



10

SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES  
DIVISIÓN DE GESTIÓN DE LA RED ASISTENCIAL  
DPTO. DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN  
DPTO. DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN

881



ORD. N° C 37 \_\_\_\_\_ /

ANT: Ley 20.584 Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en Relación con Acciones Vinculadas en su Atención en Salud.

Res Ex N° 1031/2012 Normas de Seguridad de los pacientes y calidad de la atención

Res Ex N° 1341/2017 Norma sobre mantenimiento preventivo de equipamiento médico crítico

MAT.: Remite informe Cumplimiento de Normas de Seguridad del paciente y Calidad de la Atención, respecto de resultados de sus indicadores, en Red de prestadores públicos de atención cerrada, Análisis año 2021

SANTIAGO, 20 MAR 2023 /

DE : SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES

A: DIRECTORES DE SERVICIOS DE SALUD Y HOSPITALES DEL PAÍS

De acuerdo a lo establecido en la normativa del antecedente, los hospitales de la red han reportado el nivel de cumplimiento de las Normas de Seguridad del paciente y calidad de la atención, en materias específicas relacionadas con la aplicación de lista chequeo quirúrgico, análisis de reoperaciones quirúrgicas no programadas, prevención enfermedad tromboembólica (ETE) en pacientes quirúrgicos, prevención úlceras por presión (UPP) en pacientes hospitalizados, reporte de caídas en pacientes hospitalizados, indicación y uso transfusiones en pacientes de acuerdo a protocolo, y mantenimiento preventivo de equipamiento médico crítico. En esta ocasión tengo el agrado de enviar a Ud. el informe de los resultados correspondiente al año 2021.

En síntesis, en dicho informe se puede observar que las prácticas con menor adherencia tienen relación con el análisis de reoperaciones no programadas, prevención de ETE y Prevención de UPP. En este sentido, se hace necesario propiciar iniciativas locales que involucren la promoción de una cultura de seguridad entre todo el equipo de salud, con participación activa de los directivos en su rol de liderazgo.

Se adjunta un ejemplar del informe "Cumplimiento de Normas de Seguridad del paciente y Calidad de la Atención, respecto de resultados de sus indicadores, en Red de prestadores públicos de atención cerrada, Análisis año 2021."

Saluda atentamente a Ud.,



DR. FERNANDO ARAOS DATTOLI  
SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES

**Distribución:**

- Directores Servicio de Salud País
- Directores Hospitales del País
- Subsecretaría Redes Asistenciales
- Dpto. de Calidad y Seguridad de la Atención
- Oficina de Partes



## ***Informe***

*Cumplimiento de Normas de Seguridad del paciente y Calidad de la Atención,  
respecto de resultados de sus indicadores, en Red de prestadores públicos de  
atención cerrada*

***Análisis año 2021***

Departamento Calidad y Seguridad de la Atención  
División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA)  
Subsecretaría de Redes Asistenciales-  
MINISTERIO DE SALUD

Febrero 2022

Preparado por: Enf Elisa González A. (Profesional Depto. de Calidad y Seguridad de la Atención)  
Revisado por: Dr. Mauro Orsini B. (Jefe de Depto. de Calidad y Seguridad de la Atención), Dra  
Javiera Fuentes C. (Profesional asesor de Depto de Calidad y seguridad de la atención)

## Contenido

I. INTRODUCCIÓN:	4
II. ANTECEDENTES	5
III. OBJETIVO	6
IV. ALCANCE	6
V. LIMITACIONES DEL INFORME.	6
VI. METODOLOGÍA	7
1. ADHERENCIA AL REPORTE	9
2. ADHERENCIA A PRÁCTICA CLINICA COMPROMETIDA EN CADA NORMA ESPECIFICA (RESULTADOS DE LAS MEDICIONES):	11
2.1. APLICACIÓN DE LISTA DE CHEQUEO PARA LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA:	11
2.1.1. <i>Indicador de seguridad</i>	11
2.2. ANÁLISIS DE REOPERACIONES NO PROGRAMADAS (RNP)	13
2.2.1. <i>Indicador complementario</i>	13
2.2.2. <i>Indicador de seguridad</i>	14
2.3. PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA (ETE) EN PACIENTE QUIRÚRGICO	16
2.3.1. <i>Indicador complementario</i>	16
2.3.2. <i>Indicador de seguridad</i>	17
2.4. PACIENTES TRANSFUNDIDOS DE ACUERDO CON PROTOCOLO	19
2.4.1. <i>Indicador complementario</i>	19
2.4.2. <i>Indicador de seguridad</i>	20
2.5. PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS	23
2.5.1. <i>Indicador complementario</i>	23
2.5.2. <i>Indicador de seguridad (Aplicación de medidas preventivas)</i>	24
2.6. REPORTE DE INCIDENCIA DE CAÍDAS	26
2.6.1. <i>Indicador de seguridad (Tasa de incidencia)</i>	26
2.7. MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS MÉDICOS CRÍTICOS	28
2.7.1. <i>Indicador de seguridad</i>	28
VII. CONCLUSIONES	30

---

*Cumplimiento de Normas de Seguridad del paciente y Calidad de la Atención, respecto de resultados de indicadores, en Red de prestadores públicos de atención cerrada.*

---

**I. INTRODUCCIÓN:**

La calidad y seguridad de los pacientes constituye una obligación ética, técnica, y legal de quienes desarrollan atención sanitaria, para lo cual se deben desplegar prácticas con evidencia de efectividad, en especial en procedimientos de mayor riesgo.

En Chile, las personas tienen derecho a recibir atenciones de salud ejecutadas de acuerdo con lo que prescriben las Normas relacionados con la seguridad del paciente y la calidad de la atención en las prestaciones otorgadas establecidas al efecto<sup>1</sup>.

En esta materia el Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención del Ministerio de Salud es responsable, además de su rol Normativo, de la monitorización del cumplimiento de las Normas Sobre Seguridad del Paciente y Calidad de la Atención según lo exigido en Artículo 4º de la Ley 20.584/2012 y contenidas en la Resolución Exenta N°1031/2012 y N°1341/2017, utilizando como estrategia el seguimiento del reporte de resultados de mediciones de los indicadores asociados a dichas normas por parte de los hospitales públicos pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). Estas Normas tienen el objetivo de estandarizar prácticas preventivas relacionadas a la calidad y seguridad asistencial, y su nivel de aplicación en el análisis del presente informe se detalla a continuación:

N°	NORMA	OBSERVACION (Respecto del análisis)
1	Establece protocolos y Normas sobre seguridad del paciente y calidad de la atención para ser aplicados por los prestadores institucionales públicos y privados,	No aplica. Constituye Norma general
2	Reporte de Eventos Adversos y Eventos Centinelas (reemplaza Norma Técnica N° 120).	No aplica. No se realiza seguimiento
3	Aplicación Lista Chequeo Quirúrgico.	Aplica
4	Análisis de Re operaciones Quirúrgicas no Programadas	Aplica
5	Prevención Enfermedad Tromboembólica (ETE) en Pacientes Quirúrgicos	Aplica
6	Prevención Úlceras por Presión (UPP) en Pacientes Hospitalizados	Aplica
7	Reporte de Caídas en Pacientes Hospitalizados	Aplica
8	Indicación y Uso Transfusiones en Pacientes de acuerdo a Protocolo.	Aplica
9	Programa de prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS)	No aplica. Indicadores bajo Vigilancia de Programa de control de Infecciones
10	Mantenimiento preventivo de equipamiento médico crítico	Aplica
11	Tecnovigilancia: Seguridad en el uso de dispositivos médicos	No aplica. Corresponde a ISP

---

<sup>1</sup> Ley 20584/2012 Sobre derechos y deberes de las personas en las acciones vinculadas a su atención en salud. Art 4º,

## II. ANTECEDENTES

La medición de estos indicadores y su reporte constituyen obligatoriedad para los prestadores institucionales y debe ser aplicada como parte del monitoreo de la gestión de calidad y seguridad asistencial de acuerdo a la resolución N°1031/2012 que aprueba un conjunto de normas asociadas a cuidados, cirugía y transfusiones y de la resolución N°1341/2017 que aprueba norma de seguridad y calidad sobre mantenimiento preventivo de equipamiento médico crítico. Todo lo anterior en cumplimiento de la ley 20.584 de derechos y deberes de las personas en acciones vinculadas a su atención en salud.

No obstante lo anterior, durante el período 2020 -2021 y ante la pandemia por nuevo Coronavirus SARS-CoV-2 que produce la enfermedad denominada COVID-19 el país se mantiene en alerta sanitaria por el período de un año partir del Decreto N°4 (08-02-20) y reforzada por decretos posteriores que prorrogan vigencia de la misma conforme al comportamiento de la situación epidemiológica. En este contexto la Subsecretaría de Redes Asistenciales, teniendo presente los desafíos que la pandemia impone a la red asistencial y a los establecimientos hospitalarios, y con la finalidad de garantizar un adecuado manejo hospitalario de los pacientes bajo las condiciones de oportunidad, seguridad y eficiencia, y de favorecer condiciones laborales seguras, instruye a través del Ord N°833 (31-03-2020)<sup>2</sup> optimizar y focalizar los recursos humanos en actividades relacionadas con la vigilancia de los casos COVID 19, la supervisión sobre el uso correcto de prácticas y equipos de protección en el personal de salud, como también acciones relacionadas con el control de las buenas prácticas relacionadas con calidad y seguridad asistencial normadas, considerando no prioritaria la medición de indicadores asociados.

Adicionalmente, por las razones antes mencionadas, se instruyó durante ciertos periodos del año 2020 la suspensión de las cirugías denominadas electivas a través de Resol 215/30-03-20 de la Subsecretaria de Salud Pública (punto 32) y Ord C27/ N°808 del 27-03-2023 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, dejando solo la autorización de realizar aquellas de urgencia y oncológicas impostergables, observándose una reducción en el número de procedimientos quirúrgicos realizados con relación a un año "normal". A partir de fines del 2020 se orienta la reactivación paulatina de la actividad asistencial, lo anterior conforme a documentos ministeriales<sup>4</sup> basadas en evaluación de la situación epidemiológica, de la capacidad de optimización de la red (apertura progresiva de quirófanos) y de la implementación de condiciones de seguridad durante el proceso de atención a nivel local. Lo anterior durante el 2021 se vio condicionado por el heterogéneo comportamiento de la pandemia a nivel nacional.

---

<sup>2</sup> Instruye directrices sobre prioridades de equipos de IAAS y seguridad del paciente y calidad de la atención por COVID-19

<sup>3</sup> Recomendaciones Plan de contingencia COVID-19

<sup>4</sup> Ord 2466: Deriva Orientaciones para la recuperación de la actividad asistencial, actividad quirúrgica electiva y actividad ambulatoria de especialidad en contexto de pandemia COVID-19

### **III. OBJETIVO**

Presentar el resultado del monitoreo de indicadores de seguridad a nivel nacional del período 2021, como una aproximación a los niveles de ejecución de prácticas de seguridad de la atención normadas.

### **IV. ALCANCE**

Directivos y gestores de calidad y seguridad de la atención del nivel central, de los servicios de salud y hospitales de la red como usuarios finales de la información que constituye insumo para el análisis e implementación de medidas que garanticen prácticas seguras según normas vigentes.

### **V. LIMITACIONES DEL INFORME.**

A la hora de interpretar los resultados es importante tener presente que la mayoría de los indicadores son de proceso y dada la variabilidad en la complejidad de los procesos asistenciales y perfil de pacientes de los establecimientos, dichos resultados no son comparables entre ellos de no realizarse un ajuste.

Por otro lado la información manejada a nivel central es de tipo cuantitativo por lo que la verificación respecto de metodología empleada y fuentes de información asociada y por ende la validación de los resultados (consistencia y pertinencia) queda sujeta a las acciones inherentes a la gestión de calidad y seguridad asistencial que determine cada equipo de referentes temáticos con sus respectivas redes de prestadores de atención cerrada.

## VI. METODOLOGÍA

El presente informe considera la información reportada por los hospitales públicos pertenecientes al SNSS durante el año 2021, capturada en línea a través del Sistema de Indicadores de Calidad y Atención y Resultados Sanitarios (<https://sicars.minsal.cl>), salvaguardando las excepciones establecidas por el Ministerio de Salud para el año 2020 ya mencionadas. *Fecha de Extracción 30-03-2022*

Se consideran como reporte efectivo todas las mediciones que hayan cumplido con la cadena de aprobación en el SICARS y cuyo estado final refleje la aprobación y autorización de la autoridad máxima del establecimiento (Director o quien él delegue).

Existen indicadores de aplicación transversal, independientemente de la complejidad del establecimiento tales como: Prevención de Úlceras por Presión en Pacientes Hospitalizados, Reporte de Caídas en Pacientes Hospitalizados y Mantenimiento preventivo de equipos clínicos críticos, y otros específicos para aquellos establecimientos que desarrollan actividad quirúrgica en forma permanente dentro de su cartera de servicios (Aplicación Lista Chequeo Quirúrgico, Análisis de Reoperaciones Quirúrgicas no Programadas y Prevención Enfermedad Tromboembólica en Pacientes Quirúrgicos). Caso especial representa el indicador sobre Indicación y Uso Transfusiones en Pacientes de acuerdo con Protocolo, cuya aplicabilidad queda sujeta a la disponibilidad y funcionamiento de una Unidad de Medicina Transfusional (UMT) independientemente de la complejidad del establecimiento.

Los indicadores asociados a cirugía no aplican en los siguientes establecimientos de alta y mediana complejidad:

ALTA COMPLEJIDAD	MEDIANA COMPLEJIDAD
Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz B. (Recoleta).	Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Lucio Córdova (Santiago, San Miguel).
Instituto de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda (Peñalolén).	Hospital Del Salvador (Valparaíso).
Instituto de Geriátrica (Providencia).	Hospital Psiquiátrico El Peral (Santiago, Puente Alto).
	Hospital San José de Maipo.
	Hospital Dr. Dino Stagno M. (Traiguén).
	Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel (Putendo).

Por lo anterior, la aplicabilidad de cada indicador y por tanto la exigencia del respectivo reporte está dada por la cartera de servicios del prestador, sin embargo en este informe se considera la información aportada por algunos establecimientos de atención cerrada de baja complejidad y que disponiendo de capacidad instalada bajo cumplimiento de autoridad sanitaria constituyeron apoyo para la realización de cirugías pendientes de establecimientos de alta y mediana complejidad de su red ( liberación de listas de espera)

Para el análisis de la información se consideran 2 variables:

- **Adherencia al reporte:** Entendida como el grado de cumplimiento de los establecimientos al registro sistematizado y centralizado definido por el Ministerio de Salud para considerarlos como dato oficial.
  
- **Adherencia a práctica clínica comprometida en cada norma específica (resultados de las mediciones):** Entendido como el porcentaje de cumplimiento de los parámetros exigibles por la Norma según la definición de cada indicador. Para el análisis de esta información se usó la distribución de cuartiles ( $P_{25}$ ,  $P_{50}$  y  $P_{75}$ ).

Para una mejor interpretación de los resultados, el análisis se desarrolla segmentando la información según el nivel de complejidad de los establecimientos de atención cerrada involucrados.

## RESULTADOS Y DISCUSIONES

### 1. ADHERENCIA AL REPORTE

En el análisis sobre la adherencia al reporte, se considera cumplido cuando es posible visualizar el resultado del indicador en la Plataforma SICARS en estado **autorizado e informado**, instancia en la cual se asume como dato oficial ante el MINSAL.

**Tabla 1** Porcentaje de establecimientos de atención cerrada con adherencia al reporte según indicador aplicable, Año 2021.

INDICADOR	Nivel de complejidad			Global
	Alta	Mediana	baja	
Aplicación de Lista de chequeo para la seguridad de la cirugía	98%(59/60)	100%(23/23)	93%(13/14)	98%(95/97)
Análisis de Reoperaciones quirúrgicas no programadas	97%(58/60)	100%(23/23)	93%(13/14)	97%(94/97)
Prevención de ETE en paciente quirúrgico	100%(57/57) *	100%(23/23)	93%(13/14)	99%(93/94)
Paciente transfundido de acuerdo con protocolo	98%(60/61) **	100%(24/24)	100%(27/27)	99%(111/112)
Prevención de úlceras por presión (UPP) en pacientes hospitalizados	100%(63/63)	97%(28/29)	98%(95/97)	98%(186/189)
Reporte de caídas en pacientes hospitalizados	100%(63/63)	100%(29/29)	98%(95/97)	98%(187/189)
Mantenimiento preventivo de equipamiento médico crítico	98%(62/63)	100%(29/29)	97%(94/97)	98%(185/189)

Fuente: Información propia Depto. de Calidad y Seguridad de la atención/DIGERA (*monitoreo reporte INDSEG.xls*)

• No aplica Hospitales pediátricos Luis Calvo Mackena; Exequiel Gonzalez Cortez y Roberto del Rio

\*\* No aplica Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz B. (Recoleta) e Instituto de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda (Peñalolén).

**Tabla 2:** Evolución de adherencia al reporte en establecimientos de atención cerrada (red completa) según indicador, Años 2018-2019-2020-2021

INDICADOR	Global			
	2018	2019	2020	2021
Aplicación de Lista de chequeo para la seguridad de la cirugía	99%(81/82)	99%(81/82)	96%(78/81)	98%(95/97)
Análisis de Reoperaciones quirúrgicas no programadas	99%(81/82)	99%(81/82)	90%(74/82)	97%(94/97)
Prevención de ETE en paciente quirúrgico	96%(79/82)	98%(80/82)	87%(71/82)	99%(93/94)
Paciente transfundido de acuerdo a protocolo	99%(111/112)	98%(110/112)	90%(101/112)	99%(111/112)
Prevención de úlceras por presión (UPP) en pacientes hospitalizados	99%(185/186)	99%(185/186)	93%(173/186)	98%(186/189)
Reporte de caídas en pacientes hospitalizados	100%(186/186)	99%(185/186)	95%(177/186)	98%(187/189)
Mantenimiento preventivo de equipamiento médico crítico	97%(181/186)	98%(182/186)	91%(170/186)	98%(185/189)

**Discusión:**

Según la **Tabla 1**, durante el año 2021 los establecimientos de atención cerrada de la red, independientemente de su complejidad, alcanzaron un nivel de adherencia Global al reporte de cada uno de los indicadores de seguridad que les aplicó  $\geq 97\%$ . Cabe hacer notar que, aun cuando la merma es mínima respecto del nivel de adherencia esperada, los establecimientos involucrados con 1 o más indicadores en dicha brecha (mayoritariamente de baja complejidad) están en incumplimiento de lo establecido en la Resolución 1031/2012 por exigencia de la Ley 20.584, y reforzado en Ord C13/N° 3469 ( 28-11-2013)<sup>5</sup> y por ende con riesgo de sanción por parte de entidades competentes en el área de fiscalización para estos efectos (Intendencia de Prestadores/Superintendencia de Salud) de mantenerse dicho desempeño y de no mediar justificación. Lo anterior podría estar explicado por las condiciones de sobredemanda derivada de la pandemia y directrices emanadas desde el MINSAL respecto de excepciones y cuya justificación debe estar formalizada por la máxima autoridad del establecimiento ante potenciales requerimientos de instancias fiscalizadoras o auditoras.

En análisis a la evolución de la adherencia al reporte por parte de la red de establecimientos atención cerrada, según se puede observar en la **Tabla 2** el comportamiento en el año 2021 es muy similar a la etapa pre pandémica, marcando notoria merma en el año 2020 y que se asume como consecuencia de decisión de algunos establecimientos de acogerse a excepciones instruidas por la autoridad en el contexto contingencia sanitaria y priorizando actividades conducentes al manejo y control de la misma..

---

<sup>5</sup> Comunica Roles en SICARS para reporte de indicadores de Seguridad

**2. ADHERENCIA A PRÁCTICA CLÍNICA COMPROMETIDA EN CADA NORMA ESPECÍFICA (RESULTADOS DE LAS MEDICIONES):**

Con el objetivo de evaluar el nivel de adherencia a cada norma, se desarrolla análisis del desempeño de cada indicador relacionado con prácticas asociadas a las mismas.

**2.1. APLICACIÓN DE LISTA DE CHEQUEO PARA LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA:**

El indicador representa el porcentaje de pacientes quirúrgicos con aplicación de lista de chequeo durante su cirugía.

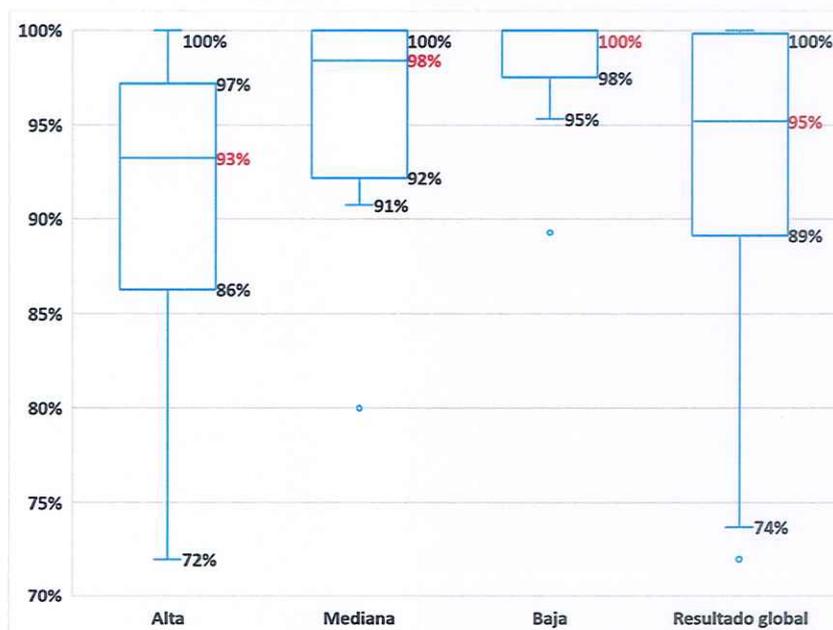
**2.1.1. Indicador de seguridad**

$$= \frac{\text{Número de pacientes operados en que se aplicó la lista de chequeo}}{\text{Número total de pacientes operados}} \times 100$$

**Tabla 3** Aplicación de lista de chequeo en paciente quirúrgico, según nivel de complejidad de atención. Resultados año 2020- 2021.

	ALTA COMPLEJIDAD		MEDIANA COMPLEJIDAD		BAJA COMPLEJIDAD		GLOBAL	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
<b>NUMERADOR</b>	18.457	20.604	3.483	3.871	1.023	2.356	22.963	26.831
<b>DENOMINADOR</b>	19.829	22.096	3.657	4.083	1.027	2.385	24.513	28.564
<b>RESULTADO</b>	93%	93%	95%	95%	100%	99%	94%	94%

**Gráfico 1** Aplicación de lista de chequeo en paciente quirúrgico. Distribución de datos según nivel de complejidad de atención, año 2021.



## **DISCUSIÓN:**

En general, y conforme se muestra en la **Tabla 3**, la aplicación de lista de chequeo para la seguridad de la cirugía en la red se cumple en un 94% de los procedimientos quirúrgicos evaluados. En los tres niveles de complejidad de atención se observó un incremento de la muestra analizada respecto del 2020, lo que estaría en directa relación con la reactivación quirúrgica progresiva según la realidad epidemiológica local, incremento que proporcionalmente fue más relevante en hospitales de baja complejidad los que a través de operativos absorben la demanda relacionada con lista de espera.

Respecto de la distribución de los datos (**Gráfico 1**), durante el año 2021, la mitad de los establecimientos independientemente de su complejidad presentaron una adherencia a la práctica  $\geq 95\%$ , con un cumplimiento mínimo de un 72%. Conforme a lo anterior, y en términos generales, el desempeño de la red respecto de esta práctica clínica es de buen nivel dejando un bajo margen de mejora, sin embargo, es necesario destacar que aun cuando esta información es netamente cuantitativa y si bien pudiese representar la verificación del cumplimiento de la aplicación de una lista de chequeo en su correcto registro, esta no permite reconocer si ello está debidamente ajustado a las exigencias de la Norma y que dice relación con el cumplimiento de la oportunidad (en los 3 tiempos de la cirugía) y precisión de lo observado según los verificadores establecidos como medidas de seguridad (criterios mínimos de seguridad quirúrgica).

Si bien la norma establece la opción de evaluar el procedimiento de aplicación de la lista de chequeo en forma observacional por un tercero, ello involucra un tiempo importante para el observador (debe permanecer durante toda la cirugía) además de no estar exenta del efecto Hawthorne<sup>6</sup> sobre el equipo sometido a evaluación en el cumplimiento de la práctica en que participan.

---

<sup>6</sup> Cualquier alteración en el comportamiento de las personas como consecuencia de su observación (<https://definicion.pro/definicion-de-efecto-hawthorne/>)

## 2.2. ANÁLISIS DE REOPERACIONES NO PROGRAMADAS (RNP)

### 2.2.1. Indicador complementario

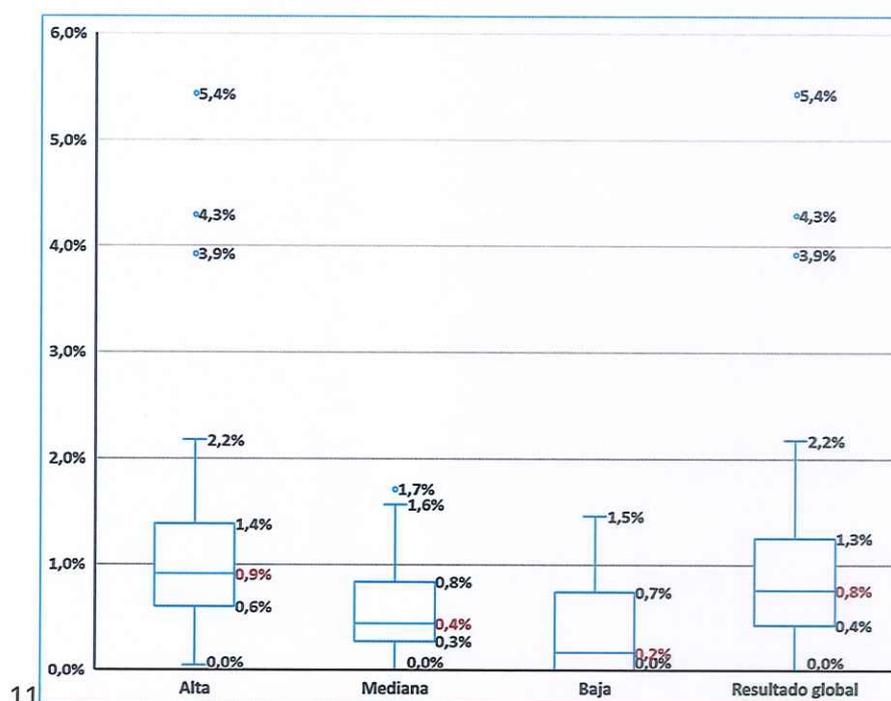
El indicador representa el % de **pacientes reoperados no programados** dentro de los 30 días posteriores a la cirugía primaria, dentro de una casuística de pacientes intervenidos quirúrgicamente en un periodo.

$$= \frac{\text{Número de pacientes reoperados no programados}}{\text{Número total de pacientes operados}} \times 100$$

**Tabla 4** Porcentaje de reoperaciones no programadas, según nivel de complejidad de atención. Resultados años 2020-2021.

	ALTA COMPLEJIDAD		MEDIANA COMPLEJIDAD		BAJA COMPLEJIDAD		GLOBAL	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
<b>NUMERADOR</b>	3.522	3.998	171	227	6	23	3.699	4.248
<b>DENOMINADOR</b>	312.781	386.001	34.810	39.637	2.629	4.558	350.220	430.196
<b>RESULTADO</b>	1,1%	1,0%	0,5%	0,6%	0,2%	0,5%	1,1%	1,0%

**Gráfico 2** Porcentaje de reoperaciones no programadas. Distribución de datos según nivel de complejidad de atención, año 2021.



### 2.2.2. Indicador de seguridad

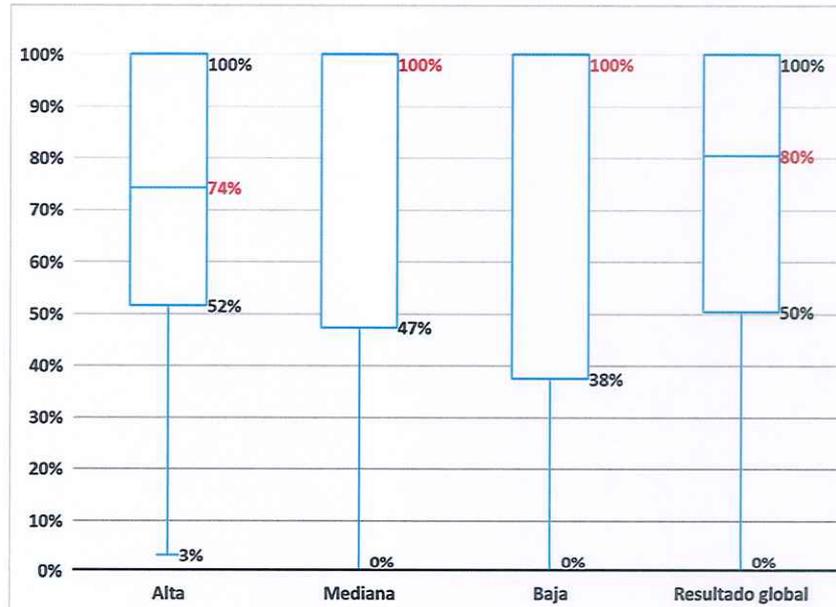
El indicador representa el % de **pacientes reoperados no programados analizados en reunión clínica**. Este análisis se realiza a través de una discusión organizada entre pares médicos (por equipo o servicio) como un ejercicio de aprendizaje para la mejora de prácticas futuras.

$$= \frac{\text{Número de pacientes reoperados no programados analizados en reunión clínica}}{\text{Número total de pacientes reoperados no programados}} \times 100$$

**Tabla 5** Análisis de reoperaciones no programadas, según nivel de complejidad de atención. Años 2020 - 2021.

	ALTA COMPLEJIDAD		MEDIANA COMPLEJIDAD		BAJA COMPLEJIDAD		GLOBAL	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
<b>NUMERADOR</b>	2.429	<b>2.570</b>	105	<b>147</b>	4	<b>16</b>	2.538	<b>2.733</b>
<b>DENOMINADOR</b>	3.522	<b>3.998</b>	171	<b>227</b>	6	<b>22</b>	3.699	<b>4.247</b>
<b>RESULTADO</b>	69%	<b>64%</b>	61%	<b>65%</b>	67%	<b>73%</b>	69%	<b>64%</b>

**Gráfico 3** Análisis de reoperaciones no programadas. Distribución de datos, según nivel de complejidad de atención, año 2021.



## DISCUSIÓN

Según lo presentado en la **Tabla 4**, durante el 2021 se observó un incremento en un 23% del total de cirugías informadas con relación al 2020, con una reducción general de un 9,1% en la proporción de RNP. Conforme a la distribución de datos a nivel global (todos los establecimientos), en el **Gráfico 2** se puede apreciar que el 75% de los establecimientos ( $P_{75}$ ) presenta resultados  $\leq 1,3\%$ , adecuándose al estándar  $\leq 2\%$  (o 10% de disminución de la línea base) establecido como referencial para los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR) y controlados como indicador de desempeño de autogestión desde Gabinete de la Subsecretaría de Redes Asistenciales a través de Plataforma Balance Score Card (BSC) 2020. En mismo Gráfico se observan 3 establecimientos de alta complejidad que presentan resultados atípicos, por sobre el 2% establecido como estándar. Dichos establecimientos corresponden a institutos de especialidad de referencia nacional, por lo que el perfil complejo de pacientes atendidos, pudiera condicionar en mayor medida las RNP. Esta es una situación mantenida en años anteriores por lo que en revisión con instancias de control de gestión se aceptan sus resultados y que se enmarcan en el 10% de disminución con respecto a su línea base estimada (resultado año anterior). Aun así, cabe mencionar que en estos establecimientos se observó un análisis de las mismas del 91%, superior a la proporción informada durante el año 2020 (80%).

Respecto del análisis de re operaciones no programadas, en el **Gráfico 3** se observa que, durante el año 2021 la mitad de los establecimientos, independientemente de su complejidad, analizó al menos un 80% de las RNP. No obstante el 25% de los establecimientos realiza dicha práctica en una proporción de RNP menor al 50% (rango 0-47%), 3 de ellos no realizan análisis.

## 2.3. PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA (ETE) EN PACIENTE QUIRÚRGICO

### 2.3.1. *Indicador complementario*

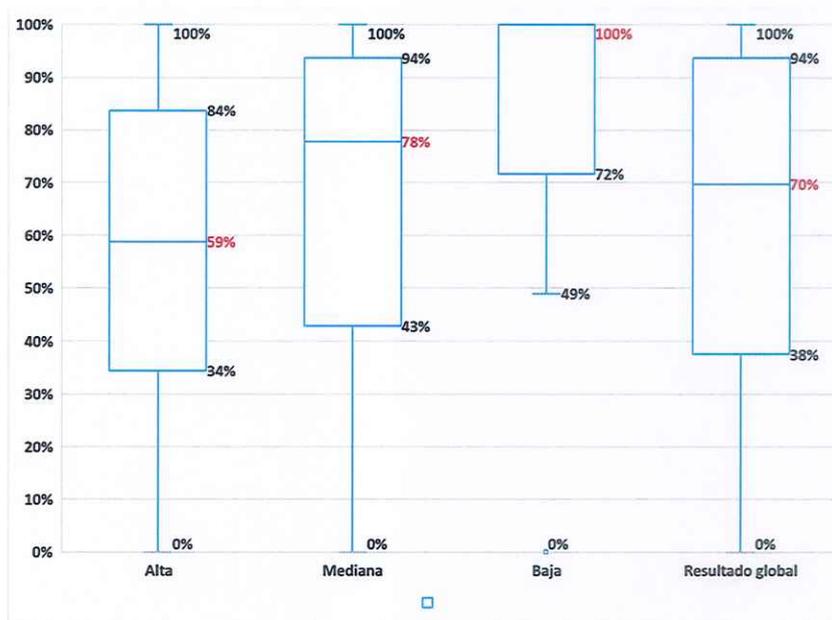
Este indicador considera la evaluación del riesgo de enfermedad tromboembólica en pacientes que requieren cirugía mayor (pacientes quirúrgicos operados y no operados)

$$= \frac{\text{Número de pacientes quirúrgicos hospitalizados con evaluación de riesgo de ETE}}{\text{Número total de pacientes quirúrgicos hospitalizados}} \times 100$$

**Tabla 6** *Pacientes quirúrgicos hospitalizados con evaluación de riesgo de ETE según nivel de complejidad de atención. Años 2020 – 2021.*

	ALTA COMPLEJIDAD		MEDIANA COMPLEJIDAD		BAJA COMPLEJIDAD		GLOBAL	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
NUMERADOR	5.043	6.424	1.316	1.324	352	785	6.711	8.533
DENOMINADOR	9.819	23.218	3.415	3.671	363	1.068	13.597	27.957
RESULTADO	51%	28%	39%	36%	97%	74%	49%	31%

**Gráfico 4** *Pacientes quirúrgicos hospitalizados con evaluación de riesgo de ETE según nivel de complejidad de atención. Distribución de datos según complejidad de la atención, año 2021.*



### 2.3.2. Indicador de seguridad

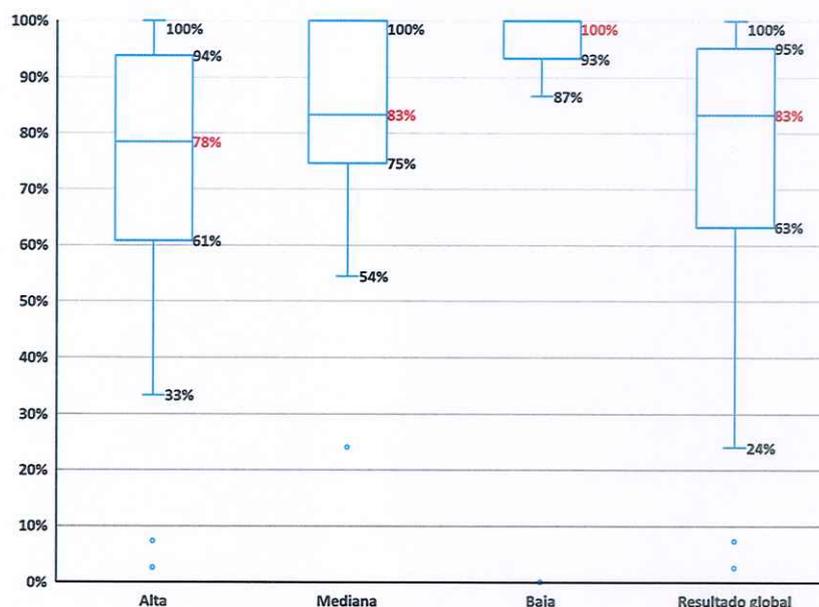
Evalúa el nivel de adherencia a la indicación y aplicación de medidas preventivas (farmacológicas, mecánicas o ambas) en pacientes intervenidos quirúrgicamente según el nivel de riesgo en que hayan sido categorizados (mediano, alto o muy alto)

$$= \frac{\text{Número de pacientes operados con riesgo de ETE con medidas de prevención indicadas y aplicadas}}{\text{Número total de pacientes operados con riesgo}} \times 100$$

**Tabla 7** Pacientes operados categorizados con riesgo de ETE con medidas de prevención indicadas y aplicadas, según nivel de complejidad de atención. Año 2020 – 2021.

	ALTA COMPLEJIDAD		MEDIANA COMPLEJIDAD		BAJA COMPLEJIDAD		GLOBAL	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
<b>NUMERADOR</b>	2.920	3.617	708	786	207	285	3.835	4.688
<b>DENOMINADOR</b>	3.921	4.775	1.016	1.152	218	538	5.155	6.465
<b>RESULTADO</b>	74%	76%	70%	68%	95%	53%	74%	73%

**Gráfico 5** Pacientes operados categorizados con riesgo de ETE con medidas de prevención indicadas y aplicadas. Distribución de datos según complejidad de la atención, año 2021.



Discusión:

Durante el 2021 y conforme a lo observado en la **Tabla 6**, la evaluación del riesgo de enfermedad tromboembólica en pacientes quirúrgicos, presenta una disminución respecto al año 2020 de 18 puntos porcentuales. El desempeño más bajo lo presentan los establecimientos de alta complejidad, donde dicha evaluación no alcanzó el 30%.

En la **Tabla 7**, se observa un incremento de un 25% de los pacientes operados y reconocidos con riesgos de ETE respecto del año 2020, representado principalmente por las mediciones realizadas por los establecimientos de alta y baja complejidad. Respecto de la indicación y aplicación de medidas preventivas, sólo se observó una mayor adherencia en los establecimientos de alta complejidad (incremento de 2 puntos porcentuales). En el caso de los establecimientos de baja complejidad (n=7), destacó un bajo cumplimiento, de un 53%, influido por los registros de un establecimiento que aporta el 45% de los casos observados e identificados con riesgo de ETE e informó un 0% de cumplimiento en los registros. Al excluir del cálculo a dicho hospital, se observó un nivel de cumplimiento del 95%, similar a lo informado el año anterior.

Desde el análisis global, y conforme a la distribución de datos reflejados en **Grafico 4** se puede observar que la mitad de los establecimientos, independientemente de su complejidad, presentó una adherencia  $\geq 70\%$  (Md) a la evaluación del riesgo de ETE en pacientes quirúrgicos, con una amplia dispersión de datos (Rango intercuartil = 38% - 94%), existiendo incluso establecimientos en los cuales se documentó un 0% de cumplimiento. Respecto a la evaluación de los datos obtenidos de la evaluación de la indicación y aplicación de medidas preventivas según **Gráfico 5**, la mitad de establecimientos informó al menos un 83% de adherencia a estas medidas, con un desempeño menor en los establecimientos de alta complejidad ( $\geq 78\%$ ), complejidad en la cual se identificaron dos hospitales con valores atípicamente bajos<sup>7</sup>.

Por lo anterior no solo constituye el indicador con más baja adherencia al reporte sino también al indicador con menor adherencia a la práctica clínica asociada en aquellos establecimientos comprometidos con producción quirúrgica segura, cuyo comportamiento histórico se ha mantenido.

---

<sup>7</sup> Valor  $\geq 1,5$  veces el rango intercuartil (RI= Q1-Q3)

## 2.4. PACIENTES TRANSFUNDIDOS DE ACUERDO CON PROTOCOLO

Estos indicadores evalúan el cumplimiento de dos aspectos; por un lado, el cumplimiento de la indicación respecto del volumen de hemocomponentes a administrar, y por otro el cumplimiento de criterios de indicación de hemocomponentes que constituyen la terapia transfusional y administrados en un periodo. Los criterios de indicación de transfusiones son establecidos por los mismos centros hospitalarios de acuerdo con recomendaciones MINSAL<sup>8</sup> según el tipo de hemocomponente disponible y potencialmente indicado y administrado.

En efecto, es requerido que los prestadores institucionales de salud elaboren un procedimiento local para establecer dichos criterios que regulen el uso de hemocomponentes en cuanto a tipo y volumen a transfundir, bajo el concepto de seguridad y eficiencia (Recurso escaso, de alto costo y potencialmente riesgoso).

### 2.4.1. *Indicador complementario*

Este indicador da cuenta del cumplimiento de la indicación respecto del volumen de hemocomponentes a administrar conforme a lo establecido en el protocolo de prestador y bajo recomendaciones ministeriales (criterios).

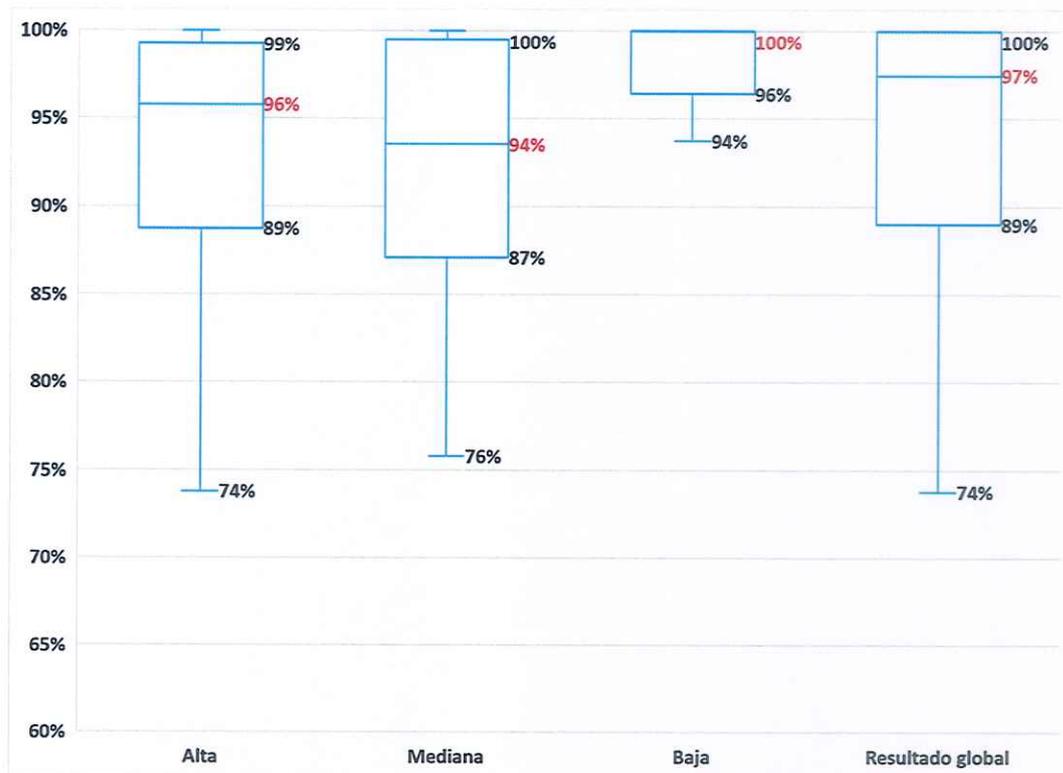
$$= \frac{\text{Número de unidades transfundidas según protocolo}}{\text{Número total de unidades transfundidos}} \times 100$$

**Tabla 8** *Pacientes transfundidos de acuerdo con protocolo (Uso de volumen), según nivel de complejidad de atención. Años 2020-2021.*

	ALTA COMPLEJIDAD		MEDIANA COMPLEJIDAD		BAJA COMPLEJIDAD		GLOBAL	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
<b>NUMERADOR</b>	61.352	<b>60.562</b>	6.516	<b>9.326</b>	1.848	<b>2.050</b>	69.716	<b>71.938</b>
<b>DENOMINADOR</b>	64.131	<b>64.681</b>	7.156	<b>10.027</b>	1.884	<b>2.111</b>	73.171	<b>76.819</b>
<b>RESULTADO</b>	96%	<b>94%</b>	91%	<b>93%</b>	98%	<b>97%</b>	95%	<b>94%</b>

<sup>8</sup> Circular Número 26 MINSAL 11/04/2000. Recomendaciones para el uso de transfusiones de sangre o sus componentes.

**Gráfico 6** Pacientes transfundidos de acuerdo a protocolo (Uso de volumen). Distribución de datos según nivel de complejidad del establecimiento, año 2021.



#### 2.4.2. Indicador de seguridad

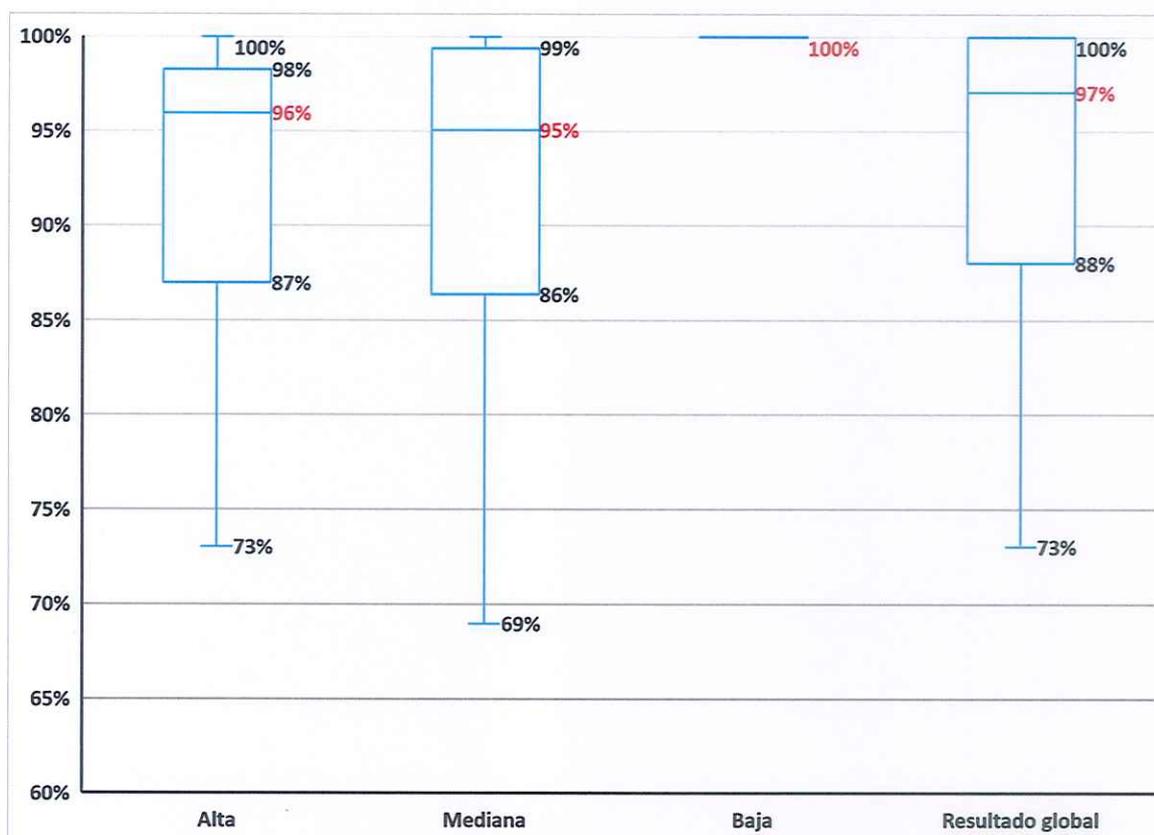
Este indicador da cuenta del cumplimiento de criterios de indicación de hemocomponentes que constituyen la terapia transfusional y administrados en un periodo. De este modo se evalúa el tratamiento completo y no cada transfusión por sí sola. Es decir, para que el proceso sea exitoso cada una de los hemocomponentes transfundidos debe cumplir con los criterios de indicación por separado.

$$= \frac{\text{Número de pacientes transfundidos según protocolo}}{\text{Número total de pacientes transfundidos}} \times 100$$

**Tabla 9** Pacientes transfundidos de acuerdo con protocolo (criterios de indicación de hemocomponentes), según nivel de complejidad del establecimiento. Años 2020-2021.

	ALTA COMPLEJIDAD		MEDIANA COMPLEJIDAD		BAJA COMPLEJIDAD		GLOBAL	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
<b>NUMERADOR</b>	29.803	<b>22.292</b>	3.013	<b>4.189</b>	1.098	<b>1.225</b>	33.914	<b>27.706</b>
<b>DENOMINADOR</b>	31.659	<b>23.708</b>	3.274	<b>4.591</b>	1.120	<b>1.270</b>	36.053	<b>29.569</b>
<b>RESULTADO</b>	94%	94%	92%	91%	98%	96%	94%	94%

**Gráfico 7** Pacientes transfundidos de acuerdo con protocolo (criterios de indicación de hemocomponentes). Distribución de datos según nivel de complejidad de la atención, año 2021.



### **Discusión:**

Respecto del indicador complementario relacionado con el adecuado uso del hemocomponente (volumen) se puede observar que durante el año 2021 (**Tabla 8**) el 94% de las unidades indicadas se ajustaron a protocolo y la mitad de los establecimientos tuvo un cumplimiento  $\geq 97\%$  (**Grafico 6**), sin mayores variaciones respecto del año anterior.

En relación con el cumplimiento de criterios de indicación de hemo componentes se observa un comportamiento global de un 94% (**Tabla 9**), sin embargo se evidencia una disminución de un 18% de los pacientes transfundidos respecto del año anterior. Si se asocia este dato con el aumento de las unidades transfundidas en un 5%, podría deducirse que ello es un efecto del manejo del uso de este recurso en contexto de pandemia, concentrado en pacientes críticos. Desde el punto de vista de distribución de datos (**Grafico 7**) se observa que el 75% de los establecimientos que entregaron información, independientemente de su complejidad, presenta un cumplimiento  $\geq 88\%$  respecto de la adherencia a la práctica de indicación de hemocomponentes ajustados a criterios normados, y la mitad de ellos cumplen al menos 97%.

## 2.5. PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

El cumplimiento de esta norma está relacionado con la evaluación del riesgo de presentar UPP y la aplicación de medidas preventivas (al menos cambio postural y uso de superficies de apoyo) en los pacientes categorizados con riesgo mediano y alto de sufrir dichas lesiones.

### 2.5.1. Indicador complementario

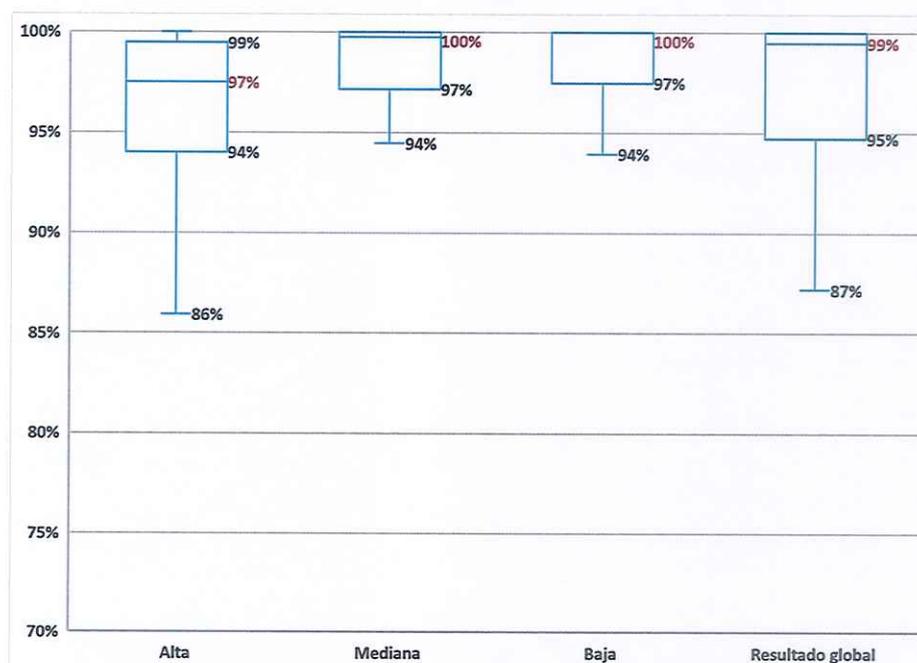
Este indicador mide el nivel de valoración de riesgo de úlceras o lesiones por presión en pacientes expuestos, a través de escalas validadas (Ej. Norton, Braden, Emina).

$$= \frac{\text{Número de pacientes con aplicación de escala de evaluación de riesgo de UPP antes de completar 48 hrs desde su ingreso al servicio}}{\text{Número total de pacientes ingresados al servicio}} \times 100$$

**Tabla 10** Pacientes hospitalizados con valoración del riesgo de UPP al ingreso, según nivel de complejidad de atención. Años 2020 - 2021.

	ALTA COMPLEJIDAD		MEDIANA COMPLEJIDAD		BAJA COMPLEJIDAD		GLOBAL	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
NUMERADOR	43.598	62.939	10.493	8.597	18.394	24.315	72.485	95.851
DENOMINADOR	44.671	65.082	10.807	9.288	22.672	25.472	78.150	99.842
RESULTADO	98%	97%	97%	93%	81%	95%	92,8%	96,0%

**Gráfico 8** Pacientes hospitalizados con valoración del riesgo de UPP al ingreso. Distribución de datos según nivel de complejidad de atención, año 2021



**2.5.2. Indicador de seguridad (Aplicación de medidas preventivas)**

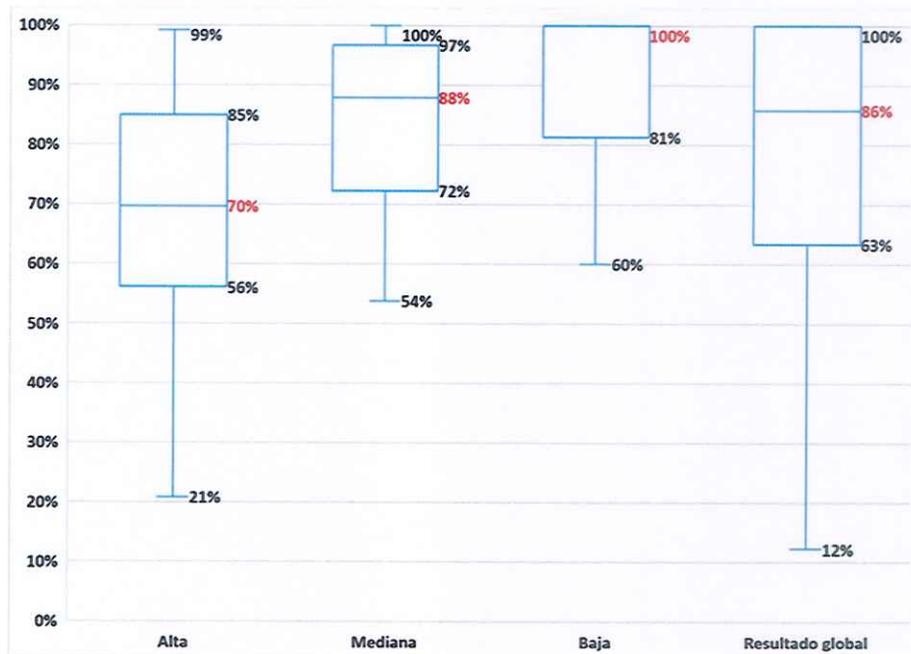
Mide la aplicación de medidas preventivas (al menos cambio postural y uso de superficies de apoyo) en los pacientes categorizados con riesgo mediano y alto de sufrir úlceras por presión.

$$= \frac{\text{Número de pacientes con riesgo de desarrollar UPP que están con las 2 medidas aplicadas}}{\text{Número total de pacientes con riesgo mediano y alto de UPP}} \times 100$$

**Tabla 11** Pacientes hospitalizados categorizados con riesgo mediano y alto de UPP con medidas de prevención indicadas y aplicadas, según nivel de complejidad de atención. Año 2020 - 2021.

	ALTA		MEDIANA		BAJA		GLOBAL	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
<b>NUMERADOR</b>	15.336	20.307	3.770	2.736	5.694	5.565	24.800	28.608
<b>DENOMINADOR</b>	18.973	26.078	4.272	3.299	6.352	8.266	29.597	37.643
<b>RESULTADO</b>	81%	78%	88%	83%	90%	67%	84%	76%

**Gráfico 9** Pacientes hospitalizados categorizados con riesgo mediano y alto de UPP con medidas de prevención indicadas y aplicadas. Distribución de datos según nivel de complejidad de atención, año 2021.



## Discusión

La valoración del riesgo de lesiones o úlceras por presión, a través de la aplicación de una escala de evaluación validada para reconocer factores que potencian la instalación del daño, es una práctica clínica con alto nivel de adherencia a nivel de establecimientos de atención cerrada de la red pública. Lo anterior queda demostrado en **Tabla 10** donde se observa un cumplimiento global (todos los establecimientos de atención cerrada independientemente de su nivel de complejidad de atención) de un 96%. Del mismo modo y conforme a la distribución de los datos observados en **Grafico 8**, la mitad de los establecimientos valoró el riesgo de UPP en casi el 100% de los pacientes hospitalizados, desempeño alto a partir del P<sub>25</sub> con un resultado  $\geq 95\%$ . Esto refleja que se trata de una práctica de seguridad asistencial instalada dentro de la gestión de enfermería relacionada con el cuidado.

Respecto de la aplicación de medidas preventivas en los pacientes categorizados en riesgo tras la valoración previa, según la **Tabla 11** se puede concluir que durante el año 2021 la adherencia a la práctica clínica presentó una merma en todos los niveles de complejidad de atención, alcanzando un cumplimiento global de un 76% (8 puntos porcentuales menos que el año 2020). Conforme a la distribución de datos durante mismo año de estudio, la mitad de los establecimientos informó aplicar las medidas de prevención establecidas en la Norma (cambio de posiciones y uso de superficies de apoyo) al menos al 86% de los pacientes reconocidos con riesgo mediano y alto evaluados, aunque esta proporción bajó a al menos un 70% al considerar sólo los hospitales de alta complejidad (**Grafico 9**). De acuerdo con la información disponible, durante la evaluación se pudo documentar la indicación y aplicación de medidas preventivas en no más del 60% de los pacientes con riesgo en 1 de cada 4 establecimientos de alta complejidad.

## 2.6. REPORTE DE INCIDENCIA DE CAÍDAS

La construcción del indicador se basa en la relación de las caídas notificadas según el sistema de vigilancia de eventos adversos a nivel local y los DCO (días cama ocupadas) generados durante el periodo de medición.

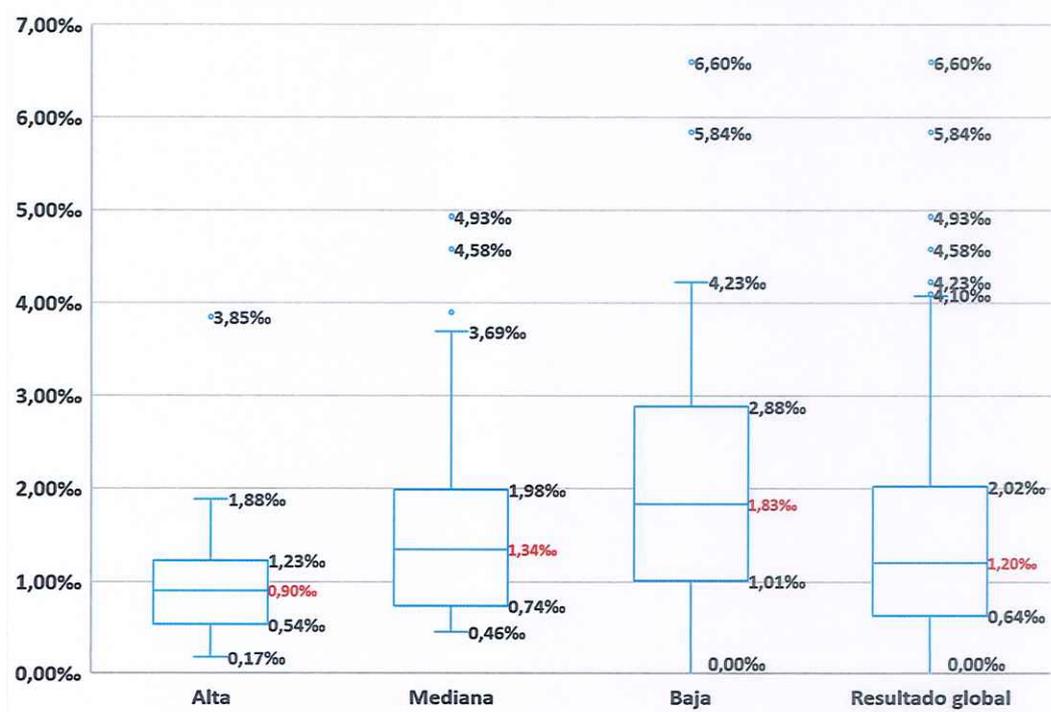
### 2.6.1. Indicador de seguridad (Tasa de incidencia)

$$= \frac{\text{Número de pacientes hospitalizados que sufren caídas}}{\text{Número de Días cama ocupadas (D. C. O)}} \times 1000$$

**Tabla 12** Incidencia de caídas en pacientes hospitalizados, según nivel de complejidad de atención. Años 2020 – 2021.

	ALTA COMPLEJIDAD		MEDIANA COMPLEJIDAD		BAJA COMPLEJIDAD		GLOBAL COMPLEJIDAD	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
<b>NUMERADOR</b>	4.348	<b>5.400</b>	1.034	<b>1.421</b>	919	<b>1.189</b>	6.301	<b>8.010</b>
<b>DENOMINADOR</b>	4.695.303	<b>5.773.757</b>	623.362	<b>720.307</b>	476.650	<b>557.614</b>	5.795.315	<b>7.051.678</b>
<b>RESULTADO</b>	0,93‰	<b>0,94‰</b>	1,66‰	<b>1,97‰</b>	1,93‰	<b>2,13‰</b>	1,09‰	<b>1,14‰</b>

**Gráfico 10** Incidencia de caídas en pacientes hospitalizados. Distribución de datos según nivel de complejidad de atención, año 2021.



### **Discusión:**

Conforme a la **Tabla 12**, en el año 2021 la tasa de incidencia de caídas reportadas globalmente presentó un 4,6% de incremento con relación al año 2020, lo que varió entre un 1,1% de incremento observado en lo reportado por hospitales de alta complejidad y un 18,8% en hospitales de mediana complejidad (10,3% de incremento en los de baja complejidad).

Proporcionalmente durante el año 2021 los establecimientos de alta complejidad contribuyeron con el 67% de las caídas y el 82% de los DCO, los de mediana complejidad con el 18% de las caídas y el 10% de los DCO y los de baja complejidad con el 15% de las caídas y el 8% de los DCO, comportamiento muy similar al año 2020.

No obstante lo anterior, el reporte por sí mismo no permite conocer las características de las caídas (localización, temporalidad y lesiones producidas) como tampoco analizar y analizar el perfil sociodemográfico y clínicos de los pacientes afectados por caídas. Esta es información que debe disponer el establecimiento a fin de establecer las medidas preventivas conforme a la realidad reflejada por esa información.

Aun cuando estas tasas no son comparables entre hospitales, toda vez que son dependientes del perfil epidemiológico de caídas y del tipo de pacientes que acoge cada establecimiento, considerando además todas las limitaciones del indicador y su construcción (desde las diferencias en fuentes primarias necesarias en la metodología de medición hasta los sistemas de recolección de información) se puede concluir según lo observado en **Gráfico 10** que del total de establecimientos que reportan, la mitad presenta tasas iguales o inferiores al 1,23‰ y un 25% de ellos presenta incidencia  $\geq 2.0\%$ , especialmente influido por establecimientos de atención psiquiátrica con tasas entre 3,69‰ y 3,85‰ y otros establecimientos de baja complejidad que reporta tasas de hasta 7‰, pudiendo constituir valores outliers resultantes de error metodológico (DCO no se ajustan al periodo de ocurrencia de las caídas) o al impacto de la baja estancia real al correlacionarlo con el número de eventos ocurridos

Considerando que la evidencia establece que el reporte voluntario pesquiza alrededor de un 15% de los eventos adversos reales, y este indicador aún está en proceso de instalación apoyado por estrategias para mejorar la notificación de los casos (Implementación de protocolos locales sobre vigilancia de eventos adversos) no es posible calificar este dato como referencial a nivel nacional.

## 2.7. MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS MÉDICOS CRÍTICOS

### 2.7.1. *Indicador de seguridad*

La construcción del indicador se basa en el cumplimiento de un programa de mantenimiento preventivo al que deben ser sometidos los equipos médicos críticos de la institución para evitar eventos adversos asociados a fallas prevenibles o pesquisadas oportunamente.

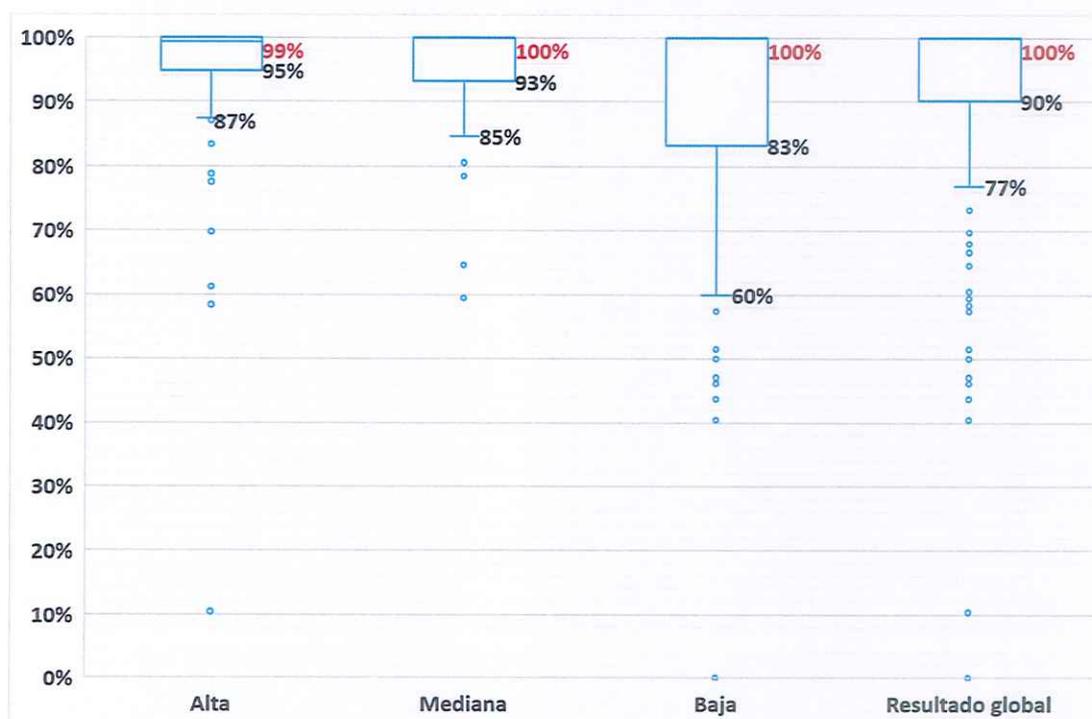
*Número de equipos críticos con mantenimiento preventivo ejecutado en el periodo (t)*

$$= \frac{\text{Número de equipos críticos con mantenimiento preventivo ejecutado en el periodo (t)}}{\text{Número total de equipos críticos con mantenimiento preventivo programado en el periodo (t)}} \times 100$$

**Tabla 13** *Porcentaje de equipos críticos con mantención preventiva ejecutada en el periodo, según nivel de complejidad de atención. Años 2020 - 2021.*

	ALTA		MEDIANA		BAJA		GLOBAL	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
NUMERADOR	29.794	42.972	3.345	4.985	1.816	2.759	34.955	50.716
DENOMINADOR	33.515	47.342	3.837	5.399	2.267	3.286	39.619	56.027
RESULTADO	89%	91%	87%	92%	80%	84%	88%	91%

**Gráfico 11** *Porcentaje de equipos críticos con mantención preventiva ejecutada en el periodo. Distribución de datos según nivel de complejidad de atención, año 2021.*



## Discusión

En la **Tabla 13**, se observó un aumento en el número total de equipos sometidos a mantención preventiva y los incorporados a programa en un 45% y 41% respectivamente respecto del año 2020. Además de un alto nivel de adherencia global a la práctica preventiva en el año 2021 alcanzando el 91%. Respecto de la distribución de los datos (**Grafico 11**), se observó que la mitad de los establecimientos someten al 100% de los equipos críticos al programa de mantención preventiva establecido (ejecución). La mayor dispersión de resultados se presentó en establecimientos de baja complejidad (n=98), donde 14 ejecutan la mantención preventiva en menos del 60% de los equipos críticos programados, incluyendo 3 establecimientos que informan incumplimiento de la mantención preventiva en la totalidad de sus equipos programados (0%).

Además de lo anterior y a 4 años de la publicación de la Norma aprobada por Resol 1341/2017 se reconocen 3 establecimientos que reportan no disponer equipos programados en todo el año desconociéndose si ello obedece a omisión del registro o a una falta de implementación de la Norma con su respectiva programación.

## VII. CONCLUSIONES

- a) Respecto de la adherencia de los establecimientos de atención cerrada al reporte de los indicadores que les aplican, aun no se alcanza el 100% esperado, lo que reflejaría incumplimiento a obligación establecida por Ley (Art 4° ley 20.584)., situación no muy distinta a periodo anterior a pandemia Esta brecha se hace más notoria en el año 2020 entendiendo que ello obedece a la decisión de algunos establecimientos de acogerse a excepciones instruidas por la autoridad en el contexto de pandemia.
- b) Los indicadores asociados a normas del ámbito del cuidado (Prevención de UPP y reporte de caídas), dan cuenta de que estas prácticas están instaladas y los resultados en especial en reporte de caídas, reflejan datos que inducen a pensar que hubo un incremento tanto en la notificación de eventos como en la adherencia al reporte. No obstante, es necesario revisar la situación de aquellos establecimientos que declaran no haber presentado caídas durante el año, pues si bien es un resultado positivo, se debe descartar de que no se trate de una sub notificación.
- c) Si bien la mitad de los establecimientos con producción quirúrgica, independientemente de su complejidad, reportan una adherencia  $\geq 95\%$  en la Aplicación de lista de chequeo para la seguridad de la cirugía, dejando un bajo margen de mejora, dicha información es netamente cuantitativa y radica en la constatación de registros asociados (Check con criterios de seguridad quirúrgica marcados), y no necesariamente en la verificación del cumplimiento de los criterios que establece la Lista de chequeo propiamente tal por parte de los involucrados en cada uno de los tiempos del acto quirúrgico y poder reconocer si ello se ajusta a las exigencias de la Norma respecto de la oportunidad (en los 3 tiempos de la cirugía) y precisión de lo observado según verificadores establecidos como medida de seguridad (criterios mínimos de seguridad).
- d) Aun cuando la adherencia a las practicas clínicas asociadas a la Norma de prevención de ETE [valoración del riesgo en pacientes quirúrgicos (operados y no operados) y aplicación de medidas en pacientes efectivamente operados] tiende a la mejora, todavía no es posible alcanzar umbrales de cumplimiento que garanticen la protección de los pacientes respecto del riesgo de presentar TVP o TEP. Por lo anterior se hace necesario plantear estrategias a nivel programa de Calidad y Seguridad de la Atención que conduzcan a la instalación de medidas. Dado que esta Norma es de responsabilidad médica, es necesario propiciar iniciativas locales que involucren la promoción de una cultura de seguridad entre todo el equipo de salud, en especial equipos de cirujanos, con participación activa de los directivos en su rol de liderazgo.
- e) Dada que la mayor limitación en la elaboración del informe está relacionada con el tipo de información disponible a nivel central ( restringida solo a datos cuantitativos obtenidos de SICARS como fuente referencial) se hace necesario implementar a nivel de gestores de SS (referentes de Calidad), en junto con los prestadores de sus respectivas redes, un conjunto de acciones inherentes a la Gestión de Calidad y seguridad asistencial (plan de monitoreo sistemático) para verificar tanto la metodología empleada como las fuentes de información asociada y por ende validar los resultados reportados (consistencia y pertinencia) e identificación de condiciones que rodearon el proceso de atención relacionado con la aplicación de las practicas clínicas/ preventivas asociadas a las normas de seguridad y su propia evaluación.