

ORIGINAL CUANTITATIVO**ANÁLISIS DE LAS DEFUNCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN UN HOSPITAL
COMUNITARIO DE ÑUBLE, CHILE: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL.****ANALYSIS OF IN-HOSPITAL DEATHS IN A COMMUNITY HOSPITAL IN ÑUBLE,
CHILE: AN OBSERVATIONAL STUDY.**

Rissetti Villalobos Joaquín,¹ Flores Arrey Javiera,² Gatica Salas Tomás,²

¹ Médico Cirujano, Colaborador Académico, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile. [ORCID 0000-0002-0247-9751](#)

² Médica Cirujana, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile. [ORCID: 0009-0003-8471-2004](#)

³ Médico Cirujano, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile. [ORCID: 0009-0003-7725-2396](#)

Recibido: 23-09- 2024 Aceptado: 28-10-2024 Publicado: 27-05-2025

Autor de correspondencia:

Joaquín Andrés Rissetti Villalobos

Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción

961214472, jrissetti@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La mortalidad intrahospitalaria es un indicador clave de la calidad de la atención sanitaria. En los hospitales comunitarios rurales de Chile, donde los recursos son limitados, comprender las causas y características de las defunciones es esencial para mejorar la atención.

Objetivo: Analizar las defunciones intrahospitalarias del Hospital Comunitario de Salud Familiar de Quirihue de la Región del Ñuble en Chile, según características sociodemográficas, causas, distribución temporal y condición sociosanitaria de abandono, con énfasis en el tiempo de estadía hospitalaria y la indicación de orden de no reanimar.

Metodología: Estudio analítico, observacional y transversal que analizó 198 defunciones registradas en este Hospital Comunitario entre 2021 y 2023, que utilizó estadística descriptiva e inferencial.

Resultados: El 62% de los fallecidos fueron hombres, con una edad promedio de 76,2 años y una estancia hospitalaria media de 22,2 días. El 53% de las muertes fue por causas infecciosas, donde destacan las enfermedades respiratorias (29,3%). El 72% tenía orden de no reanimar y el 15% correspondió a casos sociales en abandono.

Se encontraron diferencias significativas en las causas de muerte según servicio clínico.

Conclusiones: Los hospitales comunitarios enfrentan desafíos únicos en el manejo de la mortalidad, con una alta prevalencia de enfermedades infecciosas y pacientes en abandono. Se resalta la necesidad de normativas claras sobre la orden de no reanimar y estrategias para mejorar la atención de pacientes vulnerables.

PALABRAS CLAVE: Causas de muerte, Mortalidad Hospitalaria, Hospitales Comunitarios, Órdenes de Resucitación, Bioética.

ABSTRACT

Introduction: In-hospital mortality is a key indicator of healthcare quality. In Chile's rural community hospitals, where resources are limited, understanding the causes and characteristics of deaths is essential for improving care.

Objective: To analyze in-hospital deaths at the Quirihue Community Family Health Hospital in the Ñuble Region of Chile, based on sociodemographic characteristics, causes, temporal distribution, and the socio-health condition of abandonment, with emphasis on length of hospital stay and "do not resuscitate" (DNR) orders.

Methodology: An analytical, observational, and cross-sectional study was conducted, analyzing 198 deaths recorded at this Community Hospital between 2021 and 2023, using descriptive and inferential statistics.

Results: Sixty-two percent (62%) of the deceased were men, with an average age of 76.2 years and a mean hospital stay of 22.2 days. Fifty-three percent (53%) of deaths were due to infectious causes, with respiratory diseases being the most prominent (29.3%). Seventy-two percent (72%) had a DNR order, and 15% were social cases experiencing abandonment. Significant differences were found in the causes of death according to clinical service.

Conclusions: Community hospitals face unique challenges in managing mortality, with a high prevalence of infectious diseases and patients experiencing abandonment. This highlights the need for clear regulations regarding DNR orders and strategies to improve care for vulnerable patients.

KEYWORDS: Causes of death, Hospital Mortality, Community Hospitals, Resuscitation Orders, Bioethics.

INTRODUCCIÓN

Alcanzar el mejor nivel de salud y bienestar de la población es el principal objetivo de todos los sistemas de salud. Para eso es necesario que el acceso a las atenciones sea equitativo y de calidad.⁽¹⁾

La mortalidad intrahospitalaria es un indicador clave para evaluar la calidad de la atención de salud y la efectividad de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas.⁽²⁾ Poder cuantificar las defunciones y evaluar sus causas, permite establecer protocolos y medidas que lleven a una mejora continua en la atención y así de la expectativa de vida de la población, dando luces tanto del funcionamiento del sistema de salud como la efectividad en la atención en cada centro de salud, siendo el mejor ejemplo, el análisis de las muertes materno-fetales.^(3,4)

Sin embargo, conocer sólo la frecuencia de las defunciones determina sesgos con respecto a las características demográficas de los fallecidos: factores de riesgo, edad, sexo; y en la proporción de la población perteneciente al centro de salud. Se hace necesario conocer las causas específicas de muerte, siendo el reporte de estas a los sistemas de vigilancia una oportunidad clave para tener información local y regional sobre carga de enfermedad, ya sea a nivel de enfermedades infecciosas que requieren medidas preventivas precoces en países de bajos ingresos económicos, como en las tasas de mortalidad posterior a cirugías o procedimientos en centros con mayores ingresos.⁽⁵⁾

Comparar las tasas de mortalidad entre centros de diferente complejidad puede inducir a error, por lo que deben ser interpretadas con cautela, siendo las causas de muerte específicas la información más valiosa. Dentro de los 100 indicadores clave de la OMS para comparar y evaluar los sistemas de salud, se incluyen específicamente la mortalidad perioperatoria y las tasas de mortalidad materna dentro de la hospitalización, dando cuenta de la importancia de tener un buen registro de las causas específicas.^(6,7)

Tener esta información puede ser útil para tener un punto de referencia particularmente en los casos donde la causa de mortalidad da información clave y permite un estudio retrospectivo acerca la atención entregada, para evaluar las diferencias entre centros de diferentes complejidad e ingresos económicos y para identificar fallas en el sistema de salud.⁽⁵⁾

En Chile, el Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS) se encarga de la recolección de causas de muerte clasificándolas según la CIE-10, sin embargo, esta información no se divide según la complejidad hospitalaria o características de la población. En Ñuble el porcentaje de ruralidad proyectado para 2024 (28,7%) es considerablemente mayor que a nivel país (11,3%) lo que plantea la duda si las causas de mortalidad tendrán características similares a las nacionales, especialmente en los hospitales comunitarios que son los que concentran el mayor porcentaje de población en ruralidad.⁽⁸⁾

Los hospitales de baja complejidad en Chile nacen en la década de 1950, que junto con la llegada de los Médicos Generales de Zona (MGZ) en 1955, mejoraron el acceso a la salud pública en los territorios. Los cambios demográficos y

mejoras en la atención secundaria y terciaria han llevado a un cambio en las funciones que estos profesionales pueden ejercer en estos centros.⁽⁹⁾ Al año 2023 había 101 hospitales de baja complejidad en Chile, los cuales representan el 51,5% de los 196 hospitales de la red de salud pública del país.⁽¹⁰⁾ Los Hospitales Comunitarios son establecimientos de salud con enfoque en prevención, promoción, rehabilitación y recuperación de la salud, para lo cual dan prestaciones ambulatorias, cerradas, de urgencias y domiciliarias en un trabajo integrado con la comunidad donde se insertan, considerando sus preferencias y necesidades en la toma de decisiones del establecimiento.

Estos hospitales fueron creados con el objetivo de “contribuir a mejorar la calidad de vida de la población de los territorios para proporcionar cuidado de salud integral, oportuno y de alta calidad a individuos, familias y comunidad, tanto a lo largo del ciclo vital individual y familiar, como en el proceso salud enfermedad y en el continuo de la red asistencial”,⁽¹¹⁾ lo que tiene relación directa con la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS).

Es por ello que resulta relevante caracterizar las defunciones intrahospitalarias en un hospital comunitario de baja complejidad en una zona rural, y diferenciar las defunciones según servicios, causas de muerte, tiempo de estadía, estacionalidad y la presencia de la “Orden de No Reanimar” (ONR) como condicionante en las defunciones.

El beneficio de caracterizar estas defunciones radica en obtener una visión clara sobre las causas de muerte, el impacto de la ONR, los tiempos de estadía y otros factores clave en la atención. Esto permite evaluar la calidad del

cuidado brindado, identificar áreas críticas que requieren mejoras, optimizar recursos disponibles y fundamentar decisiones clínicas, en especial en un contexto rural con limitaciones tecnológicas y de personal.

Además, genera evidencia objetiva que puede guiar políticas públicas y protocolos adaptados a la realidad local, promoviendo un enfoque ético y eficiente en el manejo de pacientes críticos. Al analizar la situación de un hospital comunitario es posible alertar situaciones mejorables que pudieran estar ocurriendo en otros establecimientos de similares características, con similares desafíos. En este sentido, el problema local que se estudia podría ser extrapolable a otros hospitales de baja complejidad, que son los más numerosos en el país.

Tiempo de Estadía

El tiempo de estadía hospitalaria es un indicador clave de la complejidad y gravedad de los casos atendidos, así como de la eficacia de los tratamientos y la gestión de los recursos sanitarios. La duración de la hospitalización puede influir en las defunciones intrahospitalarias, ya que estancias prolongadas pueden aumentar el riesgo de complicaciones y deterioro del estado de salud de los pacientes.⁽¹⁰⁾ Por tanto, analizar las defunciones según el tiempo de estadía permitirá identificar posibles áreas de mejora en la atención y la gestión hospitalaria.

Causas de Muerte

La caracterización de las causas de muerte en un hospital comunitario es fundamental para comprender los patrones de morbilidad y mortalidad de la población atendida.⁽¹²⁾ Identificar las principales causas de defunción en los Servicios de Urgencias y Hospitalización

proporciona información valiosa sobre las enfermedades más prevalentes, su evolución clínica y la efectividad de los tratamientos disponibles.⁽¹³⁾ Este análisis contribuirá a mejorar las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que llevan un mayor riesgo de mortalidad intrahospitalaria.

Temporalidad en las defunciones

La época del año en que ocurren las defunciones puede estar asociada a factores estacionales, como enfermedades respiratorias en invierno o accidentes de tránsito en verano o festividades.⁽¹⁴⁾ Comprender la distribución temporal de las muertes en un hospital comunitario permite identificar patrones estacionales de mortalidad y adaptar las estrategias de atención y prevención en función de las necesidades específicas de cada período.⁽¹⁵⁾ Este enfoque estacional en el análisis de las defunciones intrahospitalarias puede contribuir a una atención más eficiente y oportuna.

Consideraciones Bioéticas en la Orden de No Reanimar.

La ONR consiste en no realizar o abstenerse de las maniobras de resucitación en el caso de un paro cardiorrespiratorio, en el marco de la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (AET) es decir, manteniendo las medidas de analgesia, nutrición e hidratación, entre otras.⁽¹⁶⁾

La indicación de ONR se da habitualmente en pacientes en estadios avanzados de sus enfermedades, con condiciones médicas irreversibles, cuando no hay un beneficio a largo plazo de reanimar a un paciente dada su condición. Se puede dar por indicación médica, o por el mismo paciente y su familia, teniendo en cuenta sus emociones y preferencias.⁽¹⁷⁾ Es ideal que sea una decisión conversada previamente

con el paciente (cuando tenga la autonomía suficiente para decidir) o en caso contrario con el familiar responsable.

La implementación de ONR ha tenido un impacto en la mortalidad intrahospitalaria, reduciendo los días de estadía hospitalaria, costos en salud, estadía en Unidades de Cuidado Intensivo y las secuelas a largo plazo en situaciones de futilidad terapéutica y permitiendo una atención más centrada en el bienestar del paciente.⁽¹⁸⁾

La ONR plantea importantes dilemas éticos en la práctica clínica, ya que implica tomar decisiones sobre el límite de la intervención médica en situaciones del final de la vida. La ONR se fundamenta en el principio de no maleficencia, buscando evitar tratamientos fútiles que prolongan el sufrimiento del paciente sin mejorar su pronóstico vital.⁽¹⁹⁾

Sin embargo, su implementación propone desafíos relacionados con la autonomía del paciente, la toma de decisiones compartidas y el respeto a la dignidad y la integridad de la persona. Es fundamental que la decisión de aplicar una ONR sea el resultado de una deliberación ética y clínica cuidadosa, que considere el contexto médico, las preferencias del paciente y su familiar, así como los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.^(19,20)

En Chile, la implementación de la ONR cuenta con ciertos lineamientos enmarcados en la Orientación Técnica de Cuidados Paliativos Universales del Ministerio de Salud. No obstante, la situación de pacientes hospitalizados suele ser particular, no siempre dando posibilidad de un proceso lo suficientemente explícito y estandarizado para la formalización de voluntades anticipadas.⁽²¹⁾

Esta dificultad para aplicar las orientaciones otorga un margen considerable al criterio del médico tratante, lo que introduce un componente de subjetividad en la toma de decisiones sobre reanimación, especialmente en hospitales comunitarios y rurales, donde el acceso a equipos multidisciplinarios y soporte ético es limitado. En estos entornos, la deliberación suele depender del juicio clínico individual y, en ocasiones, del apoyo de los Comités de Ética Asistenciales, cuya participación no siempre es accesible de manera lo suficientemente rápida y oportuna.

Acorde a lo anterior, el objetivo de la investigación es analizar las defunciones intrahospitalarias del Hospital Comunitario de Salud Familiar de Quirihue de la Región del Ñuble en Chile, según características sociodemográficas, causas, distribución temporal y condición sociosanitaria de abandono, con énfasis en el tiempo de estadía hospitalaria y la indicación de orden de no reanimar.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio analítico, observacional y transversal realizado en el periodo de enero del 2021 y diciembre del 2023.

Se consideraron como criterios de inclusión:

- Defunciones ocurridas en el Hospital Comunitario de Salud Familiar de Quirihue.
- Con certificado de defunción llenado completamente y sin errores objetados por el Servicio de Registro Civil e Identificación de Chile.
- Con existencia de ficha clínica en el establecimiento.

- Cualquier sexo, nacionalidad, previsión y comuna de origen, incluso si no se atendían regularmente en el establecimiento

Se consideraron como criterios de exclusión:

- Causa indeterminada al momento de la certificación, pendientes de análisis por el Servicio Médico Legal.

- Casos duplicados

- No contar con ficha clínica en el establecimiento.

Se realizó una base de datos en Microsoft Excel® donde se tabularon datos de los casos elegibles respecto a su sexo, edad, tiempo de estadía, fecha de defunción, causa de muerte según CIE 11, presencia de componente infeccioso en causa de muerte, servicio clínico donde ocurre la defunción, indicación explícita de Orden de No Reanimar y condición sociosanitaria de abandono. Se revisaron 198 certificados de defunción emitidos en el Hospital Comunitario y validados por el Servicio de Registro Civil e Identificación de Chile para determinar fecha de fallecimiento y causa.

Se revisó el registro de hospitalizaciones del establecimiento en el periodo en estudio para identificar los casos sociosanitarios, indicaciones explícitas de ONR, fechas de ingreso hospitalario y servicio donde ocurre el fallecimiento. Las causas de muerte recopiladas fueron clasificadas según grupo de causa de muerte de acuerdo a CIE 11 y según presencia de componente infeccioso en su etiología (Tabla N°1, Anexo 1). De acuerdo con la muestra, los análisis estadísticos aplicados utilizaron pruebas no paramétricas. Se utilizó estadística descriptiva para caracterizar las variables demográficas y estadística inferencial con pruebas de t Student y Chi-cuadrado, que fijó significancia estadística en

p< 0,05, para el análisis de las causas de defunción, medias de edad y tiempos de estadía. En coherencia a lo anterior, se consideró como hipótesis el que existen diferencias estadísticamente significativas respecto a dichas variables según el servicio clínico donde ocurrió la defunción. Se calcularon los promedios, desviación estándar y rango para las variables cuantitativas correspondientes a las edades de defunción y los días de estadía hospitalaria. Para evitar sesgos de recolección, se revisó de manera simultánea los certificados de defunción en conjunto con la mera existencia de fichas clínicas de los fallecidos para corroborar que hayan recibido al menos una atención en el establecimiento. Con posterioridad, la base de datos obtenida fue revisada por otro investigador del equipo.

Se obtuvo autorización del Director del Hospital Comunitario de Salud Familiar de Quirihue y del Comité Ético Científico del Hospital Clínico Herminda Martín (CEC-804103), ambos pertenecientes al Servicio de Salud Ñuble para dispensa de consentimiento informado.

Para resguardar la anonimidad de los fallecidos, sólo se incluyeron las iniciales y edades para el registro en la base de datos.

RESULTADOS

La Tabla N°1 (Anexo 1) muestra las causas de muerte recopiladas y clasificadas según grupo de causa de muerte de acuerdo a CIE 11 y según presencia de componente infeccioso en su etiología, según frecuencia relativa total y por sexo. En general no hay grandes diferencias según sexo, salvo en las enfermedades cardiovasculares y genitourinarias con una frecuencia mayor en mujeres, y las

enfermedades de piel/tejido subcutáneo y traumatismos en favor de los hombres.

Características sociodemográficas

Entre 2021 y 2023 ocurrieron 198 defunciones en el Hospital Comunitario, de las cuales 123 (62%) correspondieron a sexo masculino, la edad promedio fue 76,2 años, con un rango de 77 años y una mediana de 79 años (Tabla N°2, Anexo 2). Del total de defunciones, un 20% ocurrieron en el Servicio de Urgencias y un 80% en el Servicio de Médico-Quirúrgico (MQ) para casos no sociales y sociales. Del total de fallecidos, un 72% ocurrió en el Servicio MQ y un 58% tuvo ONR. Además, el 15% de los fallecidos en MQ correspondía a casos sociosanitarios en situación de abandono. El tiempo de estadía promedio fue de 22,2 días, con una desviación estándar de 86,9 días y un rango de 1014 días. El tiempo promedio en Urgencias fue 0 días y en MQ fue de 27,6 días. Los casos no sociales en MQ tuvieron una estancia promedio de 5,8 días mientras que aquellos sociosanitarios estuvieron 150,6 días hospitalizados.

Al aplicar estadística inferencial, se identificaron diferencias significativas en varios aspectos relacionados con las defunciones intrahospitalarias. Con la prueba t de *Student* y un nivel de confianza del 95%, se encontró una diferencia estadísticamente significativa en las medias de edad al fallecimiento entre los servicios de Urgencia y MQ (p=0,01).

Dentro del servicio de MQ no se observó diferencias en las edades de fallecimiento entre los casos sociales y no sociales con el mismo nivel de confianza. Además, se evidenció diferencias en la edad de las personas fallecidas, el tipo de caso (social o no social), la indicación de la ONR y el tiempo de estadía, según el

servicio clínico en el que estuvieron hospitalizadas.

También se observó diferencias estadísticamente significativas entre las medias de estadía en el servicio MQ al comparar los casos no sociales y los casos sociales ($p = 0,002$). No obstante, es importante tener en cuenta que los casos sociales de MQ presentan una alta dispersión en cuanto a la duración de la estadía, con una desviación estándar de 211 días y un coeficiente de variación del 140%.

Causas de muerte

Las causas de muerte relacionadas con infección corresponden al 53% del total de defunciones, de las cuales un 28% ocurrió en Urgencias y un 78% en MQ. En relación al grupo de causas de muerte, el que más defunciones causó fue "Enfermedades del Sistema Respiratorio" (58%), con una concentración de los casos en el Servicio MQ. En Urgencias el grupo más frecuente fue "Enfermedades del Sistema Circulatorio" (28,2%). Al analizar, destaca que el grupo más frecuente en los casos sociosanitarios fue "Enfermedades de la Piel y Tejido Subcutáneo" (29,2%) (Tabla N°3, Anexo 3).

Temporalidad

Los meses con más defunciones fueron marzo y octubre, con 23 y 21 fallecimientos, respectivamente. En urgencias, octubre registró la mayor cantidad (7), mientras que en MQ, marzo tuvo más fallecimientos (18). Al incluir casos sociosanitarios en abandono, los meses con más muertes fueron diciembre (5) y mayo (4), (Gráfico N°1, Anexo 4).

El cuarto trimestre (octubre-diciembre) concentró la mayor cantidad de defunciones por causa respiratoria (20), tendencia que se mantiene en el

Servicio MQ (19) y en los casos no sociosanitarios (17), (Gráfico N°2, Anexo 4).

DISCUSIÓN

La mortalidad intrahospitalaria en hospitales comunitarios rurales plantea desafíos únicos debido a sus recursos limitados y la complejidad de las necesidades de los pacientes atendidos. En este estudio, se encontró que una alta proporción de defunciones ocurrió en el servicio MQ, con un predominio de indicaciones de ONR en el 72% de los casos.

La reciente publicación de lineamientos nacionales para el uso de la ONR, enmarcados en la Orientación Técnica de Cuidados Paliativos Universales, evidencia la necesidad de capacitar a los profesionales de la salud en la toma de decisiones clínicas y éticas informadas, especialmente en pacientes con enfermedades graves y limitadas opciones terapéuticas. (21,23)

Sin embargo, persiste una brecha significativa en la formación de pregrado y postgrado en torno a los Cuidados Paliativos, lo que dificulta una implementación efectiva de estas directrices en la práctica clínica. Superar esta carencia formativa se torna fundamental para garantizar una atención humanizada y alineada con los principios bioéticos en contextos de vulnerabilidad. (24)

El tiempo promedio de hospitalización en general, fue de 22,2 días con una desviación estándar de 86,9 días. Esto contrastado con lo reportado en la literatura es superior a otros hospitales de baja complejidad, por lo que se plantea que factores sociales y clínicos influyen en forma significativa en la prolongación de las estadías, en especial en aquellos casos considerados sociales. (25)

Las enfermedades infecciosas fueron la principal causa de muerte, lo que resalta la relevancia de implementar estrategias efectivas de manejo microbiológico y uso racional de antimicrobianos en estos establecimientos, cuyas tasas de resistencia probablemente aún sean muy disímiles a establecimientos de mayor complejidad.⁽²⁶⁾

Lo anterior contrasta con las tasas de mortalidad del resto del país, donde en el 2019, la tasa de mortalidad general por enfermedades no transmisibles alcanzó un 328,9 por 100.000 habitantes versus un 29,5 por 100.000 habitantes por enfermedades transmisibles.⁽²⁷⁾ Si bien estos datos no son del todo homologables, dan cuenta de la realidad en la Atención Primaria de Salud (APS), donde existen menos ingresos y donde la mayoría de las patologías cardiovasculares graves o descompensadas son derivadas rápidamente a centros de mayor complejidad.

Los casos sociosanitarios, principalmente personas mayores en situación de abandono, presentaron estadías hospitalarias más prolongadas y tuvieron como causa más frecuente de muerte las úlceras por decúbito según la Tabla N°3 (29%, n = 7). Esto refleja una atención insuficiente para esta condición específica, además de las limitaciones estructurales del sistema de salud en el abordaje integral de estos pacientes.

Según cifras chilenas, en el 2017, las hospitalizaciones sociales (> o igual a 60 días con bajas necesidades de atención hospitalaria) fueron el 1% del total de egresos hospitalarios en personas mayores de 60 años, dando cuenta del 15% del total días-cama, con diagnósticos de egreso muy variados (siendo los más frecuentes demencias, síndromes carenciales y síndrome de

carencias sociales) y de estos un 50% fueron desde servicios médico-quirúrgicos básicos y medios.⁽²⁸⁾

El envejecimiento acelerado de la población, con una alta carga de comorbilidades aumentan el riesgo de tener hospitalizaciones más prolongadas, en las cuales aumenta el riesgo de eventos adversos tales como caídas, infecciones intrahospitalarias, deterioro funcional o incluso el fallecimiento, lo que se agrava para casos de pacientes en situación de calle y abandono.⁽²⁹⁾

Otro hallazgo relevante es el impacto del contexto histórico y formativo de los médicos que trabajan en estos centros. La formación médica reciente, influida por eventos como la pandemia de COVID-19 y el estallido social, ha transformado sus prioridades y capacidades, lo que podría tener implicancias en la calidad y continuidad de la atención. Asimismo, la rotación frecuente de personal en estos establecimientos puede limitar la consolidación de estrategias de atención a largo plazo.^(30,31)

Es importante recordar que este trabajo aborda las defunciones intrahospitalarias, lo que podría explicar la ausencia de otras patologías frecuentes, como los tumores malignos, casos que no fueron atendidos en el hospital, sino que ocurrieron en el domicilio, dentro del contexto de cuidados paliativos oncológicos y atención domiciliaria, con un abordaje integral propio de la APS, más que la ausencia de casos con estas patologías en el establecimiento.

Actualmente existe una gran heterogeneidad en la cartera de servicios que los hospitales de baja complejidad prestan, sin embargo, todos están regidos bajo la misma normativa ministerial. Esto determinó una limitante en nuestro trabajo, a la

hora de comparar las causas o cifras de fallecimiento con otros centros de este tipo.⁽⁹⁾

Si bien este estudio aporta una metodología replicable para caracterizar defunciones intrahospitalarias en hospitales comunitarios, el tamaño muestral relativamente pequeño y el enfoque exclusivo en defunciones intrahospitalarias limitan la generalización de los resultados. Futuras investigaciones con muestras más amplias y un análisis comparativo entre diferentes hospitales podrían enriquecer el conocimiento sobre estas dinámicas.

CONCLUSIONES

Este estudio destaca la importancia de adaptar la planificación de la atención de salud a las condiciones particulares de los hospitales comunitarios rurales. Los hallazgos subrayan la necesidad de contar con los recursos e infraestructura adecuados que permitan un manejo clínico efectivo, especialmente frente a enfermedades infecciosas, que siguen siendo una causa predominante de mortalidad en estos centros. Asimismo, se requiere el desarrollo de directrices formales y consensuadas respecto a la adecuación del esfuerzo terapéutico, para apoyar la toma de decisiones en contextos de alta demanda y recursos limitados.

Es importante considerar los dilemas éticos asociados a los casos sociosanitarios, la escasez de camas en los hospitales comunitarios, los egresos - muchas veces anticipado - en establecimientos que no cuentan con condiciones óptimas requeridas para los usuarios, todo lo cual resalta la urgencia de implementar abordajes integrales para pacientes en situación de abandono, para reducir los tiempos de hospitalización y prevenir complicaciones.

El presente trabajo pretende fomentar la reflexión sobre las necesidades específicas de estos establecimientos y promoviendo intervenciones que consideren tanto las limitaciones como las oportunidades de mejora en este ámbito.

Agradecimientos

Agradecemos sinceramente al Dr. Francisco Gatica Neira por su colaboración desinteresada en la revisión de la metodología empleada, análisis estadístico realizado y revisión final de manuscrito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity. New York: Oxford Academic; 2008.
2. Cinza Sanjurjo S, Cabarcos Ortiz de Barrón A, Nieto Pol E, Torre Carballada JA. Análisis de la mortalidad en ancianos en un servicio de Medicina Interna. *An Med Interna*. 2007 Feb;24(2):67-71. Spanish. doi: 10.4321/s0212-71992007000200004. PMID: 17590091.
3. Hussein M, Pavlova M, Ghalwash M, Groot W. The impact of hospital accreditation on the quality of healthcare: A systematic literature review. *BMC Health Serv Res*. 2021; 21:1–12. doi: 10.1186/s12913-021-07097-6.
4. Kerber KJ, Mathai M, Lewis G, Flenady V, Erwich JJ, Segun T, Aliganyira P, Abdelmegeid A, Allanson E, Roos N, Rhoda N, Lawn JE, Pattinson R. Counting every stillbirth and neonatal death through mortality audit to improve quality of care for every pregnant woman and her baby. *BMC*

- Pregnancy Childbirth. 2015;15 Suppl 2(Suppl 2): S9. doi: 10.1186/1471-2393-15-S2-S9. Epub 2015 Sep 11. PMID: 26391558; PMCID: PMC4577789.
5. English M, Mwaniki P, Julius T, Chepkirui M, Gathara D, Ouma PO, et al. Hospital mortality – A neglected but rich source of information supporting the transition to higher quality health systems in low and middle-income countries. BMC Med. 2018; 16:1–9. doi: 10.1186/s12916-018-1024-8.
6. World Health Organization. Global reference list of 100 core health indicators. Geneva: WHO; 2015. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/173589>
7. Ayieko P, Ogero M, Makone B, Julius T, Mbevi G, Nyachiro W, et al. Characteristics of admissions and variations in the use of basic investigations, treatments and outcomes in Kenyan hospitals within a new Clinical Information Network. Arch Dis Child. 2016;101(3):223–229. doi: 10.1136/archdischild-2015-309269.
8. BCN. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile Reportes Estadísticos 2023 de Santiago. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, bcn.cl. Disponible en: https://www.bcn.cl/siit/reportescomunales/comunas_v.html?anno=2023&idcom=1620
9. Alonso Figueroa D. Desafíos para los Hospitales de Baja Complejidad. El caso del Hospital Llanquihue. Cuadernos Médico Sociales. 17 de julio de 2023 [citado 4 de marzo de 2025];63(2):5-13. Disponible en: <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/1191>
10. Salgado Zepeda O. Dotación de Personal en el Sistema Nacional de Servicios de Salud. Oferta y Brecha del Personal de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. 2023 [Citado mayo 2024]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/05/Glosa-01-d-Ano-2023.pdf>.
11. Ávila L, Rojas V. Marco referencial hospitales de la familia y la comunidad. Subsecretaría de Redes Asistenciales. 2016 [Citado mayo 2024]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/20.pdf>.
12. Jiménez Paneque RE. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. Rev Cubana Salud Pública. 2004 Mar;30(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100004.
13. Lied TR, Kazandjian VA, Hohman SF. Impact of risk-adjusted clinical outcomes methodology quality measures on hospital mortality data: a statistical and case study approach. Am J Med Qual. 1999;14(6):255-61.
14. Garfield M, Ridley S, Kong A, Burns A, Blunt M, Gunning K. Seasonal variation in admission rates to intensive care units. Anaesthesia. 2001; 56:1136–40.
15. The Eurowinter Group. Cold exposure and winter mortality from ischaemic heart disease, cerebrovascular disease, respiratory

- disease, and all causes in warm and cold regions of Europe. *Lancet.* 1997; 349:1341–6.
16. Cereceda L. Orden de No Reanimar, Consideraciones sobre este problema. *Rev Med Clin Condes.* 2011 ;22(3):369-376. Disponible en: https://clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/3%20mayo/369-376-dr-cereceda-16.pdf.
17. Alahmadi S, Al Shahrani M, Albehair M, Alghamdi A, Alwayel F, Turkistani A, et al. Do-not-resuscitate (DNR) Orders' Awareness and Perception Among Physicians: a National Survey. *Med Arch.* 2023;77(4):288-292. doi: 10.5455/medarh.2023.77.288-292. PMID: 37876561; PMCID: PMC10591250.
18. Alao D, Abraham S, Mohammed N, Odudo G, Farid M, Roby R, et al. Do not attempt resuscitation policy reduced in-hospital cardiac arrest rate and the cost of care in a developing country. *Libyan J Med.* 2024;19(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1080/19932820.2024.2321671>.
19. La reanimación cardiorrespiratoria y la orden de no reanimar. *Rev. méd. Chile [Internet].* 2007 mayo [citado 2025 Mar 04]; 135(5): 669-679. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000500017&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000500017>.
20. Cordero-Escobar I, Soler-Morejón CD. Principios éticos de la reanimación cardiopulmonar y cerebral. *Rev Mex Anestesiol.* 2020 Mar;43(1):5-7. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000500017&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_a rttext&pid=S0034-98872007000500017&lng=es).
- rttext&pid=S0484-79032020000100005. doi: 10.35366/cma201a.
21. Orientación técnica. Cuidados paliativos Universales. Departamento de Rehabilitación y Discapacidad. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública Ministerio de Salud (2022). Disponible en <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/01/Orientacion-Tecnica-Cuidados-Paliativos-Universales.pdf>
22. Nadal Agost C. Recomendaciones para análisis de casos ético-clínicos. Subsecretaría de Salud Pública. 2021 [Citado mayo 2024]. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/Recomendaciones-LET-.pdf>.
23. Zegers M G. Indicaciones restrictivas y anestesia. *Rev Chil Anest.* 2017;46(1):14-18. doi: 10.25237/revchilanestv46n01.03
24. Rodríguez Z. Natalie. Los Cuidados Paliativos Pediátricos: una tarea de todos que ya está en marcha. *Andes pediatr. [Internet].* 2023 oct [citado 2025 mayo 17]; 94(5): 575-576. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-60532023000500575&lng=es. <http://dx.doi.org/10.32641/andespaeatr.v94i5.4873>.
25. Ceballos T, Velásquez P, Jaén J. Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. 2014. [Consultado 3 de junio de 2024];13(27):274-295. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolosal/article/view/11972>.

26. Unidad Programa Nacional Control y Prevención de IAAS, Ministerio de Salud. Informe de Vigilancia de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud. 2021. Disponible en:
<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/05/informe-vigilancia-2021.pdf>.
27. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de país: Chile. Washington, D.C.: OPS; 2024. Disponible en:
<https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/chile#mortality>.
28. Olivares-Tirado P. Hospitalización social en adultos mayores en el sistema de salud de Chile. Santiago: Superintendencia de Salud; 2020. Disponible en:
https://www.superdesalud.gob.cl/documentacion/666/articles-19660_recurso_1.pdf.
29. Valdés Cisterna P. Pacientes en situación de calle hospitalizados, un nuevo desafío para la política pública: Aportes desde trabajo social. CMS [Internet]. 1 de julio de 2020 [citado 4 de marzo de 2025];60(2):9-21. Disponible en:
<https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/136>
30. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Establece normas especiales para profesionales funcionarios que indica de los servicios de salud y modifica la ley nº 15.076. Ley 19.664. 28 enero 2000. Disponible en:
<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?i=155848>.
31. Castellanos V, Abello R, Gutiérrez M, Ochoa S, Rojas T, Taborda H. Impacto de la pandemia en el aprendizaje: reflexiones desde la psicología educativa. Rev Colomb Educ. 2022;13(34):210-244.
doi: 10.19053/22160159.v13. n34.2022.14532

Anexo 1

Tabla N°1. Clasificación de causas de muerte por grupo utilizados para el análisis estadístico según frecuencia relativa y sexo, Hospital Comunitario de Salud Familiar de Quirihue, 2021-2023.

Grupo de causa de muerte	Enfermedades consideradas	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa en hombres	Frecuencia relativa en mujeres
Algún componente infeccioso*	Todas las de los grupos "Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)" y "Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo (L00-L99)" Colangitis Neumonía Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	53,0%	52,0%	54,7%
Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	Asma Insuficiencia respiratoria, no clasificada en otra parte Neumonía Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	29,3%	29,3%	29,3%
Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	Accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico Bloqueo auriculoventricular y de rama izquierda del haz Embolía pulmonar Enfermedades isquémicas del corazón Insuficiencia cardíaca	16,7%	13,8%	21,3%
Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	Colangitis Enfermedad alcohólica del hígado Hemorragia gastrointestinal Insuficiencia hepática, no especificada Otras enfermedades del hígado Otras obstrucciones del intestino Úlcera duodenal	12,1%	13,0%	10,7%
Tumores (neoplasias) (C00-D48)	Leucemia Tumores malignos de sitios mal definidos, secundarios y de sitios no especificados Tumores malignos de las vías urinarias Tumores malignos de órganos digestivos Tumores malignos de los órganos genitales masculinos Tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos	11,6%	10,6%	13,3%
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	Cisticercosis COVID-19. Virus identificado COVID-19. Virus no identificado Septicemia	11,1%	10,6%	12,0%
Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	Insuficiencia renal crónica Nefritis tubulointersticial aguda	6,1%	4,1%	9,3%

Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo (L00-L99)	Úlcera de decúbito Úlcera de miembro inferior, no clasificada en otra parte	6,1%	8,9%	1,3%
Traumatismos (S00-T98)	Cuerpo extraño en las vías respiratorias Traumatismo intracranegal Traumatismos de tórax	5,1%	7,3%	1,3%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	Diabetes mellitus	1,5%	1,6%	1,3%
Enfermedades de la sangre y del tejido hematopoyético (D50-D89)	Anemias por deficiencia de hierro	0,5%	0,8%	0,0%

Fuente: elaboración con datos propios

Anexo 2

Tabla N°2. Caracterización sociodemográfica de defunciones intrahospitalarias según servicio clínico de ocurrencia, Hospital Comunitario de Salud Familiar de Quirihue, 2021-2023.

Variables	Urgencias		MQ No social		MQ Casos sociales		Total	
	39	20%	135	85%	24	15%	198	100%
Sexo								
<i>Masculino</i>	23	59%	83	61%	17	71%	123	62%
<i>Femenino</i>	16	41%	52	39%	7	29%	75	38%
Edad (años)								
<i>Promedio</i>	70,4		77,8		76,5		76,2	
<i>Desviación estándar</i>	15,9		13,6		12,7		14,2	
<i>Mediana</i>	74		80		76		79	
<i>Rango</i>	77		73		47		77	
Estadía (días)								
<i>Promedio</i>	0,0		5,8		150,6		22,2	
<i>Desviación estándar</i>	0,2		7,9		211,3		86,9	
<i>Mediana</i>	0		4		82		3	
<i>Rango</i>	1		71		1005		1014	
Casos ONR	0	0%	111	82%	3	13%	114	58%

Fuente: elaboración con datos propios

Anexo 3

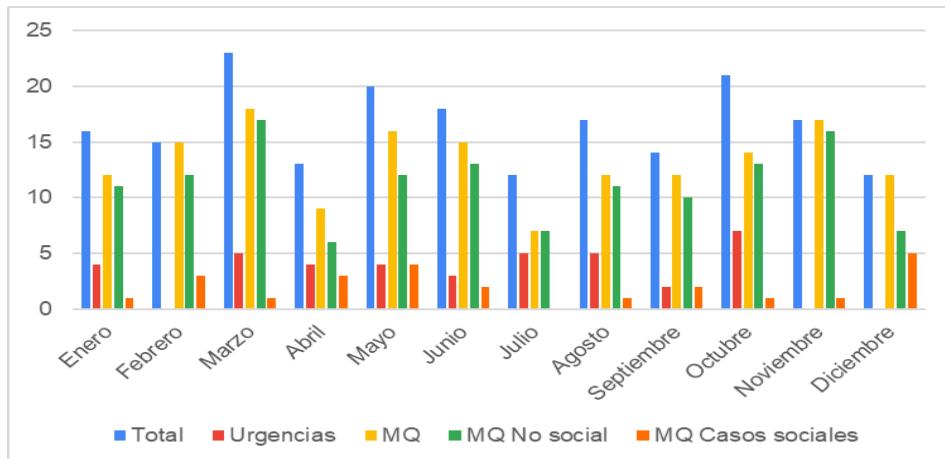
Tabla N°3. Causas de muerte por servicio clínico de ocurrencia y condición de abandono, Hospital Comunitario de Salud Familiar de Quirihue, 2021-2023.

	Urgencias		MQ No social		MQ Casos sociales		Total	
Total	39	20%	135	85%	24	15%	198	100%
Componente infeccioso	11	28%	78	58%	16	67%	105	53%
Grupo de causa de muerte								
<i>Enf. del sistema respiratorio</i>	9	23,1%	45	33,3%	4	16,7%	58	29,3%
<i>Enfermedades del sistema circulatorio</i>	11	28,2%	18	13,3%	4	16,7%	33	16,7%
<i>Enf. del sistema digestivo</i>	7	17,9%	14	10,4%	3	12,5%	24	12,1%
<i>Tumores (neoplasias)</i>	4	10,3%	17	12,6%	2	8,3%	23	11,6%
<i>Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias</i>	0	0,0%	18	13,3%	4	16,7%	22	11,1%
<i>Enf. del sistema genitourinario</i>	1	2,6%	11	8,1%	0	0,0%	12	6,1%
<i>Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo</i>	0	0,0%	5	3,7%	7	29,2%	12	6,1%
<i>Traumatismos</i>	5	12,8%	5	3,7%	0	0,0%	10	5,1%
<i>Enf. endocrinas, nutricionales y metabólicas</i>	2	5,1%	1	0,7%	0	0,0%	3	1,5%
<i>Enf. de la sangre y del tejido hematopoyético</i>	0	0,0%	1	0,7%	0	0,0%	1	0,5%

Fuente: elaboración con datos propios

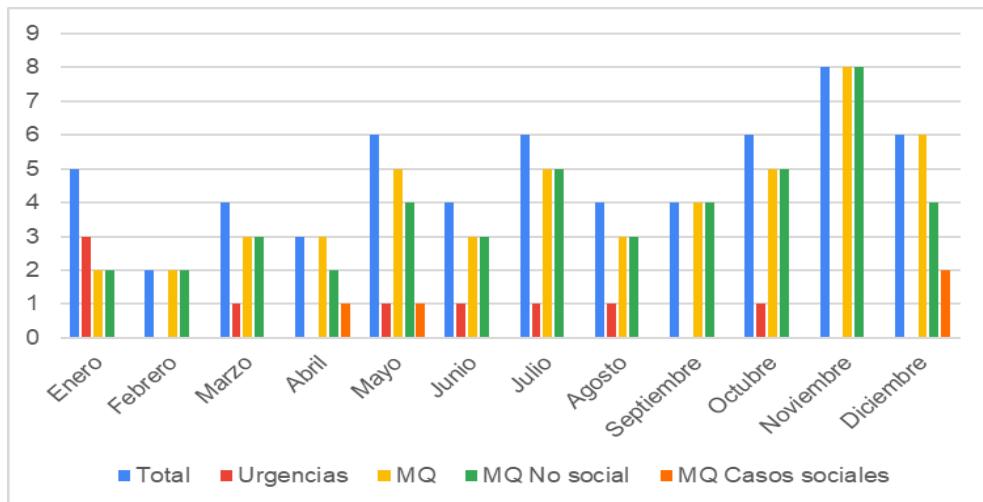
Anexo 4

Gráfico N°1. Distribución temporal de las defunciones intrahospitalarias según servicio clínico de ocurrencia y condición de abandono por todas las causas, Hospital Comunitario de Salud Familiar de Quirihue, 2021-2023.



Fuente: elaboración con datos propios

Gráfico N°2. Distribución temporal de las defunciones intrahospitalarias según servicio clínico de ocurrencia y concisión de abandono por enfermedades respiratorias, Hospital Comunitario de Salud Familiar de Quirihue, 2021-2023.



Fuente: elaboración con datos propios