 124 hospitales de 189 hospitales, alcanzando un 65,6% de cobertura nacional. La cobertura de evaluación acumulada de hospitales de alta complejidad alcanzó un 96,7%, y la cobertura alcanzada entre la suma de hospitales de alta y mediana complejidad fue de un 90,7%. A nivel general, los ámbitos con menor cumplimiento fueron “Recursos Humanos” y “Aspectos del Ambiente Físico”, con una mediana de 84% y 87,5% respectivamente. Al analizar el cumplimiento global de los elementos prioritarios según ámbitos, “Vigilancia y Supervisión” y “Monitorización del Programa”, se mantuvieron con un cumplimiento bajo el 80% en ambos periodos evaluados. Con relación a los elementos prioritarios incorporados en el ámbito de “Monitorización del Programa” ningún elemento por si solo se encontró en cumplimiento. Respecto al proceso de evaluaciones, existió variabilidad en los criterios de aplicabilidad de elementos evaluables. El sistema de evaluación de los PCI locales se encuentra implementado y en aplicación, mostrando un aumento a nivel general del cumplimiento de las exigencias en el periodo comprendido entre los años 2018 y agosto 2020, comparándolo con periodo anterior 2015-2017. Los hospitales de alta y mediana complejidad en su gran mayoría tuvieron un mejor cumplimiento en sus exigencias, en comparación con hospitales de baja complejidad. Se debe fortalecer el proceso de evaluación sobre la Norma Técnica N° 124, a través de actualización de capacitación a referentes de IAAS de los servicios de salud, además de comprometer a directores de servicio en este aspecto.

INTRODUCCIÓN

Las evaluaciones de los programas de control de infecciones (PCI) de los hospitales, se basa en Norma Técnica N° 124 y es aplicable desde el año 2015 a nivel nacional para la totalidad de los establecimientos hospitalarios sin importar el nivel de complejidad. Las evaluaciones son aplicadas por los referentes del programa de IAAS a nivel de los servicios de salud, utilizando un instrumento elaborador por Minsal para dicho efecto. Este proceso incorpora la revisión de normas, protocolos, registros, programas y evidencia de supervisión, además de verificación en terreno de diferentes aspectos. El resultado de la evaluación se puede catalogar como “Cumplimiento”, “Cumplimiento con observaciones” o “Incumplimiento”. En el caso de los hospitales con resultado en “Cumplimiento” la evaluación se efectúa cada 3 años. En el caso de los hospitales en “Cumplimiento con observaciones” la evaluación se efectúa luego de 2 años. Por último, en el caso de hospitales en estado de “Incumplimiento”, la evaluación se efectúa luego de 1 año del proceso precedente. Dentro de la evaluación, existen elementos prioritarios, los cuales son obligatorios de cumplir para determinar el estado del hospital, dada su relevancia para el funcionamiento de los programas de IAAS. La evaluación y sus resultados son ingresados a programa SICARS para cada hospital.

El objetivo del informe es describir los resultados de las evaluaciones efectuadas a los hospitales para elaborar y proponer mejoras al proceso. Para efectuar el análisis de las evaluaciones, se decidió dividir las en dos bloques globales: primer periodo desde año 2015 a 2017 y segundo periodo o actual desde año 2018 a agosto 2020. La información para elaborar el presente informe fue extraída desde programa SICARS en base de datos para ser analizada, se consideró la última evaluación registrada de cada hospital y la fecha de cada evaluación corresponde a la determinada con el término del proceso, el cual finaliza con la publicación de la información por parte del autorizador local en el programa SICARS.

ANÁLISIS GENERAL

De un total de 189 hospitales para el año 2019, se evaluaron entre los años 2015 y 2020 a 124, alcanzando un 65,6% de cobertura nacional. Si se considera el periodo comprendido entre los años 2015-2017, se evaluó un total de 106 hospitales, alcanzando un 56,1% de cobertura. Para el periodo comprendido entre los años 2018-2020, se evaluó un total de 98 hospitales, alcanzando una cobertura del 51,6%. Importante destacar que la cobertura de evaluación acumulada de hospitales de alta complejidad alcanzó un 96,7%, y la cobertura alcanzada entre la suma de hospitales de alta y mediana complejidad fue de un 90,7%.

Tabla 1 Número y porcentaje de hospitales evaluados entre los años 2015 y 2020

Complejidad	N° Hospitales Evaluados (%)			Total Hospitales ¹
	2015-2017	2018-2020	Acumulado 2015-2020	
Total	98 (51,6)	106 (56,1)	124 (65,6)	189
Alta	47 (78,3)	54 (90,0)	58 (96,7)	60
Mediana	14 (53,9)	17 (65,4)	20 (76,9)	26
Baja	37 (35,9)	35 (34,0)	46 (44,7)	103

En gráfico que se presenta a continuación, se puede observar el cumplimiento general de los hospitales tanto para la totalidad de los elementos, como para los elementos prioritarios aplicables según prestaciones o complejidad.

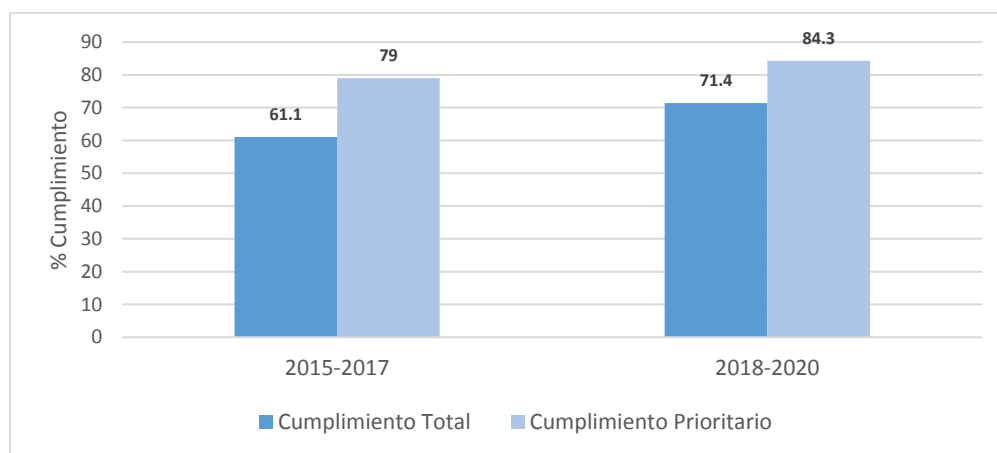


Gráfico 1 Porcentaje de cumplimiento global y de elementos prioritarios según evaluación norma técnica N°124 periodos 2015-2017 y 2018-2020

Se observó un incremento porcentual del 10,3% entre los periodos evaluados, al igual que en el cumplimiento de los elementos prioritarios con una diferencia positiva del 5,3%.

¹ Año 2019

Para la evaluación de porcentajes que muestra el siguiente gráfico, se debe considerar que en el periodo 2015-2017 se evaluaron 106 establecimientos (122 evaluaciones en total), y en periodo 2018-2020 se evaluaron 98 hospitales (113 evaluaciones en total). En el periodo 2018-2020 se observó mayor porcentaje de hospitales en “Cumplimiento” en comparación con periodo anterior (39,8% versus 29,2%), y si se consideran los estados de “Cumplimiento” y “Cumplimiento con observaciones” se obtuvo un porcentaje de 71,4%, resultado levemente superior al periodo 2015-2018 donde se alcanzó un 66,9%.

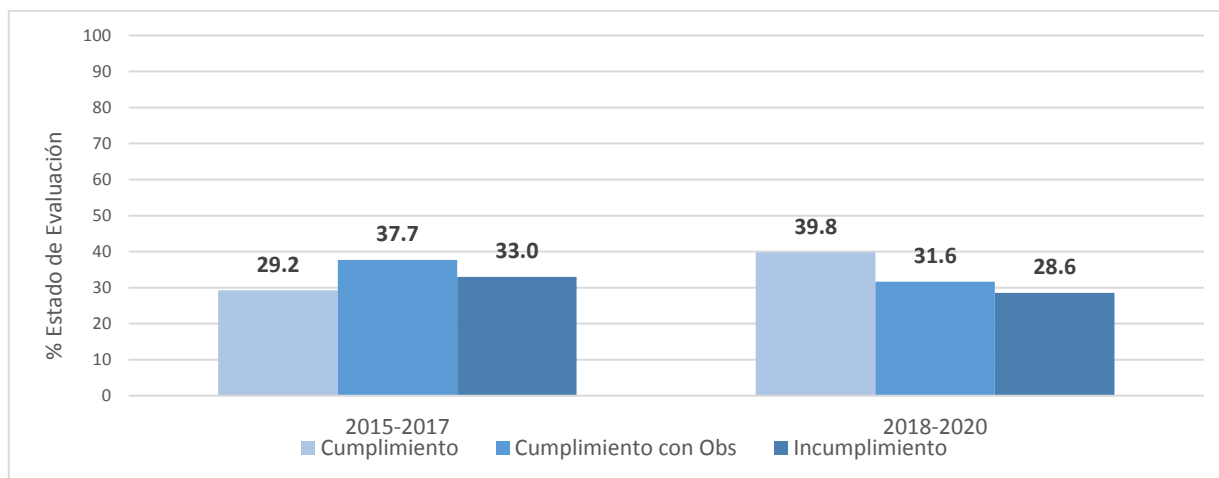


Gráfico 2 Porcentaje de estado de hospitales respecto a evaluación de norma técnica N°124 entre periodos 2015-2017 y 2018-2020

En el periodo de evaluación comprendido entre el año 2018 y agosto del 2020, se efectuaron 113 evaluaciones, en 98 hospitales evaluados lo que corresponde a un 51,6% de los 189 hospitales públicos existentes para el año 2019, principalmente de alta y mediana complejidad con 78,3% (47) y 53,9% (14) respectivamente.

Tabla 2 Hospitales evaluados entre año 2018 y 2020

COMPLEJIDAD	HOSPITALES EVALUADOS	HOSPITALES EXISTENTES ²	% EVALUADO
TOTAL	98	189	51,6
ALTA	47	60	78,3
MEDIANA	14	26	53,9
BAJA	37	103	35,9

Los hospitales evaluados en el período constituyeron el 68,5% del total de camas del país, de ellos el 76,3% representan camas en hospitales de alta complejidad. Los hospitales de baja complejidad evaluados conformaron el 41,8% de las camas de ese grupo, sin embargo, a escala nacional, los hospitales de menor complejidad no evaluados constituyeron el 6,3% de las camas (1.602 camas).

² Año 2019, que corresponde a la mitad del periodo evaluado.

Tabla 3 Número de camas evaluadas con relación al total nacional

COMPLEJIDAD	N° DE CAMAS EN LOS HOSPITALES EVALUADOS	N° TOTAL DE CAMAS EXISTENTES ³	% CAMAS DE LOS HOSPITALES EVALUADOS RESPECTO DEL TOTAL DE CAMAS EXISTENTES
TOTAL	17.414	25.436	68,5
ALTA	14.798	19.398	76,3
MEDIANA	1.213	2.682	45,2
BAJA	1.403	3.356	41,8

Los hospitales evaluados en el periodo 2018-2020 correspondieron al 75,1% de los egresos hospitalarios, alcanzando un 80,5% del total de egresos de hospitales de alta complejidad.

Tabla 4 Descripción de egresos hospitalarios según complejidad del hospital y su porcentaje de evaluación

COMPLEJIDAD	PERIODO 2015-2017		PERIODO 2018-2020	
	N° de egresos en hospitales evaluados (%)	N° de egresos totales SNSS	N° de egresos en hospitales evaluados (%)	N° de egresos totales SNSS ⁴
TOTAL	1.822.626 (88,,)	2.053.086	729.083 (75,1)	970.568
ALTA	1.596.506 (95,2)	1.676.482	629.215 (80,5)	781.700
MEDIANA	152.826 (80,7)	189.330	58.958 (67,3)	87.642
BAJA	73.294 (39,1)	187.274	40.910 (40,4)	101.226

Se observa que dentro de los periodos comparados algunos hospitales fueron evaluados en más de una oportunidad. En el periodo 2015-2017 hubo 16 hospitales que fueron evaluados dos veces, y en el periodo 2018-2020 hubo 15 hospitales evaluados 2 veces por encontrarse en estado de “Cumplimiento con Observaciones” o “Incumplimiento”.

Tabla 5 Cantidad de hospitales según número de evaluaciones en periodo 2015-2017 y 2018-2020

EVALUACIONES	N° HOSPITALES 2015-2017	N° HOSPITALES 2018-2020
NO EVALUADOS	21	29
EVALUADOS 1 VEZ	90	83
EVALUADOS 2 VECES	16	15
EVALUADOS 3 VECES	0	0

Como se mencionó con anterioridad, durante el periodo 2018-2020, un 71,4% de los hospitales evaluados se encontraron en estado de “Cumplimiento” o “Cumplimiento con Observaciones”, en comparación con el 61,1% observado durante el periodo anterior (2015-2017), y 28,6% en “Incumplimiento” en comparación con un 38,9% durante el periodo anterior. Esta distribución varió según la complejidad de los hospitales: en los hospitales de alta y mediana complejidad el 93,4% de los hos-

³ Año 2019, que corresponde a la mitad del periodo evaluado.

⁴ Egresos hospitalarios año 2019

pitales evaluados se encontraron en “Cumplimiento” o en “Cumplimiento con Observaciones” (resultado anterior 85,1%) mientras que en los de baja complejidad un 35,1% se encontraban en estas categorías (resultado anterior 15,4%).

Tabla 6 Resultados generales de la última evaluación de la norma del programa de IAAS en hospitales públicos entre 2018 y 2020

HOSPITALES SEGÚN COMPLEJIDAD	CUMPLIMIENTO	CUMPLIMIENTO CON OBSERVACIONES	INCUMPLIMIENTO	TOTAL
TOTAL	39 (39,8%)	31 (31,6%)	28 (28,6%)	98 (100%)
ALTA	30 (63,8%)	16 (34,0%)	1 (2,1%)	47 (100%)
MEDIANA	5 (35,7%)	6 (42,9%)	3 (21,4%)	14 (100%)
BAJA	4 (10,8%)	9 (24,3%)	24 (64,9%)	37 (100%)

Adicionalmente, en los hospitales de alta complejidad, la proporción de instituciones en estado de “Cumplimiento” fue mayor a la observada en los de mediana y baja complejidad.

Tabla 7 Resultados generales de evaluaciones de programas de control de infecciones 2018-2020

COMPLEJIDAD	N° HOSPITALES	MÍN.	P10	P25	P50 (MEDIANA)	P75	P90	MÁX.
TODOS	98	42,3	62,9	78,9	91,3	96,1	98,7	100
ALTA	47	74,7	86,6	91,4	95,3	97,6	98,7	99,4
MEDIANA	14	76,2	81,9	84,5	91,2	98,6	99,4	100
BAJA	37	42,3	52,1	62,9	74,8	84,6	95,3	98,5

Más de la mitad de los hospitales obtuvieron un porcentaje de cumplimiento global superior al 90%, y en el caso de los hospitales de alta complejidad, el cumplimiento global de la mitad de las instituciones ascendió al menos al 95,3%. En los hospitales de baja complejidad se observó que la mitad de los hospitales al menos obtuvo al menos un 74,8% de cumplimiento global.

Tabla 8 Porcentaje de cumplimiento por cada ámbito de evaluación año 2018 - 2020

ÁMBITO	MÍN.	P10	P25	P50 (MEDIANA)	P75	P90	MÁX.
ORGANIZACIÓN	12,3	72,9	87,4	96,5	100	100	100
DIRECTRICES TÉCNICAS	0,0	60,0	80,0	93,3	100	100	100
RECURSOS HUMANOS	6,7	20,0	57,1	84,0	100	100	100
VIGILANCIA Y SUPERVISIÓN	35,7	60,7	76,2	96,2	99,0	100	100
MICROBIOLOGÍA	33,3	72,2	81,3	90,0	95,2	100	100
ASPECTOS DEL AMBIENTE FÍSICO	0,0	25,0	57,1	87,5	100	100	100
MONITORIZACIÓN DEL PROGRAMA	3,0	20,0	56,0	94,2	98,0	100	100
VÍNCULOS CON SALUD PÚBLICA	71,4	100	100	100	100	100	100

Si se analiza el cumplimiento de los diferentes ámbitos de la evaluación, se pudo observar que existieron hospitales que no dieron cumplimiento global a “Directrices Técnicas”, “Aspecto del Ambiente Físico” y “Monitorización del Programa”, pero existieron otras instituciones que dieron cumplimiento total a los diferentes ámbitos. Se observó que en la totalidad de los ámbitos más de la

mitad de los hospitales cumplieron con al menos el 85%, siendo los más bajos los ámbitos “Recursos Humanos” donde se alcanzó un 84%

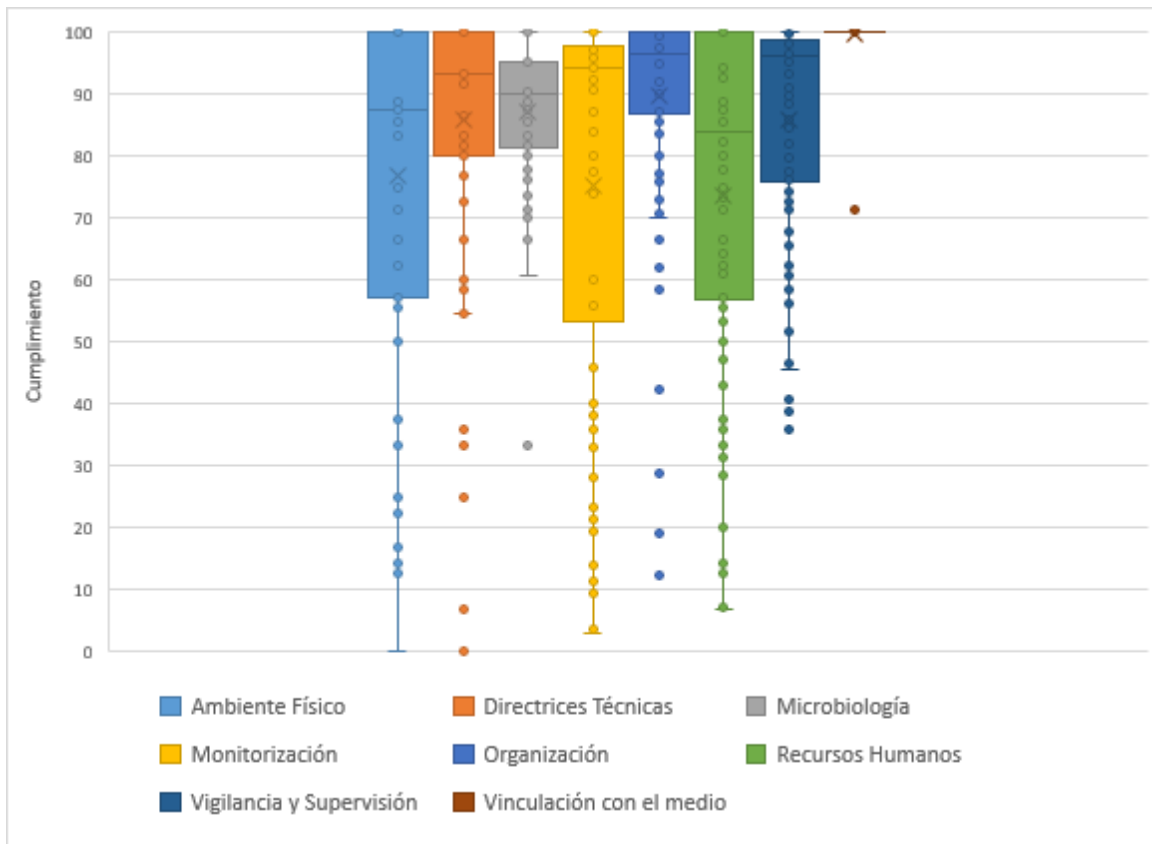


Gráfico 3 Cumplimiento norma técnica N° 124 según ámbitos periodo 2018-2020

RESULTADOS Y ANÁLISIS SEGÚN ÁMBITOS

ÁMBITO: ORGANIZACIÓN

Descripción: este ámbito considera el estado de aspectos organizacionales del programa local relacionados a la dependencia, estructura administrativa, objetivos y metas, sus funciones, además del tiempo y características del programa local y del personal responsable de conducirlo.

A escala nacional, se cumplió un 90,1% de los elementos de “Organización” de los programas en comparación con un 82% en periodo anterior, con cumplimiento más elevado en los establecimientos de alta y mediana complejidad (alcanzando 96,7% y 95,6% respectivamente, en comparación con resultados de periodo anterior que correspondió a un 93,5% y 88,4%), que los hospitales de baja complejidad (79,4% cumplimiento actual y 62,4% en periodo de evaluación anterior).

Tabla 9 Cumplimiento global de ámbito "Organización"

ÁMBITO: ORGANIZACIÓN	N° TOTAL DE HOSPITALES EVALUADOS	N° HOSPITALES EN CUMPLIMIENTO	% DE CUMPLIMIENTO GLOBAL
TODOS	98	94	90,1
ALTA	47	47	96,7
MEDIANA	14	14	95,6
BAJA	33	33	79,4

Tabla 10 Cumplimiento global del ámbito "Organización"

ÁMBITO: ORGANIZACIÓN	N° TOTAL DE HOSPITALES EVALUADOS	MÍN.	P10	P25	P50	P75	P90	MÁX.
TODOS	98	12,3	72,9	87,4	96,5	100	100	100
ALTA	47	76,7	92,0	95,4	97,7	100	100	100
MEDIANA	14	85,7	85,7	92,9	97,7	100	100	100
BAJA	37	12,3	42,3	72,6	87,4	95,2	97,6	100

A continuación, se describe una síntesis de las observaciones efectuadas por los evaluadores, respecto a elementos del ámbito de “Organización” que presentaron un cumplimiento menor al 80% de forma global.

Sobre coordinación del PCI con el área de Bioseguridad de Laboratorio (elemento 1.4.c de la pauta de evaluación) 79,6% de cumplimiento:

- No se contaba por escrito el cómo se relaciona o coordina el PCI con los encargados o responsables de bioseguridad de laboratorios.

Sobre manejo de brotes (elemento 1.5.a.1.a.4 de la pauta de evaluación) 78,4% de cumplimiento:

- Médicos del PCI no contaban con capacitación formal y actualizada respecto a manejo de brotes, o dentro del programa de capacitación no se incorporaron todas las exigencias definidas en Norma Técnica N° 124.

Sobre el tiempo enfermera designado para vigilancia epidemiológica de IAAS contando 44 horas cada 250 camas (elemento 1.5.a.2.b.1 de la pauta de evaluación) 79,4% de cumplimiento:

- No se contaba con horas suficientes según número de camas.
- Las enfermeras compartían horas dentro de su jornada laboral para otros programas: inmunizaciones, epidemiología.

- Se evidenciaron licencias médicas prolongadas no reemplazadas, por lo que se perdían horas enfermeras efectivas.
- En evaluaciones efectuadas durante el año 2020, no se reemplazaron a los profesionales de IAAS que fueron designados a otras labores (asistenciales preferentemente) por motivo de pandemia.

Sobre asignación presupuestaria (elemento 1.5.b.2. de la pauta de evaluación) 70,6% de cumplimiento:

- Los PCI no tenían asignación presupuestaria para sus actividades.

ÁMBITO: DIRECTRICES TÉCNICAS

Descripción: este ámbito considera el estado de la documentación que constituye la base técnica de control de infecciones tales como las normas locales, protocolos, procedimientos o cualquier otro tipo de instrucción sobre cómo deben realizarse procesos de atención para prevenir las IAAS. Se requiere que cuenten con algunos elementos formales (administrativos, asignación de responsabilidades, vigencia) y técnicos propiamente tales que incluye que las acciones sean basadas en evidencia sobre los procesos clave para la prevención, alineados con las normas nacionales si éstas existen.

A escala nacional, se cumplió un 86,5% de los elementos del ámbito “Directrices Técnicas” de los programas, en comparación con un 80,3% de cumplimiento en periodo anterior. El cumplimiento de establecimientos de alta y mediana complejidad alcanzó un 94% y 90,2% respectivamente. Los hospitales de baja complejidad presentaron un aumento del cumplimiento en comparación con el periodo de evaluación anterior (73,4% versus 62,4%).

Tabla 11 Cumplimiento global del ámbito "Directrices Técnicas"

ÁMBITO: DIRECTRICES TÉCNICAS	N° TOTAL DE HOSPITALES EVALUADOS	N° DE HOSPITALES EN CUMPLIMIENTO	% DE CUMPLIMIENTO GLOBAL
TODOS	98	92	86,5
ALTA	47	47	94,0
MEDIANA	14	14	90,2
BAJA	37	31	73,4

Tabla 12 Cumplimiento global del ámbito "Directrices Técnicas"

ÁMBITO: DIRECTRICES TÉCNICAS	N° TOTAL DE HOSPITALES EVALUADOS	MÍN.	P10	P25	P50	P75	P90	MÁX.
TODOS	98	0,0	60,0	80,0	93,3	100	100	100
ALTA	47	60,0	73,3	93,3	100	100	100	100
MEDIANA	14	60,0	66,7	80,0	100	100	100	100
BAJA	37	0,0	33,3	66,7	83,3	93,3	100	100

A continuación, se describe una síntesis de las observaciones efectuadas por los evaluadores, respecto a los elementos del ámbito de “Directrices Técnicas” que presentaron un cumplimiento menor al 80% de forma global.

Sobre directrices respecto a manejo de exposiciones laborales a agentes biológicos (elemento 2.1.e.2 de pauta de evaluación) 73,5% de cumplimiento:

- Documentos se encontraban desactualizados o no se contaba con documento necesario donde se describa el manejo ante exposiciones laborales.
- No se contaba con documento sobre manejo a exposiciones *M. tuberculosis*, o no se describían los responsables del proceso.

ÁMBITO: RECURSOS HUMANOS

Descripción: este ámbito intenta disminuir las variaciones inadecuadas de las prácticas preventivas, en especial, pero no restringido a, las que ocurren en forma sistemática, es uno de los principales desafíos para que los PCI cumplan con su propósito.

A nivel nacional se observó un cumplimiento global del 74,4%, teniendo un cumplimiento los hospitales de alta y mediana complejidad, alcanzando un 83% y 80,4% respectivamente. En los hospitales de baja complejidad, el cumplimiento alcanzó un 59,6%.

Tabla 13 Cumplimiento global del ámbito "Recursos Humanos"

ÁMBITO: RECURSOS HUMANOS	Nº TOTAL DE HOSPITALES EVALUADOS	Nº HOSPITALES EN CUMPLIMIENTO	% DE CUMPLIMIENTO GLOBAL
TODOS	98	80	74,4
ALTA	47	43	83,0
MEDIANA	14	13	80,4
BAJA	37	24	59,6

En las instituciones de alta y mediana complejidad, se observa que el 75,0% de los hospitales tienen un cumplimiento de 100%, en comparación con las instituciones de baja complejidad, en donde solo se alcanza un 85,7%

Tabla 14 Cumplimiento global del ámbito "Recursos Humanos"

ÁMBITO: RECURSOS HUMANOS	Nº TOTAL DE HOSPITALES EVALUADOS	MÍN.	P10	P25	P50	P75	P90	MÁX.
TODOS	98	6,7	20,0	57,1	84,0	100	100	100
ALTA	47	12,5	50,0	64,7	93,8	100	100	100
MEDIANA	14	20,0	56,3	66,7	84,6	100	100	100
BAJA	37	6,7	14,3	28,6	64,3	85,7	100	100

A continuación, se describe una síntesis de las observaciones efectuadas por los evaluadores, respecto a elementos del ámbito de "Recursos Humanos" que presentaron cumplimiento menor al 80% de forma global.

Sobre que todo el personal de salud con atención directa de paciente cuente con inducción de objetivos, metas y actividades del programa local (3.1.b.1 de la pauta de evaluación) 70,6% de cumplimiento:

- La inducción no incluía contenidos solicitados según normativa.
- La inducción no incorporaba a todo el personal de salud con atención directa de pacientes, excluye alumnos.
- No se había ejecutado inducción al momento de la evaluación.

Sobre que todo el personal de salud con atención directa de paciente cuente con inducción de responsabilidades de cada uno en las actividades (3.1.b.2 de la pauta de evaluación) 74,5% de cumplimiento:

- La inducción no incluía contenidos solicitados según normativa.

- La inducción no incorporaba a todo el personal de salud con atención directa de pacientes, excluye alumnos.
- No se había ejecutado inducción al momento de la evaluación.

Sobre que todo el personal de salud con atención directa de paciente cuente con inducción de personas a quienes recurrir para consultas (3.1.b.3 de la pauta de evaluación) 79,4% de cumplimiento:

- La inducción no incluía contenidos solicitados según normativa.
- La inducción no incorporaba a todo el personal de salud con atención directa de pacientes, excluye alumnos.
- No se había ejecutado inducción al momento de la evaluación.
- La inducción no incluía la exposición ni presentación de los profesionales del PCI.

Sobre que todo el personal de salud con atención directa de paciente cuente con normas permanentes que deben cumplirse de acuerdo a sus funciones al ingreso y cada vez que se modifique una norma vigente o se establezca una nueva (3.1.b.4 de la pauta de evaluación) 64,7% de cumplimiento:

- No se contaba con evidencia respecto a capacitaciones sobre normativas de prevención y control de IAAS.
- La capacitación no incorporaba listado de normativas a cumplir ni dónde encontrarlas para consulta.
- Las capacitaciones excluían a médicos y odontólogos en algunos establecimientos.

Sobre que otros funcionarios que apoyan la gestión del PCI cuenten con inducción de objetivos, metas y actividades del programa local (3.1.c.1 de la pauta de evaluación) 77,5% de cumplimiento:

- La inducción no incluía contenidos solicitados según normativa.
- No se había ejecutado inducción al momento de la evaluación.

Sobre que otros funcionarios que apoyan la gestión del PCI cuenten con inducción sobre personas a quienes recurrir para consultas (3.1.c.2 de la pauta de evaluación) 79,4% de cumplimiento:

- La inducción no incluía contenidos solicitados según normativa.
- No se había ejecutado inducción al momento de la evaluación.
- La inducción no incluía la exposición ni presentación de los profesionales del PCI.

Sobre capacitación en prevención y manejo de agentes microbiológicos en exposición accidental: Manejo de exposición a sangre o fluidos (3.2.a.2.a de la pauta de evaluación) 76,5% de cumplimiento:

- No se contaba con el cálculo de cobertura.
- No se contaba con programa de capacitación que incluyera el tema exigido por normativa.
- No se había ejecutado programa de capacitación.

Sobre capacitación en prevención y manejo de agentes microbiológicos en exposición accidental: Manejo de exposición a *M. tuberculosis* (3.2.a.2.b de la pauta de evaluación) 61,8% de cumplimiento:

- No se contaba cálculo de cobertura.
- No se contaba con programa de capacitación que incluyera el tema exigido por normativa.
- No se había ejecutado programa de capacitación.

Sobre capacitación en prevención y manejo de agentes microbiológicos en exposición accidental: Manejo de exposición a otros agentes infecciosos (*Virus influenza, Neisseria meningitidis*, otros) (3.2.a.2.c de la pauta de evaluación) 59,8% de cumplimiento:

- No se contaba con el cálculo de cobertura.
- No se contaba con programa de capacitación que incluyera el tema exigido por normativa.
- No se había ejecutado programa de capacitación.

Sobre capacitación en manejo de personal con enfermedades transmisibles (3.2.b de la pauta de evaluación) 53,9% de cumplimiento:

- No se contaba con cálculo de cobertura.
- No se contaba con programa de capacitación que incluyera el tema exigido por normativa.
- No se había ejecutado programa de capacitación.

Sobre capacitación en prevención y manejo de la exposición de sustancias potencialmente tóxicas: Óxido de Etileno (3.2.c.1 de la pauta de evaluación) 79% de cumplimiento:

- No se contaba con el cálculo de cobertura.
- No se contaba con programa de capacitación que incluyera el tema exigido por normativa.
- No se había ejecutado programa de capacitación.

Sobre capacitación en prevención y manejo de la exposición de sustancias potencialmente tóxicas: Orthophtalaldehído (3.2.c.3 de la pauta de evaluación) 66,1 % de cumplimiento:

- No se contaba con el cálculo de cobertura.
- No se contaba con programa de capacitación que incluyera el tema exigido por normativa.
- No se había ejecutado programa de capacitación.

Sobre capacitación en prevención y manejo de la exposición de sustancias potencialmente tóxicas: Formaldehído (3.2.c.4 de la pauta de evaluación) 68,9% de cumplimiento:

- No se contaba con el cálculo de cobertura.
- No se contaba con programa de capacitación que incluyera el tema exigido por normativa.
- No se había ejecutado programa de capacitación.

ÁMBITO: VIGILANCIA Y SUPERVISIÓN

Descripción: este ámbito considera el estado de la vigilancia de IAAS y supervisión de prácticas que deben ser procesos activos, focalizados en pacientes y procesos de alto riesgo, que permita conocer las características de las IAAS locales y de los brotes epidémicos, así como de las etiologías de alta relevancia. La supervisión debe dar cuenta el nivel de cumplimiento de prácticas en una forma sistematizada.

A escala nacional, se cumplió un 86,6% de los elementos del ámbito “Vigilancia y Supervisión” en comparación con un 79,6% en el periodo anterior de evaluación. Los hospitales de alta y mediana complejidad alcanzaron el 95,5% y 90,4%, en comparación con 93,4% y 82,4% respectivos alcanzados en el periodo anterior. Los hospitales de baja complejidad obtuvieron un 71,8% de cumplimiento en comparación con evaluación anterior donde alcanzaron un 55,5% de cumplimiento.

Tabla 15 Cumplimiento global ámbito "Vigilancia y Supervisión"

ÁMBITO: VIGILANCIA Y SUPERVISIÓN	N° TOTAL DE HOSPITALES EVALUADOS	N° HOSPITALES EN CUMPLIMIENTO	% DE CUMPLIMIENTO GLOBAL
TODOS	98	92	86,6
ALTA	47	47	95,5
MEDIANA	14	14	90,4
BAJA	37	31	71,8

Tabla 16 Cumplimiento global ámbito "Vigilancia y Supervisión"

ÁMBITO: VIGILANCIA Y SUPERVISIÓN	N° TOTAL DE HOSPITALES EVALUADOS	MÍN.	P10	P25	P50	P75	P90	MÁX.
TODOS	98	35,7	60,7	76,7	96,2	99,0	100	100
ALTA	47	68,6	84,7	96,3	98,6	100	100	100
MEDIANA	14	72,7	74,3	80,6	94,6	97,7	100	100
BAJA	37	35,7	45,5	60,7	71,4	86,4	96,9	100

A continuación, se describe una síntesis de las observaciones efectuadas por los evaluadores, respecto a elementos del ámbito de “Vigilancia y Supervisión” que presentaron un cumplimiento menor al 80% de forma global.

Sobre Detección de Brotes Epidémicos (4.1.a.2 de la pauta de evaluación) 79,2% de cumplimiento:

- Presentaron déficit en el establecimiento de definiciones operativas de brotes para síndromes clínicos aplicables o situaciones más frecuentes.
- El proceso de vigilancia no incorporaba detección de brotes.

Sobre existencia de informes periódicos de la situación de IAAS distribuidos a los niveles de decisión del hospital (4.1.e.1 de la pauta de evaluación) 78,4% de cumplimiento:

- No se contaba con respaldo respecto a distribución de los informes.
- La periodicidad de los informes era variable, en la mayoría de los casos, presentaba una frecuencia mayor que trimestral.
- Los informes eran enviados, pero no a la totalidad de los niveles de decisión.

Sobre supervisión de cumplimiento de prácticas: Aislamiento de Pacientes (4.2.b.1.b de la pauta de evaluación) 76,2% de cumplimiento:

- No presentaron evidencia de supervisión de esta práctica clínica o no se documentó los resultados.
- No se contaba con la descripción del proceso de supervisión.

Sobre supervisión de cumplimiento de prácticas: Prevención de Accidentes Cortopunzantes (4.2.b.1.c de la pauta de evaluación) 60,8% de cumplimiento:

- No se presentó evidencia de supervisión de esta práctica de prevención.

Sobre supervisión de cumplimiento de prácticas: Uso de Equipos de Protección Personal (4.2.b.1.d de la pauta de evaluación) 66,7% de cumplimiento:

- No se presenta evidencia de supervisión de esta práctica de prevención.

Sobre supervisión de cumplimiento de prácticas: Uso de Antisépticos y Desinfectantes (4.2.b.1.e de la pauta de evaluación) 71,6% de cumplimiento:

- No se presentó evidencia de supervisión de esta práctica de prevención.

Sobre supervisión de prevención de infecciones asociadas a procedimientos invasivos y otros procedimientos asociados a IAAS (4.2.b.2 de la pauta de evaluación) 65,2% de cumplimiento:

- Se encontró bajo cumplimiento de supervisión en los siguientes ítems:
 - Indicación de instalación y retiro de catéter vascular central (57,6%)
 - Instalación de catéter vascular central (74,1%)
 - Indicación de instalación y retiro de catéter urinario permanente (47,5%)
 - Instalación de catéter urinario permanente (63,4%)
 - Mantención de catéter urinario permanente (65,7%)
 - Indicación de instalación de TET para Ventilación Mecánica (54,2%)
 - Instalación de TET para Ventilación Mecánica (62,5%)
 - Indicación de profilaxis antibiótica en cirugías (71,2%)
 - Técnica aséptica en la atención del parto (62,7%)

Sobre supervisión del proceso de esterilización (4.2.b.3.a de la pauta de evaluación) 69,4% de cumplimiento:

- No se contaba con supervisión de todas las etapas del proceso de esterilización
- Documento de programación de supervisión no incorporaba todas las etapas del proceso de esterilización.

Sobre análisis de la información recopilada en supervisiones y elaboración de informes al menos anuales (4.2.c.1 de la pauta de evaluación) 74,5% de cumplimiento:

- No se contaba con informes ni análisis de la información obtenida por medio de supervisiones aplicadas.
- Existieron hospitales en donde no se realizaron supervisiones de las diferentes prácticas de prevención.

Sobre la distribución de los informes a los niveles de decisión del hospital (4.2.c.2 de la pauta de evaluación) 69,6% de cumplimiento:

- No se contaba con informes por lo que no pueden ser distribuidos.
- No se distribuyeron a la totalidad de niveles de decisión.

ÁMBITO: MICROBIOLOGÍA

Descripción: este ámbito considera el estado de los elementos para el diagnóstico microbiológico a fin de conocer las etiologías de las IAAS. Considera la estandarización de técnicas de laboratorio de microbiología, toma y envío de muestras y controles de calidad. También considera algunos aspectos sobre bioseguridad.

A escala nacional, se cumplió un 87,6% de los elementos del ámbito “Microbiología” de los programas en comparación con un 76,9% en periodo anterior evaluado, con cumplimiento en los establecimientos de alta y mediana complejidad de 90,5% y 90,9% respectivamente. En los de baja complejidad, se observó un cumplimiento del 81,3%.

Tabla 17 Cumplimiento global ámbito "Microbiología"

ÁMBITO: MICROBIOLOGÍA	N° TOTAL DE HOSPITALES EVALUADOS	N° HOSPITALES EN CUMPLIMIENTO	% DE CUMPLIMIENTO GLOBAL
TODOS	98	97	87,6
ALTA	47	47	90,5
MEDIANA	14	14	90,9
BAJA	37	36	81,3

Tabla 18 Cumplimiento global ámbito "Microbiología"

ÁMBITO: MICROBIOLOGÍA	N° TOTAL DE HOSPITALES EVALUADOS	MÍN.	P10	P25	P50	P75	P90	MÁX.
TODOS	98	33,3	72,2	81,3	90,0	95,2	100	100
ALTA	47	60,7	77,3	87,0	91,3	100	100	100
MEDIANA	14	78,9	80,0	85,7	90,5	100	100	100
BAJA	37	33,3	66,7	73,7	82,6	87,5	100	100

A continuación, se describe una síntesis de las observaciones efectuadas por los evaluadores, respecto a elementos del ámbito de “Microbiología” que presentaron un cumplimiento menor al 80% de forma global.

Sobre existencia de supervisiones de toma de muestra y envío de Hemocultivos (5.2.a de la pauta de evaluación) 34,1% de cumplimiento:

- Existía un programa de supervisión, pero no se aplicaban las pautas programadas.
- No se contaba con evidencia respecto a supervisión de toma de muestra y envío de hemocultivos.

Sobre existencia de supervisiones de toma de muestra y envío de Urocultivos (5.2.b de la pauta de evaluación) 27,3% de cumplimiento:

- Existía un programa de supervisión, pero no se aplicaban las pautas programadas.
- No se contaba con evidencia respecto a supervisión de toma de muestra y envío de Urocultivos.

Sobre existencia de informe de patógenos de IAAS según tipo de muestra y servicio de donde provienen (5.3.a de la pauta de evaluación) 76,04% de cumplimiento:

- Existían informes emanados desde laboratorio, pero se incorporaban todos los resultados sin discriminar si se trataba de una IAAS, colonización o una infección de la unidad.
- Existían informes emanados desde laboratorio, pero no discriminaban si se trata de una IAAS ni por servicio clínico.

Sobre existencia de informe de patrones de susceptibilidad a antimicrobianos de patógenos de importancia (5.3.b de la pauta de evaluación) 79,8% de cumplimiento:

- No existían informes de patrones de susceptibilidad a antimicrobianos en el hospital.

ÁMBITO: ASPECTOS DEL AMBIENTE FÍSICO

Descripción: este ámbito considera la participación del Programa de IAAS en aspectos relevantes del ambiente y planta física que incida en la prevención y control de las IAAS.

A escala nacional, se cumplió un 77,4% de los elementos del “Aspectos del Ambiente Físico” de los programas en comparación con el periodo anterior donde se obtuvo un 70,2%. El cumplimiento de los establecimientos de alta y mediana complejidad fue de 89,0% y 89,4% respectivamente, en comparación con la evaluación del periodo anterior (87,2% y 79,4% respectivamente). Los establecimientos de baja complejidad también aumentaron su cumplimiento, alcanzando un 55,2% en comparación con periodo anterior, donde obtuvieron un 39,5%.

Tabla 19 Cumplimiento global ámbito "Aspectos del Ambiente Físico"

ÁMBITO: ASPECTOS DEL AMBIENTE FÍSICO	N° TOTAL DE HOSPITALES EVALUADOS	N° HOSPITALES EN CUMPLIMIENTO	% DE CUMPLIMIENTO GLOBAL
TODOS	98	83	77,4
ALTA	47	45	89,0
MEDIANA	14	14	89,4
BAJA	37	24	55,2

Tabla 20 Cumplimiento global ámbito "Aspectos del Ambiente Físico"

ÁMBITO: ASPECTOS DEL AMBIENTE FÍSICO	N° TOTAL DE HOSPITALES EVALUADOS	MÍN.	P10	P25	P50	P75	P90	MÁX.
TODOS	98	0,0	25,0	57,1	87,5	100	100	100
ALTA	47	33,3	55,6	87,5	100	100	100	100
MEDIANA	14	57,1	57,1	75,0	100	100	100	100
BAJA	37	0,0	12,5	25,0	57,1	83,3	100	100

A continuación, se describe una síntesis de las observaciones efectuadas por los evaluadores, respecto a elementos del ámbito de “Ambiente Físico” que presentaron un cumplimiento menor al 80% de forma global.

Sobre la participación del PCI en requerimientos sobre Agua Potable (6.1.a de la pauta de evaluación) 68,6% de cumplimiento:

- No se contaba con evidencia respecto a participación del PCI ante provisión de agua potable en situaciones de emergencia, ni priorización de su disponibilidad.

Sobre la supervisión del PCI sobre el cumplimiento de indicaciones respecto a ventilación en sectores de aislamiento respiratorio de enfermedades que se transmiten por vía aérea (6.2.a de la pauta de evaluación) 69,1% de cumplimiento:

- No se contaba con evidencia respecto a supervisión de ventilación en sectores de aislamiento respiratorio.

Sobre la supervisión del PCI sobre el cumplimiento de mantención de separación de áreas y pacientes en hemodiálisis (6.2.b de la pauta de evaluación) 73,5% de cumplimiento:

- No se contaba con evidencia respecto a supervisión de separación de áreas y pacientes en hemodiálisis.

Sobre la supervisión del PCI sobre la implementación de salas de aislamiento (6.2.c de la pauta de evaluación) 71,0% de cumplimiento:

- No se contaba con evidencia respecto a supervisión de implementación de requisitos de sala de aislamiento.

Sobre la supervisión del PCI sobre el cumplimiento de medidas de mitigación de polvo ante construcciones y remodelaciones (6.2.d de la pauta de evaluación) 72,3% de cumplimiento:

- No se contaba con evidencia respecto a supervisión de cumplimiento de medidas de mitigación.

ÁMBITO: MONITORIZACIÓN DEL PROGRAMA

Descripción: este ámbito considera el estado de las acciones del programa para hacer seguimiento y evaluación a las actividades programadas, las intervenciones realizadas y cumplimiento de las metas.

A escala nacional, se cumplió un 77,2% de los elementos de “Monitorización del Programa” en comparación con periodo de evaluación anterior donde obtuvo un 64,3% de cumplimiento. En los establecimientos de alta y mediana complejidad se observó un cumplimiento de 93,6% y 81,8% respectivamente (evaluación periodo anterior 86,4% y 64,6% respectivamente). En los hospitales de baja complejidad se obtuvo un 53% en comparación con medición del periodo anterior donde alcanzó un 34,1%.

Tabla 21 Cumplimiento global ámbito "Monitorización del Programa"

ÁMBITO: MONITORIZACION DEL PROGRAMA	Nº TOTAL DE HOSPITALES EVALUADOS	Nº HOSPITALES EN CUMPLIMIENTO	% DE CUMPLIMIENTO GLOBAL
TODOS	98	74	77,2
ALTA	47	46	93,6
MEDIANA	14	11	81,8
BAJA	37	17	53,0

Tabla 22 Cumplimiento global ámbito "Monitorización del Programa"

ÁMBITO: MONITORIZACION DEL PROGRAMA	Nº TOTAL DE HOSPITALES EVALUADOS	MÍN.	P10	P25	P50	P75	P90	MÁX.
TODOS	98	3,0	20,0	56,0	94,2	98,0	100	100
ALTA	47	20,3	87,2	92,6	98,0	98,0	100	100
MEDIANA	14	36,0	38,0	60,0	95,0	100	100	100
BAJA	37	3,0	9,3	20,0	40,0	92,0	97,6	100

A continuación, se describe una síntesis de las observaciones efectuadas por los evaluadores, respecto a elementos del ámbito de “Monitorización del Programa” que presentaron un cumplimiento menor al 80% de forma global.

Sobre que el PCI cuente con diagnóstico de todas las infecciones en vigilancia con sus tendencias, tasa acumulada del último año completado comparada con los indicadores nacionales de referencia cuando exista y su etiología; informe sobre brotes de infecciones, con datos de agente, fecha de inicio y término, número de casos y expuestos, servicios afectados y curva epidémica; informe de resistencia antimicrobiana en agentes aislados de IAAS, con detalle del agente, antimicrobiano y porcentaje de cepas resistentes (7.1.a de la pauta de evaluación) 77,5% de cumplimiento:

- Déficit respecto a diagnóstico completo de IAAS vigiladas dentro de la institución.
- Déficit de análisis respecto a tendencia de las tasas de IAAS del establecimiento.
- Algunas instituciones no contaban con diagnóstico de IAAS.
- No se contaba con información respecto a resistencia microbiana de agentes centinelas.

Sobre la existencia de informes con las medidas de control adoptadas para los problemas identificados de IAAS (7.1.b de la pauta de evaluación) 73,3% de cumplimiento:

- No se contaba con informes respecto a medidas de control para problemas identificados de IAAS.
- Se detectaban los problemas, pero no se contaba por escrito con las medidas de control adoptadas ni su cumplimiento.

Sobre el cumplimiento de objetivos programáticos locales (7.1.c de la pauta de evaluación) 70,6% de cumplimiento:

- No se contaba con evaluación del cumplimiento de objetivos programáticos locales.
- Inexistencia de plan de trabajo anual u objetivos programáticos anuales.

Sobre la evaluación del impacto de las intervenciones de IAAS efectuadas (7.1.d de la pauta de evaluación) 72,6% de cumplimiento:

- No se contaba con evidencia sobre evaluación del impacto de las intervenciones efectuadas.
- Inexistencia de programa, por lo que no se puede evaluar el impacto de las intervenciones.

Sobre el cumplimiento de principales medidas de prevención (7.1.e de la pauta de evaluación) 30,4% de cumplimiento:

- Los cumplimientos más bajos que perjudican el porcentaje global del elemento fueron:
 - Higiene de manos (60,8%), se incumplía alguno de los siguientes requisitos:
 - Lavamanos con temperatura regulable.
 - Disponibilidad de jabón y toalla desechable.
 - Dispositivo de dispensador de solución alcohólico próximo al sitio de atención del paciente.
 - Instalaciones y condiciones para higiene de manos existen en cada sala donde se atienden pacientes.
 - Aislamiento de pacientes (65,0%), se incumplía alguno de los siguientes requisitos:
 - Pieza individual o posibilidad y procedimiento para habilitarla.
 - Baño exclusivo para la pieza.
 - Instalaciones para higiene de manos dentro de la sala.
 - Si se hospitalizan pacientes con infecciones de transmisión aérea, la sala tiene sistema de ventilación forzada o un procedimiento para instalarlo cuando sea necesario.
 - Profilaxis antimicrobiana en cirugías (71,2%), se incumplía alguno de los siguientes aspectos:
 - Administración de antibioprofilaxis en todo paciente operado definido según riesgo local.
 - Primera dosis no supera los 120 minutos antes de la cirugía.

ÁMBITO: VÍNCULOS CON LA SALUD PÚBLICA

Descripción: este ámbito considera la existencia de canales para la comunicación expedita a fin de transferir información relevante a las IAAS a y desde otros establecimientos, entidades y autoridades relacionadas.

A escala nacional, se cumplió un 100% (86,2% en evaluación anterior) de los elementos de “Vínculos con la Salud Pública”, tanto en hospitales de alta, mediana y baja complejidad.

Tabla 23 Cumplimiento global ámbito "Vínculos con la Salud Pública"

ÁMBITO: VÍNCULOS CON SALUD PÚBLICA	Nº TOTAL DE HOSPITALES EVALUADOS	Nº HOSPITALES EN CUMPLIMIENTO	% DE CUMPLIMIENTO GLOBAL
TODOS	98	92	99,7
ALTA	47	47	100
MEDIANA	14	14	100
BAJA	37	31	99,2

Tabla 24 Cumplimiento global ámbito "Vínculos con la Salud Pública"

ÁMBITO: VÍNCULOS CON SALUD PÚBLICA	Nº TOTAL DE HOSPITALES EVALUADOS	MÍN.	P10	P25	P50	P75	P90	MÁX.
TODOS	98	71,4	100	100	100	100	100	100
ALTA	47	100	100	100	100	100	100	100
MEDIANA	14	100	100	100	100	100	100	100
BAJA	37	71,4	100	100	100	100	100	100

En este ámbito, todos los elementos obtuvieron un cumplimiento mayor o igual al 80%

ANÁLISIS DE ELEMENTOS PRIORITARIOS

Dentro de la evaluación de los programas de control de infecciones, se han definido elementos prioritarios, los cuales son fundamentales para el correcto funcionamiento de los programas. A continuación, se analizan los elementos prioritarios globalmente y de forma individual según cada ámbito.

Al analizar el cumplimiento global de los elementos prioritarios se observó un 84,3% de cumplimiento en comparación con el 79% alcanzado en el periodo anterior. Junto a esto, al realizar la evaluación de acuerdo con ámbitos específicos, también se observó un aumento del cumplimiento en comparación con periodo anterior evaluado, siendo los ámbitos de “Vigilancia y Supervisión” y “Monitorización del Programa”, los que se mantuvieron con un cumplimiento bajo el 80% en ambos periodos.

Tabla 25 Cumplimiento global de elementos prioritarios según ámbitos.

ÁMBITO	% CUMPLIMIENTO 2015-2017	% CUMPLIMIENTO 2018 -2020
ORGANIZACIÓN	84,9	87,7
DIRECTRICES TÉCNICAS	93,4	93,8
VIGILANCIA Y SUPERVISIÓN	68,3	73,9
MONITORIZACIÓN	50,2	66,9

Se observó que la mitad de los hospitales evaluados tuvieron un cumplimiento de elementos prioritarios igual o mayor que 91,7%. Este cumplimiento se elevó al considerar solamente los establecimientos de alta complejidad, en donde el cumplimiento fue al menos de 96,6%, muy superior a lo observado en los de complejidad baja, en los cuales este cumplimiento fue de al menos un 68,2%.

Tabla 26 Cumplimiento global de elementos prioritarios según complejidad de los establecimientos.

COMPLEJIDAD	N° HOSPITALES	MÍN.	P10	P25	P50 (MEDIANA)	P75	P90	MÁX.
TODOS	99	22,2	52,9	74,7	91,7	98,1	99,5	100
ALTA	47	53,2	86,2	92,2	96,6	98,8	100	100
MEDIANA	14	69,4	69,5	85,1	91,8	99,4	100	100
BAJA	37	22,2	47,6	52,9	68,2	87,3	97,0	100

Respecto a los elementos prioritarios del ámbito “Organización” se pudo observar que aumentó su cumplimiento en comparación con periodo de evaluación anterior. El elemento referido a la cantidad de horas enfermera para vigilancia epidemiológica de IAAS continuó siendo el punto débil del ámbito, dado que presentó el cumplimiento más bajo (79,4%), a pesar de aumentar en comparación con periodo evaluado anterior (68,9%).

Tabla 27 Cumplimiento global de elementos prioritarios ámbito "Organización"

ÁMBITO/ELEMENTO	% CUMPLIMIENTO 2015-2017	% CUMPLIMIENTO 2018 -2020
ORGANIZACIÓN		
1.1.A EL PCI DEPENDE DEL NIVEL TÉCNICO MÁS ALTO DEL HOSPITAL	80,2	90,3
1.3.A VIGILANCIA DE IAAS	94,3	99,0
1.3.C MANEJO DE BROTES	86,8	95,1
1.5.A.1.A.1 PRINCIPIOS GENERALES DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE IAAS	89,6	97,1
1.5.A.1.B TIEMPO ASIGNADO DE AL MENOS 5 HORAS SEMANALES PARA SUS FUNCIONES	79,3	87,4
1.5.A.1.C AUTORIDAD PARA DESARROLLAR LAS TAREAS REQUERIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE IAAS	88,7	94,2
1.5.A.2.A.1 PRINCIPIOS GENERALES DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE IAAS	90,6	94,2
1.5.A.2.A.3 VIGILANCIA DE IAAS	87,7	90,1
1.5.A.2.B.1 AL MENOS 44 HORAS SEMANALES POR CADA 250 CAMAS	68,9	78,6
1.5.A.2.C AUTORIDAD PARA DESARROLLAR LAS TAREAS REQUERIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE IIH	83,0	89,3

A continuación, se destacan comentarios relevantes sobre los elementos prioritarios del ámbito de "Organización" que alcanzaron un cumplimiento inferior a 95%:

Respecto al elemento 1.1.a se contó con las siguientes observaciones:

- No se contaba con resolución de dependencia, o en resolución del PCI no menciona su dependencia.
- Existía dependencia administrativa del PCI de Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.

Respecto al elemento 1.3.a se contó con las siguientes observaciones:

- No se contaba con documento oficial respecto a vigilancia de IAAS.

Respecto al elemento 1.3.c se contó con las siguientes observaciones:

- No se contaba con normativa o resoluciones en donde se explicita que el PCI es responsable del manejo de brotes.

Respecto al elemento 1.5.a.1.a.1 se contó con las siguientes observaciones:

- No se contaba con evidencia de las capacitaciones o cursos efectuados.
- Los cursos efectuados no incorporaban contenidos respecto a principios generales de prevención y control de IAAS.

Respecto al elemento 1.5.a.1.b se contó con las siguientes observaciones:

- Las horas médicas efectivas eran menor a 5 horas a pesar de que se contaba con resolución adecuada.
- No se contaba con descripción de las horas médicas en documentos oficiales.

Respecto al elemento 1.5.a.1.c se contó con las siguientes observaciones:

- No se contaba con documentos oficiales que indicaran que tiene la autoridad para desarrollar tareas de prevención y control de IAAS.

Respecto al elemento 1.5.a.2.a.1, se contó con las siguientes observaciones:

- No se contaba con programas de los cursos efectuados.
- En cursos o capacitaciones efectuadas no se incorporaban contenidos respecto a principios generales de prevención y control de IAAS.

Respecto al elemento 1.5.a.2.a.3, se contó con las siguientes observaciones:

- No se contaba con programas de los cursos efectuados
- En cursos o capacitaciones efectuadas no se incorporaban contenidos respecto a Vigilancia de IAAS.
- Enfermeras (os) del PCI no contaban con capacitación en Vigilancia de IAAS.

Respecto al elemento 1.5.a.2.b.1, se contó con las siguientes observaciones:

- Enfermeras (os) de IAAS compartían horas de su trabajo con Epidemiología e inmunizaciones, por lo que no contaba con 44 horas efectivas por cada 250 camas.
- No se reemplazaban cargos de enfermeras (os) de IAAS con licencia médica o destinadas a efectuar otras labores dentro de la institución.
- Horas destinadas a vigilancia de IAAS eran menores a las indicadas por normativa.

Respecto al elemento 1.5.a.2.c, se contó con las siguientes observaciones:

- No se contaba con documentos oficiales que indicaran que tiene la autoridad para desarrollar tareas de prevención y control de IAAS.

En el elemento prioritario perteneciente al ámbito "Directrices Técnicas", se observó un mejor cumplimiento que en periodo anterior de evaluación, alcanzando un 98,1% a nivel nacional.

Tabla 28 Cumplimiento global de elementos prioritarios ámbito "Directrices Técnicas"

ÁMBITO/ELEMENTO	% CUMPLIMIENTO 2015-2017	% CUMPLIMIENTO 2018 -2020
DIRECTRICES TÉCNICAS		
2.1.A.1 HIGIENE DE MANOS	93,4	98,1

Con relación a los elementos prioritarios pertenecientes al ámbito “Vigilancia y Supervisión”, se observó globalmente que obtuvieron un mejor cumplimiento que en el periodo de evaluación anterior con excepción del elemento 4.1.c.1 en donde se observó un leve descenso, alcanzando un 91,2% (periodo anterior 92,5%). Destacó por su bajo cumplimiento mantenido el elemento 4.2.b.2.

Tabla 29 Cumplimiento global de elementos prioritarios ámbito "Vigilancia y Supervisión"

ÁMBITO/ELEMENTO	% CUMPLIMIENTO 2015-2017	% CUMPLIMIENTO 2018 -2020
VIGILANCIA Y SUPERVISIÓN		
4.1.C.1 COMO RESPONSABLE DE LA PESQUISA DE CASOS AL EQUIPO DE VIGILANCIA	92,5	91,3
4.1.E.1 EXISTEN INFORMES PERIÓDICOS DE LA SITUACIÓN DE IAAS DISTRIBUIDOS A LOS NIVELES DE DECISIÓN DEL HOSPITAL	77,1	78,6
4.2.B.1.A HIGIENE DE MANOS	84,9	91,3
4.2.B.2 PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y OTROS PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS A LAS IAAS	22,6	35,0
4.2.C.1 LA INFORMACIÓN SE ANALIZA AL MENOS ANUALMENTE Y SE EMITE UN INFORME	64,2	74,8

A continuación, se destacan comentarios relevantes sobre los elementos prioritarios del ámbito de “Vigilancia y Supervisión”:

Respecto al elemento 4.1.c.1, se contó con las siguientes observaciones:

- Equipos locales cambiaron de vigilancia pasiva a vigilancia activa, pero no cumplieron retrospectividad necesaria al momento de la evaluación.
- Se presentaron lagunas de vigilancia activa por ausencia de enfermeras o déficit de personal.
- No se contaba con normativa respecto a vigilancia activa de IAAS, o no se describía como es el proceso de forma detallada.

Respecto al elemento 4.1.e.1, se contó con las siguientes observaciones:

- Inexistencia de informes cuatrimestrales para ser distribuidos a los niveles de decisión del hospital.
- No se contaba con evidencia de distribución de los informes.

Respecto al elemento 4.2.b.1.a, se contó con las siguientes observaciones:

- No se contaba con evidencia respecto a supervisión de higiene de manos.
- Se contaba con supervisiones, pero no se analizaron sus resultados.

Respecto al elemento 4.2.b.2, se encontró bajo cumplimiento de supervisión en los siguientes ítems:

- Indicación de instalación y retiro de catéter vascular central (57,6%)
- Instalación de catéter vascular central (74,1%)
- Indicación de instalación y retiro de catéter urinario permanente (47,5%)
- Instalación de catéter urinario permanente (63,4%)
- Mantención de catéter urinario permanente (65,7%)

- Indicación de instalación de TET para Ventilación Mecánica (54,2%)
- Instalación de TET para Ventilación Mecánica (62,5%)
- Indicación de profilaxis antibiótica en cirugías (71,2%)
- Técnica aséptica en la atención del parto (62,7%)

Respecto al elemento 4.2.c.1, se contó con las siguientes observaciones:

- No se contaba con evidencia respecto a análisis anual de información ni elaboración de informes.
- Se contaba con informes que incorporaban resultados, pero no incluían análisis respectivo.

Con relación a los elementos prioritarios incorporados en el ámbito de “Monitorización del Programa”, se observó una mejoría en los resultados globales, pero ningún elemento por si solo se encontró en cumplimiento. Destacó por su bajo porcentaje de cumplimiento el elemento 7.1.e que se refiere al cumplimiento de prácticas de prevención de IAAS.

Tabla 30 Cumplimiento global de elementos prioritarios ámbito "Monitorización del Programa"

ÁMBITO/ELEMENTO	% CUMPLIMIENTO 2015-2017	% CUMPLIMIENTO 2018 -2020
MONITORIZACIÓN DEL PROGRAMA		
7.1.A DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN DE INFECCIONES	68,9	77,7
7.1.B CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS DE CONTROL PARA PROBLEMAS IDENTIFICADOS DE INFECCIONES	62,3	73,5
7.1.C CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS PROGRAMÁTICOS LOCALES	57,6	70,9
7.1.D EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LAS INTERVENCIONES EN LAS IAAS	62,3	72,8
7.1.E. LAS PRINCIPALES PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN SE CUMPLEN	14,2	30,1

A continuación, se destacan comentarios relevantes sobre los elementos prioritarios del ámbito de “Monitorización del Programa”:

Respecto al elemento 7.1.a, se contó con las siguientes observaciones:

- No se contaba con evidencia sobre análisis y/o informes sobre la situación de infecciones del hospital.
- No se contaba con diagnóstico que incorporara todas las IAAS vigiladas de la institución.

Respecto al elemento 7.1.b, se contó con las siguientes observaciones:

- No se contaba con evaluación de cumplimiento de medidas de control según problemas identificados.
- Al no contar con diagnóstico ni problemas detectados, no se pudo observar el cumplimiento de las medidas implementadas.

Respecto al elemento 7.1.c, se contó con las siguientes observaciones:

- No se contaba con objetivos programáticos, por lo que no se pudo evaluar su cumplimiento.

- No se contaba con evaluación de cumplimiento sobre objetivos planteados para el hospital.

Respecto al elemento 7.1.d, se contó con las siguientes observaciones:

- No se documentaron las intervenciones efectuadas, por lo que no fue posible evaluar el impacto.
- No se contaba con diagnóstico ni objetivos, por lo que tampoco con intervenciones para las IAAS problemas.

Respecto al elemento 7.1.e, se verificó un bajo cumplimiento de las siguientes medidas de prevención:

- Higiene de manos (60,8%)
- Aislamiento de pacientes (65,0%)
- Profilaxis antibiótica en cirugías (71,2%)

ANÁLISIS RESPECTO A EVALUACIONES DE LOS PROGRAMAS DE CONTROL DE INFECCIONES

Según normativa vigente, la responsabilidad de ejecutar las evaluaciones a los PCI de los hospitales corresponde a los referentes de IAAS de los diferentes servicios de salud. Para esto han sido entrenados y capacitados de forma centralizada por el Equipo PCI Ministerial.

Entre los años 2015 al 2020 se evaluaron 126 hospitales, de los cuales 37 hospitales solo contaban con una evaluación en los últimos 5 años (29,4%), y 89 hospitales presentaron al menos dos evaluaciones (70,6%).

De estas evaluaciones llamó la atención los elementos totales aplicables a cada institución, dado que existen variaciones entre evaluaciones. 77 hospitales sufrieron modificaciones en sus elementos aplicables (61,1%), de los cuales 50 de ellos aumentaron sus elementos aplicables y 27 disminuyeron sus elementos aplicables.

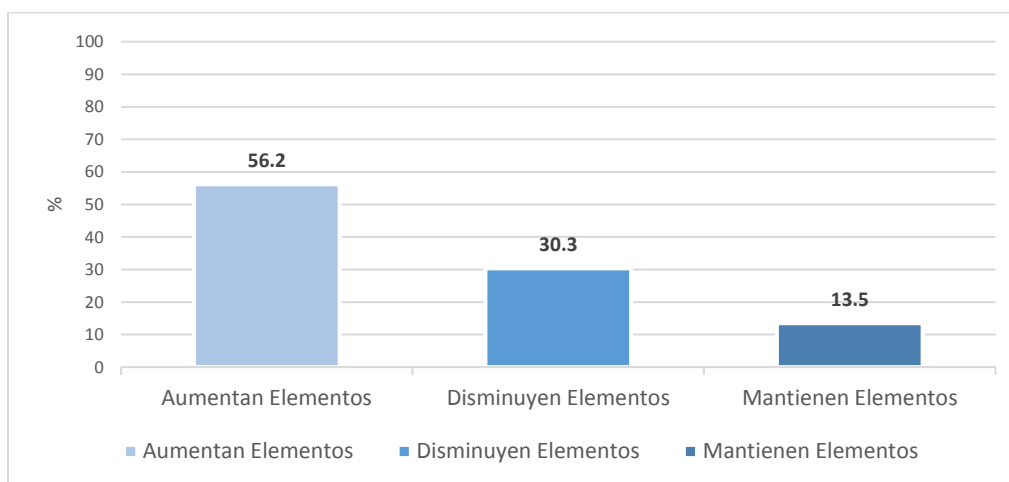


Gráfico 4 Porcentaje de hospitales según modificación de aplicabilidad de elementos totales

Dado que los hospitales por lo general presentan mínimas variaciones dentro de sus carteras de prestaciones o el trabajo de los programas a nivel nacional a lo largo del tiempo, una hipótesis de estas variaciones puede estar relacionada con la variabilidad del evaluador al aplicar la evaluación de forma reiterada. Para corroborar esta hipótesis, se aplica coeficiente de Kappa para verificar concordancia, obteniéndose los siguientes resultados:

ACUERDO	COEFICIENTE KAPPA	ERROR	P
13,48%	0,1003	0,0207	0,000

La interpretación del coeficiente de Kappa se refiere a que mientras el valor más se acerque a "0", es menor la concordancia entre las evaluaciones, por lo tanto, al observar lo que ocurre con la aplicabilidad de elementos al momento de evaluar a los PCI, se trataría de un problema del evaluador y no del instrumento aplicado.

CONCLUSIONES

- Se valoraron entre los años 2015 y 2020 a 124 hospitales, alcanzando un 65,6% de cobertura nacional. Existe un total de 65 establecimientos que nunca han sido evaluados, lo que corresponde al 34,4% del total de hospitales de Chile.
- La cobertura de evaluación acumulada de hospitales de alta complejidad alcanzó un 96,7%, y la cobertura alcanzada entre la suma de hospitales de alta y mediana complejidad fue de un 90,7%.
- El sistema de evaluación de los PCI locales se encuentra implementado y en aplicación, mostrando un aumento a nivel general del cumplimiento de las exigencias en el periodo comprendido entre los años 2018-2020, comparándolo con periodo anterior 2015-2017.
- Los hospitales de alta y mediana complejidad en su gran mayoría tuvieron un mejor cumplimiento en sus exigencias, en comparación con hospitales de baja complejidad.
- A nivel general, los ámbitos con menor cumplimiento fueron “Recursos Humanos” y “Aspectos del Ambiente Físico”, con una mediana de 84% y 87,5% respectivamente. En este aspecto, los hallazgos más importantes fueron los siguientes:
 - Recursos Humanos:
 - Inducción no incorporó los temas solicitados por normativa.
 - Inducción no incorporó a la totalidad de personal de salud con atención directa de pacientes.
 - No se había ejecutado inducción.
 - Capacitaciones efectuadas no incorporaron los temas exigidos por normativa.
 - No se contaba con coberturas de capacitación.
 - No se contaba con programas de capacitación.
 - Aspectos del Ambiente Físico
 - No se contaba con evidencia respecto a participación del PCI ante provisión de agua potable en situaciones de emergencia, ni priorización de su disponibilidad.
 - No se contaba con evidencia respecto a supervisión de ventilación en sectores de aislamiento respiratorio.
 - No se contaba con evidencia respecto a supervisión de separación de áreas y pacientes en hemodiálisis.
 - No se contaba con evidencia respecto a supervisión de implementación de requisitos de sala de aislamiento.
 - No se contaba con evidencia respecto a supervisión de cumplimiento de medidas de mitigación.
- Al analizar el cumplimiento global de los elementos prioritarios según ámbitos, “Vigilancia y Supervisión” y “Monitorización del Programa”, se mantuvieron con un cumplimiento bajo el 80% en ambos periodos evaluados.
- Respecto a los elementos prioritarios del ámbito “Organización” fue el elemento referido a la cantidad de horas enfermera para vigilancia epidemiológica de IAAS, el que continuó en déficit.

- Con relación a los elementos prioritarios pertenecientes al ámbito “Vigilancia y Supervisión”, en elemento 4.1.c.1 se observó un leve descenso, alcanzado un 91,2% (periodo anterior 92,5%). Destacó por su bajo cumplimiento mantenido el elemento 4.2.b.2.
 - Respecto al elemento 4.1.c.1 se detectó lo siguiente:
 - Equipos locales cambiaron de vigilancia pasiva a vigilancia activa, pero no cumplieron retrospectividad necesaria al momento de la evaluación.
 - Se presentaron lagunas de vigilancia activa por ausencia de enfermeras o déficit de personal.
 - Respecto al elemento 4.2.b.2 existió déficit de supervisión de medidas de prevención asociadas a procedimientos invasivos.
- Con relación a los elementos prioritarios incorporados en el ámbito de “Monitorización del Programa” ningún elemento por si solo se encontró en cumplimiento. Destacó por su bajo porcentaje de cumplimiento el elemento 7.1.e que se refiere al cumplimiento de prácticas de prevención de IAAS. Algunos puntos para destacar son los siguientes:
 - No se contaba con evidencia sobre análisis y/o informes sobre la situación de infecciones del hospital.
 - No se contaba con diagnóstico que incorpore todas las IAAS vigiladas de la institución.
 - No se contaba con objetivos programáticos, por lo que no se puede evaluar su cumplimiento.
 - No se documentaron las intervenciones efectuadas, por lo que no fue posible evaluar el impacto.
 - Se verificó un bajo cumplimiento de las siguientes medidas de prevención: Higiene de manos, aislamiento de pacientes, profilaxis antibiótica en cirugías.
- Respecto al proceso de evaluaciones, existió variabilidad en los criterios de aplicabilidad de elementos evaluables.

RECOMENDACIONES

- Fortalecer el proceso de evaluación sobre Norma Técnica N° 124, a través de actualización de capacitación a referentes de IAAS de los Servicios de Salud, además de comprometer a Directores de Servicio en este aspecto.
- Solicitar a Directores de Servicio de Salud, mejorar brechas existentes respecto a las evaluaciones de los PCI locales, en especial los que afectan la disponibilidad de recursos humanos para llevar a cabo las labores de prevención y control de IAAS de forma correcta y dar cumplimiento a Norma Técnica N° 124 y las brechas descritas en este documento.
- Potenciar el cumplimiento de Norma Técnica N° 124 en hospitales de Baja Complejidad, para asegurar la homogeneidad del programa a nivel nacional.
- Analizar actualización de la metodología de evaluación de Norma Técnica N° 124, incorporando entidades con poder fiscalización como es Superintendencia de Salud o SEREMIS de Salud, con supervisión estricta del programa nacional de prevención y control de infecciones.