



**“Aplicación de metodología de Marco Lógico en el
Programa de Guías de Buenas Prácticas de RNAO en
Hospital Puerto Montt”**

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

Alumno: Katherine Vargas Jaramillo

Profesor Guía: Dr. Pedro Crocco Abalos

Puerto Varas, Marzo 2024

Tabla de contenido

Resumen ejecutivo	2
Introducción	4
<i>Antecedentes generales del Programa de Buenas Prácticas de la RNAO</i>	4
<i>Contexto relevante del lugar de intervención</i>	6
<i>Evolución y características importantes de la situación actual</i>	7
<i>Datos cualitativos y cuantitativos que aportan información que ayuda a caracterizar la situación actual</i>	12
1.- Egresos con diagnóstico LPP 2018-2021 (agosto) por sexo y rango etario	13
2.- L98.0 Úlcera de decúbito y área de presión, estadio I 2018 -2021 (agosto)	13
3.- L98.1 Úlcera de decúbito y área de presión ,estadio II 2018 -2021 (agosto)	14
3.- L98.2 Úlcera de decúbito y área de presión ,estadio III 2018 -2021 (agosto)	14
3.- L98.3 Úlcera de decúbito y área de presión, estadio IV 2018 -2021 (agosto)	15
4.- L98.9 Úlcera de decúbito y área de presión, estadio no especificado 2018 -2021 (agosto)	15
<i>Objetivo que busca el desarrollo de la AFE</i>	16
Metodología	18
<i>Aplicación de la metodología de Marco Lógico a la realidad seleccionada</i>	18
<i>Equipo Gestor</i>	18
<i>Técnicas y/o instrumentos metodológicos utilizados</i>	18
Fase Analítica	19
<i>Descripción del Problema (o necesidad) que se detectó</i>	19
<i>Análisis de Involucrados</i>	21
· Identificación de actores involucrados	21
· Análisis de la percepción de los problemas desde la perspectiva de los actores involucrados (cómo cada actor percibe el origen de cada problema: cuáles era las causas o problemas asociados que lo determinaban)	22
· Identificación de intereses y mandatos que cada actor involucrado posee y defiende en relación con el problema fundamental que aborda la AFE	23
· Identificación de las cuotas de poder o capacidad de incidir (los recursos de poder económico, político, institucional o de otra índole) que poseen los diferentes actores involucrados para imponer o defender sus intereses o sus mandatos en relación al problema analizado	24
· Identificación de intereses de los actores involucrados en las posibles intervenciones	25
Identificación de acuerdos o conflictos que se prevé que podrían desarrollarse con cada uno de los actores involucrados	25
· Construcción de la matriz de involucrados (poder, interés, valor)	25
<i>Análisis de Problemas</i>	27
· Análisis usando árbol de problemas	27
· Identificación de problemas principales	28
· Identificación y caracterización del problema central	29
	1

·	Análisis de relaciones de causa – efecto	29
·	Diagrama de Árbol de Problemas	30
	<i>Análisis de Objetivos</i>	30
·	Análisis usando árbol de objetivos	31
·	Análisis de viabilidad	31
	<i>Análisis de Alternativas</i>	32
	<i>Síntesis de la Etapa Analítica</i>	35
	Fase Planificación	36
	<i>Resumen narrativo de objetivos</i>	36
I.	Fin	36
II.	Propósito	36
III.	Componentes (resultados)	37
IV.	Actividades	37
	<i>Indicadores</i>	37
I.	Fin	38
II.	Propósito	38
III.	Componentes	38
IV.	Actividades	38
	<i>Medios de verificación</i>	39
	<i>Supuestos</i>	40
	<i>Plan de Ejecución</i>	42
	<i>Presupuesto</i>	44
	<i>Esquema de verificación del diseño del proyecto</i>	46
	Referencias bibliográficas	48

Resumen ejecutivo

Las lesiones por presión (LPP) son identificadas como un problema de salud pública por su aumento en cuanto aparición y severidad, siendo incluso denominadas epidemia silenciosa (GNEAUPP, 2014), las que se producen mayoritariamente en pacientes hospitalizados.

El Hospital Puerto Montt, hospital de alta complejidad y de referencia de la macrozonasur, ha implementado el Programa de Guías de Buenas Prácticas de la RNAO (Registered Nurses Association of Ontario) desde el año 2021 a la fecha, iniciando la aplicación de la Guía de “Valoración del riesgo y Prevención de las úlceras por presión” (RNAO, 2011) utilizando la metodología del Marco Lógico. Esta iniciativa surgió en respuesta a un problema de Calidad y Seguridad del Usuario: aumento de la incidencia de las LPP a pesar de las diversas estrategias de prevención, las cuales también se vieron afectadas por la pandemia SARS-CoV2. Esta problemática no sólo genera aumento de costos para la institución, costos adicionales para el sistema de salud, sino que también impacta en la calidad de vida de los usuarios

En diciembre del 2020, la Subdirección de Gestión del Cuidado toma la decisión estratégica de abordar este problema mediante la elección del Programa. En julio del 2021, un equipo gestor liderado por la coordinadora del Programa RNAO inicia la implementación del proyecto basándose en la Guía de Prevención de LPP. La metodología del Marco Lógico colaboró en proporcionar la participación de la mayor cantidad de partes interesadas del hospital y de la comunidad en el análisis, posteriormente en originar la estructura necesaria para planificar, monitorear y evaluar cada fase del proyecto en los servicios pilotos elegidos dadas las dimensiones.

Durante el proyecto la implementación se llevó a cabo de manera integral en 4 servicios pilotos, los con mayores tasas de incidencia de LPP, perfil médico quirúrgico del adulto. Abarcó desde la capacitación multidisciplinaria, pero inicialmente el foco era el personal de enfermería en donde se hizo hincapié en la actualización de los protocolos y el estado del arte. Se establecieron indicadores clave de rendimiento para evaluar la eficacia del programa, centrándose en el problema elegido.

Como todo proyecto, el equipo gestor tuvo que ser flexible dado que el dinamismo de la implementación requirió realizar revisiones periódicas utilizando el enfoque del Marco Lógico, llevando a cabo los ajustes necesarios para el cumplimiento de los objetivos. Se inicia una cultura de vigilancia activa y mejora continua, que involucra a todo el personal.

Introducción

Antecedentes generales del Programa de Buenas Prácticas de la RNAO

Las buenas prácticas son recomendaciones que pueden ir desarrollándose gracias a la experiencia, criterio clínico, perspectiva y la investigación continua desarrollada por expertos. Son resúmenes sistemáticos de prácticas recomendadas tanto para un área clínica como para un entorno saludable, basados en la mejor evidencia y orientan al personal de salud a tomar la mejor decisión clínica y administrativa ⁽¹⁾.

La Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) es la asociación profesional de enfermeras registradas de Ontario, Canadá. Su misión es llevar a la profesión de enfermería a influir y promover políticas de salud públicas. La RNAO busca difundir las mejores prácticas por medio del Programa Guía de Buenas Prácticas (BPG), el cual es un programa exclusivo de la RNAO ⁽²⁾ que ya se encuentra en más de 50 países, el que busca mejorar la calidad de atención de los usuarios por medio de guías internacionales de procesos de enfermería basados en evidencia.

Las BPG son desarrolladas para poder cumplir uno o más de los siguientes objetivos dentro de una institución:

- Proporcionar un cuidado efectivo basado en la evidencia actual
- Resolver un problema en el ámbito clínico
- Conseguir la excelencia en el cuidado proporcionado alcanzando o sobrepasando los estándares de calidad
- Dar a conocer la innovación
- Eliminar el uso de intervenciones no reconocidas como buenas prácticas
- Crear entornos laborales que permitan la excelencia clínica

El año 2017 el Ministerio de Salud (MINSAL) en su función de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma, entendiendo que lo anterior se logra, entre otros, potenciando los cuidados de enfermería que recaen en el usuario y su entorno, decide realizar un convenio con RNAO para implementar el programa en diversos hospitales públicos para fortalecer continuamente la red asistencial, el cual se encuentra a cargo de la Oficina de Coordinación Nacional de Enfermería dependiente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.⁽³⁾

Contexto relevante del lugar de intervención

El Hospital Puerto Montt Dr. Eduardo Schütz Schröder es parte de la red de hospitales que conforman el Servicio de Salud Reloncaví (SSDR), siendo su centro de referencia además del de Chiloé y la Macrored extremo sur para algunas enfermedades. Este Establecimiento Autogestionado en Red (EAR), público, es el único hospital de alta complejidad de las provincias de Llanquihue y Palena. Es un centro asistencial-docente que cubre gran parte de la población de la Región de Los Lagos, dando cobertura a 424.316 habitantes (CENSO, 2017), de los cuales el 57,4% se encuentran en la comuna de Puerto Montt. Se caracteriza por un alto porcentaje de población rural (29%). Del total de beneficiarios del SSDR, un 84% es beneficiaria del sistema público.

Su historia data del año 1853, y es en el centro de la ciudad de Puerto Montt donde se funda un lugar destinado al cuidado de los enfermos. Junto con el paso de los años, el aumento de las necesidades y el avance de la tecnología, la institución se fue adaptando y cambiando de locación y diversas oportunidades de manera de poder dar cumplimiento a los requerimientos. Así es como en el año 2014 se traslada al actual recinto hospitalario con un significativo crecimiento de sus instalaciones, destaca el aumento de camas críticas para todo el ciclo vital, contando en total con 530 camas para el año 2019, número que ha sido fluctuante acorde por los requerimientos generados por la pandemia COVID-19. El establecimiento cuenta con una dotación de personal al año 2021 de 3043 funcionarios.

En el año 2016 es acreditado en Calidad y Seguridad del paciente, el cual es un valor declarado por la organización, y ya se encuentra presentada la solicitud por parte del Equipo de Calidad y Seguridad del Paciente del HPM para su próxima Acreditación. Dentro de sus objetivos estratégicos se encuentran:

1. Promover una cultura de trabajo orientada a la satisfacción de las necesidades de los usuarios
2. Optimizar los procesos clínico-administrativos
3. Fortalecer el desarrollo integral de las personas
4. Optimizar el uso de los recursos y la productividad de la institución

Como parte de la organización interna del hospital desde el año 2006 existe un nuevo modelo de gestión del establecimiento el que contempla subdirectores y centros de responsabilidad para mejor administración de las áreas clínicas.

Dentro de las subdirecciones se encuentra la de Gestión del Cuidado, liderado por Enfermería, cuyo sustento de lineamientos está basado de acuerdo al desarrollo estratégico institucional.

La gestión del Hospital de Puerto Montt sigue las directrices del Plan Global de Salud del Estado Chileno, definidas por las cinco Leyes de la Reforma de Salud y la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, entre las que se encuentran el aumentar y asegurar la calidad de las prestaciones de salud. Como se señaló previamente, desde el año 2010 HPM es un EAR, en donde uno de los indicadores que monitorea y tiene relación con la excelencia clínica tiene relación con las lesiones por presión (LPP), que por supuesto también se encuentra dentro de los Indicadores de Seguridad.

Es importante señalar que los datos con los que se trabajó en el proyecto fueron en base a datos estadísticos relacionados con LPP, asegurando el cumplimiento de la Ley 20.584 sobre Derechos y Deberes de los Pacientes.

[Evolución y características importantes de la situación actual](#)

La mejora en la atención del usuario es una constante preocupación dentro de un equipo de salud, en especial de los gestores. Es un objetivo complicado entendiendo que un cliente puede ingresar a un centro asistencial para buscar respuesta a un problema de salud, y por el sólo hecho de entrar a la institución se pueden sumar otros problemas producto de la atención, los que en su gran mayoría son evitables.

La seguridad de un paciente y la calidad de su atención son componentes fundamentales de la atención de salud, por lo que es necesario que los esfuerzos sean coordinados para cumplir los estándares propuestos ⁽⁴⁾.

Uno de los eventos adversos, en su mayoría prevenible, que constituye un problema de salud pública por el impacto que tiene sobre el estado de salud y calidad de vida, sumado al alto coste económico no tan sólo para el usuario y su entorno sino que también para el sistema de salud son las apariciones de Lesiones por Presión (LPP) ⁽⁵⁾. Las LPP, antiguamente conocidas como úlceras por presión (UPP) constituyen un problema en distintos entornos donde se brinde atención clínica. A nivel internacional, se reporta una prevalencia general de LPP de un 12,8%. A nivel nacional, un hospital de alta complejidad reporta una tasa de incidencia de LPP de 0,79%; en donde quienes más reportan son el servicio de cirugía indiferenciada (33,8%) y UCI adulto (18,9%). Se estima que un 10% de los usuarios que se hospitalizan desarrollan una LPP, en su mayoría son adultos mayores, ellos representan el 70% de las LPP.

La etiología de las LPP es multifactorial, influye el estado nutricional, la etapa del ciclo vital, patologías crónicas, condiciones de base de los tejidos blandos, y de manera importante influye la calidad de la atención de salud, ítem en el cual el personal de salud puede influir de manera directa y es donde esta variable adquiere la relevante característica de prevenible.

Dado que provocan importantes problemas físicos y psicológicos, sumado a altos costes como ya se mencionó, es que diversas entidades gubernamentales y no gubernamentales de carácter nacional e internacional de encuentran desarrollando guías de prácticas relacionadas con prevención de LPP ⁽⁶⁾.

Hospital Puerto Montt como Establecimiento Autogestionado en Red y como se manifiesta en su última planificación estratégica se encarga de monitorear indicadores de atención clínica y la seguridad del usuario, entre ellos indicadores relacionados con la Prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados. Si bien el monitoreo es llevado por dos unidades: Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y por la Subdirección de Gestión del Cuidado, es esta última, liderada por enfermería, la que tiene gestiona el cuidado en lo relativo a promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico, como el velar por la mejor administración de los recursos disponibles. Relacionado con lo anterior, tiene la responsabilidad de dirigir las estrategias para mejorar las prácticas que previenen las LPP y monitorizar su incidencia.

La Coordinadora de Procesos Críticos – Pilar de Seguridad de la Atención perteneciente a la Subdirección de Gestión del Cuidado señala que desde el 2015 hay una tendencia clara que muestra que la mayor incidencia de LPP la presentan los pacientes críticos y de médico-quirúrgicos, y desde aquel año han sido grandes los esfuerzos a implementar distintos planes de mejora que colaboren a disminuir la incidencia, pero los resultados no han sido representativos, así como se puede identificar en el gráfico a continuación basado en datos estadísticos desde la fuente primaria.

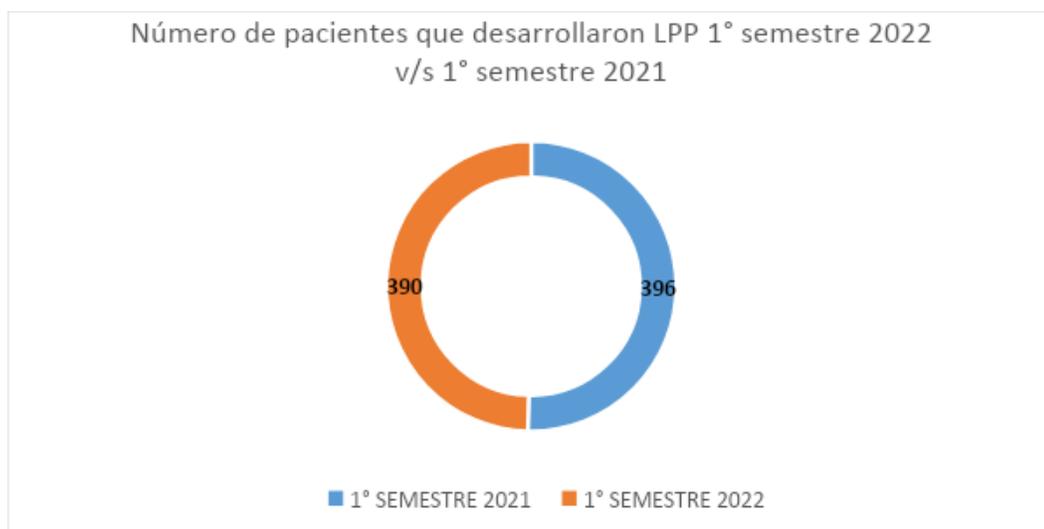


Gráfico N°1: Número de pacientes hospitalizados en HPM que presentaron lesiones por presión el primer semestre del 2021 en comparación con el primer semestre del año 2022.

Y al igual que otros indicadores de calidad y seguridad, producto de la pandemia COVID-19, en donde se tuvo que priorizar la condición vital por sobre las estrategias preventivas, lo que conllevó a que la incidencia de LPP volviera a aumentar tal como se muestra en el gráfico n°2 basado en datos estadísticos.

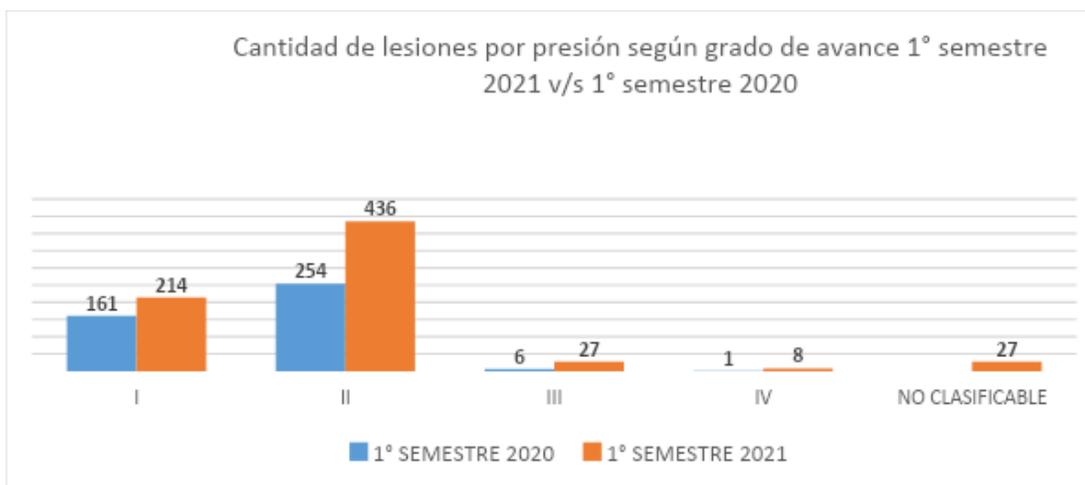


Gráfico N°2: Cantidad de lesiones por presión según estadio presentadas en el primer semestre 2020 versus mismo período del año 2021

Es por el problema anterior que la Subdirección de Gestión del Cuidado acordado con el director bajo los lineamientos estratégicos de la institución deciden postular al Hospital a ser un Centro Comprometido con la Excelencia del Cuidado, lo cual se adjudica por medio de la implementación del Programa de Buenas Prácticas de la RNAO, como se señaló previamente, tomándolo como una nueva estrategia de mejora para la disminución de la incidencia de LPP.

El 25 de febrero del 2021, Hospital Puerto Montt es seleccionado por MINSAL como candidato BPSO con el objetivo de “brindar excelencia en la atención clínica y en la formación de un entorno saludable, para así poder crear una cultura institucional de prácticas basada en la evidencia”. Al ser el primer hospital del Sur de Chile que es candidato impactará sobre el prestigio institucional, puede colaborar con la fidelización del cliente interno, además de estandarizar y mejorar cuidados clínicos con la consecuente optimización de recursos.

Ser un centro candidato es encontrarse en asociación por 3 años con MINSAL/RNAO, para su posterior renovación y acreditación, si se cumplen los siguientes criterios:

- Demostrar estrategias creativas para implementar y evaluar exitosamente un mínimo de 3 guías clínicas de buenas prácticas en 3 años, estableciendo un plan de sostenibilidad en el tiempo. Las guías son elegidas por MINSAL: Prevención de Lesiones por Presión, Prevención de Caídas y Accesos Vasculares.
- Formación de Champions: Al menos el 15% del equipo de salud
- Evaluación del impacto de implementación de las BPG a través del sistema de medición NQuIRE
- Creación de un Comité Implementación del Programa. Liderado por la Subdirección de Gestión del Cuidado
- Participación en sesiones regulares de intercambio de conocimiento, monitoreo y planificación y evaluación con MINSAL y otros centros BPSO.

Uno de los primeros desafíos de quienes se encarguen del programa es implementar la Guía de Buena Práctica de Prevención de Lesiones por Presión (LPP), indicador de Calidad de la institución.

Con 530 camas para el intrahospitalario, se identifica estadísticamente, que los servicios con mayor porcentaje de LPP en HPM son los servicios de Medicina, Cirugía y Unidades de Paciente Crítico, todos dependientes del CR Médico del Adulto, ubicados en el Edificio H.

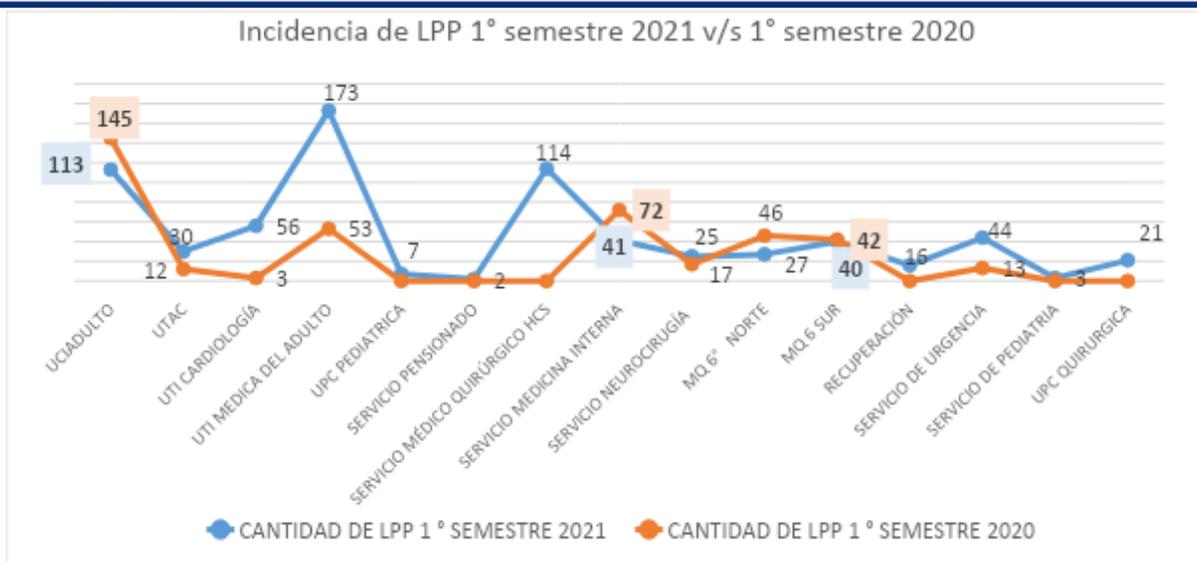


Gráfico N°3: Incidencia de Lesiones por Presión en los servicios monitorizados por Gestión del Cuidado durante el primer semestre del 2020 en comparación con primer semestre del 2021

Si bien a la fecha existen 5 unidades de paciente crítico adulto debido a contingencia sanitaria por COVID-19, son 2 las principales: **Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)** y **Unidad de Intensivo Médico-Quirúrgico (UTI)**.

La UCI cuenta con 22 camas críticas, en donde 4 de ellas se encuentran asignadas a Paciente Gran Quemado. Cuenta con una dotación de personal de enfermería de 135 personas, aproximadamente.

UTI se encuentra en el mismo nivel de UCI, el segundo piso, está compuesto por 44 camas, cada una es una potencial cama crítica, por lo que fue el servicio con mayor transformación de camas dentro de la institución por la pandemia. Se conforma por 4 unidades intensivas: Médica 1, Médica 2, Coronaria y Unidad de Tratamiento de Ataque Cerebral. Trabajan aproximadamente 210 personas.

Los servicios médico-quirúrgicos se encuentran en el quinto y sexto nivel, los cuales se dividen en 4 para que puedan contar con jefe y supervisor, por lo que se dividen en Quinto Sur, Quinto Norte, Sexto Sur y Sexto Norte.

Quinto Sur se subdivide en 44 camas medias y 12 camas UTI con un aproximado de 130 funcionarios trabajando. Quinto Norte cuenta con 62 camas básicas con 110 funcionarios. Sexto Sur cuenta con 72 camas, mientras que Norte con 63, todas son básicas.

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

La prevalencia de LPP en hospitales agudos es de un 5,1% a un 38%, porcentaje que se ve aumentado en unidades de paciente crítico (MINSAL, s.f.). Se estima que se gastan 2700 USD y que, previniendo las úlceras, se disminuye entre 12 y 15 semanas el gasto de 40.000 USD en tratamiento (Sullivan, 2013). Es apremiante aumentar los esfuerzos que ayudan a prevenir este tipo de lesiones de manera de mejorar la seguridad clínica, la calidad de vida del usuario junto con su estado de salud.

Estudios a nivel mundial indican los altos costos que deben desembolsarse para el tratamiento de las lesiones es elevado, sumado al aumento de estadías de hospitalización y el consumo de horas/enfermera. Estudios de evaluación de impacto realizados en Canadá muestran que la implementación de la guía disminuye la aparición de nuevas lesiones (RNAO, 2011).

En la Institución, la monitorización de las LPP ocurre en tres unidades: Gestión del Cuidado, Calidad Y Seguridad y GRD. Desde dichas unidades se obtuvieron las bases primarias para reunir los datos estadísticos desde donde se resguarda la privacidad de los usuarios de la comunidad bajo la Ley 19.628 (BCN, 2023). Es así como se muestra los datos recopilados por Unidad de GRD del Hospital Puerto Montt en el período comprendido entre los años 2018 al 2021.

1.- Egresos con diagnóstico LPP 2018-2021 (agosto) por sexo y rango etario

Se agrega la media de diagnósticos codificados que representa la carga de comorbilidad y complicaciones de pacientes entre el período mencionado y la media de procedimientos que representa el consumo de recursos durante la estadía.

LPP 2018-2021 (agosto)	Egresos		MEDIA diagnósticos codificados		MEDIA procedimientos codificados	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Grupo Edad (6 rangos)						
(1) > 75 a.	276	292	14.0	12.9	23.8	22.5
(2) 65 - 74 a.	182	122	15.9	15.3	30.4	28.0
(3) 45 - 64 a.	258	117	15.5	15.4	32.2	33.3
(4) 15 - 44 a.	57	43	13.2	16.1	33.5	32.8
(5) 1 - 14 a.	17	5	11.8	7.2	23.1	32.4
(6) < 1 a.	5	11	12.6	13.5	25.2	35.3
Suma Total	795	590	14.8	14.1	28.7	26.9

2.- L98.0 Úlcera de decúbito y área de presión, estadio I 2018 -2021 (agosto)

Nivel de severidad	Sexo	Egresos	Peso GRD Medio	Estancia Media	Valor egreso según Clúster
Menor	Hombre	7	0.7009	38.1	\$2,073,897
	Mujer	11	0.9407	9.9	\$1,453,535.15
Moderada	Hombre	36	1.0742	14.6	\$1,950,914.91
	Mujer	26	1.0863	16.5	\$2,227,803.20
Mayor	Hombre	92	3.7392	26.3	\$2,252,954.08
	Mujer	70	2.7959	30.9	\$7,754,611.97
Suma Total		242	2.5698	24.4	\$5,798,432.32
					\$5,329,450.81

3.- L98.1 Úlcera de decúbito y área de presión ,estadio II 2018 -2021 (agosto)

Nivel de severidad (Descripción)	Sexo	Egresos	Peso GRD Medio (Todos)	Estancia Media	Valor egreso según Clúster
Menor	Hombre	13	0.9750	21.9	\$2,073,897.00
	Mujer	15	0.9195	12.1	\$2,022,017.67
Moderada	Hombre	66	1.1548	22.2	\$1,906,989.77
	Mujer	71	1.1967	24.3	\$2,394,964.54
					\$2,481,923.09

Mayor	Hombre	271	4.8509	39.4	\$10,060,323.59
	Mujer	204	4.1890	39.4	\$8,687,544.37
Suma Total		640	3.6825	35.0	\$7,637,159.40

3.- L98.2 Úlcera de decúbito y área de presión ,estadio III 2018 -2021 (agosto)

Valor egreso según Clúster

Nivel de severidad (Descripción)	Sexo	Egresos	Peso GRD Medio (Todos)	Estancia Media	\$
					2,073,897.00
Menor	Mujer	1	0.4858	10.0	\$1,007,499.16
Moderada	Hombre	31	0.8600	23.4	\$1,783,471.14
	Mujer	12	1.0195	33.0	\$2,114,251.58
Mayor	Hombre	71	4.5661	53.9	\$9,469,632.78
	Mujer	54	3.7453	49.2	\$7,767,262.74
Suma Total		169	3.3480	45.1	\$6,943,445.20

3.- L98.3 Úlcera de decúbito y área de presión, estadio IV 2018 -2021 (agosto)

Valor egreso según Clúster

Nivel de severidad (Descripción)	Sexo	Egresos	Peso GRD Medio (Todos)	Estancia Media	\$
					2,073,897.00
Menor	Hombre	1	0.4858	31.0	\$1,007,499.16
	Mujer	1	0.4858	7.0	\$1,007,499.16
Moderada	Hombre	11	1.1878	24.9	\$2,463,356.00
	Mujer	3	0.7893	6.7	\$1,636,926.90
Mayor	Hombre	78	3.5424	40.4	\$7,346,500.94
	Mujer	35	2.0328	29.0	\$4,215,811.90
Suma Total		129	2.8206	34.9	\$5,849,637.09

4.- L98.9 Úlcera de decúbito y área de presión, estadio no especificado 2018 -2021 (agosto)

Valor egreso según Clúster

Nivel de severidad (Descripción)	Sexo	Egresos	Peso GRD Medio (Todos)	Estancia Media	\$
					2,073,897.00
Menor	Hombre	11	0.6069	11.3	\$1,258,553.82
	Mujer	11	0.5359	11.7	\$1,111,420.26
Moderada	Hombre	44	0.8905	24.4	\$1,846,904.26
	Mujer	35	1.0213	14.5	\$2,118,029.53
Mayor	Hombre	80	2.6570	23.9	\$5,510,245.82
	Mujer	50	2.5461	25.0	\$5,280,353.30
Suma Total		231	1.8500	21.6	\$3,836,804.62

A continuación, se presenta una comparación de los períodos 2020 y 2021 de uno de los servicios con mayor alteración del indicador, UPC adulto, conformada por UCI y UTI. En éstos, se identifica en estudio de prevalencia mensual que reúne datos estadísticos obtenidos desde reporte de Unidad de Calidad y seguridad, se logra visualizar la fluctuación en la realización de procesos preventivos en usuarios de moderado a alto nivel de riesgo de presentar LPP, en donde el enfoque del Programa BPG motiva a desarrollarlo para identificar qué sucede en nuestro hospital por medio de servicios pilotos, los que serán elegidos de acuerdo a la mayor incidencia de LPP que presenten en comparación a los otros servicios clínicos.

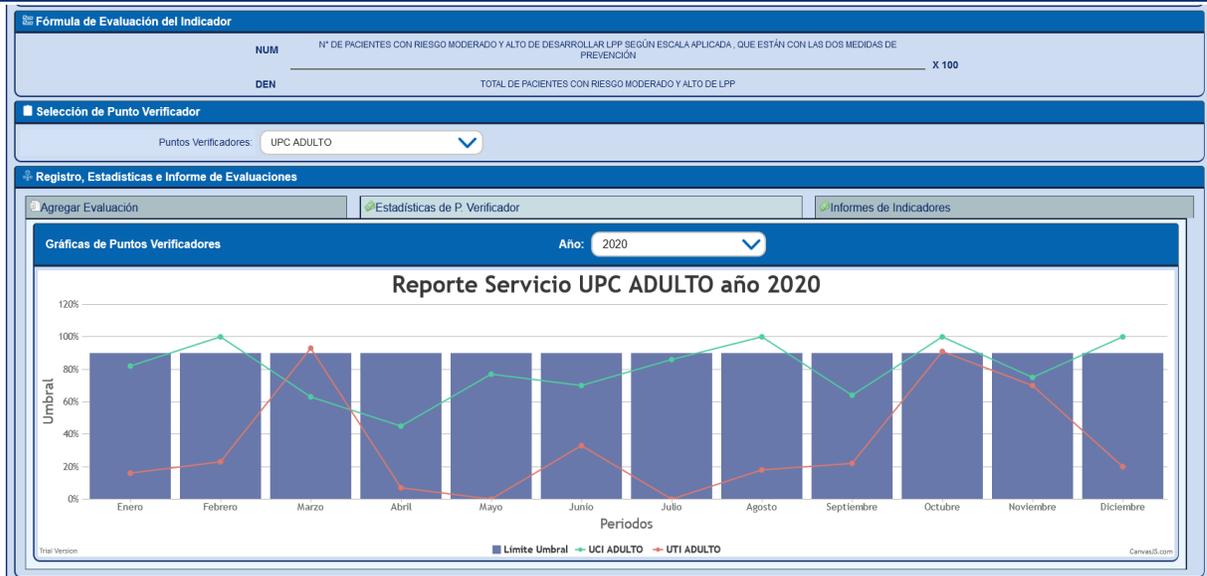


Gráfico nº 4: Porcentaje de pacientes con moderado y alto riesgo de presentar LPP y que cumplen con las dos medidas de prevención de LPP en el año 2020 en la UPC adulto



Gráfico nº 5: Porcentaje de pacientes con moderado y alto riesgo de presentar LPP y que cumplen con las dos medidas de prevención de LPP en el año 2021 en la UPC adulto

Objetivo que busca el desarrollo de la AFE

Poder contribuir en el diseño y puesta en marcha de la implementación del Programa BPG, a través de la primera guía relacionada con Prevención de Lesiones por Presión, dado que es un desafío que puede ser beneficioso para Hospital Puerto Montt, principalmente por la disminución de la incidencia de las LPP. Cuenta con diversas barreras de base a las que se suman la incertidumbre que ha mantenido los últimos años la pandemia del COVID-19.

Además de poder ir midiendo los avances que se vayan realizando en servicios pilotos para poder aprender de ellos y en el mediano plazo poder comenzar la implementación de las guías en toda la institución.

Se opta por esta metodología ya que se busca incorporar este nuevo programa ministerial de manera organizada, sistemática en una institución pública que cuenta con más de 3000 funcionarios, por lo que este tipo de AFE puede colaborar a que este proceso vaya de la mano con los lineamientos institucionales y aportar en el cumplimiento de la planificación estratégica.

Su objetivo será poder orientar la implementación de un programa que impacta sobre la cultura organizacional, aportando valor a la institución, por medio de estrategias que sean medibles y que ayuden a la sostenibilidad del programa.

Metodología

Aplicación de la metodología de Marco Lógico a la realidad seleccionada

Esta metodología es útil ya que puede ser aplicada por un equipo de trabajo encargado de gestionar un proyecto. Quienes bajo esta metodología detectan un problema en su situación actual que tiene impacto en la calidad y seguridad de los usuarios, identificando una alternativa de solución que es la incorporación de un nuevo programa al Hospital Puerto Montt, el Programa Guías de Buenas Prácticas, donde una de ellas se relaciona con la Prevención de LPP.

Se continuó con la identificación de actores involucrados internos y externos, su rol y autoridad. Este punto colaborará con la determinación de recursos, apoyos y autoridad para comprometer a los involucrados hacia el éxito de la implementación del proyecto. El producto de este análisis queda plasmado en la Matriz de los Involucrados.

Equipo Gestor

Se cuenta con un Comité de Implementación de RNAO en HPM, cuenta con 16 enfermeros de los servicios de UCI Adulto, UTI Adulto, Médico-Quirúrgico, Pensionado, UPC Pediátrica, Pediatría, Cirugía y Traumatología, Unidad de Calidad y Subdirección de Gestión del Cuidado. La autora de este AFE es la Coordinadora del Programa y lidera dicho Comité.

Técnicas y/o instrumentos metodológicos utilizados

Para poder llevar a cabo el proyecto junto a sus distintas etapas, es necesario desarrollar la fase analítica, que da cuenta de las técnicas e instrumentos metodológicos utilizados en cada momento y que se señalan en detalle en la Fase Analítica y de Planificación:

Fase Analítica

Descripción del Problema (o necesidad) que se detectó

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

La identificación del problema inicia con una reunión de carácter presencial donde fue convocado el equipo gestor ya mencionado, a quienes se les consultó el por qué se cree necesario implementar un programa de buenas prácticas en el Hospital Puerto Montt.

Teniendo un tema central, se realiza la primera “Lluvia de Ideas” con el objetivo de determinar el problema central que afecta a la comunidad del hospital. Se lograron identificar las siguientes necesidades:

- Escasa sostenibilidad de las estrategias realizadas previamente relacionadas con LPP
- Insuficiente disponibilidad de recursos para prevención de LPP
- Déficit de conocimientos de los funcionarios sobre prevención de lesiones por presión
- Estrategias implementadas hasta la fecha sin impacto relevante sobre incidencia de LPP en pacientes del HPM
- Escasa conciencia de responsabilidad por parte del equipo multidisciplinario relacionado con las LPP

Debido a distintos fundamentos que presentaban cada uno de los problemas como prioritarios, se determinó utilizar criterios para la priorización, estos son:

- Características y magnitud de la población afectada
- Prioridad en los lineamientos de las autoridades de política definidos por las máximas autoridades
- Capacidad del equipo de gestión para incidir sobre el problema (Gobernabilidad)
- Incidencia que tiene el problema en la generación de otros

Posteriormente, se le asignó valor a cada criterio, en donde puntaje alto es igual a 3, medio es igual a 1 y nulo es igual a 0. El problema que obtiene un mayor puntaje es el problema prioritario. Se le denomina Matriz de Priorización de Problemas.

Cuadro N°1 . Matriz de Priorización de Problemas

CRITERIOS	PROBLEMAS				
	Escasa sostenibilidad de las estrategias previas	Insuficiente disponibilidad de recursos para prevención	Déficit de conocimientos de los funcionarios sobre Prevención de LPP	Estrategias actuales para prevención de LPP mantienen incidencia de LPP en pacientes del HPM	Escasa conciencia de responsabilidad por parte del equipo multidisciplinario
Características y magnitud de la población afectada	2	2	3	3	2
Prioridad que representa en los lineamientos definidos por las máximas autoridades	1	1	1	3	1
Capacidad del equipo de gestión para incidir sobre el problema	2	2	3	3	2
Incidencia que tiene el problema en la generación de otros	2	3	3	3	2
TOTAL	7	8	10	12	7

Fuente: Elaboración propia

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

En la Matriz de Priorización de Problemas se puede identificar que el problema que obtuvo mayor puntaje (12 puntos) fue el de ***“Estrategias actuales para prevención de lesiones por presión mantienen la incidencia de LPP en pacientes del HPM”***.

Como se señala previamente, la Coordinadora de Gestión del Cuidado quien ha liderado desde el año 2014 el tema relacionado sobre Lesiones por Presión, informa que como unidad han realizado distintas estrategias: capacitaciones en auditorios, en los servicios clínicos, supervisiones, compra de algunos insumos para prevención, reforzamiento sobre medidas básicas de prevención.

Es un indicador seguido desde distintas unidades institucionales ya que es un determinante de Calidad y Seguridad, el cual debe ser reportado a MINSAL (Norma 006).

Dentro del equipo mencionan que producto de la pandemia se formó un hábito de disminuir, o no realizar las actividades que previenen las lesiones dado que en el peak de la contingencia, donde hubo un alto ingreso de pacientes críticos, alta demanda asistencial, alta transformación de camas básicas e intensivas a críticas, sumado a personal nuevo o no capacitado, se dio prioridad a los cuidados clínicos por sobre todos los cuidados de enfermería como de aseo y confort mínimos que requiere un paciente, lo que dejó las estrategias sin efecto y con menor adherencia por parte del equipo de salud quienes se continúan justificando por lo anterior, aunque ya se está fuera del peak de la pandemia por COVID-19.

Como dentro del equipo gestor se encuentran supervisoras, informan que a pesar del reforzamiento en sus servicios, no ven cambios relevantes. No se logra identificar si es por falta de registros o porque realmente las estrategias no son implementadas.

El equipo gestor señala que puede impactar sobre estos indicadores con la implementación de la guía de Prevención de LPP del Programa RNAO.

Análisis de Involucrados

- **Identificación de actores involucrados**
 - Instituciones: Universidades, proveedores, Servicio de Salud de Reloncaví
 - Grupos Sociales: Equipo gestor, Equipo directivo, gremios (FENPRUSS, FENATS, FENTESS, ASENF, FENATS Histórica), Unidad de Calidad y Seguridad, Capacitación, Comunicaciones, Comité de Heridas, Hospitalización Domiciliaria, Supervisores Clínicos, CR Médico, Gestión de Camas
 - Individuos: personal de enfermería (enfermeros, TENS y auxiliares), kinesiólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, médicos, terapeutas ocupacionales, representantes de la comunidad y consejo consultivo, trabajador social
- **Análisis de la percepción de los problemas desde la perspectiva de los actores involucrados (cómo cada actor percibe el origen de cada problema: cuáles era las causas o problemas asociados que lo determinaban)**

La percepción de los diversos involucrados era variable de acuerdo a la posición en la que se encontraban, es así como cuando consultamos en las escuelas de enfermería de las universidades de Puerto Montt percibían que era un problema de alto impacto que sí era abordado desde el pregrado o en apoyo a la institución podría ser resuelto de manera más rápida ya que comentan que su origen se debe a la escasez de conocimiento y concientización, y a la falta de herramientas de actualización con respecto al tema.

La percepción anterior fue un reflejo de la relevancia que le dan actores involucrados externos, sobretodo quienes están relacionados con conocimiento de salud pública. Ya que la contraparte, usuario y familia, quienes no necesariamente manejan el tema de las lesiones por presión, desconocen la causa de su aparición y la entienden como parte del proceso hospitalario, donde la gran mayoría atribuye la responsabilidad únicamente a enfermería. Integrantes del Consejo Consultivo desconocen el impacto del tema, pero se sintieron atraídos por el que pudieran ser un nexo con la comunidad para hacer levantamiento de necesidades.

Similar visión se da dentro del equipo clínico, en donde señalan que la prevención de LPP corresponde únicamente a Gestión del Cuidado, escasamente mencionan a matronería quienes son los encargados de la etapa neonatal y del área gineco-obstétrica; por lo que responsabilizan como causa de la mantención de la incidencia de LPP al inadecuado manejo de los planes de enfermería. En especial, esto es mencionado por el equipo médico, incluida jefatura de la Unidad de Calidad y Seguridad, con una débil percepción de manejo multidisciplinaria.

Por lo anterior, se consulta a los actores involucrados mayormente mencionados, equipo de enfermería, en donde las respuesta varían acorde a responsabilidad y profesión, es así como enfermeros perciben como una gran responsabilidad el poder llevar a cabo las distintas estrategias, aunque comprenden que no es tarea de uno; pero por otro lado, TENS manifiestan que por sobrecarga laboral no pueden realizar lo planificado, indican como causa la falta de personal.

Desde unidades de apoyo para el programa, tales como Capacitación y Comunicación, su percepción es que no requieren ser involucrados dado que la manera de difundir el conocimiento y estrategia es a través de la práctica clínica, como también señalan que el origen es una carente base desde las escuelas de formación.

En cuanto a los gremios, el único que demostró interés fue ASENF, formado únicamente por enfermeros, quienes entienden la relevancia e impacto en la salud pública del tema.

Y en relación a entrevistas a distintas profesiones del equipo de salud, la gran mayoría percibe su rol como más bien pasivo, y que el origen del problema es que no hay disponibilidad de capacitaciones para todos los funcionarios.

No se pudo acceder a la percepción completa del equipo directivo, sólo contamos con la respuesta de la subdirectora de Gestión del Cuidado quien percibe el problema como de alto impacto en donde los cambios los puede producir enfermería.

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

En complemento con lo señalado previamente, se detallará en matriz de Involucrados a cada actor, pero se destacan los siguientes grupos:

- Equipo gestor: poder identificar estrategias que sean de impacto y sostenibles en el tiempo para disminuir las lesiones por presión, incorporando a todo el equipo de salud, pero en particular a TENS y enfermeros. Ser referentes de las estrategias.
 - Escuelas de Enfermería de las Universidades: se encuentran interesadas en apoyar en la concientización y entrega de conocimientos desde el pregrado, de manera de poder ser un aporte desde que los alumnos inician sus prácticas clínicas y orientadores una vez ya estén titulados.
 - Equipo directivo: les interesa que disminuya la incidencia de LPP ya que es un indicador de Calidad que debe ser reportado al MINSAL, y uno de los principales por ser un EAR. Si bien no prioritaria, les interesa la implementación de planes de mejora porque puede tener un impacto en los días/cama de los usuarios
 - Subdirección Gestión del Cuidado: reforzar el liderazgo de enfermería en el plan de cuidados del paciente, en especial en esta temática. Ser innovadores y contar con una disminución de las lesiones por presión
 - Supervisores de Enfermería: estrategias efectivas que sean de impacto y que sean apoyadas por otros equipos, así como que el programa pueda servir para adquirir recursos necesarios
 - Unidad de Calidad y Seguridad: disminución de la incidencia dado que indicador EAR no ha mejorado con el tiempo. Que los funcionarios tomen conciencia del tema para que sea un ítem aprobado en próxima Acreditación de Calidad
- Identificación de las cuotas de poder o capacidad de incidir (los recursos de poder económico, político, institucional o de otra índole) que poseen los diferentes actores involucrados para imponer o defender sus intereses o sus mandatos en relación al problema analizado

En relación al poder dentro de la institución tenemos del tipo jerárquico, el cual se encuentra establecido en el organigrama de la institución, así como también influye el grado y años de antigüedad ya que son reconocidos dentro de cada servicio, independiente del tipo de liderazgo (negativo o positivo).

Para los otros actores, depende del reconocimiento e involucramiento que puedan tener dentro de la institución y sus diversos grupos.

Se verá plasmado en la matriz de involucrados.

- Identificación de intereses de los actores involucrados en las posibles intervenciones
- Identificación de acuerdos o conflictos que se prevé que podrían desarrollarse con cada uno de los actores involucrados

Se identifica que la gran mayoría de los involucrados tiene el interés de encontrar una mejora que repercuta en los resultados de las lesiones por presión. Dichos intereses son de carácter clínico, social, administrativo y económico.

- Construcción de la matriz de involucrados (poder, interés, valor)

Tabla N°1: Matriz de Involucrados

ACTORES	PROBLEMA PERCIBIDO	INTERÉS DE MANDATOS	PODER	INTERÉS	VALOR
Equipo Gestor	Mantenimiento de la incidencia de LPP independiente de las estrategias realizadas	Implementar estrategias preventivas efectivas y sostenibles para disminuir la incidencia de LPP	3	3	+9

Equipo Directivo	Gestión del Cuidado no realiza lo suficiente para prevenir LPP	Mejorar el % de cumplimiento de los indicadores de Calidad como parte de los compromisos EAR	5	3	+15
Personal de Enfermería	Estrategias de prevención de LPP no funcionan	Disponer de los recursos necesarios para realizar prevención de LPP de manera adecuada	4	1	+4
Unidad de Calidad	Gestión del Cuidado no realiza lo suficiente para prevenir LPP	Implementar estrategias preventivas efectivas y sostenibles para disminuir la incidencia de LPP	2	3	+6
Usuario	Identifica LPP como parte del proceso de la enfermedad por la que ha sido ingresado	Resolver su problema de salud sin que aparezcan complicaciones motivo de la hospitalización	1	1	+1
Familia o acompañantes del usuario	Las estrategias de prevención deben ser realizadas sólo por enfermería	Resolver el problema de salud de su familiar en el menor tiempo posible y sin otras consecuencias	3	1	+3
Escuelas de Enfermería	Falta de utilización de la evidencia científica al momento de elegir estrategias de prevención	Que la evidencia científica pueda ser llevada a la práctica	2	3	+6

Gremios	El personal no realiza atenciones integrales por sobrecarga laboral	Que por motivos de buena praxis no aumente la carga laboral de los funcionarios	1	-1	-1
Supervisores clínicos	Mantención de la incidencia de LPP independiente de las estrategias realizadas	Que el personal de su servicio aplique las estrategias propuestas	4	2	+8
Subdirección Gestión del Cuidado	Mantención de la incidencia de LPP independiente de las estrategias realizadas	Implementar estrategias preventivas efectivas y sostenibles para disminuir la incidencia de LPP	4	3	+12
Capacitación	Gestión del Cuidado no realiza lo suficiente para prevenir LPP	Captar funcionarios a las capacitaciones que tengan relación	2	1	+2
Comunicaciones	Conocimientos sobre prevención deberían venir desde las casas de estudio	Difundir información de manera efectiva y eficiente	2	1	+2
Comité de Heridas	Falta de conocimiento por parte del personal relacionado con LPP	Implementar estrategias preventivas efectivas y sostenibles para disminuir la incidencia de LPP	3	2	+6
CR Médico	Gestión del Cuidado no realiza lo suficiente para prevenir LPP	Implementar estrategias preventivas efectivas y sostenibles	3	1	+3

		para disminuir la incidencia de LPP			
Otros integrantes del equipo de salud	Falta de conocimiento por parte del personal relacionado con LPP	Implementar estrategias preventivas efectivas y sostenibles para disminuir la incidencia de LPP	2	2	+4

Fuente: Elaboración propia

Análisis de Problemas

- Análisis usando árbol de problemas

Teniendo como centro el problema “Estrategias actuales para prevención de lesiones por presión mantienen la incidencia de LPP” el equipo gestor analizó cuáles son las causas que dan origen al problema, y que otras consecuencias pudiera tener.

Se realiza en conjunto el “Árbol de problemas”, instrumento que no fue fácil de aplicar ya que surgieron dudas si el problema central definido era ese o mezcla un problema con una causa, pero que finalmente ayudó a identificar los problemas principales. Además, al tener un problema central de amplio impacto se identifican causales multifactoriales por lo que sirvió el análisis de identificación de los factores directos, indirectos y estructurales.

- Identificación de problemas principales

En esta etapa se realiza la búsqueda de los factores directos, indirectos y estructurales, los que nos ayudarán a explicar el problema central. Se identifican como problemas principales la escasa conciencia de que todo el equipo de salud es responsable de la prevención de lesiones por presión, no sólo el equipo de enfermería; falta de adherencia de las prácticas o estrategias implementadas como planes de mejora por el equipo de enfermería las que no han podido ser sostenibles en el tiempo; desmotivación por parte del

personal de enfermería, en especial del estamento de los TENS quienes se encuentran con mayor sobrecarga laboral debido a la mayor complejidad de los pacientes desde la pandemia COVID-19, altas tasas de ausentismo por lo que deben realizar más horas extraordinarias, inversión de tiempo en orientar personal nuevo pero que renuncia rápidamente, alto número de personal nuevo quedando escaso personal referente, sumado a que existe dificultad en priorizar los cuidados indicados para el paciente. Lo anterior también impacta en el aumento del ausentismo ya que aumentan las enfermedades laborales de origen motor, por aumento de técnicas de prevención como son los cambios de posición de los paciente mal realizados, por lo que puede resultar lesionado el personal.

Otro problema relevante es el de los limitados recursos invertidos en esta temática, desde lo físico: superficies especiales de manejo de la presión dañadas, sin recambio desde que se compraron el año 2014, no se cuentan con posicionadores, escasa entrega de capacitaciones sobre ergonomía, falta de apósitos especiales, falta de recurso humano en cantidad y calidad.

- **Identificación y caracterización del problema central**

El problema central es que las estrategias no han sido las adecuadas para que se note el impacto en la disminución de la incidencia de las lesiones por presión. Si bien previo a la pandemia se identificó un leve descenso, con la llegada de la pandemia la situación se agudizó.

Se han implementado, desde Gestión del Cuidado, diversas estrategias pero continúan sintiendo la necesidad de aplicar planes de mejora de manera urgente para que los efectos no sigan aumentando.

- **Análisis de relaciones de causa – efecto**

- Factores directos: recursos insuficientes, si la dotación de personal no es la apropiada se le da prioridad sólo a los cuidados clínicos, si no existen los recursos físicos necesarios,

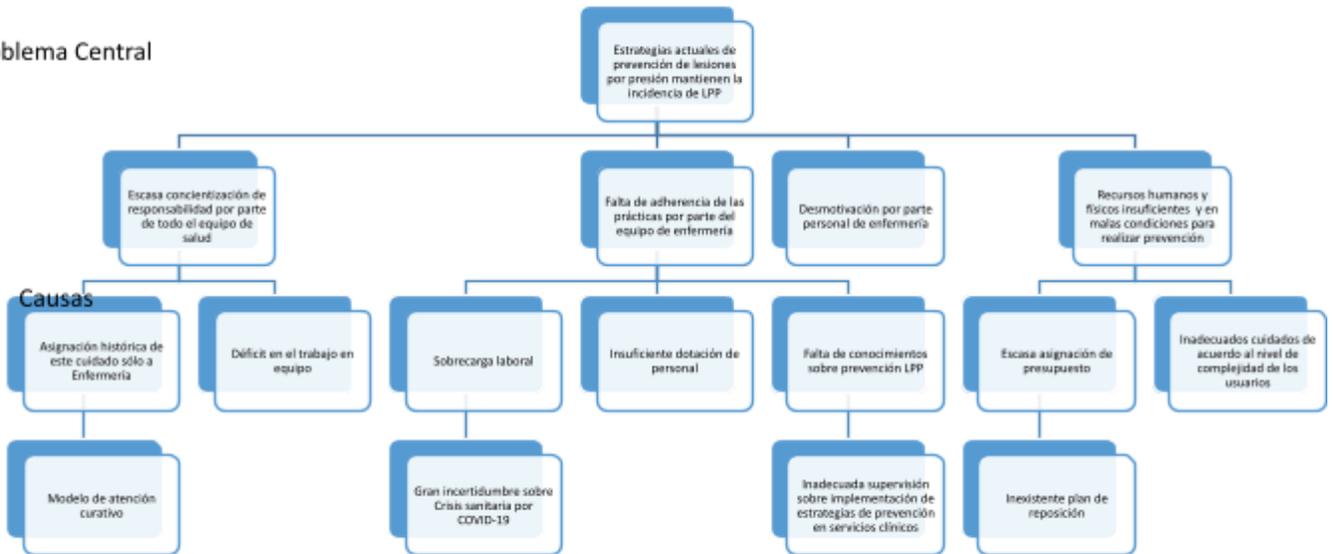
con las condiciones apropiadas puede haber un daño directo al usuario provocando una lesión en su piel, por ejemplo por no tener el colchón adecuado a su nivel de riesgo. Falta de adherencia a las prácticas de prevención por parte del equipo de enfermería, quienes son las encargadas del cuidado del paciente, desde la planificación, ejecución, supervisión y evaluación. Falta de conocimientos sobre prevención de LPP

- Factores indirectos: escasa concientización de responsabilidad en cuanto prevención de lesiones por presión por parte de todo el equipo de salud, desmotivación, ineficaz trabajo en equipo producto también de dificultades en la comunicación y desconocimiento por alta rotación de personal, sobrecarga laboral, mayor complejidad de los usuarios lo que ha hecho que aumenten los categorizados como mediano y alto riesgo de presentar LPP
- Factores estructurales: crisis sanitaria por pandemia COVID-19 a lo que se suma que ha aumentado la complejidad de los usuarios por ende la complejidad de las camas que han tenido que ser convertidas, modelo de cuidado curativo, no enfocado en lo preventivo, escasa asignación de presupuesto a esta temática, inexistente plan de reposición de insumos y equipamiento (no ha habido cambio de colchones desde el año 2014, ficha técnica señala deben cambiarse cada 4 años). Sobrecarga laboral, dotación de personal inadecuada
- Efectos: un paciente que presenta una LPP aumenta su estadía hospitalaria, lo que provoca un aumento en el costo de esa recuperación. Si ya ingresa o presenta una lesión de bajo estadio esta pudiera progresar a una de mayor categoría. La aparición e inadecuada aplicación de estrategias impacta en la carga laboral, aumentándola.

Diagrama de Árbol de Problemas



Problema Central



Fuente: Elaboración propia

Análisis de Objetivos

Es una etapa de la realización de proyectos que nos ayuda a visualizar como quedaría el problema, o estado actual, una vez realizado el proyecto.

De igual forma que el análisis de problemas, el análisis de objetivos fue realizado por el equipo gestor en diversas reuniones.

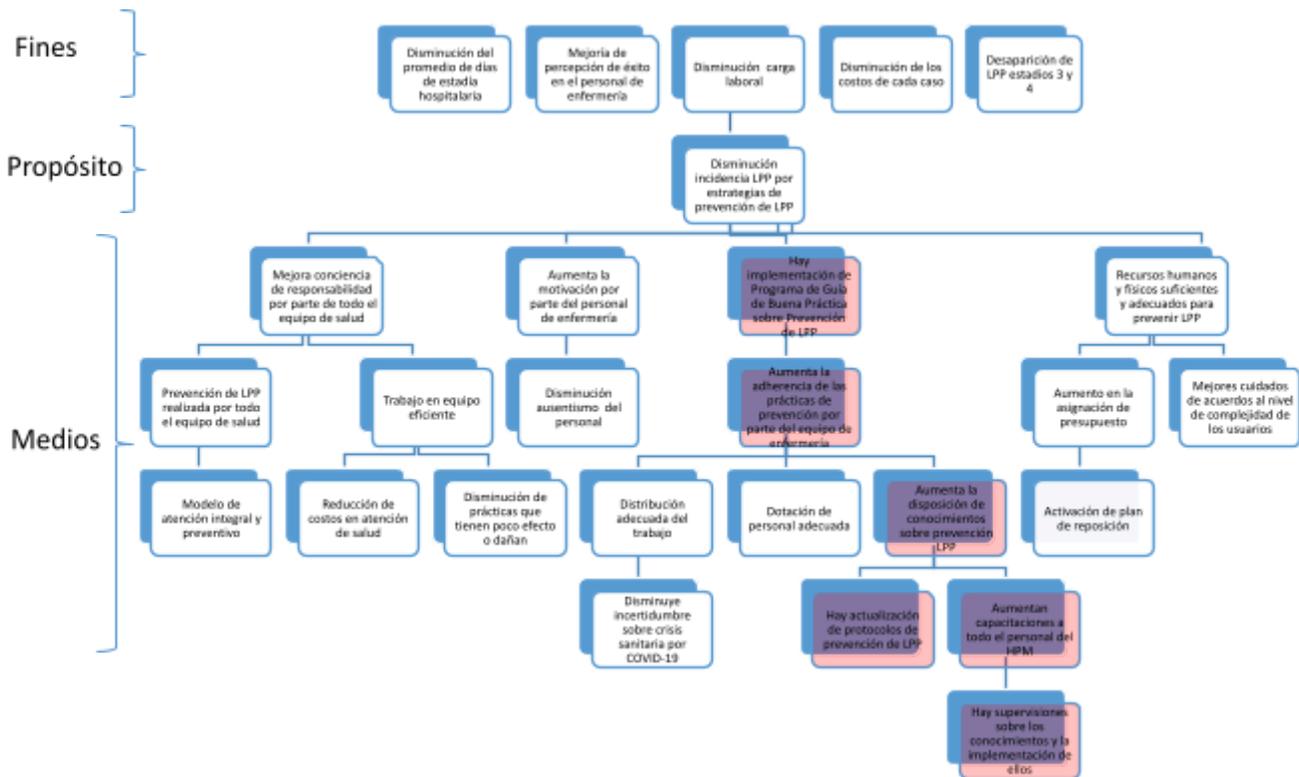
· Análisis usando árbol de objetivos

Este paso toma el árbol de problemas realizado previamente y sus condiciones las convierte en positivas, de manera que permitan ser realizables. Existe una transformación de las causas que conforman el árbol de problemas hacia medios en el árbol de objetivos, en donde el problema central es nuestro centro el propósito u objetivo del proyecto que se lleva a cabo. De este árbol podemos obtener las alternativas de solución (CEPAL, 2015).

El siguiente árbol es de elaboración propia y durante su desarrollo se pudieron observar nuevos problemas, lo que nos llevó a edición del árbol de problemas. Se muestra posterior análisis de viabilidad.

· Análisis de viabilidad

De los objetivos se centra la atención en aquellos que pudieran lograrse en un corto a mediano plazo, teniendo en cuenta que no se dispondrá de presupuesto, al menos inicialmente asignado, sino que dependerá del empoderamiento del equipo gestor para encontrar las estrategias adecuadas para ir logrando disminuir la incidencia de LPP.



Elaboración propia. Los ámbitos de acción del proyecto se destacan en rojo

Análisis de Alternativas

Tomando en cuenta que lo que buscamos es conseguir estrategias adecuadas y sostenibles en el tiempo, se identifica el ámbito de acción del proyecto, donde este análisis colabora en la operacionalización de los medios.

Junto al equipo gestor se identifican la mayor cantidad de acciones para cada medio elegido y luego analizar las que son más viables. El conjunto de criterios fue:

- Problemas e intereses de los involucrados
- Mayor factibilidad para alcanzar el objetivo
- Capacidad técnica e institucional para la implementación
- Disponibilidad de recursos humanos

Cuadro N° 2

Implementación Guía de Buenas Prácticas de la RNAO sobre Prevención LPP	Hay actualización de protocolos y capacitaciones de prevención de LPP a disposición de todo el personal HPM	Hay supervisiones sobre los conocimientos y la implementación de ellos
<p>Postulación a MINSAL para ser Centro Comprometido con la Excelencia en el Cuidado implementando el Programa de Guía de Buenas Prácticas. Subdirectora de Gestión del Cuidado manifiesta interés por medio de carta apoyada por director de hospital Coordinar implementación programa en convenio con MINSAL y RNAO. Subdirección de Gestión del Cuidado realiza concurso interno para Coordinadora RNAO, quien será enviada por medio de Comisión de servicio dado que no existe</p>	<p>Actualizar incorporando las recomendaciones de la RNAO sujetas de ser aplicables al protocolo de Prevención de LPP para pacientes hospitalizados del HPM. Realizar capacitación sobre Prevención de LPP como parte del Proyecto de Actividad de Capacitación que son parte de la Sección de Capacitación y Formación del Hospital Realizar capacitaciones sobre insumos en los servicios del hospital. Esto puede ser realizados por proveedores y/o funcionarios</p>	<p>Realizar estudios de prevalencia bajo los criterios de la RNAO/MINSAL de manera mensual en el 100% de los pacientes hospitalizados de los servicios pilotos para identificar si se van incorporando los conocimientos y han sido recepcionadas las estrategias de implementación. Esta herramienta puede ser útil para ir modificando en el caso de no ver variaciones. Queda plasmado en pautas. La realización debe ser por champions, en el día</p>

presupuesto ni envío de cargo desde nivel central. Coordinar capacitación con MINSAL para quienes formen Comité y quienes serán los primeros champions

Crear Comité de Implementación del Programa RNAO. Identificar líderes de diversos servicios clínicos, realizar invitación para participar, incluir unidades con mayor incidencia LPP, fijar horas de trabajo.

Coordinadora del Programa realiza nexo con otros centros BPSO para búsqueda de apoyo. Y orientación en la implementación

Realizar análisis de oportunidades o brechas para identificar estado actual de HPM en relación con las recomendaciones de la Guía. Dado el volumen del hospital, se seleccionan servicios pilotos para ser analizados, éstos son aquellos con mayor incidencia

Realizar análisis de los involucrados. Comité define las partes interesadas y los intereses que puedan surgir por esta nueva estrategia institucional tanto dentro como fuera del hospital

Identificar el apoyo y cuánto influyen los involucrados por medio de Metodología de Análisis de partes interesadas

Identificar facilitadores y barreras

Difundir y dar a conocer el programa, ya que es

expertos en el tema. En relación, al espacio puede ser presencial u online. Y dependiendo de disposición en salas de reuniones o algún espacio de los servicios clínicos. Las invitaciones son abiertas a todo el personal

Difundir protocolo y capacitaciones. Utilización de las redes sociales creadas, difusión por mensajería

Capacitar especialmente al personal de enfermería de los servicios pilotos

randomizado, el cual es uno diferente al de Unidad de Calidad y Seguridad

Incorporar indicadores RNAO a las mediciones mensuales, lo que aumenta la exigencia de los cuidados. Pauta lleva más tiempo de llevar a cabo y el recurso humano que aplica es escaso

Coordinadora realizará turnos juntos con Comité para aplicación de pauta mensual

Ya existe una medición mensual por parte de la Unidad de Calidad y Seguridad

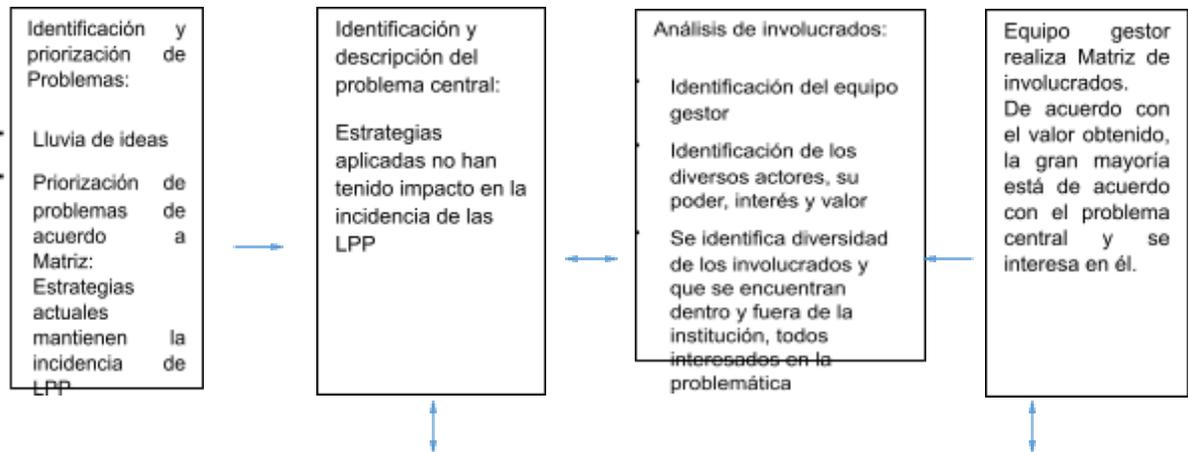
desconocido e innovador, lleva pocos años en el país. Utilización de medios internos y externos (ejemplo redes sociales)

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a lo anterior, el equipo gestor propone la realización de la prier acción: Implementación del Programa de Guías de Buenas Prácticas de la RNAO Guía de Prevención de Lesiones por Presión ya que es viable, factible de realizar con una adecuada organización, comprendiendo que puede haber dificultad por rechazo al cambio por parte del equipo de salud.

Las otras dos acciones también pueden ser llevadas a cabo, pero dado el impacto y esfuerzo de la primera, se priorizarán los esfuerzos en ella.

Síntesis de la Etapa Analítica



Análisis de problemas: en página 22 se identifica el árbol de problema como resultado del análisis, el cual se encuentra conformado por el problema central, efectos y causas. También se realizaron las relaciones causa – efecto.

Análisis de Objetivos: colabora a visualizar el estado actual del problema aplicado el proyecto.

Se resuelvo por medio del análisis del árbol de objetivos que deriva del árbol de problemas. Es ahí donde se identifican las alternativas de solución, luego las viables y se define el ámbito de acción. Se puede ver en el Diagrama de la página 24

Análisis de Alternativas: el equipo gestor considera los ámbitos de acción y selecciona alternativas aplicando los siguientes criterios:

Problemas e intereses de los involucrados

Mayor factibilidad para alcanzar el objetivo

Capacidad técnica e institucional para la implementación

Disponibilidad de recursos humanos

Alternativa Evaluada: Implementación del Programa de Buenas Prácticas de la RNAO, iniciando con la guía “Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión”

Es una alternativa de bajo costo, innovadora, equipo gestor disponible, involucra e impacta a distintos actores de la institución y la comunidad, se ha identificado que tiene impacto en otras instituciones. Se cuenta con la capacidad técnica y recurso humano adecuado para iniciar.

Fuente: Elaboración propia

Fase Planificación

Previamente se eligió la alternativa que se trabajará en este proyecto, dando paso a la construcción de la Matriz del Marco Lógico, la que incluye los siguientes niveles en cuatro columnas: Objetivos, Indicadores, Medios de Verificación y Supuestos. En cada uno de estos niveles se presentará mayor información de cada aspecto anterior en cada fase del proyecto: Fin, propósito, componentes/resultados y actividades.

Resumen narrativo de objetivos

I. Fin

El proyecto es importante porque va a colaborar con la desaparición de lesiones por presión estadios 3 y 4 en los usuarios del HPM, las cuales en su gran mayoría son prevenibles con las atenciones brindadas por el equipo de salud. Así como también causará

impacto en la disminución de la estadía hospitalaria, ya que usuarios que se encontraban hospitalizados presentaban LPP las cuales no tenían relación con su condición de base.

II. Propósito

Si bien es difícil saber de manera exacta la tasa de incidencia de LPP de la institución, ya que sólo lo identificamos por la acción de la notificación del evento adverso por parte del funcionario clínico, se espera que:

El resultado esperado al final de la ejecución del proyecto es que la incidencia de las lesiones por presión en el HPM disminuyan gracias a la estrategias de prevención que se implementen.

III. Componentes (resultados)

Para lograr el propósito se implementará el Programa de Guías de Buenas Prácticas de la RNAO, y como primera guía se tomará la de Valoración y del Riesgo y Prevención de la úlceras por presión. Es necesario reafirmar que las guías son sostenibles en el tiempo, por lo que no tienen un tiempo limitado de implementación, salvo que por directrices institucionales se quiera dar de baja el programa.

IV. Actividades

Previo detallar las actividades, es necesario señalar que el proyecto no cuenta con presupuesto, sólo con la autorización para realizar una comisión de servicios a un funcionario para que sea asignado como coordinador:

- Realizar carta de postulación a MINSAL para ser Centro BPSO
- Comité de Implementación capacitado por RNAO previo inicio implementación

- Programar calendario de reuniones con Comité de Implementación
- Difusión del programa por medios de comunicación
- Elección de servicios pilotos para estudios de prevalencia de prevención de LPP
- Realización de análisis de brechas
- Elección de recomendaciones de GBP para implementar
- Formación champions

Indicadores

La manera de ir verificando los avances de los objetivos es por medio de indicadores, los cuales van a establecer metas parciales y/o finales. Ayudan a especificar a los indicadores en 3 dimensiones: cantidad, calidad y tiempo. Cada fase tiene su indicador.

I. Fin

Disminución de un 10% de lesiones por presión estadio 3 y 4 cumplido 12 meses del inicio de la implementación de la Guía de Buenas Prácticas.

Para el segundo año se puede ser más ambicioso, pero el primer año se espera ocurre un fenómeno de aumento de la incidencia de las lesiones en todos los estadios, ya que aumentará la conciencia de notificación y el conocimiento sobre la identificación de cada lesión (pudiendo incluso no ser una LPP).

II. Propósito

El 90% de los estudios de prevalencia en los servicios pilotos fueron realizados durante los primeros 6 meses de implementación, de manera mensual y randomizada.

III. Componentes

Incorporación de Capacitaciones relacionadas con RNAO al PAC HPM a diciembre 2021, 75% de las recomendaciones de la guía de buenas prácticas han sido evaluadas por el equipo gestor en la institución a Diciembre del 2021.

IV. Actividades

- Postulación para ser centro BPSO. No requiere presupuesto
- El 100% de los integrantes del Comité de Implementación se encontrará capacitado por MINSAL/RNAO para implementar Programa máximo 3 meses de recibido ordinario de aceptación como centro BPSO por MINSAL. No requiere presupuesto
- Calendario de reuniones de Comité de Implementación realizado para los primeros 12 meses. No requiere presupuesto
- Creación de perfil de Twitter, Instagram. No requiere presupuesto
- Planilla Excel con análisis de brechas realizado en diciembre 2021. No requiere presupuesto
- Realización de primera Formación de champions a diciembre 2021. No requiere presupuesto

Medios de verificación

Son fuentes de información sobre los indicadores, son parte de las actividades del proyecto. Para cada indicador se identifica un medio de verificación, lo cual se manifiesta en el cuadro siguiente:

Cuadro N°3: Medios de verificación

Indicador	Medio de Verificación
Disminución de un 10% de lesiones por presión estadio 3 y 4 cumplido 12 meses del	Reporte de eventos adversos asociados a lesiones por presión notificados a la Unidad

inicio de la implementación de la Guía de Buenas Prácticas.	de Calidad y Seguridad que cumplan con los criterios 3 y 4
90% de los estudios de prevalencia en los servicios pilotos fueron realizados durante los primeros 6 meses de implementación, de manera mensual y randomizada	Planillas de estudios de prevalencia mensual realizados y subidos a plataforma NQUIRE
Incorporación de Capacitaciones relacionadas con RNAO al PAC HPM a diciembre 2022	Publicación del Curso de Formación de Champions por Sección de Capacitaciones HPM, con horas pedagógicas aceptadas.
75% de las recomendaciones de la guía de buenas prácticas han sido evaluadas por el equipo gestor en la institución a Diciembre del 2022	Planilla Excel con análisis de brechas
Carta de postulación para ser centro BPSO enviada a MINSAL último trimestre 2021	Carta de postulación
100% de los integrantes del Comité de Implementación se encontrará capacitado por MINSAL/RNAO para implementar Programa máximo 3 meses de recibido ordinario de aceptación como centro BPSO por MINSAL	Certificado de capacitación enviado por MINSAL
Calendario de reuniones de Comité de Implementación realizado para los primeros 12 meses	Calendario para comité creado y subido a nube con acceso al equipo gestor con evaluación de cumplimiento y asistencia
Creación de perfil de Twitter, Instagram	Se constata perfil público BPSO_HPM en Twitter e Instagram
Realización de primera Formación de champions a diciembre 2022.	Realización ceremonia Certificación primeros Champions de la institución

Fuente: Elaboración propia

Supuestos

Los supuestos son aquellos riesgos que están fuera de control de quien dirige el proyecto, éstos pueden causar el fracaso del desarrollo de los objetivos. Se identificarán los supuestos en las distintas etapas:

Cuadro N° 4: Supuestos

Resumen narrativo de Objetivos	Supuestos
Fin: desaparición de lesiones por presión estadios 3 y 4 en los usuarios del HPM	Dotación de funcionarios adecuada para el número de camas y nivel de complejidad de cada servicio

Propósito: incidencia de las lesiones por presión en el HPM disminuyan gracias a la estrategias de prevención que se implementen	Recambio de superficies de manejo de presión que ya cumplieron su vida útil y que sean adecuadas para perfil usuario actual
Resultados: implementación Programa de Guías de Buenas Prácticas de la RNAO	Autorización por parte de Subdirección de Gestión de las Personas ingreso curso Formación de Champions a PAC fuera de postulación anual
Actividades <ol style="list-style-type: none"> Postulación para ser centro BPSO Comité de Implementación capacitado por RNAO previo inicio implementación Programar calendario de reuniones con Comité de Implementación Difusión del programa por medios de comunicación Elección de servicios pilotos para estudios de prevalencia de prevención de LPP Formación champions 	<ol style="list-style-type: none"> MINSAL acepta postulación de HPM a ser candidato BPSO MINSAL/RNAO realicen capacitación sobre Programa a nuevos Centros Candidatos BPSO Validación de horario protegido a integrantes del Comité de Implementación Autorización por director, orientados por Unidad de Capacitaciones para creación de perfiles de redes sociales Equipo gestor junto con partes interesadas se reúnan para análisis de estado de situación Inscripción mínima de inscritos para realización curso Formación de champions

Cuadro N° 5: Matriz de Marco Lógico Proyecto: “Aplicación de metodología de Marco Lógico para realizar implementación de Programa de Guías de Buenas Prácticas de RNAO en Hospital Puerto Montt”

Resumen narrativo de objetivos	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Fin: desaparición de lesiones por presión estadios 3 y 4 en los usuarios del HPM	Disminución de un 10% de lesiones por presión estadio 3 y 4 cumplido 12 meses del inicio de la implementación de la Guía de Buenas Prácticas.	Reporte de eventos adversos asociados a lesiones por presión notificados a la Unidad de Calidad y Seguridad por sistema Experto, que cumplan con los criterios 3 y 4	Dotación de funcionarios adecuada para el número de camas y nivel de complejidad de cada servicio

Propósito: incidencia de las lesiones por presión en el HPM disminuyan gracias a la estrategias de prevención que se implementen	90% de los estudios de prevalencia en los servicios pilotos fueron realizados durante los primeros 6 meses de implementación, de manera mensual y randomizada	Planillas de estudios de prevalencia mensual realizados y subidos a plataforma NQUIRE	Recambio de superficies de manejo de presión que ya cumplieron su vida útil y que sean adecuadas para perfil usuario actual
Resultados: implementación Programa de Guías de Buenas Prácticas de la RNAO	Incorporación de Capacitaciones relacionadas con RNAO al PAC HPM a diciembre 2021	Publicación del Curso de Formación de Champions por Sección de Capacitaciones HPM, con horas pedagógicas aceptadas.	Autorización por parte de Subdirección de Gestión de las Personas ingreso curso Formación de Champions a PAC fuera de postulación anual
Actividades a. Postulación para ser centro BPSO b. Comité de Implementación capacitado por RNAO previo inicio implementación c. Programar calendario de reuniones con Comité de Implementación d. Difusión del programa por medios de comunicación e. Revisión de las recomendaciones de GBP de Prevención de LPP f. Formación champions	a. Carta de postulación para ser centro BPSO enviada a MINSAL último trimestre 2021 b. 100% de los integrantes del Comité de Implementación se encontrará capacitado por MINSAL/RNAO para implementar Programa máximo 3 meses de recibido ordinario de aceptación como centro BPSO por MINSAL c. Calendario de reuniones de Comité de Implementación realizado para los primeros 12 meses	a. Carta de postulación b. Certificado de capacitación enviado por MINSAL Planilla Excel con análisis de brechas c. Calendario para comité creado y subido a nube con acceso al equipo gestor con evaluación de cumplimiento y asistencia d. Se constata perfil público BPSO_HPM en Twitter e Instagram e. Planilla Excel con análisis de brecha	a. MINSAL acepta postulación de HPM a ser candidato BPSO b. MINSAL/RNAO realicen capacitación sobre Programa a nuevos Centros Candidatos BPSO c. Validación de horario protegido a integrantes del Comité de Implementación d. Autorización por director, orientados por Unidad de Capacitaciones para creación de perfiles de redes sociales

	<p>d. Creación de perfil de Twitter, Instagram</p> <p>e. 75% de las recomendaciones de la guía de buenas prácticas de Prevención de LPP han sido evaluadas por el equipo gestor en la institución a Diciembre del 2021</p> <p>f. Realización de primera Formación de champions a diciembre 2021.</p>	<p>f. Realización ceremonia Certificación primeros Champions de la institución</p>	<p>e. Equipo gestor junto con partes interesadas se reúnan para análisis de estado de situación</p> <p>f. Inscripción mínima de inscritos para realización curso Formación de champions</p>
--	--	--	---

Fuente: Elaboración propia

Plan de Ejecución

Es necesaria realizar una planificación de las actividades que se desglosan desde el marco lógico realizado, de manera que el equipo gestor tenga una guía objetiva de los tiempos, actores y ejecuciones. Por eso, se realiza el siguiente cuadro que incluye cada actividad con su tarea, fechas límites, presupuestos, responsables y otros recursos necesarios:

Cuadro N° 6

Actividad	Tarea	Fecha de inicio y término	Presupuesto	Responsable	Otros recursos
Postulación para ser centro BPSO	Autorización director médico	Noviembre 2021 a	0	Subdirector a Gestión del Cuidado	Reemplazo de Coordinado

	Realización carta postulación a MINSAL	diciembre 2021			ra Programa RNAO
Comité de Implementación capacitado por RNAO previo inicio implementación	Tomar contacto con equipo de Coordinación RNAO/MINSAL para confirmación fecha capacitación Asegurar horario protegido para capacitación integrantes	Junio 2021 hasta realización capacitación	0, ya que no se encuentra autorizado reemplazo	Coordinador a Gestión del Cuidado – Pilar capacitación Subdirector a Gestión del Cuidado	Materiales de escritorio
Programar calendario de reuniones con Comité de Implementación	Realizar calendario con actividades de Comité para año 2022 Hacer disponible calendario para integrantes	Septiembre 2022	0	Coordinador a Programa RNAO	-
Difusión del programa por medios de comunicación	Solicitar autorización para creación de perfiles a dirección Solicitar orientación a Unidad de Comunicación Crear perfiles de Twitter e Instagram	Julio 2021 hasta agosto 2021	0	Subdirector a Gestión del Cuidado Coordinador a Programa RNAO	Capacitación de programas de creación de contenido audiovisual
Revisión de las recomendaciones de GBP de Prevención de LPP	Agendar reunión con Comité de Implementación para analizar las recomendaciones de la GBP aplicada en HPM	Octubre 2021 a diciembre 2021	0	Coordinador Programa RNAO	

	Crear planilla de análisis de brecha				
Formación champions	Realizar programa de Formación de Champions Postular curso a unidad de Capacitación	Septiembre 2021 a última semana de octubre 2021	0	Coordinador a Programa RNAO Coordinador a Gestión del Cuidado – Pilar Capacitación	Solicitud expositores desde otros centros BPSO

Fuente: Elaboración propia

Presupuesto

Como se ha dejado de manifiesto, la intención de la implementación de este proyecto en una primera etapa no incluye presupuesto, dado que no se encontraba en la planificación anual así como tampoco su elección como candidato incluye una baja presupuestaria desde MINSAL o el Servicio de Salud Reloncaví. Por lo que el proyecto no tiene presupuesto asociado.

Si es necesario considerar los costos que para la institución generará. El detalle a continuación, el cual incluye costos en los que incurren particulares:

- Material de escritorio: referencias obtenidas de Tienda Mercado Público
 - o Papel tamaño carta: \$2869 x 10 = \$28.690
 - o Lápices pasta azul: \$111 x 70 = \$7770
 - o Lápices pasta rojo: \$ 64 x 30 = \$ 1917
 - o Lápices grafito 12 unidades + goma: \$150 x 4 = \$600
 - o Cartulinas
 - o Cuaderno College 100 hojas: \$885 x 20 = 17700
 - o Archivador: \$1142 x 3 = \$3426
 - o Carpetas; \$491 x 50 = \$24550
 - o Notas adhesivas: \$1016 x 10 = \$10160
 - o Separador: \$415 x 10 = \$4015

- Computador
 - Impresoras
 - Tóner xerox negro y de colores: obtenida vía licitación
 - Celulares
 - Internet
 - Salas de reuniones
 - Salas de espera
 - Auditorio
 - Curso Formación de Champions por PAC: \$600.000
 - Curso Prevención Lesiones por Presión por PAC: \$500.000
 - Pago de horas extra a integrantes de Comité de Implementación RNAO (enfermeros en sistema de cuarto turno): sólo se consideran a quienes están entre los grados 13 a 15, ya que desde 12 hacia arriba las horas extra son devueltas como descanso compensatorio.
- **Cuadro N°7:** Remuneraciones funcionarios profesionales diurnos HPM

Grado	Haberes	Líquido	Valor hora diurna	Valor Hora N.D.F
13	1.279.585	1.036.477	6.678,68	8.014,41
14	1.175.010	951.870	6.119,76	7.343,72
15	1.079.183	874.330	5.608,74	6.730,49

Referencia: Sección remuneraciones, Subdirección de las Personas (2017)

2 enfermeros grado 13 en cuarto turno: $(20 \times 8014,41) \times 2 = \$320.576,4$

- **Cuadro N°8:** Remuneraciones funcionarios profesionales cuarto turno HPM

Grado	Total haber	Líquido	Valor hora diurna	Valor Hora N.D.F
13	1.685.648	1.349.146	6.678,68	8.014,41
14	1.547.090	1.238.373	6.119,76	7.343,72
15	1.420.194	1.136.909	5.608,74	6.730,49

Referencia: Sección remuneraciones, Subdirección de las Personas (2017)

3 enfermeros grado 15 en cuarto turno: $(20 \times 6.730,49) \times 3 = \$403.829,4$

- Plan de Canva: \$ 98.000, financiada por Coordinadora Programa RNAO

Esquema de verificación del diseño del proyecto

Se realiza esquema para verificar si el diseño y la planificación de la implementación del proyecto que se llevará a cabo:

Cuadro N° 9

	Si cumple	No cumple
Respecto al Fin		
Responde al problema central identificado	SI	
Presenta una justificación suficiente para el proyecto	SI	
Está claramente expresado como una situación ya alcanzada	SI	
Están definidos explícitamente los grupos beneficiarios	SI	
Los Indicadores de Fin son verificables en términos de cantidad, calidad y tiempo	SI	
Respecto al Propósito		
El proyecto tiene un solo propósito	SI	
Está claramente expresado como un estado ya alcanzado	SI	
Contribuye significativamente al logro del fin del proyecto	SI	
Están presentes los grupos de beneficiarios del proyecto	SI	
Los indicadores del Propósito son una forma independiente de medir el logro del Propósito y no un resumen de los resultados	SI	
Los indicadores del propósito sólo miden lo que es importante	SI	
Los indicadores del Propósito miden los resultados esperados al final de la ejecución del proyecto	SI	
Los indicadores del propósito tienen medidas de cantidad, calidad y tiempo	SI	
Respecto a los resultados		
Los resultados están expresados como logros	SI	
Los resultados del proyecto están claramente expresados	SI	
Todos los resultados son necesarios para cumplir el propósito	SI	
Los resultados incluyen todos los rubros de los cuales es responsable el equipo de gestión del proyecto	SI	
Los indicadores de los resultados son verificables en términos de cantidad, calidad y tiempo	SI	
Respecto a las actividades		

Las actividades incluyen todas las acciones necesarias para producir cada componente	SI	
Las actividades son las tareas para las cuales se incurren en costos para completar los resultados	SI	
Las actividades identifican todas las acciones necesarias para recoger información sobre los indicadores	SI	
Solamente están incluidas las actividades que el proyecto tiene que ejecutar	SI	
La relación entre las actividades, el tiempo y el presupuesto es realista	SI	
Respecto a las condiciones necesarias y suficientes		
La relación si/entonces entre el Propósito y el FIN es lógica y no omite pasos importantes	SI	
La relación entre los Resultados y el Propósito es realista	SI	
La lógica vertical entre las actividades, los resultados, el propósito y el Fin es realista en su totalidad	SI	
El Propósito junto con los supuestos a ese nivel, describen las condiciones necesarias aun cuando no sean suficientes, para lograr el Fin	SI	
Los Resultados, junto con los Supuestos a ese nivel, describen las condiciones necesarias y suficientes para lograr el Propósito	SI	
Los supuestos al nivel de actividad no incluyen ninguna acción que tenga que llevarse a cabo antes que puedan comenzar las actividades	SI	
Otras		
La columna de medios de verificación identifica donde pueda hallarse la información para verificar cada indicador	SI	
El Marco Lógico define la información necesaria para la evaluación del proyecto	SI	

Referencias bibliográficas

1. Registered Nurses Association of Ontario. (2012). Herramienta de Implantación de guías de buenas prácticas (Segunda Edición). Toronto.
2. RNAO. (s/f-a). RNAO.Ca. Recuperado el 01 de febrero de 2023, de <https://rnao.ca/about>
3. Ministerio de Salud – División de Jurídica (2021) Exenta N° 566 Aprueba Directrices Técnicas para los Servicios de Salud Candidatos a Constituirse en “Centros Comprometidos con la Excelencia en el Cuidado” de la Asociación de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses Association Of Ontario – RNAO)
4. MINSAL (s.f.) Recuperado el 01 de marzo 2023 de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/Norma-T%C3%A9cnica-N%C2%B0154.pdf>
5. Torra-Bou, Joan-Enric, García-Fernández, Francisco-P., Pérez-Acevedo, Gemma, Sarabia-Lavin, Raquel, Paras-Bravo, Paula, Soldevilla-Ágreda, J. Javier, Rodríguez-Palma, Manuel, & Verdú-Soriano, José. (2017). El impacto económico de las lesiones por presión. Revisión bibliográfica integrativa. *Gerokomos*, 28(2), 83-97. Epub 09 de noviembre de 2020. Recuperado en 01 de febrero de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000200083&lng=es&tlng=es.
6. *DOCUMENTO DE CONSENSO*: Medicina-intensiva.cl. Recuperado el 26 de enero de 2024, de <https://medicina-intensiva.cl/site/docs/CONSENSO2022.pdf>
7. Biblioteca del Congreso Nacional. (s/f). *Biblioteca del Congreso Nacional*. www.bcn.cl/leychile. Recuperado el 01 de febrero de 2023, de <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1157530&idParte=10212766&idVersion=2021-05-24>
8. *Ley de derechos y deberes*. (s/f). Preguntas Frecuentes. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. Recuperado el 26 de enero de 2024, de <https://www.supersalud.gob.cl/consultas/667/w3-propertyvalue-4185.html>

9. Hospitalpuertomontt.cl. 2022. *Quiénes Somos – Hospital Puerto Montt*. [online] Available at: <<https://hospitalpuertomontt.cl/quienes-somos/>> [Accessed 1 May 2022].
10. 2022. [online] Available at: <<https://hospitalpuertomontt.cl/wp-content/uploads/2021/09/Cuenta-Publica-2020-.pdf>> <https://ssrelon.redsalud.gob.cl/conozcanos/> [Accessed 1 May 2022].
11. Ssrelon.redsalud.gob.cl. 2022. *Conózcenos - Servicio de Salud del Reloncavi*. [online] Available at: <<https://ssrelon.redsalud.gob.cl/conozcanos/>> [Accessed 1 May 2022].
12. Hospitalpuertomontt.cl. 2022. [online] Available at: <https://hospitalpuertomontt.cl/wp-content/uploads/2022/02/DOC_-Planificacion-Estrategica-actualizado_VF_20210721.pdf> [Accessed 1 May 2022].
13. Hospitalpuertomontt.cl. 2022. [online] Available at: <https://hospitalpuertomontt.cl/wp-content/uploads/2022/02/INF_CG_Reporte-Monitoreo-de-objetivos-institucionales-2018-2022_v1_20220210.pdf> [Accessed 1 May 2022].
14. RNAO, 2022. [online] Available at: <https://rnao.ca/about?_ga=2.69543314.304815846.1648153923-559421548.1625948843> [Accessed 1 May 2022].
15. Ministerio de Salud – Gobierno de Chile. 2022. *Chile y Canadá celebran convenio de acuerdo para la implementación de guías de práctica clínica basadas en evidencia*. [online] Available at: <<https://www.minsal.cl/minsal-firma-convenio-de-cooperacion-internacional-para-implementar-mejores-practicas-medicas-en-hospitales-publicos/>> [Accessed 1 May 2022].
16. Austral, E. H. (2021, noviembre 25). *Hospital Puerto Montt se suma a las guías internacionales de buenas prácticas en enfermería RNAO*. El Heraldo Austral. <https://www.eha.cl/noticia/regional/hospital-puerto-montt-se-suma-a-las-guias-internacionales-de-buenas-practicas-en-enfermeria-rnao-12678>
17. 2022. [online] Available at: <https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Toolkit_en15.pdf> [Accessed 1 May 2022].
18. BPSO España. 2022. *Guías de buenas prácticas - BPSO España*. [online] Recuperado de: <<https://www.bpsos.es/guias-de-buenas-practicas/>> [Accessed 1 May 2022].
19. Usuario, S., 2022. *Guías de Buenas Prácticas*. [online] Evidenciaencuidados.es. Available at: <<https://www.evidenciaencuidados.es/es/index.php/inicio-portal/11-implantacion/46-registred-nurses-association-of-ontario-rnao>> [Accessed 1 May 2022].

-
20. Minsal.cl. 2022. [online] Available at:
<<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/01/Norma-0006-Norma-sobre-Prevenci%C3%B3n-de-UPP-1.pdf>> [Accessed 1 May 2022].
21. *Implementation to Reduce Pressure Injuries Incidence Rate.* (s/f). RNAO.Ca. Recuperado el 01 de mayo de 2022, de <https://rnao.ca/bpg/resources/evidence-booster-best-practice-guideline-implementation-reduce-pressure-injuries-incid>
22. Ministerio secretaria general de la Presidencia (s.f) Recuperado el 06 de enero del 2023, de <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=141599&idVersion=2023-05-09&idParte=>
23. MINSAL (s.f) Recuperado de, https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/11/Ord-3945_informes-indicadores-seguridad-2018-2019-2020.pdf
24. *Día de la Prevención de las Úlceras por Presión.* (s/f). San Vicente Fundación. Recuperado el 24 de enero de 2024, de <https://www.sanvicentefundacion.com/blog/pacientes/cuidadores-enfermedades-fechas-conmemorativas/dia-de-la-prevencion-de-las-ulceras>Casanova, P. L. (2014a, noviembre 13). La epidemia silenciosa del S.XXI - larioja.com. *GNEAUPP*. <https://gneaupp.info/la-epidemia-silenciosa-del-s-xxi-larioja-com/>
25. *Home page.* (s/f). Mercadopublico.cl. Recuperado el 20 de enero de 2024, de <https://conveniomarco2.mercadopublico.cl/escritorio2023>