



SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISIÓN DE GESTIÓN DE LA RED ASISTENCIAL
DEPTO. DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE ATENCIÓN
PNM / MOB / JER / Cra

3945

ORD. N° C 37

ANT.: Ley 20584 (octubre 2012) Sobre derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud; Ord C13/ 3469 (noviembre 2013) que instruye roles en SICARS para el reporte de indicadores de seguridad.

MAT.: Envía informe de Indicadores de Seguridad años 2018-2019-2020

SANTIAGO,

- 9 DIC 2021

DE : JEFE DE GABINETE SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES

A : SEGÚN DISTRIBUCIÓN

Como es de su conocimiento, de acuerdo con la Ley 20.584 que Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en Relación con Acciones Vinculadas en su Atención en Salud, los hospitales de la red han reportado el nivel de cumplimiento de las Normas de Seguridad de los pacientes y calidad de la atención según lo establecido en la Resolución N° 1031 (octubre del 2012). En esta ocasión tengo el agrado de enviar el informe completo sobre **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 años 2018, 2019 y 2020**, en el cual se muestra el comportamiento de la red tanto en su adherencia al reporte de cada indicador, como en la adherencia a la práctica clínica asociada a cada Norma, el cual será publicado en <https://www.minsal.cl/calidad-y-seguridad-del-paciente/>

En términos generales, se pudo observar una alta adherencia al reporte de indicadores, alcanzando un 100% (186/186) de los establecimientos durante el 2018; 99% (185/186) de los establecimientos durante el 2019 y el 96% de los establecimientos (176/186) durante el 2020. Con respecto al cumplimiento de los mismos en la adherencia a prácticas clínicas asociadas a los indicadores, se observó una distribución heterogénea en el período, destacando un mayor cumplimiento en los indicadores asociados a prevención de úlceras por presión, aplicación de lista de chequeo quirúrgico, transfusiones y mantenimiento de equipos médicos, manteniéndose, sin embargo, una menor adherencia a la aplicación de medidas preventivas de enfermedad tromboembólica en pacientes quirúrgicos. Dado lo anterior, 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.

Cabe mencionar que los resultados presentados no son referenciales como estándar nacional, pues los datos locales no son comparables al interior de la red de prestadores dada la variabilidad en la complejidad de los establecimientos y el perfil de los pacientes que atienden, así como la heterogeneidad en la medición de algunos de estos. Sin embargo, se espera que esta información oriente y propicie la gestión de mejora continua en cada Institución.

"Por orden del Subsecretario de Redes Asistenciales"



NICOLAS DUHALDE CORREA

JEFE DE GABINETE

SUBSECRETARÍA 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 años 2018-2019-2020

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

NOVIEMBRE 2021

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 Depto. de Calidad y Seguridad de la Atención)

Contenido

I.	INTRODUCCIÓN:	3
II.	ANTECEDENTES	4
III.	OBJETIVO	5
IV.	ALCANCE	5
V.	LIMITACIONES DEL INFORME.	5
VI.	METODOLOGÍA	6
VII.	RESULTADOS Y DISCUSIONES	8
1.	ADHERENCIA AL REPORTE	8
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	13
2.2.1.	<i>Indicador complementario</i>	13
2.2.2.	<i>Indicador de seguridad</i>	14
2.3.	PACIENTES TRANSFUNDIDOS DE ACUERDO A PROTOCOLO	16
2.3.1.	<i>Indicador complementario</i>	16
2.3.2.	<i>Indicador de seguridad</i>	17
2.4.	PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA (ETE) EN PACIENTE QUIRÚRGICO	19
2.4.1.	<i>Indicador complementario (Evaluación de riesgo)</i>	19
2.4.2.	<i>Indicador de seguridad (Aplicación de medidas preventivas)</i>	20
2.5.	PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS	22
2.5.1.	<i>Indicador complementario (Evaluación del riesgo)</i>	22
2.5.2.	<i>Indicador de seguridad (Aplicación de medidas preventivas)</i>	23
2.6.	REPORTE DE INCIDENCIA DE CAÍDAS	25
2.6.1.	<i>Indicador de seguridad (Tasa de incidencia)</i>	25
2.7.	MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS MÉDICOS CRÍTICOS	27
2.7.1.	<i>Indicador de seguridad</i>	27
VIII.	CONCLUSIONES	29

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 efecto¹.

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 de análisis en el 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

¹ Ley 20584/2012 Sobre derechos y deberes de las personas en las acciones vinculadas a su atención en salud. Art 4°

II. ANTECEDENTES

La medición de estos indicadores y su reporte constituyen obligatoriedad para los prestadores institucionales y deben 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 2020 y ante la alerta sanitaria decretada en el país, enmarcada en la pandemia por nuevo Coronavirus, SARS-CoV-2 que produce la enfermedad denominada COVID-19 a través del Decreto N°4 (08-02-20)² y del Decreto N°6 (07-03-2020)³, la Subsecretaría de Redes Asistenciales, teniendo presente los desafíos que la pandemia impone a la red asistencial y a los establecimientos hospitalarios, a través del Ord N°833 (31-03-2020)⁴ 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, estableció como estrategia 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 la suspensión de las cirugías denominadas electivas a través de Resol 215/30-03-20 de la Subsecretaría de Salud Pública (punto 32) ⁵ y Ord C27/ N°808 del 27-03-20⁶ de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, dejando solo la autorización de realizar aquellas de urgencia y oncológicas impostergables, observándose un reducción en el número de procedimientos quirúrgicos realizados con relación a un año “normal”.

² Alerta sanitaria por el período que se señala y otorga facultades extraordinarias que indica por emergencia de salud pública de importancia internacional (espii) por brote del nuevo coronavirus (2019-ncov)

³ Modifica Decreto N° 4, de 2020, del Ministerio de salud, que decreta alerta sanitaria por el período que se señala y otorga facultades extraordinarias que indica por emergencia de salud pública de importancia internacional (espii) por brote del nuevo coronavirus (2019-ncov)

⁴ Instruye directrices sobre prioridades de equipos de IAAS y seguridad del paciente y calidad de la atención por COVID-19

⁵ Resol Exta 215 (30-03-20)/ MINSAL (subsecretaría de salud pública): Dispone medidas sanitarias que indica por brote COVID-19

⁶ Recomendaciones Plan de contingencia COVID-19

III. OBJETIVO

Presentar el resultado del monitoreo de indicadores de seguridad a nivel nacional del período 2018-2020, 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.

VI. METODOLOGÍA

El presente informe considera la información reportada por los hospitales públicos pertenecientes al SNSS durante los años 2018-2019 y 2020, 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 20-03-2021*

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. No obstante, para evitar contaminar información asociados a indicadores relacionados con la cirugía se han excluido del informe los datos reportados por aquellos establecimientos de atención cerrada de baja complejidad que presentan actividad quirúrgica circunstancial (Operativos quirúrgicos).

Para el análisis de la información reportada 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.

VII. RESULTADOS Y DISCUSIONES

1. ADHERENCIA AL REPORTE

En el análisis sobre la adherencia al reporte, se considera cumplido cuando el resultado del indicador es posible visualizarlo 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 de Alta complejidad con adherencia al reporte según indicador, Años 2018-2019-2020

INDICADOR	Establecimientos de alta complejidad		
	2018	2019	2020
Aplicación de Lista de chequeo para la seguridad de la cirugía	100%(59/59)	100%(59/59)	97%(57/59)
Análisis de Reoperaciones quirúrgicas no programadas	100%(59/59)	100%(59/59)	92%(54/59)
Prevención de ETE en paciente quirúrgico	97%(57/59)	98%(58/59)	86%(51/59)
Paciente transfundido de acuerdo a protocolo	100%(60/60)	100%(60/60)	93%(56/60)
Prevención de úlceras por presión (UPP) en pacientes hospitalizados	100%(62/62)	100%(62/62)	95%(59/62)
Reporte de caídas en pacientes hospitalizados	100%(62/62)	100%(62/62)	95%(59/62)
Mantenimiento preventivo de equipamiento médico crítico	100%(62/62)	100%(62/62)	95%(59/62)

Tabla 2 : Porcentaje de establecimientos de atención cerrada de Mediana complejidad con adherencia al reporte según indicador, Años 2018-2019-2020

INDICADOR	Establecimientos de mediana complejidad		
	2018	2019	2020
Aplicación de Lista de chequeo para la seguridad de la cirugía	96%(22/23)	96%(22/23)	91%(21/23)
Análisis de Reoperaciones quirúrgicas no programadas	96%(22/23)	96%(22/23)	87%(20/23)
Prevención de ETE en paciente quirúrgico	96%(22/23)	96%(22/23)	87%(20/23)
Paciente transfundido de acuerdo a protocolo	100%(23/23)	100%(23/23)	87%(20/23)
Prevención de úlceras por presión (UPP) en pacientes hospitalizados	100%(28/28)	100%(28/28)	86%(24/28)
Reporte de caídas en pacientes hospitalizados	100%(28/28)	100%(28/28)	96%(27/28)
Mantenimiento preventivo de equipamiento médico crítico	100%(28/28)	100%(28/28)	93%(26/28)

Tabla 3 : Porcentaje de establecimientos de atención cerrada de Baja complejidad con adherencia al reporte según indicador, Años 2018-2019-2020

INDICADOR	Establecimientos de baja complejidad		
	2018	2019	2020
Aplicación de Lista de chequeo para la seguridad de la cirugía			
Análisis de Reoperaciones quirúrgicas no programadas			
Prevención de ETE en paciente quirúrgico			
Paciente transfundido de acuerdo a protocolo	97%(28/29)	93%(27/29)	86%(25/29)
Prevención de úlceras por presión (UPP) en pacientes hospitalizados	99%(95/96)	99%(95/96)	93%(90/96)
Reporte de caídas en pacientes hospitalizados	100%(96/96)	99%(95/96)	95%(91/96)
Mantenimiento preventivo de equipamiento médico crítico	95%(91/96)	96%(92/96)	86%(85/96)

Tabla 4 : Porcentaje de establecimientos de atención cerrada (red completa) con adherencia al reporte según indicador, Años 2018-2019-2020

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

Discusión:

Según la Tabla 1, durante los años 2018 y 2019 los establecimientos de atención cerrada de la red, independientemente de su complejidad, alcanzaron un nivel de adherencia $\geq 95\%$ en el reporte de cada uno de los indicadores de seguridad que les aplicó. Cabe hacer notar que, aun cuando la merma es mínima respecto del nivel de adherencia esperada, los establecimientos involucrados en dicha brecha 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)⁷ 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.

⁷ Comunica Roles en SICARS para reporte de indicadores de Seguridad

Durante el año 2020 la brecha en incumplimiento se acentúa en los tres niveles de complejidad (Tablas 1, 2 y 3) , lo que podría estar explicado por las condiciones de sobredemanda derivada de la pandemia y directrices emanadas desde el MINSAL respecto de excepciones (se privilegia el foco en la atención mas no en la medición), y cuya justificación debe estar formalizada por la máxima autoridad del establecimiento ante potenciales requerimientos de instancias fiscalizadoras o auditoras. No obstante lo anterior preocupa la merma en cumplimiento del reporte del indicador asociado a la mantención de equipos críticos, toda vez que se instruyera especial monitoreo de esta práctica dada la alta demanda y sobre uso a que son sometidos algunos de los equipos críticos durante la pandemia (ventiladores mecánicos, monitor hemodinámico, máquinas de anestesia), además de medidas alternativas para demostrar cumplimiento frente a no disponibilidad de atención por servicio técnico especializado⁸.

⁸ Ord 1976/30-06-2020: Aplicación de lista de chequeo de mantención preventiva de equipos médicos críticos, respecto de los cuales no se ha realizado su mantención preventiva de acuerdo con planificación anual y local

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

Para dar cumplimiento 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 5: Aplicación de lista de chequeo en paciente quirúrgico, según complejidad del establecimiento, resultados años 2018-2019-2020.

Año	Alta			Mediana		
	numerador	denominador	resultado	numerador	denominador	resultado
2018	33.908	35.918	94%	10.515	10.830	97%
2019	26.889	30.304	89%	6.077	6.275	97%
2020	18.457	19.829	93%	3.483	3.657	95%

Tabla 6: Aplicación de lista de chequeo en paciente quirúrgico. Distribución de datos según complejidad del establecimiento, años 2018-2019-2020.

	ALTA			MEDIANA			GLOBAL		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
MINIMO	52%	31%	54%	65%	74%	60%	52%	31%	54%
PERCENTIL 25	87%	89%	85%	90%	93%	90%	88%	90%	86%
MEDIANA	94%	94%	94%	96%	98%	100%	94%	95%	95%
PERCENTIL 75	98%	98%	98%	98%	100%	100%	98%	98%	99%
MAX	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Rango IQ	11%	8%	13%	9%	7%	10%	11%	9%	13%

DISCUSIÓN:

En general, y conforme se muestra en la tabla 5, la adherencia a la práctica de aplicación de lista de chequeo para la seguridad de la cirugía alcanza un cumplimiento $\geq 95\%$ durante los tres años de medición, aun cuando es notoria la merma en el número de pacientes operados de un 34% en los establecimientos de alta complejidad y de un 41% en los establecimientos de mediana complejidad en el año 2020, respecto del año anterior. Esto puede estar explicado por las definiciones ministeriales respecto de las prioridades en contexto de pandemia, es decir concentración de la actividad quirúrgica en cirugías de urgencia y focalización de tareas en el manejo de pacientes COVID-19, considerando la actividad de medición de indicadores como no prioritarias.

Respecto de la distribución de los datos (tabla 6), durante los 3 años de estudio, el 75% de los establecimientos tanto de alta como de mediana complejidad presentaron una adherencia a la práctica $\geq 86\%$, y la mitad mostraron un cumplimiento de al menos un 94% (Md).

En términos generales se observan altos cumplimientos de este indicador, 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 (cualquier alteración en el comportamiento de las personas como consecuencia de su observación) sobre el equipo sometido a evaluación en el cumplimiento de la práctica en que participan.

2.2. ANÁLISIS DE REOPERACIONES NO PROGRAMADAS

2.2.1. Indicador complementario

El indicador representa el % de pacientes reoperados no programados 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 7 *Porcentaje de reoperaciones no programadas, según complejidad del establecimiento. Resultados años 2018-2019-2020.*

Año	Alta			Mediana		
	numerador	denominador	resultado	numerador	denominador	resultado
2018	4.505	553.897	0,81%	191	48.067	0,40%
2019	4.744	513.242	0,92%	215	58.763	0,37%
2020	3.522	312.781	1,13%	171	34.810	0,49%

Tabla 8 *Porcentaje de reoperaciones no programadas. Distribución de datos según complejidad del establecimiento, años 2018-2019-2020.*

	ALTA			MEDIANA			GLOBAL		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
MINIMO	0,1%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
PERCENTIL 25	0,6%	0,6%	0,7%	0,2%	0,1%	0,2%	0,4%	0,4%	0,6%
MEDIANA	0,8%	0,8%	1,0%	0,3%	0,3%	0,4%	0,7%	0,7%	0,9%
PERCENTIL 75	1,2%	1,3%	1,5%	0,5%	0,5%	0,8%	1,0%	1,1%	1,4%
MAX	4,9%	5,4%	5,1%	1,1%	1,1%	3,8%	4,9%	5,4%	5,1%
Rango IQ	0,6%	0,7%	0,8%	0,4%	0,5%	0,5%	0,6%	0,7%	0,8%

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 9 Análisis de reoperaciones no programadas, según complejidad del establecimiento, resultados años 2018-2019-2020.

Año	Alta			Mediana		
	numerador	denominador	resultado	numerador	denominador	resultado
2018	3.377	4.505	75%	146	191	76%
2019	3.357	4.744	71%	131	215	61%
2020	2.429	3.522	69%	105	171	61%

Tabla 10 Análisis de reoperaciones no programadas. Distribución de datos según complejidad del establecimiento, años 2018-2019-2020.

	ALTA			MEDIANA			GLOBAL		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
MINIMO	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
PERCENTIL 25	59%	64%	54%	41%	36%	44%	58%	55%	50%
MEDIANA	84%	79%	82%	96%	91%	100%	88%	83%	88%
PERCENTIL 75	97%	98%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
MAX	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Rango IQ	38%	35%	46%	59%	64%	56%	42%	44%	50%

DISCUSIÓN

Según lo presentado en la tabla 7, en el año 2020 respecto del año anterior, el % de reoperaciones se incrementa en un 22,8% en los establecimientos de Alta complejidad y en un 32,4% en establecimientos de mediana complejidad, pudiendo estar relacionado con la disminución de la producción quirúrgica producto de la Pandemia. Conforme a la distribución de datos a nivel global (todos los establecimientos), en la Tabla 8 se puede apreciar que el 75% de los establecimientos presenta resultados $\leq 1,4\%$, adecuándose al 2% establecido como estándar para mismo indicador definido como estratégico para los EAR (Establecimientos Autogestionados en Red) y controlados

como indicador de desempeño de autogestión bajo control desde Gabinete de la Subsecretaria de Redes Asistenciales a través de Plataforma de Balance Score Card (BSC).

Cabe mencionar que existen 4 Establecimientos que presentan resultados muy alejados de la meta ($\geq 4\%$) y que corresponden a Institutos de especialidad, donde los factores asociados al perfil de pacientes pudieran ser una condicionante (gravedad, inmunosupresión). A pesar del elevado % de reoperaciones no programadas, en estos establecimientos se observó un alto cumplimiento en la práctica del análisis de las mismas ($\geq 80\%$) en especial durante el año 2020 a pesar del contexto pandémico. Ello evidencia observancia sobre la práctica y preocupación por los procesos quirúrgicos seguros a través del aprendizaje.

Respecto de la distribución de los datos en la adherencia a la práctica del análisis de reoperaciones no programadas (Indicador de seguridad) presentada en la tabla 10, durante los años 2018-2019 y 2020 el comportamiento de la mediana (Md) se mantuvo por sobre el 80%, donde el mejor desempeño lo presentan los establecimientos de mediana complejidad. Durante los 3 años de medición se evidencia que en los establecimientos de mediana complejidad presentan una mayor dispersión del cumplimiento de la práctica clínica (análisis) respecto de los establecimientos de alta complejidad.

Cabe hacer notar que durante el año 2020 un grupo de 12 establecimientos no informaron medición de la adherencia a la práctica (7 de ellos de alta complejidad) y 3 establecimientos de mediana complejidad reportaron 0% de análisis de las reoperaciones no programadas, postergándose la posibilidad de aprendizaje para el equipo quirúrgico, aun cuando dicha determinación pudiese estar condicionada a las directrices centrales respecto de concentrar esfuerzos en el manejo de la pandemia.

2.3. PACIENTES TRANSFUNDIDOS DE ACUERDO A 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 MINSAL⁹ 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).

Por lo anterior y conforme a la información disponible se puede estimar que la terapia transfusional en establecimientos de atención cerrada de la red se realiza bajo conceptos de eficiencia y seguridad.

2.3.1. **Indicador complementario**

Este indicador está referido al 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 11 *Pacientes transfundidos de acuerdo a protocolo (Uso de volumen), según complejidad del establecimiento. Resultados años 2018-2019-2020.*

AÑO	Alta			Mediana			Baja		
	numerador	denominador	resultado	numerador	denominador	resultado	numerador	denominador	resultado
2018	68.871	74.360	92,62%	8.848	9.560	92,55%	8.848	9.560	92,55%
2019	78.643	83.232	94,49%	8.732	9.517	91,75%	1.775	1.844	96,26%
2020	61.345	64.122	95,67%	6.516	7.156	91,06%	1.708	1.744	97,94%

⁹ Circular Número 26 MINSAL 11/04/2000. Recomendaciones para el uso de transfusiones de sangre o sus componentes.

Tabla 12 Pacientes transfundidos de acuerdo a protocolo (Uso de volumen). Distribución de datos según complejidad del establecimiento, años 2018-2019-2020.

	ALTA			MEDIANA			BAJA			GLOBAL		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
MINIMO	52%	43%	53%	59%	63%	54%	65%	65%	91%	52%	43%	53%
PERCENTIL 25	89%	86%	89%	87%	81%	85%	98%	100%	100%	90%	89%	91%
MEDIANA	95%	94%	94%	93%	95%	97%	100%	100%	100%	96%	96%	98%
PERCENTIL 75	98%	98%	99%	100%	100%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
MAXIMO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Rango IQ	9%	12%	10%	13%	19%	15%	2%	0%	0%	10%	11%	9%

2.3.2. 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 si 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 13 Pacientes transfundidos de acuerdo a protocolo (criterios de indicación de hemocomponentes), según complejidad del establecimiento. Resultados años 2018-2019-2020.

AÑO	Alta			Mediana			Baja		
	numerador	denominador	resultado	numerador	denominador	resultado	numerador	denominador	resultado
2018	26.092	28.586	91%	3.850	4.233	91%	1.025	1.046	98%
2019	28.575	30.938	92%	4.130	4.450	93%	963	994	97%
2020	29.797	31.651	94%	3.013	3.274	92%	1.033	1.055	98%

Tabla 14 Pacientes transfundidos de acuerdo a protocolo (criterios de indicación de hemocomponentes). Distribución de datos según complejidad del establecimiento, años 2018-2019-2020.

	ALTA			MEDIANA			BAJA			GLOBAL		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
MINIMO	33%	23%	52%	50%	65%	62%	75%	58%	91%	33%	23%	52%
PERCENTIL 25	86%	85%	85%	82%	87%	90%	100%	100%	100%	87%	87%	90%
MEDIANA	94%	93%	94%	95%	96%	97%	100%	100%	100%	95%	95%	97%
PERCENTIL 75	97%	96%	98%	100%	99%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
MAXIMO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Rango IQ	11%	11%	12%	18%	12%	9%	0%	0%	0%	13%	13%	10%

Discusión:

Respecto del indicador complementario relacionado con el adecuado uso del hemocomponente (volumen), donde la definición de unidades a administrar está determinada por condiciones clínicas del paciente y grupo etario, según la tabla 12 se puede observar que durante el año 2020 la mitad de los establecimientos presentó un cumplimiento $\geq 98\%$ en la administración del volumen de hemocomponente indicado (unidades) según su protocolo local, observándose un cumplimiento estable en los 3 años observados.

En términos de resultados y respecto del indicador asociado a Pacientes transfundidos de acuerdo a protocolo (cumplimiento de criterios de indicación de hemocomponentes) no se observaron mayores diferencias durante los 3 años evaluados. Conforme a la tabla 14, se pudo observar un cumplimiento mantenido por parte del 75% de los establecimientos que entregaron información, independientemente de su complejidad de al menos un 87% de adherencia a la práctica, con la mitad de estos con cumplimiento de al menos un 95% en el análisis global de los 3 años (todos los establecimientos).

2.4. PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA (ETE) EN PACIENTE QUIRÚRGICO

Esta norma considera la evaluación del riesgo de enfermedad tromboembólica en pacientes que requieren cirugía mayor como indicador complementario, y la aplicación de medidas preventivas (farmacológicas, mecánicas o ambas) según el nivel de riesgo en que hayan sido categorizados (mediano, alto o muy alto) como indicador de seguridad.

2.4.1. *Indicador complementario (Evaluación de riesgo)*

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

Tabla 15 *Pacientes quirúrgicos hospitalizados con evaluación de riesgo de ETE según complejidad del establecimiento. Resultados años 2018-2019-2020.*

Año	Alta			Mediana		
	numerador	denominador	resultado	numerador	denominador	resultado
2018	7.983	32.886	24%	3.538	7.105	50%
2019	8.132	26.758	30%	2.884	5.555	52%
2020	5.043	9.819	51%	1.305	3.404	38%

Tabla 16 *Pacientes quirúrgicos hospitalizados con evaluación de riesgo de ETE según complejidad del establecimiento. Distribución de datos según complejidad del establecimiento, años 2018-2019-2020.*

	ALTA			MEDIANA			GLOBAL		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
MINIMO	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
PERCENTIL 25	18%	33%	34%	71%	35%	24%	34%	34%	35%
MEDIANA	53%	54%	65%	88%	74%	74%	70%	63%	69%
PERCENTIL 75	84%	78%	91%	95%	91%	86%	91%	92%	91%
MAX	100%	100%	100%	100%	97%	100%	100%	100%	100%
Rango IQ	67%	45%	57%	24%	56%	62%	57%	58%	56%

2.4.2. Indicador de seguridad (Aplicación de medidas preventivas)

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

Tabla 17 Pacientes operados categorizados con riesgo de ETE con medidas de prevención indicadas y aplicadas, según complejidad del establecimiento. Resultados años 2018-2019-2020.

Año	Alta			Mediana		
	numerador	denominador	resultado	numerador	denominador	resultado
2018	4.973	6.472	77%	2.177	2.881	76%
2019	5.074	6.726	75%	1.871	2.362	79%
2020	2.920	3.921	74%	698	1.006	69%

Tabla 18 Pacientes operados categorizados con riesgo de ETE con medidas de prevención indicadas y aplicadas. Distribución de datos según complejidad del establecimiento, años 2018-2019-2020.

	ALTA			MEDIANA			GLOBAL		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
MINIMO	0%	0%	18%	0%	0%	20%	0%	0%	18%
PERCENTIL 25	54%	62%	64%	70%	60%	48%	56%	60%	61%
MEDIANA	73%	76%	80%	91%	87%	89%	76%	77%	85%
PERCENTIL 75	88%	90%	91%	100%	100%	100%	92%	93%	93%
MAX	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Rango IQ	34%	28%	28%	30%	40%	52%	36%	33%	32%

Discusión:

En relación con la Evaluación del riesgo de enfermedad tromboembólica, que implica la aplicación de una escala de valoración para identificar aquellos pacientes con riesgo de desarrollar dicha enfermedad en función de algunos criterios clínicos, se puede observar en la tabla 15 que la adherencia a esta práctica clínica en los establecimientos de alta complejidad se presenta con un cumplimiento promedio con tendencia a la mejora aumentando del 24% al 51% en los 3 años, sin embargo los establecimientos de mediana complejidad presentan una disminución en su cumplimiento durante el 2020. Desde el análisis global, y conforme a la distribución de los datos se puede observar que la mitad de los establecimientos, independientemente de su complejidad, presentan un cumplimiento de al menos un 63% con mejora progresiva entre el 2018 y el 2020.

De los 3 años observados, durante el 2020 se observó un mejor desempeño tanto en la evaluación del riesgo como en la aplicación de medidas preventivas en aquellos pacientes operados y calificados con riesgo, no obstante ello es el reflejo de la medición por parte del 87% de los establecimientos con aplicabilidad del mismo. La baja adherencia en años anteriores se puede explicar por la no implementación de protocolo local que establezca la aplicación de una escala de valoración clínica asociada al riesgo y su respectiva medida preventiva cuando corresponda.

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 implícita de establecimientos.

Si bien la omisión de la medición está apoyada por directrices emanadas por pandemia, ello no permite a los niveles locales evaluar si el reconocimiento demostrable de dicho riesgo por parte del médico (cirujano o anestesiólogo) en pacientes sometidos a cirugía mayor ha sido cumplido.

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

El cumplimiento de esta norma se evalúa con la valoración del riesgo de los pacientes expuestos a úlceras o lesiones por presión a través de escalas validadas (Ej. Norton, Braden, Emina) 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 (Evaluación del riesgo)*

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

Tabla 19 *Pacientes hospitalizados con valoración del riesgo de UPP al ingreso, según complejidad del establecimiento. Resultados años 2018-2019-2020.*

AÑO	Alta			Mediana			Baja		
	numerador	denominador	resultado	numerador	denominador	resultado	numerador	denominador	resultado
2018	60.410	63.433	95%	48.398	53.706	90%	35.546	37.960	94%
2019	67.155	69.068	97%	15.645	16.382	96%	24.046	26.232	92%
2020	42.448	43.503	98%	10.493	10.807	97%	17.481	21.617	81%

Tabla 20 *Pacientes hospitalizados con valoración del riesgo de UPP al ingreso. Distribución de datos según complejidad del establecimiento, años 2018-2019-2020.*

	ALTA			MEDIANA			BAJA			GLOBAL		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
MINIMO	58%	78%	85%	24%	72%	81%	48%	34%	5%	24%	34%	5%
PERCENTIL 25	93%	95%	95%	96%	97%	98%	95%	95%	98%	95%	96%	96%
MEDIANA	98%	98%	98%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99%	99%	100%
PERCENTIL 75	99%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
MAXIMO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Rango IQ	6%	4%	4%	4%	3%	2%	5%	5%	2%	5%	4%	4%

2.5.2. Indicador de seguridad (Aplicación de medidas preventivas)

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

Tabla 21 Pacientes hospitalizados categorizados con riesgo mediano y alto de UPP con medidas de prevención indicadas y aplicadas, según complejidad del establecimiento. Resultados años 2018-2019-2020.

AÑO	Alta			Mediana			Baja		
	numerador	denominador	resultado	numerador	denominador	resultado	numerador	denominador	resultado
2018	18.337	23.773	77%	6.702	7.429	90%	6.625	8.038	82%
2019	20.349	25.723	79%	4.113	4.973	83%	6.017	6.834	88%
2020	15.004	18.589	81%	3.770	4.272	88%	5.247	5.899	89%

Tabla 22 Pacientes hospitalizados categorizados con riesgo mediano y alto de UPP con medidas de prevención indicadas y aplicadas. Distribución de datos según complejidad del establecimiento, años 2018-2019-2020.

	ALTA			MEDIANA			BAJA			GLOBAL		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
MINIMO	28%	20%	25%	8%	39%	55%	9%	0%	21%	8%	0%	21%
PERCENTIL 25	60%	63%	58%	74%	72%	76%	81%	76%	79%	69%	68%	67%
MEDIANA	75%	79%	74%	89%	79%	96%	94%	97%	97%	86%	87%	91%
PERCENTIL 75	86%	85%	91%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99%	100%	100%
MAXIMO	100%	100%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Rango IQ	25%	23%	33%	26%	28%	24%	19%	24%	21%	30%	31%	33%

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. Durante los 3 años de evaluación (tabla 20), la mitad de los establecimientos e independientemente de su nivel de complejidad aplicó esta práctica al menos en el 99% de los pacientes hospitalizados, y que el 75% de los establecimientos muestra una adherencia de al menos un 93%, lo que podría reflejar 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, durante los 3 años de evaluación se observó que 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% y más de los pacientes reconocidos con riesgo mediano y alto evaluados (tabla 22)

con una mejora progresiva al 2020. Sin embargo, de acuerdo con la información disponible, el 25% de los establecimientos no alcanzó a cubrir el 70% de sus pacientes con medidas preventivas de lesiones o úlceras por presión. Las causas asociadas a la baja adherencia en este grupo de establecimientos no es posible identificarlas a través de reporte por si solo (limitante del estudio), lo cual pudiera asociarse con la omisión (no llevar a cabo la práctica) o comisión de esta práctica (aplicarla de forma inadecuada).

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)

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

Tabla 23 Incidencia de caídas en pacientes hospitalizados, según complejidad del establecimiento. Resultados años 2018-2019-2020.

AÑO	Alta			Mediana			Baja		
	numerador	denominador	resultado	numerador	denominador	resultado	numerador	denominador	resultado
2018	4.569	5.961.932	0,77‰	1.201	721.454	1,66‰	824	582.586	1,41‰
2019	4.792	6.002.713	0,80‰	1.189	735.019	1,62‰	848	583.194	1,45‰
2020	4.348	4.695.303	0,93‰	1.034	623.362	1,66‰	860	450.326	1,91‰

Tabla 24 Incidencia de caídas en pacientes hospitalizados. Distribución de datos según complejidad del establecimiento, años 2018-2019-2020.

	ALTA			MEDIANA			BAJA			GLOBAL		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
MINIMO	0,12‰	0,15‰	0,22‰	0,21‰	0,24‰	0,26‰	0,00‰	0,00‰	0,00‰	0,00‰	0,00‰	0,00‰
PERCENTIL 25	0,54‰	0,54‰	0,58‰	0,84‰	0,69‰	0,71‰	0,77‰	0,62‰	0,92‰	0,68‰	0,58‰	0,65‰
MEDIANA	0,82‰	0,79‰	0,88‰	1,09‰	1,23‰	1,11‰	1,45‰	1,25‰	1,65‰	1,01‰	1,01‰	1,16‰
PERCENTIL 75	0,99‰	1,04‰	1,18‰	1,51‰	1,57‰	1,89‰	2,07‰	2,12‰	3,06‰	1,68‰	1,64‰	2,07‰
MAXIMO	1,97‰	2,13‰	2,46‰	4,21‰	4,60‰	4,38‰	4,96‰	4,91‰	7,40‰	4,96‰	4,91‰	7,40‰
Rango IQ	0,45‰	0,50‰	0,60‰	0,66‰	0,88‰	1,18‰	1,30‰	1,50‰	2,15‰	1,01‰	1,06‰	1,43‰

Discusión:

En el año 2020 la tasa de incidencia de caídas presenta un aumento del 16% en los establecimientos de alta complejidad y del 32% en los de baja complejidad, respecto del año 2019.

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 las bases de hospitales al igual que su metodología de medición y recolección de información, se puede concluir que del total de establecimientos que reportan, la mitad presenta tasas inferiores al 2,0‰ (tabla 24).

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

La construcción del indicador se basa en la exigencia del 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.

2.7.1. *Indicador de seguridad*

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

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

Tabla 25 *Porcentaje de equipos críticos con mantención preventiva ejecutada en el periodo, según complejidad del establecimiento. Resultados años 2018-2019-2020.*

AÑO	Alta			Mediana			Baja		
	numerador	denominador	resultado	numerador	denominador	resultado	numerador	denominador	resultado
2018	26.848	27.902	96,22%	2.798	2.897	96,58%	1.636	1.998	81,88%
2019	29.414	31.610	93,05%	3.164	3.198	98,94%	1.773	2.062	85,98%
2020	29.183	32.795	88,99%	3.345	3.837	87,18%	1.775	2.211	80,28%

Tabla 26 *Porcentaje de equipos críticos con mantención preventiva ejecutada en el periodo . Distribución de datos según complejidad del establecimiento, años 2018-2019-2020.*

	ALTA			MEDIANA			BAJA			GLOBAL		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
MINIMO	51%	40%	14%	0%	17%	9%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
PERCENTIL 25	99%	95%	90%	99%	100%	92%	77%	81%	73%	93%	93%	84%
MEDIANA	100%	100%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99,5%
PERCENTIL 75	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
MAXIMO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Rango IQ	1%	5%	10%	1%	0%	8%	23%	19%	27%	7%	7%	16%

Discusión

El indicador que mide el nivel de cumplimiento efectivo del mantenimiento preventivo de equipos médicos críticos conforme a un programa está asociado a la norma homónima aprobada bajo resolución N°1341/2017 la que se hace exigible a contar del año 2018 con mediciones semestrales. En general, según tabla 25, se observa un alto nivel de adherencia a la práctica preventiva en los años 2018 y 2019. En un análisis desagregado según complejidad de hospital (tabla 26), la mitad de los establecimientos que informó el resultado de su medición reportó una elevada adherencia a la práctica, observándose, eso sí, una mayor dispersión con relación a su cumplimiento en hospitales de baja complejidad (RIQ 77-100%). A nivel global (todos los establecimientos), se observa que en los años 2018 y 2019, el 75% de los establecimientos independientemente de su complejidad informa cumplir con la mantención preventiva en al menos el 93% de sus equipos clínicos críticos, observándose una disminución durante el año 2020 de 9 puntos porcentuales respecto del año anterior. Esto preocupa toda vez que el programa de mantención preventiva contiene equipos críticos de mayor uso en pandemia (ventiladores, monitores hemodinámicos invasivos, máquinas de anestesia) y como una medida estratégica para garantizar uso seguro de equipos se instruyó explícitamente respecto de medidas alternativas frente a imposibilidad de cubrir dicha mantención con proveedor¹⁰.

A 3 años de implementada la norma, existen 4 establecimientos de baja complejidad, que nunca han reportado resultados de este indicador. Se desconoce si obedece a omisión de medición, o a la ausencia de un programa local de mantención preventiva de equipos críticos.

¹⁰ Ord. N° 1976/ 2020 MINSAL Aplicación de lista de chequeo de mantención preventiva a equipos médicos críticos, respecto de los cuales no se ha realizado su mantención preventiva de acuerdo con planificación anual y local.

VIII. CONCLUSIONES

- a) Respecto de la adherencia de los establecimientos de atención cerrada al reporte de los indicadores que les aplican, cabe mencionar que en ninguno de los años evaluados se alcanza el 100% esperado, lo que reflejaría incumplimiento a obligación establecida por Ley (art 4° ley 20.584). Esta brecha se hace más notoria en el año 2020 entendiéndose que ello obedece a la decisión de algunos establecimientos de acogerse a excepciones instruidas por la autoridad en el contexto de pandemia.
- b) Con respecto al cumplimiento de indicadores de seguridad durante el año 2018-2019 y 2020 se presenta distribución heterogénea, destacando la mayor adherencia a los indicadores asociados a prevención de úlceras por presión, aplicación de lista de chequeo quirúrgico, transfusiones y mantenimiento de equipos médicos, sin embargo se mantiene la baja aplicación de medidas preventivas de enfermedad tromboembólica (ETE).
- c) Se debe plantear estrategias a nivel programa de Calidad y Seguridad de la Atención que conduzcan a la mejora en la aplicación de medidas preventivas de ETE, así como también promover la notificación y mejorar los registros de caídas y otros eventos adversos en los establecimientos de atención cerrada.
- d) No obstante lo anterior, 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 subnotificación.
- e) Siendo la Norma de Prevención de Enfermedad tromboembólica aquella con menor adherencia en su práctica clínica y dado que ella 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
- f) Respecto de la Aplicación de la lista de chequeo para la seguridad de la cirugía, se hace necesario una revisión y actualización de la norma vigente considerando la estandarización de la lista de verificación y de la metodología para supervisar la adherencia a la práctica en forma directa, como medida de prevención de riesgos asociados a la cirugía. La limitación metodológica de la Norma actual radica en que la evaluación del cumplimiento puede realizarse mediante la verificación de la presencia de registros, 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.