IESS PR POR RESULTADOS

Año: 2017
Indicadores - Construcción Detallada
Centro de Salud C - Naranjal

14/03/2018 - 18:05 PM

Número total de indicadores	25	**% de metas cerradas sobre el total**	
Número de indicadores con línea base definida	1	100.00 %	
Número de indicadores con metas definidas y cerradas	25		

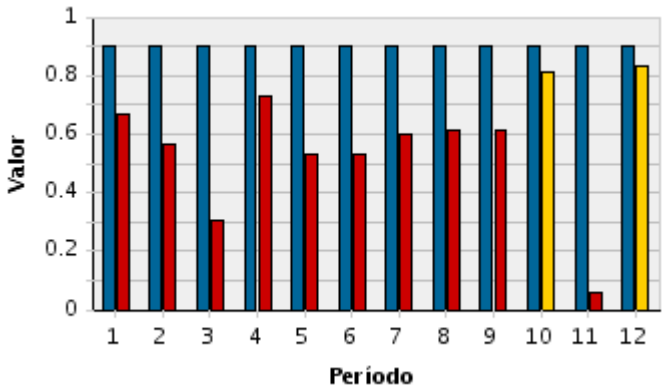
No.	Indicador	Fuente	Responsable	Frecuencia	Comportamiento	Jerarquia de Indicador	Línea Base Inicial	Metas Cerradas	Agrupado
1. Incrementar la calidad, calidez y oportunidad en la prestación de servicios de salud									
1.8	M38 Porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a primera consulta antes de las 14 semanas	Registros de la Unidad Médica	José María Palau Duarte	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.15	M39 Porcentaje de embarazadas con parto normal atendidas en el establecimiento de salud	Registros de la Unidad	José María Palau Duarte	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.25	M54 Porcentaje de atención de quejas y reclamos en los tiempos establecidos a los Afiliados, Beneficiarios y Empleadores	Registros de la Unidad Médica	José María Palau Duarte	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.26	A36 Porcentaje promedio de dispositivos médicos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo	Registros de la Unidad Médica	José María Palau Duarte	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.27	A16 Porcentaje de equipamiento biomédico operativo	Registros de la unidad	José María Palau Duarte	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.29	M56 Porcentaje de atenciones realizadas en consulta externa	Registros de atención de consulta externa del establecimiento de salud	José María Palau Duarte	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.30	M51 Porcentaje de fármacos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo	Registros de la Unidad Médica	José María Palau Duarte	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ

No.	Indicador	Fuente	Responsable	Frecuencia	Comportamiento	Jerarquia de Indicador	Línea Base Inicial	Metas Cerradas	Agrupado
1.31	M04 Porcentaje de profesionales de enfermería que cumple los "Diez Correctos"	Jefatura de Enfermería	José María Palau Duarte	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.33	M08 Porcentaje de cumplimiento de protocolos o guías de práctica clínica	Registros de la Unidad Médica	José María Palau Duarte	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.34	M22 Porcentaje de incidentes de postparto referidos	Registros de la unidad	José María Palau Duarte	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.37	M60 Porcentaje de IAAS por servicio	Registro de la unidad	José María Palau Duarte	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.40	M78 Porcentaje de exámenes entregados oportunamente	Registros de la Unidad Médica	José María Palau Duarte	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.41	M61 Porcentaje de pertinencia de codificación CIE10	Registros de la Unidad	José María Palau Duarte	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.42	A40 Porcentaje de actualización de indicadores en el IESSPR	Registros de la Unidad Médica	José María Palau Duarte	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.43	M85 Porcentaje de muerte neonatal evitable	Registros de la Unidad	José María Palau Duarte	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
2. Incrementar la eficiencia operacional									
2.15	A37 Porcentaje de avance de los planes de mantenimiento del equipamiento sanitario	Registro de la unidad	José María Palau Duarte	12	Continuo	Resultados	0	SÍ	SÍ
2.16	M40 Porcentaje de referencias realizadas	Registros de la unidad	José María Palau Duarte	12	Discreto	Resultados	0.04	SÍ	SÍ
3. Incrementar las capacidades técnicas y administrativas del talento humano									
3.5	A38 Porcentaje de profesionales de salud que cumplen con el perfil de acuerdo a los requerimientos	Registros de la Unidad	José María Palau Duarte	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ

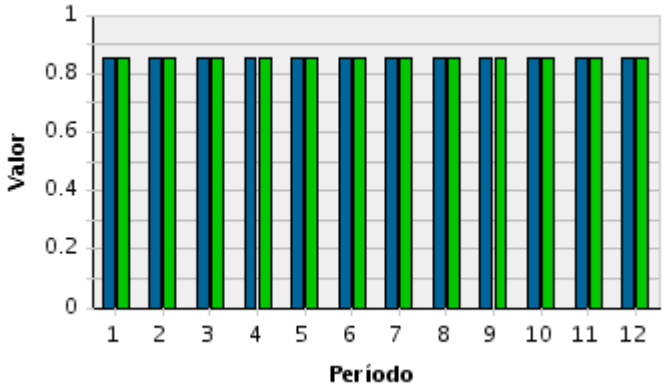
No.	Indicador	Fuente	Responsable	Frecuencia	Comportamiento	Jerarquia de Indicador	Línea Base Inicial	Metas Cerradas	Agrupado
3.7	A39 Porcentaje de servicios que cuentan con la plantilla completa de profesionales de salud, según Cartera de Servicios	Registros de la Unidad Médica	José María Palau Duarte	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
4. Incrementar el uso eficiente de los recursos financieros									
4.2	A11 Porcentaje de facturación enviada en relación a costos totales	Registros de la unidad	José María Palau Duarte	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
4.6	A22 Porcentaje de responsabilidades patronales calculadas		José María Palau Duarte	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
4.7	A24 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - TOTAL	Registros de la Unidad Médica	José María Palau Duarte	12	Continuo	Resultados	0	SÍ	SÍ
4.8	A27 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - MEDICINAS	Registros de la Unidad Médica	José María Palau Duarte	12	Continuo	Resultados	0	SÍ	SÍ
4.9	A28 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - INSUMOS	Registros de la Unidad Médica	José María Palau Duarte	12	Continuo	Resultados	0	SÍ	SÍ
4.11	A35 Porcentaje de ejecución del PAC	Registros de la Unidad Médica	José María Palau Duarte	12	Continuo	Resultados	0	SÍ	SÍ

Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	1.8 M38 Porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a primera consulta antes de las 14 semanas
Descripción del Indicador	Mide la proporción de mujeres embarazadas que cuentan con un tiempo de embarazo menor a las 14 semanas y que acuden al control por primera vez al establecimiento de salud. Se considera prioritario en control prenatal desde el primer trimestre de la gestación a fin de prevenir la morbimortalidad materno infantil METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por Seguro de Salud General Familiar e Individual es 90% en cada periodo para todos los establecimientos de salud REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95% REGISTRO DE RESULTADOS: -Numerador: Número de mujeres embarazadas de menos de 14 semanas que acudieron a primera consulta al establecimiento de salud en el periodo -Denominador:Total de mujeres embarazadas que acudieron por primera vez a la consulta en el periodo
Método de cálculo	Número de mujeres embarazadas de menos de 14 semanas que acudieron a primera consulta al establecimiento de salud en el periodo / Total de mujeres embarazadas que acudieron por primera vez a la consulta en el periodo

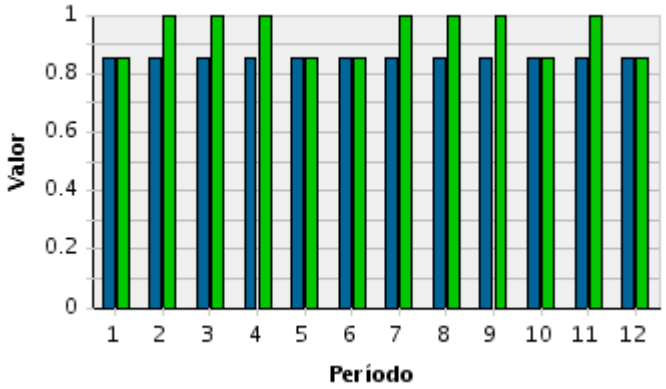
Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 85.00 %											
Período	**Ene**	**Feb**	**Mar**	**Abr**	**May**	**Jun**	**Jul**	**Ago**	**Sep**	**Oct**	**Nov**	**Dic**
Meta	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9
Resultado	0.6667	0.5625	0.3077	0.7273	0.5333	0.5294	0.6	0.6154	0.6154	0.8125	0.0588	0.8333
Estado												



Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	1.15 M39 Porcentaje de embarazadas con parto normal atendidas en el establecimiento de salud											
Descripción del Indicador	Mide el nivel de adherencia de la embarazada a la atención integral brindada por el establecimiento de salud. Para lograr éxito en este indicador, se sugiere que el nivel directivo del establecimiento de salud, fomente el trato digno a la embarazada y la relación médico - paciente. Para el caso del nivel hospitalario aplica a los establecimientos que son puerta de entrada para el control prenatal o que atienden referencias de embarazadas con factores de riesgo, que terminan en parto normal. Importante: Este indicador aplica solo para los hospitales considerados como puerta de entrada (Hospitales nivel II) y los Centros de Salud Tipo "C" METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por SGSIF es 0.85% en cada período para todos los establecimientos de salud. REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95% REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR: Número de embarazadas con control prenatal y parto normal atendidas en el establecimiento de salud en el período DENOMINADOR: Número total de embarazadas con control prenatal realizado en el establecimiento de salud en el período											
Método de cálculo	Número de embarazadas con control prenatal y parto normal atendidas en el establecimiento de salud en el período / Número total de embarazadas con control prenatal realizado en el establecimiento de salud en el período											
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 85.00 %											
Período	**Ene**	**Feb**	**Mar**	**Abr**	**May**	**Jun**	**Jul**	**Ago**	**Sep**	**Oct**	**Nov**	**Dic**
Meta	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85
Resultado	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85
Estado												



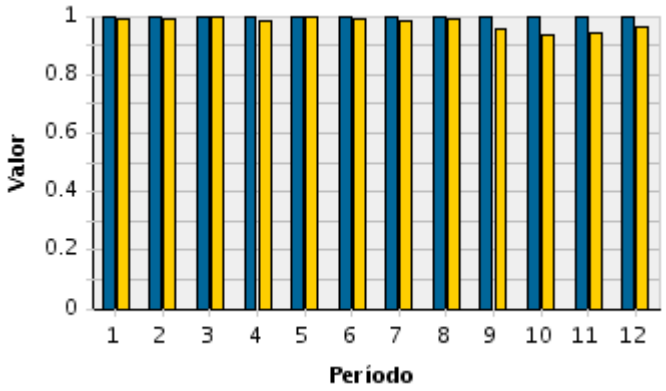
Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	1.25 M54 Porcentaje de atención de quejas y reclamos en los tiempos establecidos a los Afiliados, Beneficiarios y Empleadores											
Descripción del Indicador	Mide el número de quejas y reclamos atendidos, cumpliendo con los tiempos establecidos (máximo 48 horas), ingresados por los diferentes canales con los que cuenta el IESS, como son: Teléfonos Rojos, Redes Sociales, Teléfonos Institucionales, Correos Electrónicos, Página Web, Presenciales, Oficios, con relación al total de quejas y reclamos recibidas por los diferentes canales que posee el IESS, en un periodo mensual. Importante: Debe reportar el número de quejas y reclamos resueltas en el periodo, ejemplo; el 31 de mayo la Dirección Nacional de Servicios de Atención al Ciudadano enviará el número de los casos abiertos a gestionarse en el mes de junio (casos de mayo) y estos se deberá reportar hasta el 10 de julio. Este proceso involucra la apertura de un caso en el sistema, al cual se le da seguimiento, mediante trazabilidad y finaliza cuando en el sistema se cierra el caso, con sus respectivas observaciones. METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la Dirección Nacional de Servicios de Atención al Ciudadano es 85% en cada periodo REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95% REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Número de atenciones de quejas y reclamos atendidos en 48 horas - Denominador: Total de quejas y reclamos recibidas											
Método de cálculo	Número de atenciones de quejas y reclamos atendidos en 48 horas/Total de quejas y reclamos recibidas											
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 85.00 %											
Período	**Ene**	**Feb**	**Mar**	**Abr**	**May**	**Jun**	**Jul**	**Ago**	**Sep**	**Oct**	**Nov**	**Dic**
Meta	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85
Resultado	0.85	1	1	1	0.85	0.85	1	1	1	0.85	1	0.85
Estado												



Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	1.26 A36 Porcentaje promedio de dispositivos médicos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo

Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Descripción del Indicador	Mide el porcentaje promedio de dispositivos médicos con stock mayor o igual al stock mínimo que resulten de cada una de las áreas (Material de Curación, Laboratorio, Odontología, Imagen, Banco de Sangre, Hemodiálisis, Endoprótesis, Prótesis) considerando los ítems que utiliza cada unidad médica de acuerdo a su tipología y perfil epidemiológico, y que son necesarios para la entrega de las prestaciones de salud a los usuarios y que constan en su Plan Anual de Contrataciones (PAC). Este indicador debe ser reportado con corte al 30 de cada mes. Definición de Dispositivos Médicos: Son los artículos, instrumentos, aparatos, artefactos o invenciones mecánicas, incluyendo sus componentes, partes o accesorios, fabricados, vendidos o recomendados para uso en diagnóstico, tratamiento curativo o paliativo, prevención de una enfermedad, trastorno o estado físico anormal o sus síntomas, para reemplazar o modificar la anatomía o un proceso fisiológico o controlarla. Incluye las amalgamas, barnices, sellantes y demás productos dentales similares. METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por el Seguro General de Salud Individual y Familiar es 100% en cada período para todas las Unidades Médicas. REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 equivale a 95% REGISTRO DE RESULTADOS: -Numerador: Suma de Porcentajes de Dispositivos Médicos con stock mayor o igual al stock mínimo de cada una de las áreas de Servicio de la Unidad Médica -Denominador: Total de áreas de Servicio de la Unidad Médica
Método de cálculo	Suma de Porcentajes de Dispositivos Médicos con stock mayor o igual al stock mínimo de cada una de las Áreas de Servicio de la Unidad Médica / Total de Áreas de Servicio de la Unidad Médica
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 85.00 %

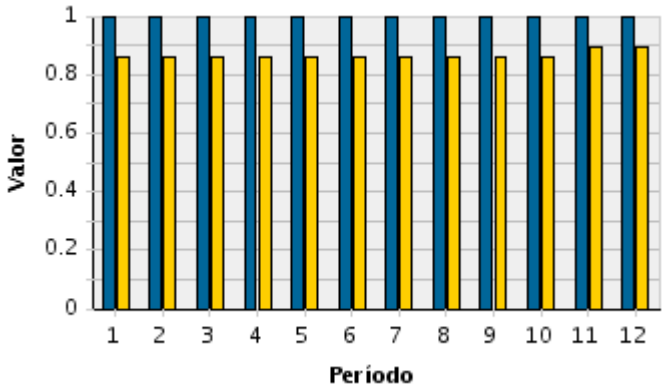
Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Meta	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Resultado	0.9925	0.9925	0.9975	0.985	0.995	0.99	0.98	0.99	0.9575	0.9375	0.945	0.96
Estado	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼



Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	1.27 A16 Porcentaje de equipamiento biomédico operativo

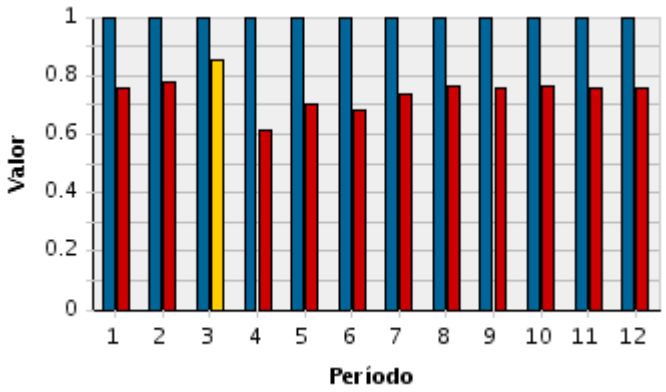
Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Descripción del Indicador	Mide a los equipos biomédicos que estén en el inventario de activos fijos que se encuentran operativos al momento de la medición. (Todo equipo que esté en el inventario de activos fijos debe estar operativo - funcional al 100%, si está parcialmente funcional se toma como no operativo). Equipo Biomédico: Cualquier instrumento, aparato, máquina, médico operacional y funcional que reúne sistemas y subsistemas eléctrico, electrónicos e hidráulicos y/o híbridos, que para uso requieren de una fuente de energía para ser empleados en los seres humanos en uno o más de los siguientes propósitos: - Diagnóstico, prevención, tratamiento o alivio de la enfermedad - Diagnóstico, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia - Investigación, remplazo, modificación o soporte de la anatomía o de un soporte fisiológico - Soporte o mantenimiento de la vida - Control de la concepción METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es tener el 100% de equipamiento operativo REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95% REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR: Número de equipos biomédicos que están operativos en el período DENOMINADOR: Número total de equipos biomédicos del establecimiento
Método de cálculo	Número de equipos biomédicos que están operativos en el período / Número total de equipos biomédicos del establecimiento
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 85.00 %

Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Meta	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Resultado	0.8621	0.8621	0.8621	0.8621	0.8621	0.8621	0.8621	0.8621	0.8621	0.8621	0.8966	0.8966
Estado	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼



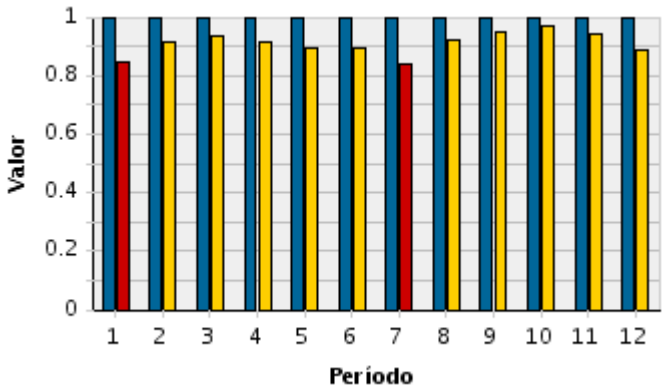
Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	1.29 M56 Porcentaje de atenciones realizadas en consulta externa
Descripción del Indicador	Mide la efectividad del cumplimiento de la agenda programada de consulta externa en cada período, no se considera las consultas por agenda extendida. METAS ESTÁNDARES: La meta designada por la DSGSIF es del 100% para todos los establecimientos de salud en cada período. REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 equivale a 95% REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Número de atenciones programadas realizadas en consulta externa en el período - Denominador: Total de citas programadas en el período
Método de cálculo	Número de atenciones programadas realizadas en consulta externa en el período / Total de citas programadas en el período

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 85.00 %											
Período	**Ene**	**Feb**	**Mar**	**Abr**	**May**	**Jun**	**Jul**	**Ago**	**Sep**	**Oct**	**Nov**	**Dic**
Meta	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Resultado	0.7574	0.7795	0.855	0.6103	0.7009	0.6802	0.7331	0.7613	0.758	0.7609	0.7548	0.7599
Estado												



Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	1.30 M51 Porcentaje de fármacos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo
Descripción del Indicador	Permite controlar los niveles de abastecimiento de fármacos del cuadro básico según establecimiento de salud para reposición de acuerdo al nivel de complejidad y perfil epidemiológico. METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es 100% en cada período para todos los establecimientos de salud REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95% REGISTRO DE RESULTADOS: -Numerador: Número de fármacos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo en el periodo -Denominador: Total de fármacos del cuadro básico en el periodo
Método de cálculo	Número de fármacos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo en el periodo/Total de fármacos del cuadro básico en el periodo
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 85.00 %

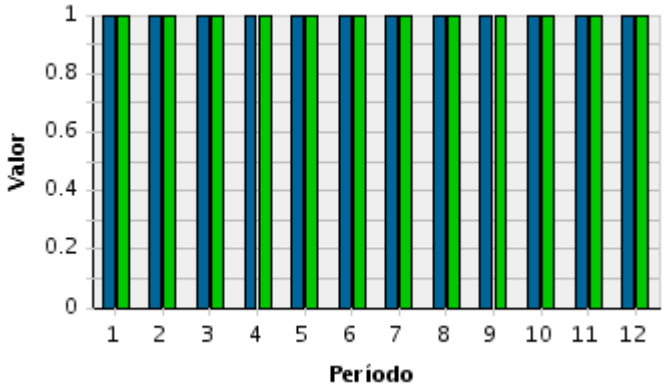
Período	**Ene**	**Feb**	**Mar**	**Abr**	**May**	**Jun**	**Jul**	**Ago**	**Sep**	**Oct**	**Nov**	**Dic**
Meta	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Resultado	0.8425	0.9134	0.937	0.9127	0.8968	0.896	0.84	0.9187	0.9512	0.9675	0.9431	0.8862
Estado												



Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	1.31 M04 Porcentaje de profesionales de enfermería que cumple los "Diez Correctos"

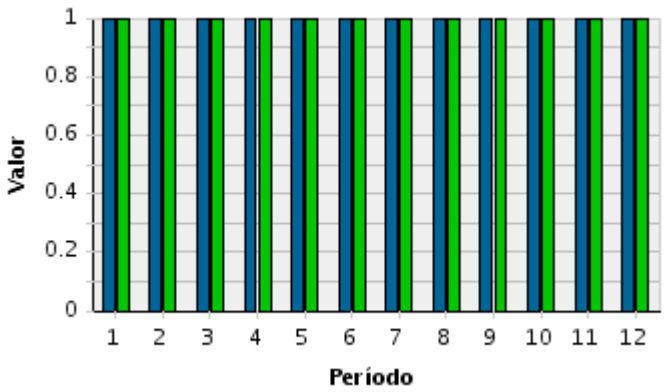
Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Descripción del Indicador	Mide el número de profesionales que brindan atención de enfermería cumpliendo con los diez correctos, con relación al total del personal de enfermería con el que cuenta el Establecimiento de Salud en el período. El personal que está autorizado para realizar este procedimiento, corresponde a los/las profesionales de enfermería, se excluye a los/las auxiliares de enfermería y a los/las profesionales de enfermería que se encuentran cumpliendo roles administrativos. Esto incluye, los seis correctos: Vía correcta, paciente correcto, hora correcta, dosis correcta, medicamento correcto, administración correcta y los cuatro yo: Yo administro, yo respondo, yo preparo, yo registro METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es el 100% en cada período para todos los establecimientos de salud REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95% REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR: Número de profesionales de enfermería que cumple los ""Diez Correctos"" durante el período DENOMINADOR: Número total de personal de enfermería evaluados en el período
Método de cálculo	Número de profesionales de enfermería que cumple los "Diez Correctos" durante el período / Número total de personal de enfermería evaluados en el período
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 85.00 %

Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Meta	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Resultado	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Estado												



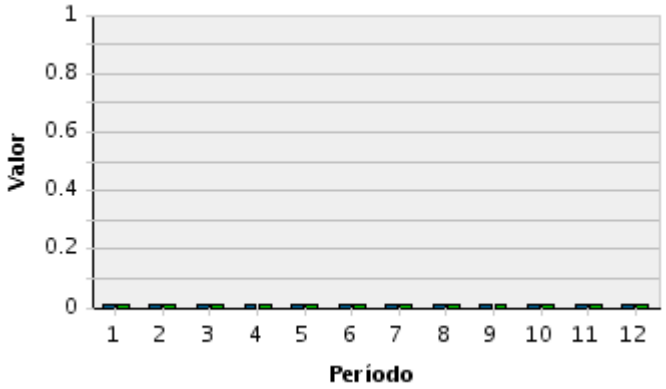
Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	1.33 M08 Porcentaje de cumplimiento de protocolos o guías de práctica clínica
Descripción del Indicador	Mide la aplicación de los protocolos aprobados por el Ministerio de Salud Pública o en su ausencia, aquellos aplicados en el establecimiento luego de la aprobación de la Dirección Médica. Para obtener estos resultados, los auditores o personas asignadas para este proceso, deberán extraer información mediante un estudio muestral del universo de altas de consulta o egresos hospitalarios. Guías de Práctica Clínica: Manejo integral de un paciente con una patología. Recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar tanto al profesional como al paciente a tomar decisiones adecuadas cuando el paciente tiene una enfermedad o condición de salud determinada. METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es 100% en cada periodo para todos los establecimientos de salud REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95% REGISTRO DE RESULTADOS: -Numerador: Número de egresos o altas de consulta con aplicación correcta de protocolos o guías de práctica clínica documentada en epicrisis de la muestra tomada en el periodo -Denominador: Total de la muestra de egresos o altas en el periodo

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Método de cálculo	Número de egresos o altas de consulta con aplicación correcta de protocolos o guías de práctica clínica documentada en epicrisis de la muestra tomada en el periodo/Total de la muestra de egresos o altas en el periodo											
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 85.00 %											
Período	**Ene**	**Feb**	**Mar**	**Abr**	**May**	**Jun**	**Jul**	**Ago**	**Sep**	**Oct**	**Nov**	**Dic**
Meta	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Resultado	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Estado												



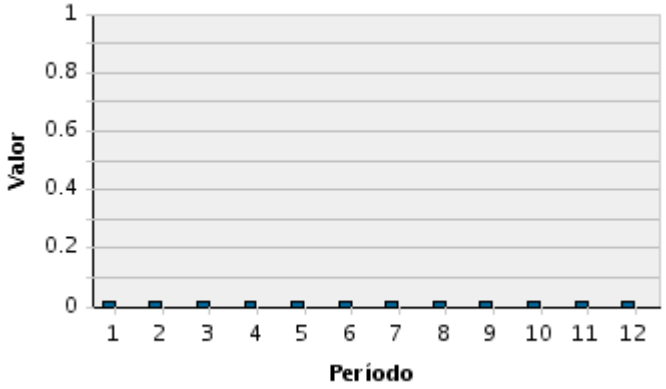
Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	1.34 M22 Porcentaje de incidentes de postparto referidos
Descripción del Indicador	Mide las referencias de incidentes de postpartos que se realizan desde el establecimiento de salud por falta de capacidad instalada. Este indicador no considera los casos referidos por capacidad resolutiva. Un incidente es una complicación que se produce después del parto y representa algún tipo de afectación de la salud. Importante: una atención de consulta de postparto, lo puede realizar cualquier unidad de salud, independientemente que posea el especialista o sala de partos. METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por DSGSIF es hasta el 1% en cada período para todos los establecimientos de salud. REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%. REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR:(Número de incidentes de postparto referidos en el período - Número de incidentes de postparto referidos por superar la capacidad resolutiva del establecimiento en el período) DENOMINADOR: Número total de postpartos atendidos en el período.
Método de cálculo	(Número de incidentes de postparto referidos en el período - Número de incidentes de postparto referidos por superar la capacidad resolutiva del establecimiento en el período) / Número total de postpartos atendidos en el período
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 115.00 %

Período	**Ene**	**Feb**	**Mar**	**Abr**	**May**	**Jun**	**Jul**	**Ago**	**Sep**	**Oct**	**Nov**	**Dic**
Meta	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
Resultado	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
Estado												



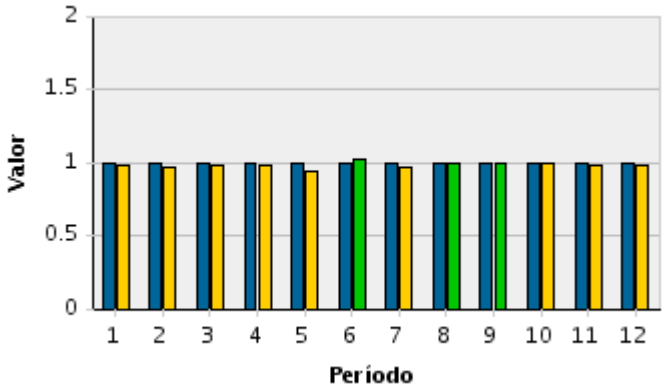
Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	1.37 M60 Porcentaje de IAAS por servicio
Descripción del Indicador	Mide el porcentaje promedio de infecciones asociadas al área de salud que se producen en la unidad en cada período por servicio. METAS ESTÁNDARES: La meta determinada por el SGSIF máximo 5% (Hospitales y CCQ), para centros de especialidades y centros de salud máximo 2% REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%. REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Número de IAAS reportadas - Denominador: Total de pacientes atendidos en el período
Método de cálculo	Número de IAAS reportadas / Total de pacientes atendidos en el período
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 115.00 %

Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Meta	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02
Resultado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estado												



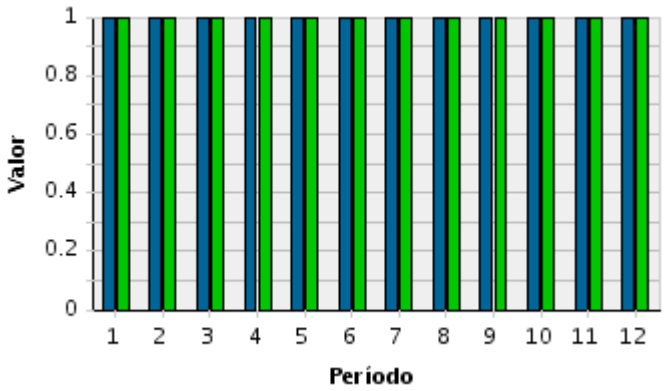
Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	1.40 M78 Porcentaje de exámenes entregados oportunamente

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Descripción del Indicador	Mide la proporción de exámenes entregados a tiempo, es decir que los exámenes se suban al sistema AS-400; tiene la finalidad de evaluar los siguientes servicios: -Laboratorio clínico: Tiempo oportuno en resultados confiables validados (1 día) -Laboratorio de microbiología: Tiempo oportuno en resultados confiables validados (3 días) -Anatomía Patológica: Tiempo oportuno (15 días) -Medicina Nuclear: Tiempo oportuno (8 días) -Pet ct: Tiempo oportuno (15 días) -Genética y Molecular: Tiempo oportuno entre (8-30 días) -Imagen: Tiempo oportuno (1 a 5 días) IMPORTANTE: Este indicador aplica a todos los establecimientos de salud que cuentan con estos servicios de acuerdo al nivel de complejidad y cartera de servicios. METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por el Seguro General de Salud Individual y Familiar es del 100% en cada periodo para todos los establecimientos de salud REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95% REGISTRO DE RESULTADOS: -Numerador: Número de exámenes entregados oportunamente en el periodo -Denominador: Total de exámenes solicitados en el periodo											
Método de cálculo	Número de exámenes entregados oportunamente en el periodo / Total de exámenes solicitados en el periodo											
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 85.00 %											
Período	**Ene**	**Feb**	**Mar**	**Abr**	**May**	**Jun**	**Jul**	**Ago**	**Sep**	**Oct**	**Nov**	**Dic**
Meta	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Resultado	0.9846	0.9692	0.9803	0.9853	0.9394	1.0258	0.9648	1	1	0.9916	0.9816	0.9804
Estado	▼	▼	▼	▼	▼	●	▼	●	●	▼	▼	▼



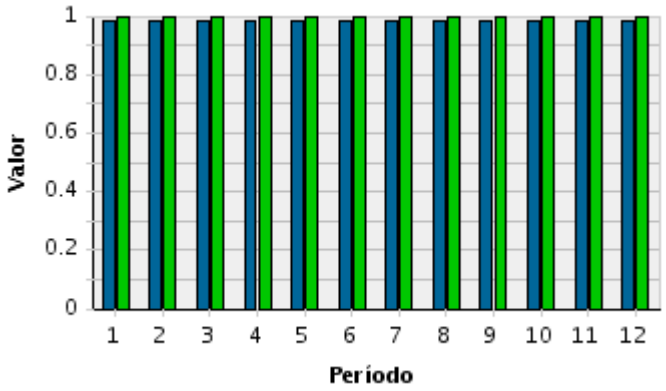
Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	1.41 M61 Porcentaje de pertinencia de codificación CIE10											
Descripción del Indicador	Mide el nivel de pertinencia médica en relación a cuadros sindrómicos que se encuentran registrados METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por SGSIF es del 100% en cada período para todos los establecimientos de salud REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95% REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Número de pertinencias de codificación CIE10 encontradas - Denominador: Número total de registros auditados											
Método de cálculo	Número de pertinencias de codificación CIE10 encontradas / Número total de registros auditados											
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 85.00 %											
Período	**Ene**	**Feb**	**Mar**	**Abr**	**May**	**Jun**	**Jul**	**Ago**	**Sep**	**Oct**	**Nov**	**Dic**

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Meta	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Resultado	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Estado												



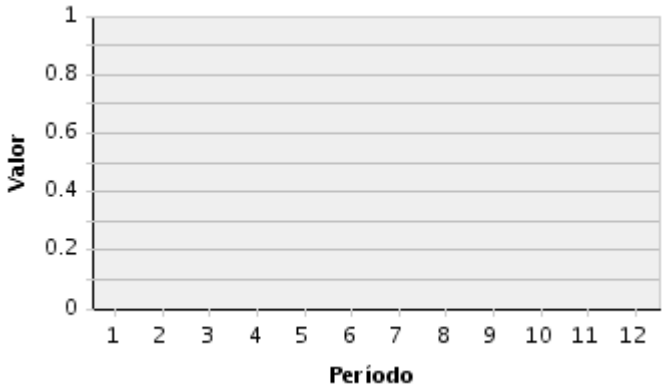
Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	1.42 A40 Porcentaje de actualización de indicadores en el IESSPR
Descripción del Indicador	Mide el porcentaje de indicadores reportados a tiempo de toda la Unidad Médica. Se considera a tiempo los indicadores registrados hasta el día 10 de cada mes y que cerraron el periodo. La fuente de verificación debe ser obtenida de la herramienta IESSPR, generando el reporte desde el nivel N2, el día 11 de cada mes o el primer día laborable posterior al 10, hasta las 9h00 am, mismo que deberá ser ingresado en el nivel N4 y actualizado de forma manual en sus niveles superiores. METAS ESTÁNDARES: La meta establecida por el Nivel Central es del 98% en el periodo, tomando en cuenta que este indicador no podría ser actualizado hasta sacar el reporte, por lo cual no puede ser el 100% REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95% REGISTRO DE RESULTADOS: -Porcentaje de actualización de resultados de la unidad médica en el periodo
Método de cálculo	Porcentaje de actualización de resultados de la unidad médica en el periodo
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 85.00 %

Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Meta	0.98	0.98	0.98	0.98	0.98	0.98	0.98	0.98	0.98	0.98	0.98	0.98
Resultado	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Estado												



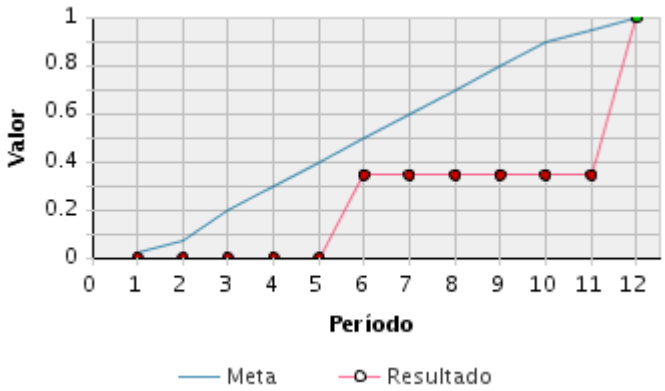
Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	1.43 M85 Porcentaje de muerte neonatal evitable

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Descripción del Indicador	Mide la proporción de muertes neonatales evitable ocurridas durante el período en la Unidad Médica. Este indicador permite identificar y notificar todas las muertes neonatales evitables ocurridas tanto en los servicios de salud de la Unidad Médica; se deberá analizar e investigar procesos modificables en el entorno familiar, colectivo o de los servicios de salud que presta la Unidad Médica, a fin de establecer estrategias para evitar su ocurrencia. El Manual de Procedimientos de Mortalidad Evitable del MSP considera las siguientes definiciones: Recién Nacido Vivo (a): Niño (a) que nace vivo (a) producto de una gestión de 22 semanas o más; desde que es separado del organismo de la madres hasta que cumple 28 días de vida extrauterina. Muerte Neonatal: Se refiere a la muerte de un recién nacido de mas de 500 gramos desde el nacimiento hasta los 28 días de vida. Muerte Neonatal Tardía: Muerte de un recién nacido vivo que ocurre después del séptimo día y hasta el día 28. METAS ESTÁNDARES: La meta sugerida por la DSGSIF es del 0% en cada período para todos los establecimientos de salud. REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 equivale a 95%. MÉTODO DE CÁLCULO: -Numerador: Número de muertes neonatales evitables identificadas en el periodo -Denominador: Total de nacidos vivos											
Método de cálculo	Número de muertes neonatales evitables identificadas en el periodo/ Total de nacidos vivos											
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 115.00 %											
Período	**Ene**	**Feb**	**Mar**	**Abr**	**May**	**Jun**	**Jul**	**Ago**	**Sep**	**Oct**	**Nov**	**Dic**
Meta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Resultado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estado												



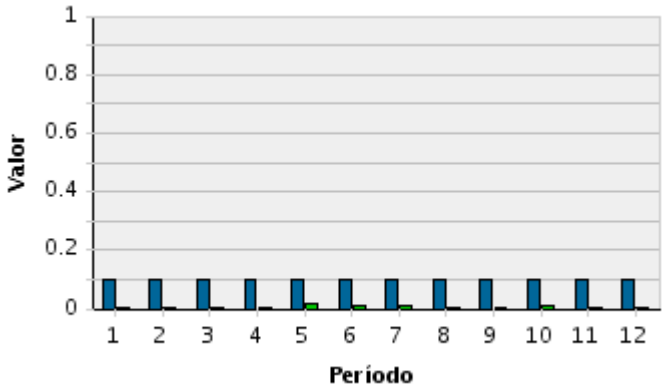
Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	2.15 A37 Porcentaje de avance de los planes de mantenimiento del equipamiento sanitario											
Descripción del Indicador	Mide el cumplimiento del mantenimiento de los equipos sanitarios que se encuentran en operación existentes en cada Unidad Médica Debe elaborar la programación para el año 2017 del Número de mantenimientos que se darán a los equipos sanitarios operativos de la Unidad Médica. METAS ESTÁNDARES: La meta será asignada por cada establecimiento de salud, se deberá llegar al 100% al mes de diciembre REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95% REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Sumatoria de mantenimientos realizados a los equipos sanitarios operativos - Denominador: Total de mantenimientos de los equipos sanitarios operativos programados en el año											
Método de cálculo	Sumatoria de mantenimientos realizados a los equipos sanitarios operativos / Total de mantenimientos de los equipos sanitarios operativos programados en el año											
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 85.00 %											
Período	**Ene**	**Feb**	**Mar**	**Abr**	**May**	**Jun**	**Jul**	**Ago**	**Sep**	**Oct**	**Nov**	**Dic**
Meta	0.02	0.07	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	0.95	1

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Resultado	0	0	0	0	0	0.3429	0.3429	0.3429	0.3429	0.3429	0.3429	1
Estado												



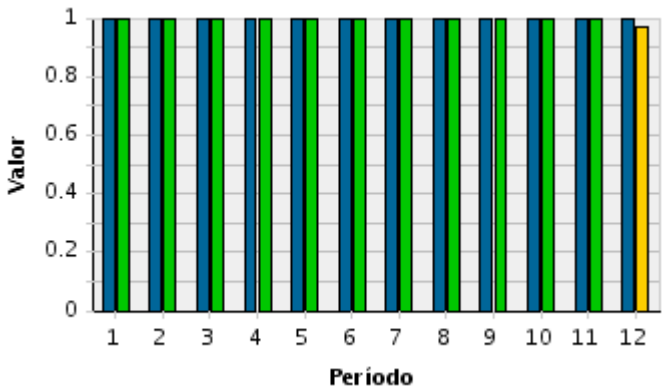
Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	2.16 M40 Porcentaje de referencias realizadas
Descripción del Indicador	Mide las referencias realizadas a otros establecimientos de salud del IESS por no contar con la capacidad instalada del establecimiento de salud según el nivel de atención y cartera de servicios, debido a: daño o la falta de equipos; ausencia del profesional de salud, falta de dispositivos médicos de laboratorio, falta de medicamentos u otras causas justificadas técnicamente. METAS ESTÁNDARES: Para todas las unidades médicas, las referencias no deben superar el 10% en cada período. REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95% REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR: Número de referencias realizadas en el período DENOMINADOR: Total de pacientes que son atendidos en el período
Método de cálculo	Número de referencias realizadas en el período / Número total de pacientes que son atendidos en el período
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 115.00 %

Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Meta	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Resultado	0.004	0.0007	0.0027	0.0049	0.0138	0.0131	0.012	0.0068	0.0059	0.0072	0.0064	0.0047
Estado												

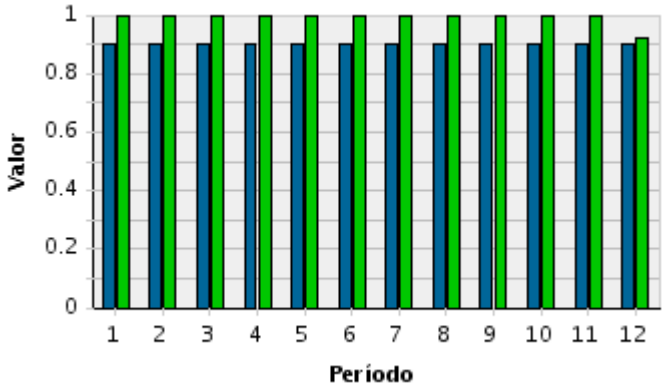


Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	3.5 A38 Porcentaje de profesionales de salud que cumplen con el perfil de acuerdo a los requerimientos

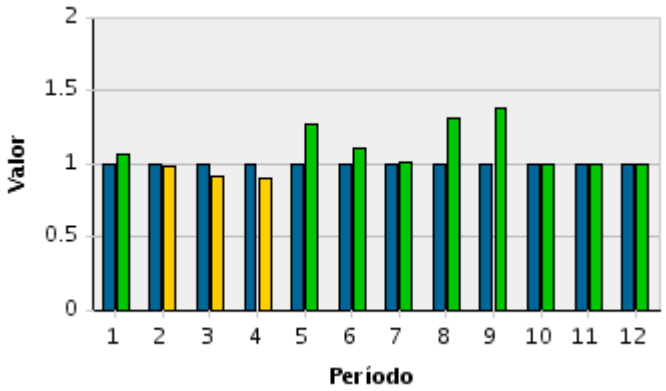
Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Descripción del Indicador	Mide la relación entre los profesionales de salud que cumplen con los requisitos: Título profesional, experiencia, especialidad en relación al puesto a desempeñar, de todos los profesionales del área médica y administrativa METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es 100% en cada período para todos los establecimientos de salud REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95% REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Número de profesionales que cumplen con el perfil especificado según cartera de servicios - Denominador: Total de profesionales del establecimiento de salud											
Método de cálculo	Número de profesionales que cumplen con el perfil especificado según cartera de servicios / Total de profesionales del establecimiento de salud											
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 85.00 %											
Período	**Ene**	**Feb**	**Mar**	**Abr**	**May**	**Jun**	**Jul**	**Ago**	**Sep**	**Oct**	**Nov**	**Dic**
Meta	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Resultado	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.9677
Estado												



Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	3.7 A39 Porcentaje de servicios que cuentan con la plantilla completa de profesionales de salud, según Cartera de Servicios											
Descripción del Indicador	Mide la proporción de servicios del establecimiento que tienen la cantidad de profesionales de salud que necesitan de acuerdo a la cartera de servicios y a la demanda que tenga cada Unidad Médica. METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por el Seguro General de Salud Individual y Familiar es 90% en cada periodo para todos los establecimientos de salud REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 equivale a 95% REGISTRO DE RESULTADOS: -Numerador: Número de servicios del establecimiento que cuentan con plantilla completa -Denominador: Total de servicios con los que cuenta el establecimiento de salud											
Método de cálculo	Número de servicios del establecimiento que cuentan con plantilla completa / Total de servicios con los que cuenta el establecimiento de salud											
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 85.00 %											
Período	**Ene**	**Feb**	**Mar**	**Abr**	**May**	**Jun**	**Jul**	**Ago**	**Sep**	**Oct**	**Nov**	**Dic**
Meta	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9
Resultado	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.9231
Estado												

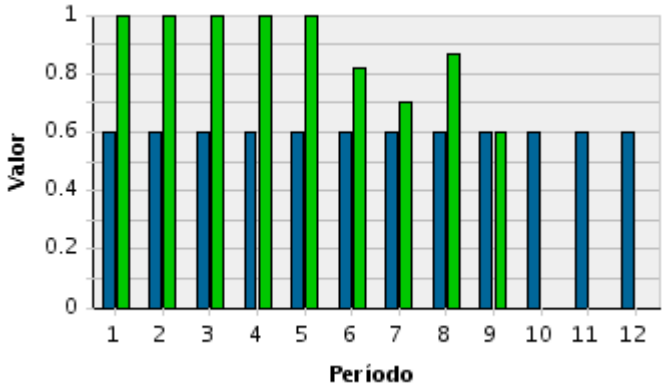


Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	4.2 A11 Porcentaje de facturación enviada en relación a costos totales											
Descripción del Indicador	Mide la relación entre la facturación enviada del período y los costos totales del período. METAS ESTÁNDARES: -La meta asignada es 100% en cada período para todos los establecimientos de salud REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95% REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR: Monto total facturado enviado en el período DENOMINADOR: Costos totales en el período (WinSIG)											
Método de cálculo	Monto total facturado enviado en el período/Costos totales en el período (WinSIG)											
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 85.00 %											
Período	**Ene**	**Feb**	**Mar**	**Abr**	**May**	**Jun**	**Jul**	**Ago**	**Sep**	**Oct**	**Nov**	**Dic**
Meta	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Resultado	1.0599	0.9738	0.9046	0.9021	1.2637	1.1034	1.0094	1.311	1.3723	1	1	1
Estado												

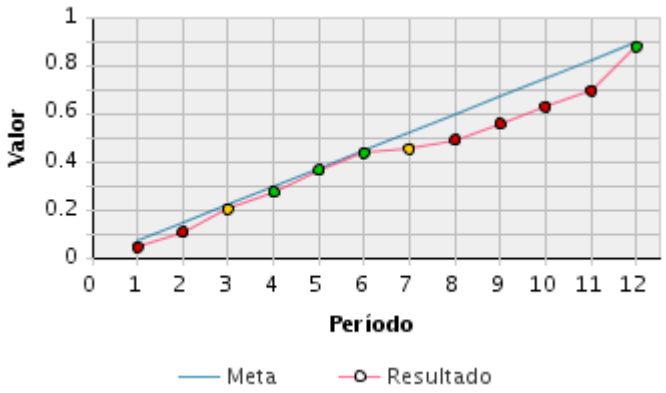


Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	4.6 A22 Porcentaje de responsabilidades patronales calculadas
Descripción del Indicador	Mide la proporción de cálculo de Responsabilidades Patronales respecto al monto total de prestaciones de la unidad, en el período METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es mayor o igual a 60% en cada período para todos los establecimientos de salud REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.00 o 1.00, por ejemplo: 0.95 equivale a 95% REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR: Número de Responsabilidades Patronales calculadas DENOMINADOR: Número total de atenciones que caen en Responsabilidad Patronal en el período

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Método de cálculo	Número de Responsabilidades Patronales calculadas / Número total de atenciones que caen en Responsabilidad Patronal en el período											
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 85.00 %											
Período	**Ene**	**Feb**	**Mar**	**Abr**	**May**	**Jun**	**Jul**	**Ago**	**Sep**	**Oct**	**Nov**	**Dic**
Meta	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6
Resultado	1	1	1	1	1	0.8191	0.7037	0.8673	0.6	0	0	0
Estado												

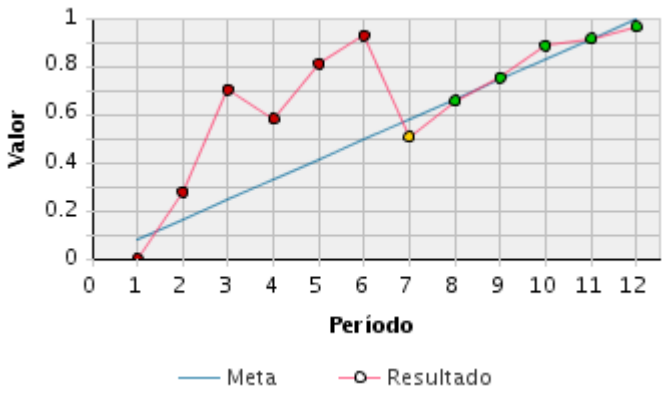


Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	4.7 A24 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - TOTAL											
Descripción del Indicador	Mide el porcentaje de ejecución del Presupuesto Total del establecimiento de salud. METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por el Seguro General de Salud Individual y Familiar es llegar al 100% al final del año, es aceptable que se cumpla en cada cuatrimestre el 33.33% REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95% REGISTRO DE RESULTADOS: -Numerador: Monto ejecutado acumulado en el periodo -Denominador: Presupuesto codificado											
Método de cálculo	Monto ejecutado acumulado en el periodo / Presupuesto codificado											
Umbral Amarillo	Entre 10.00 % y 15.00 %											
Período	**Ene**	**Feb**	**Mar**	**Abr**	**May**	**Jun**	**Jul**	**Ago**	**Sep**	**Oct**	**Nov**	**Dic**
Meta	0.075	0.15	0.225	0.3	0.375	0.45	0.525	0.6	0.675	0.75	0.825	0.9
Resultado	0.043	0.1063	0.2004	0.272	0.3626	0.4338	0.454	0.4909	0.5581	0.6269	0.6939	0.8768
Estado												

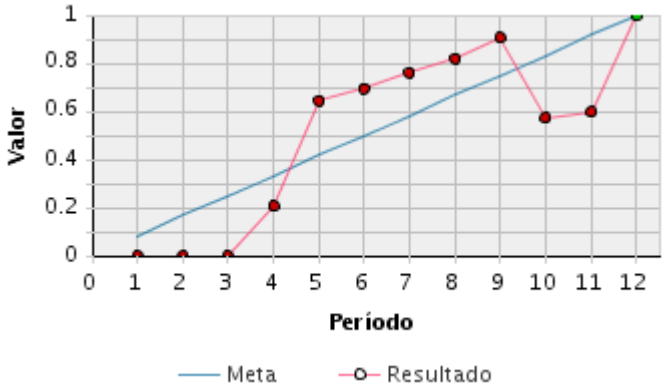
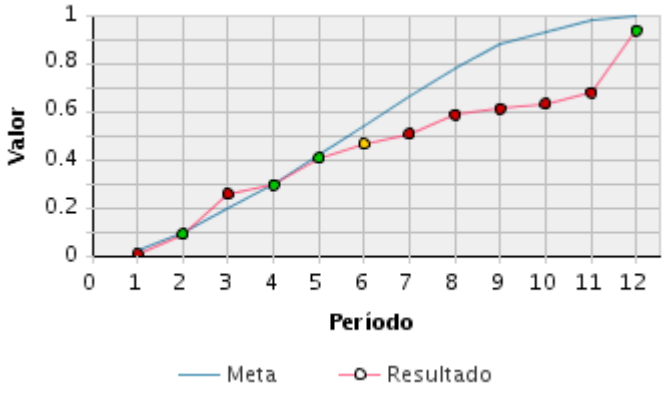


Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	4.8 A27 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - MEDICINAS

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Descripción del Indicador	Mide el porcentaje de ejecución del Presupuesto de Gasto Corriente del grupo especificado en relación al monto codificado. METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por el Seguro General de Salud Individual y Familiar es llegar al 100% al final del año, es aceptable que se cumpla en cada cuatrimestre un 33.33% REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95% REGISTRO DE RESULTADOS: -Numerador: Monto del grupo ejecutado acumulado en el periodo -Denominador: Presupuesto del grupo codificado											
Método de cálculo	Monto del grupo ejecutado acumulado en el periodo / Presupuesto del grupo codificado											
Umbral Amarillo	Entre 10.00 % y 15.00 %											
Período	**Ene**	**Feb**	**Mar**	**Abr**	**May**	**Jun**	**Jul**	**Ago**	**Sep**	**Oct**	**Nov**	**Dic**
Meta	0.0833	0.1666	0.2499	0.3333	0.4165	0.4998	0.5831	0.6664	0.7497	0.833	0.9163	1
Resultado	0	0.2775	0.7029	0.5811	0.809	0.9268	0.5075	0.6557	0.7518	0.884	0.9129	0.9628
Estado												



Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	4.9 A28 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - INSUMOS											
Descripción del Indicador	Mide el porcentaje de ejecución del presupuesto de Gasto Corriente del grupo especificado en relación al monto codificado. METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por el Seguro General de Salud Individual y Familiar es llegar al 100% al final del año, es aceptable que se cumpla en cada cuatrimestre un 33.33% REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95% REGISTRO DE RESULTADOS: -Numerador: Monto del grupo ejecutado acumulado en el periodo -Denominador: Presupuesto del grupo codificado											
Método de cálculo	Monto del grupo ejecutado acumulado en el periodo / Presupuesto del grupo codificado											
Umbral Amarillo	Entre 10.00 % y 15.00 %											
Período	**Ene**	**Feb**	**Mar**	**Abr**	**May**	**Jun**	**Jul**	**Ago**	**Sep**	**Oct**	**Nov**	**Dic**
Meta	0.0833	0.1667	0.25	0.3333	0.4167	0.5	0.5833	0.6667	0.75	0.8333	0.9167	1
Resultado	0	0	0	0.2066	0.6425	0.6948	0.7585	0.8178	0.9067	0.5724	0.5981	1
Estado												



Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	4.11 A35 Porcentaje de ejecución del PAC											
Descripción del Indicador	Mide la ejecución del PAC en cada Centro de Responsabilidad Presupuestaria. PAC: Plan Anual de Contrataciones. METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por el Seguro General de Salud Individual y Familiar es: ENE-2%, FEB-10%, MAR-20%, ABR-30%, MAY-42%, JUN-54%, JUL-66%, AGO-78%, SEP-88%, OCT-93%, NOV-98%, DIC-100% REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95% REGISTRO DE RESULTADOS: -Numerador: Monto del PAC ejecutado acumulado en el periodo -Denominador: Monto Total del PAC codificado											
Método de cálculo	Monto del PAC ejecutado acumulado en el periodo / Monto Total del PAC codificado											
Umbral Amarillo	Entre 10.00 % y 15.00 %											
Período	**Ene**	**Feb**	**Mar**	**Abr**	**May**	**Jun**	**Jul**	**Ago**	**Sep**	**Oct**	**Nov**	**Dic**
Meta	0.02	0.1	0.2	0.3	0.42	0.54	0.66	0.78	0.88	0.93	0.98	1
Resultado	0.0046	0.0902	0.2577	0.2955	0.408	0.466	0.506	0.5855	0.6085	0.6298	0.6788	0.9375
Estado