



SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

INDICADORES DE CALIDAD

Ejemplos de indicadores solicitados en la Pauta de Cotejo para la Acreditación de
Prestadores Institucionales de Atención Abierta.

Elaborado por:
E.U Leonardo Jiménez Q.
Dra. Javiera Valdés P.
E.U María Elena Álvarez Á.

Unidad de Asesoría Técnica
Intendencia de Prestadores
Superintendencia de Salud

I. Introducción

La preparación de un prestador institucional para un proceso de acreditación en salud requiere la implementación de una política organizacional orientada a estandarizar la atención con el fin de proveer aquella que cuente con las prácticas más seguras para los pacientes y cumplir con las exigencias de los Estándares de Acreditación. Esto implica el desarrollo de diversos protocolos y procedimientos, así como de las herramientas metodológicas necesarias para su evaluación. La Pauta de Cotejo de cada Estándar exige que en determinadas características la institución defina un indicador, un umbral de cumplimiento y existan evidencias de la evaluación sistemática de dicho indicador.

Para los equipos involucrados constituye un desafío elaborar indicadores que sean de utilidad para la organización y su personal, que cumplan con las exigencias del Sistema de Acreditación y que su medición sea factible de implementar y mantener en el prestador. En este sentido, este documento pretende constituir una recomendación para ser aplicada por los equipos de salud durante el proceso de elaboración de indicadores, utilizando como marco referencial los indicadores contenidos en el Manual de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta.

Nota:

Los indicadores contenidos en este documento son ejemplos. Todos los atributos definidos son sugerencias cuyo fin es orientar y facilitar el proceso de formulación de sus indicadores. En ningún caso constituyen una exigencia obligatoria a efectos de un proceso de acreditación.

II. Definición y tipos de indicadores

Un indicador es una medición que describe una situación determinada, evalúa su comportamiento en el tiempo, su desempeño y constituye una fuente de información para la toma de decisiones.

Desde el punto de vista de la calidad y seguridad asistencial, habitualmente se ha adoptado lo propuesto originalmente por Avedis Donabedin en 1966, en cuanto a que existen tres tipos de indicadores, según el atributo del proceso asistencial con el que se encuentre directamente relacionado:

- **Indicadores de estructura**
- **Indicadores de proceso**
- **Indicadores de resultado**

1. Indicadores de estructura

Los indicadores de estructura describen el tipo y la cantidad de los recursos utilizados por los proveedores de servicios de salud para entregar sus servicios y prestaciones. Estos indicadores dan cuenta de la presencia de determinado número de profesionales, pacientes, camas, insumos, equipamiento e infraestructura. Para su interpretación es fundamental considerar el estándar o medida referencial recomendada con el cual se comparará su resultado.

Cuadro 1. Ejemplos de indicadores de estructura

Proporción de médicos especialistas
Acceso 24 horas a determinadas tecnologías (ejemplo Resonador Nuclear Magnético)
Acceso a Unidades Especializadas (ejemplo: Neuroradiología Intervencional)
Número de médicos por paciente

2. Indicadores de Proceso

Los indicadores de proceso se refieren a lo que el prestador realiza por el paciente y a cuantas de estas actividades adhieren a lo establecido en la institución como “buena práctica”. Los procesos son considerados como una serie de actividades interrelacionadas entre sí que tienen un determinado objetivo, por lo que estos indicadores miden las actividades y tareas en diversas fases del proceso asistencial. En general para un primer proceso de acreditación en salud, los prestadores definen en su mayoría indicadores de

proceso, ya que su interés es evaluar el grado de adopción de los procedimientos requeridos por los diversos Estándares. En la medida que los prestadores implementan un sistema consolidado de medición y evaluaciones mantenidas en el tiempo, les será de utilidad la adopción de otros tipos de indicadores. En cualquier caso, cada institución tiene la libertad de definir qué indicadores utilizará para cumplir con la evaluación periódica que exigen los Estándares.

Cuadro 2. Ejemplos de indicadores de proceso

Proporción de pacientes a quienes se les realizó evaluación y manejo del dolor según procedimiento.
Proporción de Fichas Clínicas entregadas desde Archivo según procedimiento.
Proporción de pacientes a los que se categorizó según riesgo clínico para atención en Urgencias de acuerdo a norma local.
Proporción de procedimientos de administración de medicamentos por vía endovenosa en los cuales se aplicó la lista de comprobación de los cinco correctos

3. Indicadores de Resultado

Los indicadores de resultado evalúan los cambios, favorables o no, en el estado de salud actual o potencial de las personas, grupos o comunidades que pueden ser atribuidos a la atención de salud. En consecuencia, miden la efectividad de la atención y se repercusión en el bienestar de las personas. Desde el punto de la seguridad de la atención los indicadores de resultado pueden apuntar a evaluar la aparición de eventos que generan daño o secuelas en el paciente y que pueden ser prevenibles.

Cuadro 3. Ejemplos de indicadores de resultado

Tasa de mortalidad de pacientes ingresados por Infarto Agudo al Miocardio
Tasa de infección respiratoria asociada a ventilación mecánica
Satisfacción del paciente en relación a la atención
Incidencia de caídas en pacientes ingresados

III. Características de un buen indicador

La utilización de indicadores permite a los profesionales y organizaciones monitorizar adecuadamente lo que ocurre con los pacientes y la atención que se les brinda, como consecuencia de cómo se encuentra funcionando la institución. Es importante recordar que los indicadores no siempre constituyen una medición directa de la calidad de la atención, ya que la calidad sabemos es multidimensional y como tal requiere diversas dimensiones en su evaluación.

La construcción de un buen indicador es un primer paso importante para una adecuada evaluación periódica, sin embargo tanto o más importante que su definición será la metodología utilizada por el prestador para la recolección de datos que alimente dicho indicador, lo que le otorgará consistencia a la medición y permitirá interpretar adecuadamente los resultados obtenidos.

Un buen indicador cuenta con las siguientes características:

- Está basado en **definiciones consensuadas** que se encuentran adecuadamente explicitadas
- Es **confiable**: sus resultados serán consistentes en el tiempo
- Permite **discriminar adecuadamente** lo que evalúa
- Es **válido**: mide lo que se pretende medir
- Permite realizar **comparaciones** útiles
- Se encuentra **basado en evidencia** científica

Probablemente, en un prestador que ha comenzado recientemente a trabajar en calidad y seguridad asistencial y se encuentra definiendo sus indicadores no será posible cumplir con cada una de las características mencionadas, el mensaje a rescatar en este caso, es que al menos sus indicadores en una primera instancia se encuentren basados en **definiciones claras y explícitas, sea válido y confiable**. Con el pasar del tiempo y el desarrollo de la cultura de calidad institucional los indicadores podrán re definirse y mejorarse en base a la experiencia.

Cuando nos referimos a que el indicador se encuentre basado en definiciones consensuadas y explícitas, desde el punto de vista de los indicadores de proceso, aquello constituye un punto fundamental. Cuando un indicador se encuentra adecuadamente definido se facilita su implementación, su medición y la constatación por parte de la Entidad Acreditadora durante un proceso de acreditación. Esta definición incidirá además en la construcción de las pautas de cotejo, que de ser necesarias, deban implementarse. Si un indicador evalúa el cumplimiento de un determinado

procedimiento, los atributos que se evaluarán de dicho procedimiento deben quedar claramente establecidos en la pauta de evaluación respectiva., así como lo que se considerará como un procedimiento cumplido y si su evaluación se realizará a través de observación directa o utilizando registros asociados a dicho procedimiento.

IV. Consideraciones metodológicas para la medición de un indicador

Cuando un prestador institucional comienza a implementar un sistema de medición de sus procedimientos, es importante que no solo se considere las recomendaciones en cuanto a una adecuada formulación de indicadores, sino también la **factibilidad técnica, y de recurso humano que permitan la medición sostenida en el tiempo**. El equilibrio entre confiabilidad y utilidad del indicador versus las limitaciones que los equipos de calidad puedan encontrar para implementar una evaluación periódica sistemática, es un factor importante en la preparación de un proceso de acreditación.

Consideremos que para que un indicador sea de utilidad para el prestador, es decir eventualmente sea considerado como una fuente de información para toma de decisiones o mejora continua, dicho indicador debe evaluarse a través de una metodología que permita asegurar que **el indicador realmente mide lo que dice medir**, y por ende sus resultados son interpretables como una muestra representativa de lo que sucede en el prestador. Existen diversas metodologías para asegurar la representatividad de la muestra obtenida para la medición de un indicador, metodologías que son descritas en Orientaciones Técnicas previas de esta Intendencia, pero de ellas es interesante rescatar dos conceptos que determinan de manera importante la representatividad:

- **Un adecuado cálculo del tamaño de la muestra y;**
- **La aleatorización de la aplicación de la evaluación.**

Estos dos factores permiten que el indicador refleje en la medida de lo posible, lo que sucede en la mayoría de las situaciones, la mayor parte del tiempo. Sin embargo, esto no constituye una máxima que pueda ser replicada en todos los casos y en todos los prestadores, ya que también dependerá en gran medida de la frecuencia con la que se presenta en evento que deseamos evaluar. Por ejemplo, si en un prestador institucional se indica a un paciente de **manera excepcional** una transfusión de hemocomponentes, lo correcto sería en ese caso no considerar un tamaño muestral ni aleatorización en la aplicación de la evaluación, sino considerar el **total de eventos** o universo, e incluir la totalidad de los casos en el indicador. Por ello en las fichas de indicadores que se presentan, encontrará en algunos indicadores cuya medición hace referencia a “evaluados”, es decir a una muestra y en otros casos a la totalidad de los eventos que se

presentaron. . En cualquier caso, aquello es de definición por parte de cada prestador, según las prestaciones otorgadas y la frecuencia de ellas. En esta Nota se han utilizado criterios para aproximarse a un contexto asistencial que pueda ser generalizable, pero el concepto a considerar es que según las características del prestador será de mayor utilidad evaluar al universo o efectivamente calcular una muestra, lo cual naturalmente debe ser analizado por cada equipo de calidad.

V. Recomendaciones para la elaboración de indicadores de los Estándares de Acreditación

Las consideraciones que describimos previamente son aplicables a la elaboración de cualquier indicador, sin embargo es muy importante que durante la preparación para un proceso de acreditación los equipos involucrados se interioricen de las exigencias y particularidades en relación a los indicadores contenidos en las pautas de cotejo y su respectiva evaluación periódica.

Hay ciertos atributos de los indicadores que se evaluarán durante un proceso de acreditación que es recomendable verificar. Recordemos que durante un proceso de evaluación, la Entidad Acreditadora constatará algunas exigencias que serán inherentes a los indicadores planteados y otras que constituirán atributos más operativos, como que por ejemplo se encuentren disponibles en los lugares de verificación que señala la pauta de cotejo. Por ello sugerimos chequear que:

- 1- El indicador cuente con el **marco temporal de evaluación periódica exigido** para el proceso de acreditación (6 meses retrospectivos para un primer proceso, 3 años retrospectivos para la reacreditación).
- 2- Sea **pertinente** (se refiera a) la característica evaluada.
- 3- Exista **consistencia entre su título y la fórmula matemática** planteada
- 4- Exista **consistencia entre su denominador, numerador, umbral y las fuentes** primarias y/o secundarias utilizadas.
- 5- Se haya definido su **periodicidad de evaluación**.
- 6- La metodología de evaluación aplicada **permita interpretar los resultados del indicador como una aproximación a la realidad** que sucede en el prestador.

A continuación se presentan algunos ejemplos de indicadores de la pauta de cotejo del Estándar de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta. Las características incluidas fueran las que se consideraron más prevalentes en el contexto de los prestadores de atención abierta públicos y privados a nivel nacional. Para facilitar la lectura, cada indicador se presenta en una tabla, que se ha estructurado de la siguiente manera:

FICHA DE INDICADOR TIPO Y RECOMENDACIONES PARA SU ELABORACIÓN	
Título	Conciso pero autoexplicativo
Propósito	Cuál es el objetivo en términos generales de evaluar este indicador
Tipo	De estructura /de proceso/de resultado
Numerador	Depende del tipo indicador , en general para estas recomendaciones: casos o eventos estudiados que cumplen con determinado atributo en un determinado período
Denominador	Depende del tipo indicador , en general para estas recomendaciones: Total de casos o eventos incluidos en la evaluación en un determinado período
Fuente de Datos	Fuentes primarias: evidencia original o directa de la información (ejemplo: Ficha Clínica, pauta de supervisión de un procedimiento) Fuentes secundarias: evidencia que se construye con datos provenientes de las fuentes primarias (ejemplo: una pauta de cotejo de un determinado registro clínico)
Umbral	Cumplimiento esperado establecido por el prestador
Periodicidad de evaluación	Cuál será el marco temporal de las evaluaciones: trimestral/semestral
Metodología de selección de casos	Si se utilizará el universo de casos o eventos a evaluar o se calculará una muestra. Si se calcula una muestra considerar que criterios se utilizaron: proporción esperada según la periodicidad de evaluación, error estimado, intervalo de confianza (calculadora de tamaño muestral proporcionada por la Superintendencia de Salud*). Señalar si se seleccionó aleatoriamente la muestra a evaluar.
Responsables	Personal a cargo de la evaluación y mantención del indicador
Observaciones	Información que pudiera ser de utilidad para la evaluación y adecuada interpretación de los resultados del indicador.

* En general se considera un Intervalo de confianza del 95% y un error estimado del 10%.

FICHA INDICADOR CLINICO: GCL 1.1 EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA	
Título	Proporción de registros de evaluación pre-anestésica según protocolo en el Pabellón de Cirugía Mayor Ambulatoria, en el periodo X.
Propósito	Evaluar cumplimiento del registro de la evaluación pre-anestésica con el fin de contribuir a mejorar la seguridad del proceso quirúrgico y prevenir eventos adversos asociados.
Tipo	Proceso
Numerador	Nº de pacientes intervenidos quirúrgicamente con anestesia regional o general en el Pabellón de Cirugía Mayor Ambulatoria cuyo registro de evaluación pre-anestésica cumple con el protocolo en el período X * 100/
Denominador	Total de pacientes intervenidos quirúrgicamente con anestesia regional o general en el Pabellón de Cirugía Mayor Ambulatoria en el período X
Fuente de Datos	Fichas Clínicas : registros de evaluación pre – anestésica Pautas de cotejo o de evaluación de registro de evaluación pre-anestésica
Umbral	≥90%
Periodicidad de evaluación	Trimestral
Metodología de selección de casos	Se incluyen en la medición todas las evaluaciones pre-anestésicas (regional o general) para CMA del trimestre
Responsables	Enfermera Supervisora de Pabellón de CMA Médicos anestesiólogos
Observaciones	Establecer claramente cuáles serán los atributos a registrar que serán evaluados para considerar como cumplida la “presencia de evaluación pre-anestésica según protocolo”. A modo de ejemplo, los atributos mínimos a registrar en el formulario de evaluación pre-anestésica del paciente podrían ser: - Nombre(s) y apellidos del paciente - Edad del paciente - Clasificación ASA - Antecedentes de alergias - Nombre y firma del anestesta que realiza la evaluación. Sólo con la presencia de todos los atributos definidos se considerará como cumplido el registro de la evaluación pre anestésica según protocolo.

FICHA INDICADOR CLINICO: GCL 1.3 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	
Título	Proporción de procedimientos de instalación de vía venosa periférica realizados según protocolo en la Unidad evaluada, en el periodo X.
Propósito	Evaluar cumplimiento del procedimiento de instalación de vías venosa periférica según protocolo para prevenir eventos adversos asociados.
Tipo	Proceso
Numerador	Nº de procedimientos supervisados de instalación de vía venosa periférica, realizados según protocolo en la Unidad evaluada en el período X * 100/
Denominador	Total de procedimientos supervisados de instalación de vía venosa periférica en la Unidad evaluada en el período X
Fuente de Datos	Fichas Clínicas Pautas de supervisión de procedimiento de instalación de vías venosa periférica
Umbral	≥90%
Periodicidad de evaluación	Trimestral
Metodología de selección de casos	Según el estimado del total de procedimientos de instalación de vía venosa periférica para un trimestre y la proporción esperada de cumplimiento del protocolo, se calcula una muestra y se aleatorizan los días de aplicación de la pauta de supervisión.
Responsables	Enfermeras de : Pabellón de CMA Salas de Endoscopia Salas de Procedimientos Servicio de Atención de Urgencia
Observaciones	La pauta de supervisión debería definir explícitamente las actividades del procedimiento que serán evaluadas, por ejemplo: 1. Preparación del material necesario para la punción 2. Realización lavado de manos según norma institucional. 3. Preparación de la zona de punción 4. Aplicación correcta de técnica de punción. 5. Aplicación correcta de técnica de canalización del catéter periférico. 6. Utilización de técnica aséptica para la obturación de vía venosa (tapa o llave de tres pasos). 7. Verificación de la permeabilidad de la vía venosa con suero fisiológico al 0.9%. 8. Fijación de la vía venosa periférica. 9. Rotulación de la vía venosa periférica. 10.Registro del procedimiento. 11.Realización de lavado de manos según norma

FICHA INDICADOR CLINICO: GCL 1.4 USO DE ANTICOAGULANTES ORALES	
Título	Proporción de pacientes que comienzan tratamiento anticoagulante oral (TACO) en control ambulatorio y cumplen con los criterios de indicación de según protocolo, en el periodo X.
Propósito	Evaluar el cumplimiento de los criterios de indicación de TACO establecidos en protocolo en aquellos pacientes que comienzan con TACO en control ambulatorio, con el fin de contribuir a disminuir la variabilidad en la indicación y los eventos adversos asociados.
Tipo	Proceso
Numerador	Nº de pacientes que comienzan TACO en control ambulatorio cuya indicación cumple con los criterios definidos en protocolo en el periodo X *100/
Denominador	Total de pacientes que comienzan TACO en control ambulatorio en el periodo X
Fuente de Datos	Fichas Clínicas de pacientes en TACO Pautas de cotejo de indicación de TACO
Umbral	$\geq 90\%$
Periodicidad	Trimestral
Metodología de selección de la muestra	Se incluye en la evaluación todos los casos del trimestre.
Responsables	Médico a cargo de consultas ambulatorias
Observaciones	Los criterios de indicación de TACO los define el prestador según las recomendaciones y evidencia actual. La indicación pueden incluir tipo de anticoagulante y rango terapéutico del INR o tipo de anticoagulante a utilizar según la patología del paciente, a modo de ejemplo el prestador podría definir: - Pacientes con Fibrilación Auricular no valvular, con riesgo cardiovascular moderado iniciar TACO (warfarina-acenocumarol) con un objetivo terapéutico de INR entre 2.0-3.0. (Guías American Heart Association, 2014)

FICHA INDICADOR CLINICO GCL GCL 1.9: IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES	
Título	Proporción de pacientes evaluados que ingresan al Pabellón de CMA identificados con brazalete según protocolo, en el periodo X.
Propósito	Evaluar el cumplimiento en la identificación de pacientes con brazalete según protocolo, con el fin de disminuir el riesgo de eventos adversos asociados a una identificación errónea en el pabellón de CMA.
Tipo	Proceso
Numerador	Nº de pacientes evaluados que ingresan al Pabellón de CMA identificados con brazalete según protocolo, en el periodo X *100/
Denominador	Total de pacientes evaluados que ingresan al Pabellón de CMA en el periodo X.
Fuente de Datos	Brazaletes instalados en el paciente Pauta de evaluación de brazalete de identificación del paciente Fichas Clínicas
Umbral	≥90%
Periodicidad de evaluación	Trimestral
Metodología de selección de casos	A partir del total estimado de pacientes en los cuales se realiza CMA en un trimestre y la proporción esperada de cumplimiento del procedimiento de identificación se calcula una muestra y se aleatorizan los días de aplicación de la pauta de cotejo (Se incluyen los días de la semana en los que el prestador realiza CMA: Lunes a Viernes, Lunes a Sábado, etc).
Responsables	Profesional de Enfermería Supervisor del Pabellón de CMA.
Observaciones	Cada prestador define que considerará como cumplido para el procedimiento de identificación de paciente. Por ejemplo, el prestador podrá establecer que la identificación se evaluará como cumplida según protocolo si: - El brazalete de identificación contiene nombre del paciente (ambos nombres, apellidos), número de RUT y número de Ficha Clínica. - El brazalete de identificación se encuentra instalado en el paciente. Es fundamental establecer que el brazalete quedará instalado en el paciente y no en el entorno que lo rodea (barandas, respaldo de la cama, incubadora, etc.), salvo situaciones clínicas que no permitan su instalación en el paciente y que deben quedar especificadas en el protocolo respectivo.

FICHA INDICADOR CLINICO GCL 2.1: SEGURIDAD EN CIRUGÍA	
Título	Proporción de pacientes con aplicación de check-list de cirugía segura en el Pabellón de CMA, en el periodo X.
Propósito	Evaluar el cumplimiento en el registro del check-list de cirugía segura para contribuir a la prevención de eventos adversos asociado a procesos quirúrgicos.
Tipo	Proceso
Numerador	Nº de pacientes evaluados intervenidos quirúrgicamente en los cuales se aplica check-list de cirugía segura en el Pabellón de CMA en el periodo X *100/
Denominador	Nº de pacientes evaluados intervenidos quirúrgicamente en el Pabellón de CMA en el periodo X
Fuente de Datos	Ficha Clínica: check-list de cirugía segura
Umbral	≥90%
Periodicidad de evaluación	Trimestral
Metodología de selección de casos	Se calcula muestra en base al total estimado de pacientes intervenidos durante un trimestre y la proporción esperada de cumplimiento del check list. Se aleatorizan las Fichas Clínicas de los pacientes para verificar aplicación del check-list. En este caso la aplicación del check list se evalúa mediante su registro.
Responsables	Enfermera Supervisora del Pabellón de CMA
Observaciones	Se utiliza habitualmente el check-list de cirugía segura desarrollado por la OMS, el cual puede ser adaptado o modificado según la práctica y realidad local del prestador. La lista de verificación o check-list de cirugía segura comprende tres fases consecutivas inherentes a una cirugía, en cada fase existen acciones esenciales para la seguridad del paciente que deben ser realizadas y registradas.

FICHA INDICADOR CLINICO GCL 3.2: PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION DE SALUD	
Título	Proporción de procedimientos de higiene de manos según protocolo en la Unidad o Servicio en el periodo X.
Propósito	Evaluar el cumplimiento del procedimiento de higiene de manos con solución hidroalcohólica con el fin de contribuir a la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud.
Tipo	Proceso
Numerador	Nº procedimientos observados de higiene de manos con solución hidroalcohólica realizados según protocolo en la Unidad o Servicio en el Periodo X *100/
Denominador	Total de procedimientos de higiene de manos con solución hidroalcohólica observados en la Unidad/Servicio en el período X
Fuente de Datos	Pautas de supervisión de higiene de manos.
Umbral	$\geq 60\%$
Periodicidad	Trimestral
Metodología de selección de la muestra	En base a un estimado del total de procedimientos (que considera las oportunidades de higiene de manos para un determinado profesional en un período) y el cumplimiento esperado se calcula una muestra y se aleatorizan los días de aplicación de la pauta.
Responsables	Enfermera Supervisora de XX
Observaciones	La pauta de supervisión debería definir explícitamente los criterios de evaluación. Es recomendable utilizar una pauta en base a la técnica descrita por la Organización Mundial de la Salud (OMS): 1. Aplica una dosis del producto suficiente para cubrir toda la superficie de la mano. 2. Frota palma contra palma. 3. Mano derecha sobre dorso de la mano izquierda con los dedos entrelazados y viceversa. 4. Palma con palma con los dedos entrelazados. 5. Frota las uñas en la palma opuesta con los dedos unidos. 6. Frota el pulgar izquierdo en forma circular sobre la palma derecha y viceversa. 7. Frota las yemas de los dedos en la palma opuesta y viceversa. 8. El procedimiento dura en total 20 a 30 segundos.

FICHA INDICADOR CLINICO AOC 1.2: NOTIFICACIÓN DE RESULTADOS CRÍTICOS DE IMAGENOLOGÍA	
Título	Proporción de notificaciones de resultados críticos según protocolo en Imagenología en el período X.
Propósito	Evaluar el cumplimiento del protocolo de notificación de resultados críticos obtenidos en Imagenología con el fin de garantizar la notificación de dichos resultados y contribuir a la seguridad en la atención del paciente ante situaciones de riesgo.
Tipo	Proceso
Numerador	N° de notificaciones de resultados críticos de Imagenología realizadas según protocolo en el periodo X *100
Denominador	Total de notificaciones de resultados críticos de Imagenología efectuadas en el periodo X.
Fuente de Datos	Registro de resultados de exámenes de Imagenología y de notificaciones de resultados críticos Pauta de cotejo de exámenes de Imagenología con resultados críticos notificados
Umbral	≥98%
Periodicidad	Mensual
Metodología de selección de casos	Se incluyen en la evaluación todos los resultados críticos del mes.
Responsables	Tecnólogo Médico de Imagenología. Médicos Radiólogos
Observaciones	Los resultados críticos a notificar son definidos por el propio Prestador Institucional según su contexto clínico-asistencial y las recomendaciones actuales. Ejemplo: - Ecotomografía Mamaria y Mamografía: Birads 4 y 5 - Radiografía de tórax: Neumonía en pacientes pediátricos atendidos ambulatoriamente. El protocolo debería incluir además de los diagnósticos o sospechas diagnósticas que se notificarán como resultado crítico, el tiempo en el cual se realizará la notificación, los responsables de dicha notificación y cómo se notificará.

FICHA INDICADOR CLINICO REG 1.2: SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTROS CLÍNICOS	
Título	Proporción de registros que cumplen con los contenidos mínimos a llenar según procedimiento (ejemplo : protocolos operatorios de CMA) de la Unidad/Servicio en el período X.
Propósito	Evaluar el cumplimiento en los contenidos mínimos de los registros según procedimiento, con el fin de contribuir a la estandarización de los registros clínicos y así a la prevención de eventos adversos asociados a registros incompletos.
Tipo	Proceso
Numerador	Número de registros evaluados, que cumplen con los requisitos de completitud según procedimiento, en la Unidad/Servicio en el periodo X *100 /
Denominador	Número de registros evaluados en el la Unidad/Servicio en el período X
Fuente de Datos	Ficha Clínica Pauta de cotejo
Umbral	$\geq 60\%$
Periodicidad	Trimestral
Metodología de selección de casos	En base a un estimado del total de registros en el trimestre y la proporción de cumplimiento esperada se calcula un tamaño muestral y se seleccionan al azar las Fichas Clínicas para la aplicación de la evaluación.
Responsables	Encargado(a) de Calidad
Observaciones	Los contenidos mínimos a registrar que serán evaluados deben encontrarse descritos explícitamente en el procedimiento respectivo. Con el fin de obtener una evaluación consistente sólo se podrán considerar como completos aquellos registros que cuenten con todos los contenidos mínimos definidos en el procedimiento.

FICHA INDICADOR CLINICO REG 1.3: ENTREGA AL PACIENTE POR ESCRITO INFORMACIÓN RELEVANTE SOBRE LAS PRESTACIONES REALIZADAS E INDICACIONES DE SEGUIMIENTO.	
Título	Proporción de informes a entregar al paciente que cumple con los contenidos mínimos a llenar (ejemplo: dato de atención de urgencia) de la Unidad/Servicio en período X.
Propósito	Evaluar el cumplimiento de la completitud de los contenidos mínimos de los informes entregados al paciente, con el fin de contribuir a la estandarización de los registros clínicos y así a la prevención de eventos adversos asociados a una inadecuada entrega de información escrita al paciente.
Tipo	Proceso
Numerador	Número de informes evaluados que cumplen con los requisitos de completitud según procedimiento en la Unidad/Servicio en el periodo X *100 /
Denominador	Número de Informes evaluados, de la Unidad/Servicio en el periodo X.
Fuente de Datos	Ficha Clínica
Umbral	≥60%
Periodicidad	Mensual
Metodología de selección de casos	En base a un total estimado del total de registros en el trimestre y la proporción de cumplimiento esperada se calcula un tamaño muestral y se seleccionan al azar las Fichas Clínicas para la aplicación de la evaluación.
Responsables	Encargado(a) de Calidad
Observaciones	Los contenidos mínimos a registrar en los informes que serán evaluados deben encontrarse descritos explícitamente en el procedimiento respectivo, el Manual señala que dentro de estos debe incluirse al menos la siguiente información: - Diagnóstico - Procedimientos realizados - Indicaciones Con el fin de obtener una evaluación consistente solo se podrán considerar como completos aquellos registros que cuenten con todos los contenidos mínimos definidos en el procedimiento.

FICHA INDICADOR CLINICO REG 1.4: PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA EVITAR PÉRDIDAS, MANTENER LA INTEGRIDAD DE LOS REGISTROS Y SU CONFIDENCIALIDAD, POR EL TIEMPO ESTABLECIDO EN LA REGULACIÓN VIGENTE

Título	Proporción de Fichas Clínicas recepcionadas según procedimiento en la Unidad de Archivo en el periodo X.
Propósito	Evaluar el cumplimiento del procedimiento de recepción de las Fichas Clínicas en la Unidad de Archivo, con el fin de contribuir a asegurar su conservación y adecuado manejo.
Tipo	Proceso
Numerador	Número de Fichas Clínicas evaluadas recepcionadas en Archivo según procedimiento en el periodo X *100 /
Denominador	Número de Fichas Clínicas evaluadas recepcionadas en Archivo en el periodo X.
Fuente de Datos	Fichas Clínicas evaluadas Registros de la Unidad de Archivo del procedimiento de recepción de Fichas Clínicas Pautas de evaluación de recepción de Fichas Clínicas en Archivo
Umbral	≥80%
Periodicidad	Trimestral.
Metodología de selección de casos	En base a un total estimado de Fichas Clínicas recepcionadas en Archivo en un trimestre y la proporción de cumplimiento del procedimiento esperada se calcula un tamaño muestral y se seleccionan al azar los días de aplicación de la evaluación
Responsables	Encargado(a) de la Unidad de Archivo Administrativo de Archivo.
Observaciones	El prestador debe definir qué se entiende por “Ficha Clínica recepcionada en Unidad de Archivo según procedimiento. Con el objetivo de resguardar que efectivamente las Fichas Clínicas sean retornadas en buenas condiciones a Archivo podrían incluirse en la evaluación alguna de las siguientes actividades y características del procedimiento: - La Ficha es recepcionada en horario establecido para tal efecto - La Ficha Clínica es entregada en la Unidad de Archivo por personal designado para tal efecto. - Existen registros estandarizados de: - Quien realiza la entrega de la Ficha a la Unidad de Archivo (Nombre/Unidad o Servicio) - Quien recibe la Ficha Clínica en la Unidad de Archivo - Identificación de la Ficha - Fecha y hora de la recepción - Estado en el cual se recibe la Ficha Clínica.

FICHA INDICADOR CLINICO APL 1.2: PROCESOS DE LA ETAPA PRE-ANALÍTICA	
Título	Proporción de muestras de Laboratorio Clínico rotuladas según procedimiento de la Unidad/Servicio en el periodo X
Propósito	Evaluar el cumplimiento del procedimiento de rotulación de las muestras de Laboratorio Clínico, con el fin de contribuir a prevenir de eventos adversos asociados a una rotulación errónea.
Tipo	Proceso
Numerador	Número de muestras de Laboratorio Clínico evaluadas, rotuladas según procedimiento en la Unidad/Servicio en el periodo X *100 /
Denominador	Número de muestras de Laboratorio Clínico evaluadas de la Unidad/Servicio en el periodo X.
Fuente de Datos	Rótulo o etiqueta de las muestras de Laboratorio Clínico. Pautas de cotejo de rotulación de muestras del Laboratorio Clínico.
Umbrales	≥90%
Periodicidad	Trimestral
Metodología de selección de casos	En base a un total estimado de muestras rotuladas en Laboratorio Clínico en un trimestre y la proporción de cumplimiento esperada se calcula un tamaño muestral y se seleccionan al azar los días de aplicación de la evaluación.
Responsables	Tecnólogo Médico de Laboratorio Clínico
Observaciones	El prestador debe definir los atributos de los rótulos o etiquetas de las muestras obtenidas según las recomendaciones vigentes. A modo de ejemplo: - Nombre(s) y Apellido(s) - Numero de Ficha Clínica

FICHA INDICADOR CLINICO APF 1.3: PROCEDIMIENTOS DE FARMACIA ACTUALIZADOS DE LAS PRÁCTICAS RELEVANTES PARA PREVENIR ERRORES DE DISPENSACIÓN.	
Título	Proporción de medicamentos despachados evaluados según procedimiento en Farmacia en el periodo X.
Propósito	Evaluar el cumplimiento del procedimiento del despacho de medicamentos en Farmacia, con el fin de contribuir a la prevención de errores de dispensación.
Tipo	Proceso
Numerador	Número de medicamentos evaluados despachados según procedimiento en Farmacia en el periodo X *100 /
Denominador	Número medicamentos despachados evaluados en Farmacia en el periodo X.
Fuente de Datos	Sistemas de registro de despacho de medicamentos en Farmacia. Pautas de cotejo del procedimiento de despacho de medicamentos.
Umbrales	$\geq 95\%$
Periodicidad	Trimestral
Metodología de selección de casos	En base a un total estimado de los medicamentos despachados por Farmacia en un trimestre y la proporción de cumplimiento esperada se calcula un tamaño muestral y se seleccionan al azar los días de aplicación de la evaluación.
Observaciones	El prestador debe establecer explícitamente los atributos a evaluar en el procedimiento de despacho de medicamentos, ejemplo: - Los registros asociados (hora, fecha, dosis, medicamento, responsables). - Las acciones que deben ser ejecutadas por el personal para el despacho.

FICHA INDICADOR CLINICO APE 1.3: RECEPCIÓN DE MATERIAL ESTERILIZADO FUERA DE LA INSTITUCIÓN	
Título	Proporción de procedimientos de recepción de material esterilizado fuera de la institución que cumplen con el protocolo(*) en el periodo X
Propósito	Evaluar el cumplimiento del procedimiento de recepción de material esterilizado fuera de la institución establecido en protocolo con el fin de contribuir a la seguridad del proceso de esterilización del material clínico.
Tipo	Proceso
Numerador	Procedimientos de recepción de material esterilizado fuera de la institución evaluados que cumplen con el protocolo(*) en el periodo X *100/
Denominador	Procedimientos de recepción de material esterilizado fuera de la institución evaluados (*) en período X.
Fuente de Datos	Registros de recepción de material estéril. Pautas de supervisión del procedimiento de recepción de material esterilizado fuera de la institución.
Umbrales	$\geq 80\%$
Periodicidad	Trimestral
Metodología de selección de casos	En base a un total estimado de los procedimientos de recepción de material que ha sido esterilizado fuera de la institución en un trimestre y la proporción de cumplimiento esperada se calcula un tamaño muestral y se seleccionan al azar los días de aplicación de la evaluación.
Observaciones	(*) Cuando el servicio se encuentra totalmente externalizado el indicador será constatado en la Dirección o Gerencia o entro lugar que el propio prestador determine.

FICHA INDICADOR CLINICO APE 1.5: LA DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL (DAN) SE REALIZA DE ACUERDO A NORMAS TÉCNICAS VIGENTES EN LA MATERIA Y SE EVALÚA SU CUMPLIMIENTO.

Título	Proporción de procedimientos de desinfección de alto nivel (DAN) evaluados realizados según procedimiento local en el Servicio de Esterilización (*) en el periodo X
Propósito	Evaluar el cumplimiento del Procedimiento de DAN con el fin de contribuir a la seguridad del proceso de desinfección de material clínico y prevención de eventos adversos asociados.
Tipo	Proceso
Numerador	Número de procedimientos de DAN evaluados realizados según procedimiento local en el Servicio de Esterilización (*) en el periodo X *100 /
Denominador	Número de procedimientos de D.A.N evaluados en el Servicio de Esterilización en el período X.
Fuente de Datos	Pautas de supervisión del Procedimiento de D.A.N
Umbrales	$\geq 95\%$
Periodicidad	Semestral
Metodología de selección de casos	En base a un total estimado de los procedimientos de DAN y la proporción de cumplimiento esperada se calcula un tamaño muestral y se seleccionan al azar los días de aplicación de la evaluación
Responsables	Enfermera Supervisora de Esterilización
Observaciones	El procedimiento de DAN debe realizarse de acuerdo a las normas técnicas vigentes: “Norma General Técnica sobre esterilización y desinfección de elementos clínicos”, 2001, MINSAL.

FICHA INDICADOR CLINICO APA 1.2: ANATOMÍA PATOLÓGICA APLICA PROCEDIMIENTOS EXPLÍCITOS Y EVALÚA SISTEMÁTICAMENTE LOS PROCESOS DE LA ETAPA PRE-ANALÍTICA.	
Título	Proporción de solicitudes de estudio anatomopatológico que contienen los datos mínimos según procedimiento establecido en el Servicio de Anatomía Patológica en el periodo X.
Propósito	Evaluar la completitud de las solicitudes de estudio anatomopatológico según procedimiento con el objetivo de disminuir el riesgo de eventos adversos asociados a omisión de los datos requeridos.
Tipo	Proceso
Numerador	Número de solicitudes de estudio anatomopatológico evaluadas que contienen los datos mínimos según procedimiento establecido en el periodo X *100/
Denominador	Total solicitudes de estudio anatomopatológico evaluadas en el periodo X
Fuente de Datos	Solicitudes de estudio anatomo-patológico. Pauta de cotejo de datos mínimos de solicitudes de estudio anatomopatológico
Umbral	$\geq 95\%$
Periodicidad	Trimestral
Metodología de selección de casos	En base a un total estimado de las solicitudes de estudio anatomo patológico recibidas en un trimestre y la proporción esperada de cumplimiento se calcula tamaño muestral y se seleccionan aleatoriamente las solicitudes para aplicación de la pauta de cotejo.
Responsables	Tecnólogo Médico de Anatomía Patológica
Observaciones	Los datos mínimos de registro que deben contener las solicitudes de estudio anatomopatológico deben ser definidos explícitamente en el procedimiento independiente del formato de ellas (papel, digital). Ejemplo: - Nombre del paciente (Nombres y apellidos) - Número de Ficha Clínica - Estudio solicitado - Fecha de obtención de la muestra - Tipo de muestra - N° de muestras - N° de contenedores

FICHA INDICADOR CLINICO API 1.2: UTILIZACIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE ENDOVENOSO (EV) EN PROCEDIMIENTOS IMAGENOLÓGICOS	
Título	Proporción de paciente que se realizan exámenes imagenológicos con medio de contraste endovenoso (EV) y cuentan con encuesta para la prevención de eventos adversos asociados a su uso en el Servicio de Imagenología en el período X
Propósito	Evaluar la aplicación de encuesta de prevención de eventos adversos asociado a uso de medio de contraste EV con el objetivo de contribuir a su prevención.
Tipo	Proceso
Numerador	Número pacientes sometidos a exámenes de Imagenología con medio de contraste ev en los cuales se realiza encuesta para la prevención de eventos adversos asociados a su uso en periodo X *100/
Denominador	Total de pacientes sometidos a exámenes de Imagenología con medio de contraste ev en el periodo X
Fuente de Datos	Solicitudes de exámenes imagenológicos con medio de contraste ev Encuesta para la prevención de eventos adversos asociado a la administración medio de contraste ev Ficha Clínica
Umbral	$\geq 80\%$
Periodicidad	Mensual
Metodología de selección de casos	Se incluyen en la evaluación todos los pacientes en los cuales que realizan examen de Imagenología con medio de contraste endovenosos en el mes.
Responsables	Tecnólogo Médico de Imagenología
Observaciones	Los atributos que debe contener la encuesta para la prevención de eventos adversos asociado a uso de medio de contraste endovenoso, los define el propio prestador institucional según la evidencia y recomendaciones actuales, por ejemplo: - Edad - Antecedente de alergia a medios de contraste - Otras alergias - Enfermedades crónicas (hepatopatía, nefropatía) - Nivel de creatinina plasmática

FICHA INDICADOR CLINICO API 1.3: EL PRESTADOR INSTITUCIONAL CUENTA CON UN SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA SOLICITUD DE EXÁMENES Y ENTREGA INDICACIONES A LOS PACIENTES QUE SE REALIZAN PROCEDIMIENTOS IMAGENOLÓGICOS	
Título	Proporción de solicitudes de estudios imagenológicos provenientes de Consultas Adultos/Urgencia que cumplen los requisitos definidos en el procedimiento establecido en el periodo X.
Propósito	Evaluar el cumplimiento de los requisitos de las solicitudes de estudios imagenológicos con el objeto de contribuir a la prevención de eventos adversos asociados a omisión en la información contenida en dicha solicitud.
Tipo	Proceso
Numerador	Número de solicitudes de estudios imagenológicos provenientes de Consultas Adultos/Urgencia evaluadas que cumplen los requisitos definidos en procedimiento en el período X *100/
Denominador	Total de solicitudes de estudio imagenológico provenientes de Consultas Adultos/Urgencia evaluadas en el periodo X
Fuente de Datos	Solicitudes de estudios imagenológicos provenientes de Consultas Adultos/Urgencia Pauta de cotejo de los requisitos de las solicitudes de estudios imagenológicos
Umbral	≥90%
Periodicidad	Mensual
Metodología de selección de casos	En base a un total estimado de las solicitudes de estudios imagenológicos provenientes de Consultas Adultos/Urgencia en un mes y la proporción de cumplimiento esperada se calcula un tamaño muestral y se seleccionan al azar los días de aplicación de la evaluación
Responsables	Tecnólogo Médico de Imagenología
Observaciones	Los requisitos de las solicitudes de estudio de Imagenología los define el propio prestador institucional, a modo de ejemplo: - Nombre del paciente (Nombre (s) y apellidos) - Número de Ficha Clínica - Examen de Imagenología solicitado (de ser necesario consignar localización y lado) - Fecha - Identificación del profesional que solicita

FICHA INDICADOR CLINICO APK 1.2: EL PRESTADOR INSTITUCIONAL RESGUARDA LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN LA APLICACIÓN DE KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA.

Título	Proporción de pacientes con medidas de preparación para kinesioterapia respiratoria en la sala IRA/ERA en el periodo X
Propósito	Evaluar la aplicación de medidas de preparación para kinesioterapia respiratoria con el objetivo de disminuir el riesgo de presentación de eventos adversos y contribuir a la alerta del personal ante estos eventos.
Tipo	Proceso
Numerador	Número de pacientes evaluados con medidas de preparación para kinesioterapia respiratoria en el periodo X *100/
Denominador	Total de pacientes evaluados a quienes se les realizó kinesioterapia respiratoria en el periodo X
Fuente de Datos	Registro de medidas de preparación (Check-list) para kinesioterapia respiratoria Ficha Clínica
Umbral	$\geq 95\%$
Periodicidad	Trimestral
Responsables	Profesional de la Unidad de Kinesiología
Observaciones	Los atributos que debe contener el check-list de preparación para kinesioterapia respiratoria los define el propio Prestador Institucional, ejemplo: - Identificación del paciente - Verificación de indicación médica de la kinesioterapia respiratoria - Evaluación de : nivel/estado de conciencia, hemodinamia y presencia de dolor - Verificación de horas de ayuno previo recomendadas

REFERENCIAS

1. Agency for Healthcare Research and Quality, National Quality Measures Clearinghouse, Tutorial: Selecting Quality Measures. 2016.
Disponble en: <https://www.qualitymeasures.ahrq.gov/help-and-about/quality-measure-tutorials/selecting-quality-measures>
2. S M Campbell, J Braspenning, A Hutchinson, M Marshall. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. Qual Saf Health Care 2002;11:358–364.
3. J Mainz. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. International Journal for Quality in Health Care 2003; Volume 15, Number 6: pp. 523–530.
4. Superintendencia de Salud. Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores de Atención Abierta. 2010.