

6. INDICADORES SELECCIONADOS

7. FICHAS TÉCNICAS DE INDICADORES DE CALIDAD DIRIGIDOS A LAS IPS

7.1 MORTALIDAD HOSPITALARIA

7.1.1 Porcentaje de Mortalidad Total

- a) **Definición** : proporción de egresos por muerte respecto al total de pacientes egresados, en un periodo.
- b) **Interpretación**: es una medida indirecta de la capacidad resolutive de la institución hospitalaria, quiere esto decir que tiene que ver con la gestión de recursos para la atención de la población a atender como también con la capacidad técnico-científica ofrecida.
- c) **Límites para la Interpretación**: este índice de mortalidad hospitalaria es necesario estudiarlo con otros aspectos que tienen que ver con las condiciones previas de estado de salud del paciente y la propia patología. Otro aspecto a tener en cuenta es el grado de complejidad y especialización de la institución que presta los servicios.
- d) **Método de cálculo.**

$$\frac{\text{Número de egresos por muerte}}{\text{Número total de egresos}} \times 100$$

- e) **Fuente**: Estadísticas institucionales

f) Periodicidad de reporte: mensual

7.1.2 Porcentaje de Mortalidad Mayor de 48 horas

7.1.3 Porcentaje de Mortalidad Menor de 48 horas.

a) Definición: Proporción de egresos por muerte antes y después de 48 horas del ingreso, respecto al total de pacientes egresados en un periodo.

b) Interpretación: este indicador afina la interpretación del indicador de mortalidad total ya que si se refiere a la mortalidad intrahospitalaria en las primeras 48 horas tiene una relación más directa con las causas del ingreso del paciente y las condiciones de compromiso de la vida del mismo. Si es después de las primeras 48 horas posteriores al ingreso del paciente, tiene una mayor relación con la capacidad resolutive de la institución en cuanto a la oportunidad, racionalidad técnica-científica e integralidad de la atención.

c) Límites de la Interpretación: Tienen que ver con la complejidad de los servicios demandados, con la capacidad resolutive que tenga la institución, así como también el grado de compromiso de los pacientes a su ingreso. Otro límite sería la oportunidad en la referencia de los pacientes (II nivel de complejidad). Así, los servicios de Cuidado Intensivo y Unidades de Recién Nacidos tienen un índice más alto de mortalidad.

d) Método de cálculo.

$$\frac{\text{Número de egresos por muerte < 48 horas}}{\text{Número total de egresos}} \times 100$$

$$\frac{\text{Número de egresos por muerte > 48 horas}}{\text{Número total de egresos}} \times 100$$

e) Fuente: Estadísticas institucionales.

f) Periodicidad de reporte: mensual

7.1.4 Porcentaje de Mortalidad durante las primeras 24 horas en la atención de Urgencias.

a) Definición : proporción de pacientes que egresaron por muerte durante las primeras 24 horas de su atención en el servicio de Urgencias, respecto del total de pacientes atendidos en dicho servicio, en el periodo.

b) Interpretación: es una medida indirecta de la capacidad resolutive de la institución en el servicio de Urgencias.

c) Límites de la Interpretación: además de las indicaciones propias para la interpretación del indicador general de mortalidad, para la atención de Urgencias hay que tener en cuenta otros aspectos que tienen que ver con la severidad de los casos clínicos atendidos (clasificación de Triage), la atención de Urgencias previa del paciente y la disposición de un sistema de referencia.

d) Método de cálculo.

No. de egresos por muerte en las primeras 24 horas,
de pacientes ingresados por Urgencias

----- X 100

No. total de pacientes ingresados al servicio de Urgencias

e) Fuente : Estadísticas institucionales.

f) Periodicidad de reporte: mensual

g) Observaciones: Se debe llevar el registro de pacientes que ingresan al servicio de Urgencias. Además incluir los datos de pacientes que se derivan a otros servicios.

7.2 INFECCIONES HOSPITALARIAS

7.2.1 Porcentaje de Infecciones Intrahospitalarias.

a) Definición: es la proporción de pacientes que adquirieron infección dentro de la institución y que no estaba presente ni al momento de su ingreso en periodo de incubación ni 48 horas después del egreso. (a revisar).

b) Interpretación: las infecciones intrahospitalarias son una medida indirecta de algunas características de la calidad que tienen que ver de una parte, con **la seguridad** como disminución del riesgo de adquirir una infección en el medio hospitalario al disponer la institución de los requisitos mínimos de estructura y procesos dirigidos a este fin como son medidas de bioseguridad; de acuerdo a la complejidad y volúmen de la actividad que se realice. **La racionalidad técnica científica** que tiene que ver con el uso de guías de manejo para entidades clínicas específicas como cirugía en pacientes sépticos, de antibioticoterapia, protocolos de seguimiento de las mismas infecciones nosocomiales (procedimientos de promoción y prevención).

c) Límites en la interpretación: es necesario tener en cuenta otras variables como son la propia patología, la complejidad y especialización de la institución prestadora de los servicios.

d) Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de infecciones intrahospitalarias}}{\text{Número total de egresos}} \times 100$$

e) Fuente: Estadísticas institucionales.

f) Periodicidad de reporte: los reportes serán mensuales.

g) Observaciones: Es necesario tener el número absoluto por servicios para luego totalizar. Es un evento nuevo que se adiciona a los diagnósticos de entrada.

7.3. TIEMPOS DE ESPERA

7.3.1 Tiempo de espera para un servicio determinado. (Consulta General, Consulta externa especializada, Cirugía Programada)

- a) **Definición:** Corresponde al tiempo de respuesta en días corrientes que se pasa desde la fecha de solicitud de servicios a una institución prestadora y el momento efectivo de los servicios.
- b) **Interpretación:** la medición del tiempo de espera traduce tiempo de respuesta de la institución hospitalaria a la demanda de servicios y refleja la accesibilidad y Oportunidad de los servicios prestados por la institución prestadora de servicios de salud.
- c) **Límites de la Interpretación:** una de las limitantes es la oferta de servicios en algunas regiones.
- d) **Método de cálculo:**

Consulta General:

Día de realización de la Consulta General - día de petición de la cita.

Consulta Externa Especializada:

Día de realización de la consulta especializada - día de solicitud de la misma.

Cirugía Electiva:

Día de realización de la cirugía programada- día de solicitud de programación de la cirugía.

e) Fuente: Registros de consulta y registros de Cirugía.

f) Periodicidad de reporte: El corte para el cálculo de estos tiempos de respuesta se debe hacer cada fin de mes.

g) Observaciones: Para cada uno de los cálculos anteriores, se debe contabilizar el tiempo promedio, al día de corte.

Los indicadores de consulta externa especializada se deben presentar desagregados para las disciplinas de: Ginecología, Pediatría, Ortopedia y Cirugía General. En el caso del indicador de tiempo de espera para Cirugía Programada, favor reportarlo desagregado para los servicios de: Ortopedia, Ginecología y Cirugía General. Es necesario llevar un registro de fecha de solicitud de servicios.

7.4 REINGRESOS

7.4.1 Reingreso al Servicio de Urgencias (menos de 72 horas).

a) Definición: reingreso o readmisión de pacientes al servicio de Urgencias en un término de 72 horas después del egreso.

b) Interpretación: este indicador nos dará cuenta de la calidad de la atención en términos de la racionalidad técnica científica y efectividad del diagnóstico y tratamiento aplicados en la atención del paciente, así como con la capacidad resolutive de la institución en la educación al paciente.

c) Límites de la interpretación: seguimiento del tratamiento impuesto por el médico tratante y el auto-cuidado. En cuanto a los posibles sesgos de la medición se tiene que habrá usuarios que pueden reingresar a otra institución prestadora y hasta el momento no se está en capacidad de capturar dicha información.

d) Método de cálculo:

No. de reingreso al servicio de Urgencias en menos de 72 horas X 100

No. total de pacientes registrados en el servicio de Urgencias.

f) Fuente: datos estadísticos servicio de Urgencias.

g) Periodicidad: mensual.

h) Observaciones: Es necesario que el servicio haya dispuesto el seguimiento de los reingresos y que se tomen los casos con causa relacionada al ingreso.

7.4.2 Porcentaje de Reingreso de Pacientes Postquirúrgicos en el primer mes.

a) Definición: Proporción de reingreso o readmisión de pacientes a la institución prestadora de servicios de salud, hasta un mes después de su egreso, de pacientes a quienes se les ha practicado una intervención quirúrgica.

b) Interpretación: este indicador nos dará cuenta de la calidad de la atención en términos de la racionalidad técnica científica como de la continuidad e integralidad en la atención del paciente.

c) Límites de la Interpretación: seguimiento del tratamiento impuesto por el médico tratante. En cuanto a los posibles sesgos de la medición se tiene que habrá usuarios que pueden reingresar a otra institución prestadora y hasta el momento no se está en capacidad de capturar dicha información.

d) Método de cálculo.

$$\frac{\text{No. de reingresos de pacientes postquirúrgicos en el primer mes de su egreso}}{100} \times$$

$$\text{No. total de egresos quirúrgicos}$$

e) Fuente: estadísticas institucionales. Sistema de Información.

f) Periodicidad: mensual.

g) Observaciones: es necesario evitar el subregistro de estos casos, de tal manera que la institución debe disponer de lo necesario para el registro de los reingresos de los pacientes quirúrgicos a ese servicio o a otros servicios de la IPS.

Además los casos de reingreso que se relacionan para este indicador son los relacionados con el acto quirúrgico.

7.5 EVENTOS CANCELADOS

7.5.1 Porcentaje de Citas Canceladas

a) Definición: es la proporción de citas canceladas del total de citas otorgadas en un periodo determinado.

b) Interpretación: este porcentaje nos indica el grado de no utilización de recursos que dispone la IPS para la atención ambulatoria de sus usuarios y que puede estar impactando la accesibilidad y oportunidad de estos servicios.

c) Límites de la Interpretación: a desarrollar en Prueba Piloto.

d) Método de cálculo.

$$\frac{\text{No. total de citas canceladas}}{\text{No. total de citas asignadas}} \times 100$$

e) Fuente: Sistema de Información institucional. Registros diarios.

f) Periodicidad: mensual

g) Observaciones: es necesario que el registro diario de consulta sea confrontado con la central de citas con el fin de hacer el seguimiento a este indicador. De otra parte, se debe cruzar la información obtenida con las causas de la cancelación de las citas, con el fin de tomar medidas mas ajustadas. También tener en cuenta si se sustituyen citas.

7.5.2 Porcentaje de Cirugías Canceladas por causas.

a) Definición: proporción de cirugías canceladas por causas: institucionales, paciente o médicas del total de las cirugías programadas en un periodo.

b) Interpretación: es un indicador que nos da una medida de impacto de la cancelación de cirugías sobre la accesibilidad y oportunidad de este servicio. Es un parámetro de la utilización de los recursos dispuestos para este servicio y las posibles causas de subutilización del mismo.

c) Límites de la Interpretación: A desarrollar en la prueba Piloto.

d) Método de cálculo.

$$\frac{\text{No. de cirugías canceladas por causa}}{\text{No. total de cirugías programadas}} \times 100$$

e) Fuente: Registros del servicio de Cirugía.

f) Periodicidad: mensual

g) Observaciones: el hecho de establecer de manera fiable un registro de las causas de cancelación dará más posibilidades a la IPS de generar los correctivos.

7.5.3 Porcentaje de Clasificación de Triage en el Servicio de Urgencias.

a) Definición: es la proporción de pacientes que se registran en el servicio de urgencias y a quienes se les aplica una clasificación de Triage.

b) Interpretación: este indicador nos da una idea directa de los procesos implementados por la institución para evitar los riesgos de muerte e invalidez al efectuar procesos de clasificación de dichos riesgos en los usuarios.

c) Límites de la interpretación: a desarrollar en el estudio Piloto.
Método de Cálculo:

$$\frac{\text{No. de pacientes clasificados por Triage}}{\text{No. de pacientes registrados servicio de Urgencias}} \times 100$$

d) Fuente: registros del servicio de Urgencias. Es necesario que para este indicador se establezca en el servicio el seguimiento a la clasificación de los pacientes por Triage.

e) Periodicidad: Mensual.

f) Observaciones: Si bien se solicita el porcentaje total de los pacientes que se clasificaron, es deseable que se lleve por la institución y se reporten los porcentajes de pacientes clasificados en cada una de las categorías del Triage, con el fin de hacer correlaciones más ajustadas.