IESS PR POR RESULTADOS

Año: 2017
Indicadores - Construcción Detallada
Hospital Básico - Chone

14/03/2018 - 12:03 PM

Número total de indicadores	42	% de metas cerradas sobre el total
Número de indicadores con línea base definida	3	100.00 %
Número de indicadores con metas definidas y cerradas	42	

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 los servicios de salud									
1.26	M01 Porcentaje de reingresos al servicio de Emergencia en menos de 24 horas	Registros de la Unidad Médica	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.27	M02 Tiempo (minutos) promedio de respuesta a emergencias del ECU 911	Registros de la Unidad Médica	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.28	M25 Relación partos cesárea	Registros de la Unidad Médica	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	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	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.34	M12 Tiempo promedio (días) de espera pre-quirúrgico	Registros de la Unidad Médica	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	12	Discreto	Resultados	0.5	SÍ	SÍ
1.35	M58 Tiempo promedio (horas) de estancia pre-quirúrgico	Registros de la Unidad	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.36	M14 Porcentaje de cirugías suspendidas	Registros de la Unidad Médica	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	12	Discreto	Resultados	0.15	SÍ	SÍ
1.39	M78 Porcentaje de exámenes entregados oportunamente	Registros de la Unidad Médica	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.40	M68 Porcentaje de respuesta en las transferencias reales en un tiempo ideal	Registros de la Unidad Médica	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ

No.	Indicador	Fuente	Responsable	Frecuencia	Comportamiento	Jerarquia de Indicador	Línea Base Inicial	Metas Cerradas	Agrupado
1.42	M04 Porcentaje de profesionales de enfermería que cumple los "Diez Correctos"	Registros de la Unidad Médica	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.44	M59 Porcentaje de reactivos vitales con stock mayor o igual al mínimo	Registros de la Unidad Médica	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.45	M61 Porcentaje de pertinencia de codificación CIE10	Registros de la Unidad Médica	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.46	M62 Porcentaje de inconsistencias en reportes de mortalidad	Registros de la Unidad Médica	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.48	M75 Porcentaje de informes de derivación con pertinencia médica efectiva	Registros de la Unidad Médica	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.51	M56 Porcentaje de atenciones realizadas en consulta externa	Registros de atención de consulta externa del establecimiento de salud	Mario Hernan Rodriguez Eguez	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.52	M65 Porcentaje de muertes maternas	Registros de la Unidad Médica	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.56	M79 Porcentaje de derivaciones solicitadas por capacidad resolutiva	Registros de la Unidad Médica	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.57	M22 Porcentaje de incidentes de postparto referidos	Registros de la unidad	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.58	M08 Porcentaje de cumplimiento de protocolos o guías de práctica clínica	Registros de la Unidad Médica	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.60	M67 Porcentaje de profesionales de emergencia capacitados en el Triaje de Manchester	Registros de la Unidad Médica	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ

No.	Indicador	Fuente	Responsable	Frecuencia	Comportamiento	Jerarquia de Indicador	Línea Base Inicial	Metas Cerradas	Agrupado
1.61	M69 Porcentaje de profesionales sanitarios con conocimientos técnicos en atención pre hospitalaria, soporte vital básico y manejo de trauma	Registros de la Unidad	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.63	M39 Porcentaje de embarazadas con parto normal atendidas en el establecimiento de salud	Registros de la Unidad	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.64	M54 Porcentaje de atención de quejas y reclamos en los tiempos establecidos a los Afiliados, Beneficiarios y Empleadores	Registros de la Unidad Médica	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.70	M85 Porcentaje de muerte neonatal evitable	Registros de la Unidad Médica	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.71	M29 Porcentaje de pacientes que superan las 48 horas en el área de observación del servicio de emergencia	Registros de la Unidad Médica	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	12	Discreto	Resultados	0.01	SÍ	SÍ
1.72	M60 Porcentaje de IAAS por servicio	Registro de la unidad	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.74	M57 Porcentaje de ocupación de camas	Registro de la unidad	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.75	M87 Número de Consultas Externas realizadas como parte del Programa de Atenciones Médicas en Días de Descanso Obligatorio	Registros de la Unidad Médica	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
2. **Incrementar la eficiencia operacional**									
2.17	A01 Índice de disponibilidad de	Registros de la unidad	Leonardo Enrique	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ

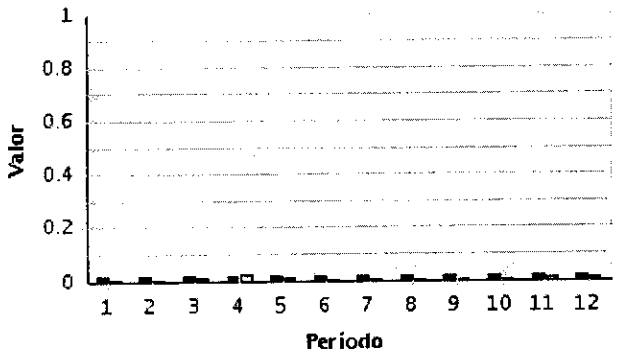
No.	Indicador	Fuente	Responsable	Frecuencia	Comportamiento	Jerarquia de Indicador	Línea Base Inicial	Metas Cerradas	Agrupado
	tecnología informática		Rodriguez Zambrano						
2.18	A16 Porcentaje de equipamiento biomédico operativo	Registros de la unidad	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
2.20	A37 Porcentaje de avance de los planes de mantenimiento del equipamiento sanitario	Registros de la Unidad Médica	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	12	Continuo	Resultados	0	SÍ	SÍ
2.21	A36 Porcentaje promedio de dispositivos médicos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo	Registros de la Unidad Médica	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
2.24	A40 Porcentaje de actualización de indicadores en el IESSPR	Registros de la Unidad Médica	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
3. Incrementar las capacidades técnicas y administrativas del Talento Humano									
3.6	A39 Porcentaje de servicios que cuentan con la plantilla completa de profesionales de salud, según Cartera de Servicios	Registros de la Unidad Médica	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
3.7	A38 Porcentaje de profesionales de salud que cumplen con el perfil de acuerdo a los requerimientos	Registros de la Unidad	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
4. Incrementar el uso eficiente de los recursos financieros									
4.6	A28 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - INSUMOS	Registros de la Unidad Médica	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	12	Continuo	Resultados	0	SÍ	SÍ
4.7	A11 Porcentaje de facturación enviada en relación a costos totales	Registros de la Coordinación General Financiera	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
4.9	A27 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente -	Registros de la Unidad Médica	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	12	Continuo	Resultados	0	SÍ	SÍ

No.	Indicador	Fuente	Responsable	Frecuencia	Comportamiento	Jerarquia de Indicador	Línea Base Inicial	Metas Cerradas	Agrupado
	MEDICINAS								
4.10	A35 Porcentaje de ejecución del PAC	Registros de la Unidad Médica	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	12	Continuo	Resultados	0	SÍ	SÍ
4.11	A24 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - TOTAL	Registros de la Unidad Médica	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	12	Continuo	Resultados	0	SÍ	SÍ
4.12	A30 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - CAPACITACIÓN PERSONAL	Registros de la Unidad Médica	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	12	Continuo	Resultados	0	SÍ	SÍ
4.14	A22 Porcentaje de responsabilidades patronales calculadas	Registro de la unidad	Leonardo Enrique Rodriguez Zambrano	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ

Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	1.26 M01 Porcentaje de reingresos al servicio de Emergencia en menos de 24 horas
Descripción del Indicador	Mide el total de pacientes que son ingresados al área de Emergencia, por segunda (o tercera, o cuarta, etc.) vez dentro de las siguientes 24 horas después de su egreso, por el mismo evento por el que ingresaron la primera vez (o por las complicaciones de este). METAS ESTÁNDARES: La meta asignada y aceptada por la DSGSIF es menor o igual a 2% 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 total de pacientes reingresados a Emergencia en menos de 24h en el periodo -Denominador: Número total de pacientes atendidos en Emergencia en el periodo
Método de cálculo	Número total de pacientes reingresados a Emergencia en menos de 24h en el periodo/Número total de pacientes atendidos en Emergencia en el periodo
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 115.00 %

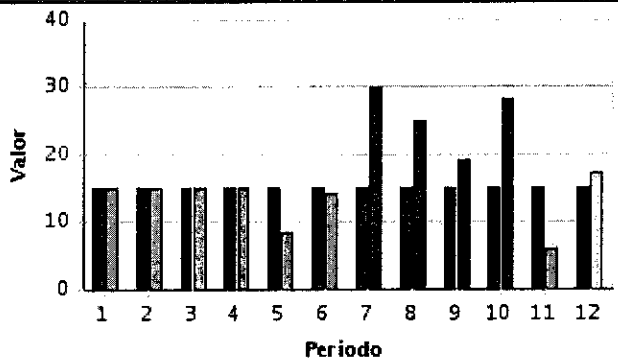
Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Meta	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02
Resultado	0.002	0.0016	0.0089	0.021	0.0128	0.0035	0.0028	0.0028	0.0027	0.0028	0.0078	0.0093
Estado	●	●	●	▽	●	●	●	●	●	●	●	●



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

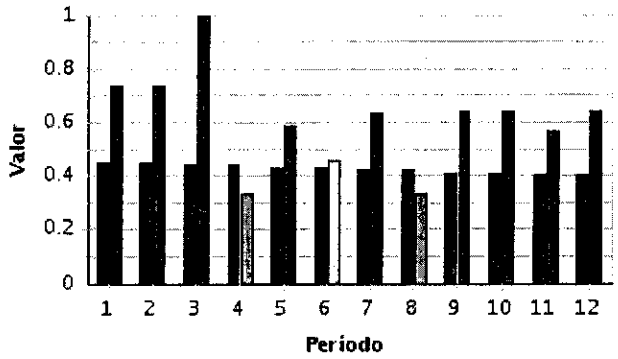
Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	1.27 M02 Tiempo (minutos) promedio de respuesta a emergencias del ECU 911
Descripción del Indicador	Mide el tiempo promedio en el que se responde al llamado del ECU911, desde que fue reportada la Emergencia, hasta que la ambulancia llegue al lugar del evento. METAS ESTÁNDARES: La meta definida por la DSGSIF es menor o igual a 15 minutos según los lineamientos establecidos por el ECU911 REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato X.XX, por ejemplo: 4.50 minutos es igual a 4 minutos con 30 segundos REGISTRO DE RESULTADOS: -Numerador: Sumatoria de los tiempos de respuesta (en minutos) a emergencias del ECU911 -Denominador: Número total de emergencias del ECU911 atendidas
Método de cálculo	Sumatoria de los tiempos de respuesta (en minutos) a emergencias del ECU911/Número total de emergencias del ECU911 atendidas
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 115.00 %

Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Meta	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Resultado	15	15	15	15	8.3333	14	29.8	24.7778	19.1429	28.0588	6	17
Estado												▽



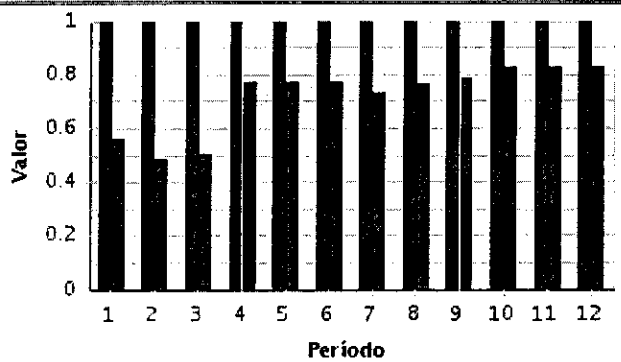
Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	1.28 M25 Relación partos cesárea
Descripción del Indicador	Mide las cesáreas que se ejecutaron en el establecimiento de salud. Las cesáreas deben cumplir con los criterios técnicos establecidos. Relación número de partos sobre número de cesáreas. METAS ESTÁNDARES: La meta debe ser definida por la DSGSIF por nivel de atención 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 partos por cesárea en el periodo -Denominador: Número total de partos atendidos en el establecimiento de salud en el periodo
Método de cálculo	Número de partos por cesárea en el periodo/Número total de partos atendidos en el establecimiento de salud en el periodo
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 115.00 %

Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Meta	0.45	0.45	0.44	0.44	0.43	0.43	0.42	0.42	0.41	0.41	0.4	0.4
Resultado	0.7391	0.7333	1	0.3333	0.5882	0.4545	0.6316	0.3333	0.6429	0.6429	0.5652	0.6429
Estado						▽						



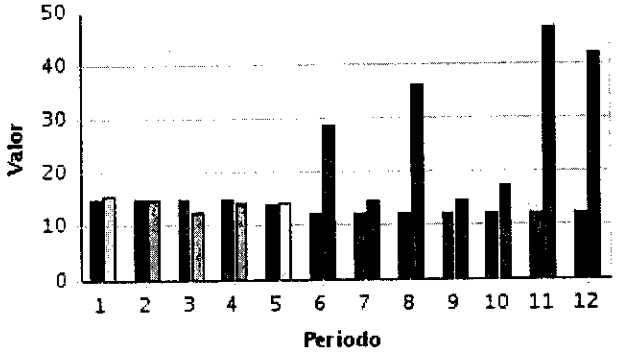
Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	1.30 M51 Porcentaje de fármacos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo
Descripción del Indicador	Permite controlar los niveles de abastecimiento de fármacos del cuadro básico según establecimiento de salud para reposición de 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 OE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95% REGISTRO OE RESULTADOS: -Numerador: Número de fármacos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo en el periodo -Oenominador: 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	0.56	0.485	0.505	0.77	0.77	0.77	0.73	0.7633	0.7847	0.8278	0.8278	0.8278
Estado												

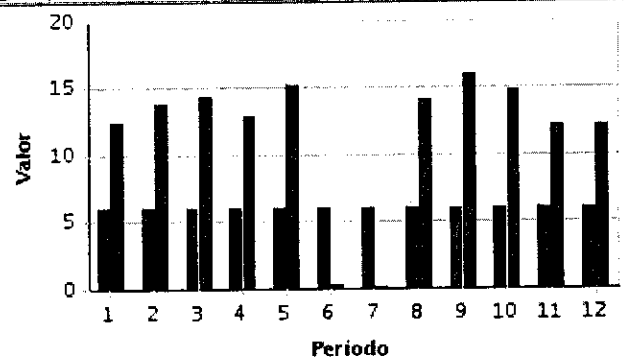


Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	1.34 M12 Tiempo promedio (días) de espera pre-quirúrgico
Descripción del Indicador	Mide el promedio de tiempo (días) que esperó el paciente para ser intervenido quirúrgicamente desde la programación de la cirugía. Detecta necesidad de operación - hasta la operación. Importante: para los establecimientos de salud Centro Clínico Quirúrgico (HD) se medirá el tiempo de espera pre-quirúrgico ambulatorio. METAS ESTÁNDARES: La meta establecida por el Seguro General de Salud Individual y Familiar es hornologada REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00 REGISTRO DE RESULTADOS: -Numerador: Sumatoria del tiempo de espera pre-quirúrgico de los pacientes en el periodo -Denominador: Total de pacientes en espera pre-quirúrgico

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Método de cálculo	Sumatoria del tiempo de espera pre-quirúrgico de los pacientes en el periodo/Total de pacientes en espera pre-quirúrgico											
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 115.00 %											
Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Meta	15	15	15	15	14	12	12	12	12	12	12	12
Resultado	15.4903	14.9339	12.3469	14.0517	14.1374	28.5164	14.481	36.196	14.3929	17.2765	46.7133	41.8412
Estado	▽	◎	◎	◎	▽	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎



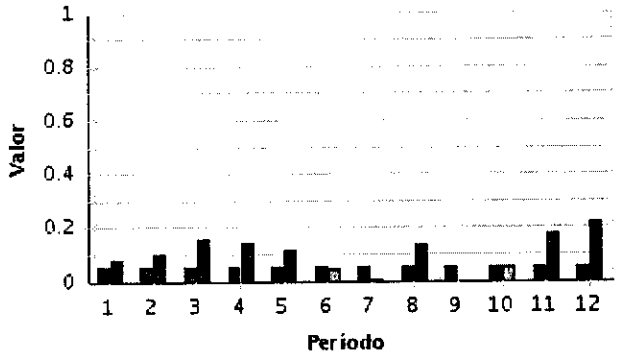
Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	1.35 M58 Tiempo promedio (horas) de estancia pre-quirúrgico											
Descripción del Indicador	Mide el tiempo desde que el paciente es ingresado en el hospital hasta que es operado METAS ESTÁNDARES: La meta DSGSIF es menor o igual a 6 horas REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato X.00, por ejemplo: 5.00 significa 5 horas. REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Sumatoria del tiempo en estancia pre-quirúrgica - Denominador: Número total de pacientes intervenidos en el período											
Método de cálculo	Sumatoria del tiempo en estancia pre-quirúrgica / Número total de pacientes intervenidos 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	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Resultado	12.4129	13.7686	14.3605	12.8017	15.1679	0.1507	0.0704	14.0896	16.0199	14.7825	12.1294	12.1294
Estado	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎



Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	1.36 M14 Porcentaje de cirugías suspendidas
Descripción del Indicador	Mide la proporción de cirugías y con encamamiento que han sido suspendidas por diferentes causas atribuidas al establecimiento. METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es 5% en cada periodo para todos los Establecimientos de Salud REGISTRO DE METAS:

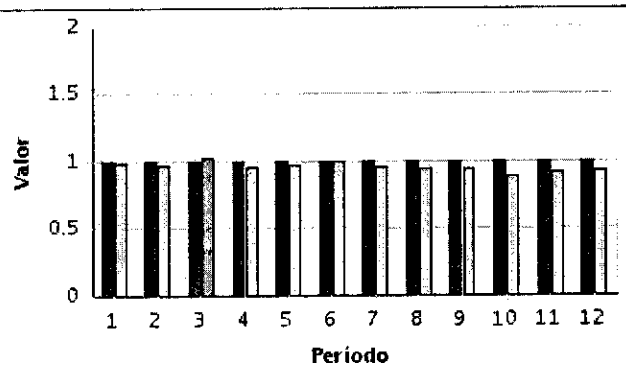
Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
	La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95% REGISTRO DE RESULTADOS: -Numerador: Número de cirugías suspendidas en el periodo -Denominador: Número total de cirugías programadas en el periodo
Método de cálculo	Número de cirugías suspendidas en el periodo /Número total de cirugías programadas en el periodo
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 115.00 %

Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Meta	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05
Resultado	0.0793	0.0964	0.152	0.142	0.1131	0.042	0.0061	0.1311	0	0.0495	0.1747	0.2174
Estado												

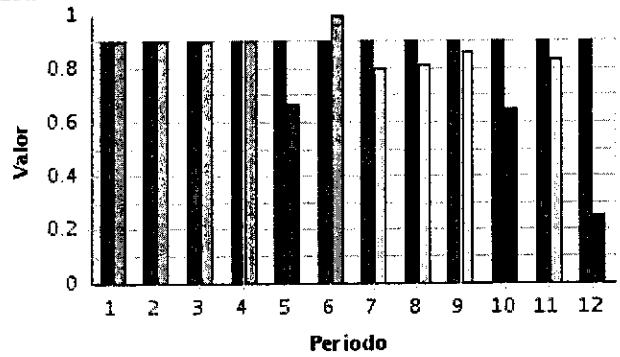


Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	1.39 M78 Porcentaje de exámenes entregados oportunamente
Descripción del Indicador	Mide la proporción de exámenes entregados a tiempo, es decir que los exámenes se suban al sistema AS-400; tiene la finalidad de evaluar los siguientes servicios: -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	0.9783	0.9611	1.016	0.9541	0.9621	0.9969	0.9534	0.9348	0.9384	0.8779	0.9079	0.9254
Estado												

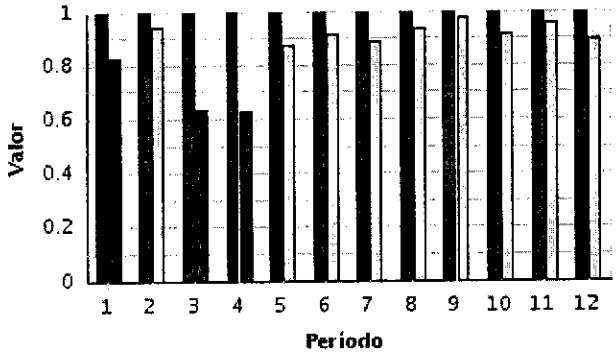


Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	1.40 M68 Porcentaje de respuesta en las transferencias reales en un tiempo ideal											
Descripción del Indicador	Mide la proporción de respuestas en las transferencias reales en un tiempo ideal desde que el requerimiento es recibido en la central de radiocomunicaciones hasta que el paciente es trasladado al establecimiento de salud más cercano dentro del área de jurisdicción. Tiempo ideal: será de menor o igual a 30 minutos. METAS ESTÁNDARES: La meta designada por la Dirección del Seguro General Individual y Familiar es el 90% 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 respuestas de las transferencias en el tiempo ideal - Denominador: Número total de transferencias requeridas											
Método de cálculo	Número de respuestas de las transferencias en el tiempo ideal / Número total de transferencias requeridas											
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	0.9	0.9	0.9	0.9	0.6667	1	0.8	0.8148	0.8571	0.6471	0.8333	0.25
Estado												

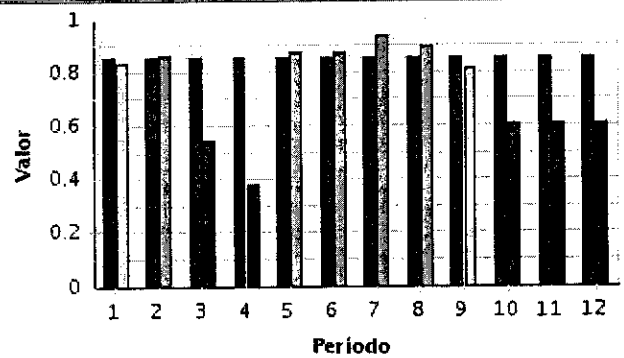


Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	1.42 M04 Porcentaje de profesionales de enfermería que cumple los "Diez Correctos"
Descripción del Indicador	Mide el número de profesionales que brindan atención de enfermería cumpliendo con los diez correctos, con relación al total del personal de enfermería con el que cuenta el Establecimiento de Salud en el periodo. 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 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 profesionales de enfermería que cumple los ""Diez Correctos"" durante el periodo

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
	-Denominador: Número total de personal de enfermería evaluados en el periodo											
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	0.8286	0.9434	0.6304	0.625	0.8723	0.9167	0.8868	0.9362	0.9787	0.9149	0.9574	0.8936
Estado	◎	▽	◎	◎	▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽



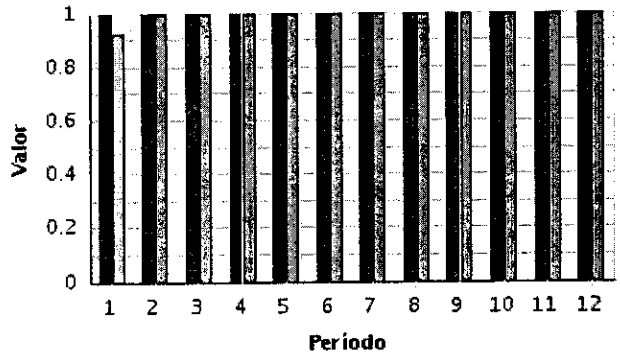
Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	1.44 M59 Porcentaje de reactivos vitales con stock mayor o igual al mínimo											
Descripción del Indicador	Mide el porcentaje de reactivos vitales con stock mayor o igual al mínimo (3 meses), en relación al total de reactivos vitales de uso de la unidad médica. Esto es el abastecimiento de los reactivos vitales en el servicio. METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la Dirección del Seguro General Individual y Familiar para el año 2017 es 85% y para el año 2018 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 reactivos vitales con stock mayor o igual al mínimo en el periodo - Denominador: Número total de reactivos en stock en el periodo											
Método de cálculo	Número de reactivos vitales con stock mayor o igual al mínimo en el periodo / Número total de reactivos en stock 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	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85
Resultado	0.8333	0.8571	0.5476	0.381	0.875	0.875	0.9375	0.8958	0.8125	0.6042	0.6042	0.6042
Estado	▽	○	◎	◎	○	○	○	○	▽	◎	◎	◎



Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	1.45 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:

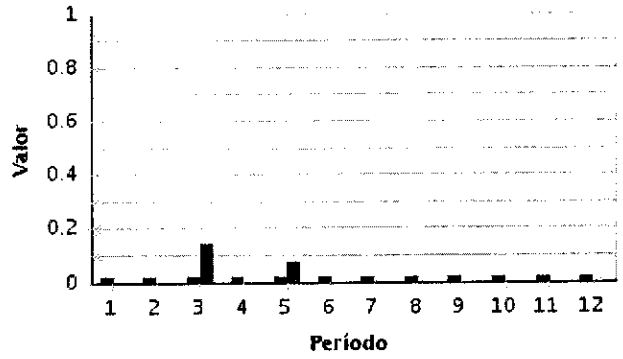
Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
	La meta asignada por la Dirección del Seguro General Individual y Familiar es del 100% en cada periodo para todos los establecimientos de salud REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95% REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Número de 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
Meta	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Resultado	0.9231	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Estado	▽	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

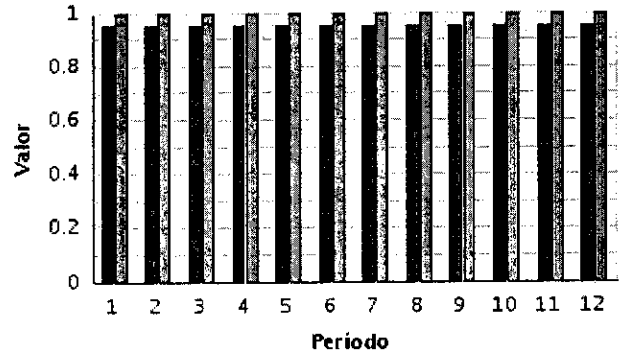


Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	1.46 M62 Porcentaje de inconsistencias en reportes de mortalidad
Descripción del Indicador	Mide el nivel de inconsistencia en los registros de mortalidad que reporta el Sistema informático de cada Unidad Médica en relación a los registros que realiza el personal médico en la epicrisis del paciente (Historia Clínica). METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la Dirección del Seguro General Individual y Familiar es hasta el 3% para los hospitales de nivel III y el 2% para los hospitales nivel II, hospitales del día y centros de especialidades en cada periodo 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 inconsistencias encontradas en los registros auditados en el periodo - Denominador: Total de registros auditados en el periodo
Método de cálculo	Número de inconsistencias encontradas en los registros auditados en el periodo / Total de registros auditados en el periodo
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	0.1429	0	0.0714	0	0	0	0	0	0	0
Estado	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

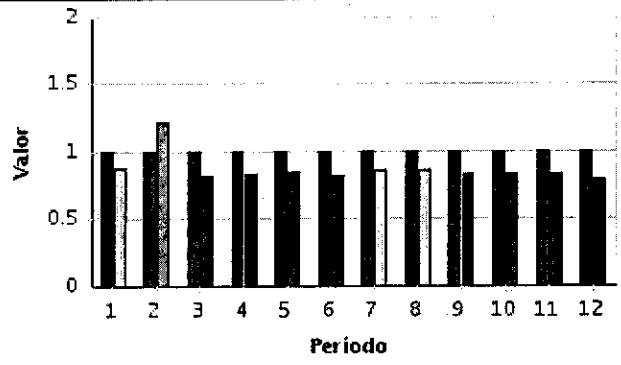


Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	1.48 M75 Porcentaje de informes de derivación con pertinencia médica efectiva											
Descripción del Indicador	Mide el nivel de pertinencia médica que justifique las derivaciones realizadas dentro de la unidad METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por el Seguro General de Salud Individual y Familiar es 95% en cada período REGISTRD DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95% REGISTRD DE RESULTADOS: -Numerador:Número de informes de derivaciones con pertinencia médica efectiva -Denominador:Número total de informes de derivaciones realizadas											
Método de cálculo	Número de informes de derivaciones con pertinencia médica efectiva/Número total de informes de derivaciones realizadas											
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 85.00 %											
Período	**Ene**	**Feb**	**Mar**	**Abr**	**May**	**Jun**	**Jul**	**Ago**	**Sep**	**Oct**	**Nov**	**Dic**
Meta	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95
Resultado	1	1	0.9972	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Estado												



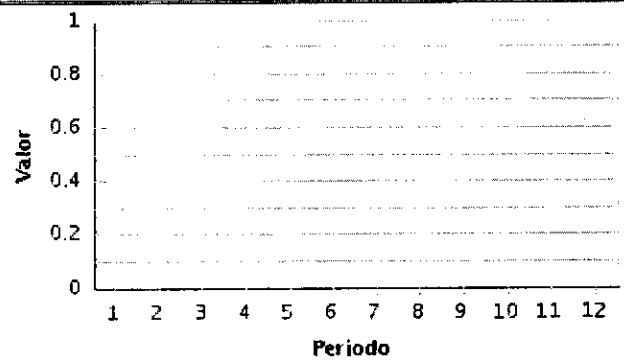
Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	1.51 M56 Porcentaje de atenciones realizadas en consulta externa
Descripción del Indicador	Mide la efectividad del cumplimiento de la agenda programada de consulta externa en cada período, no se considera las consultas por agenda extendida. METAS ESTÁNDARES: La meta designada por la DSGSIF es del 100% para todos los establecimientos de salud en cada período. REGISTRD DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 equivale a 95% REGISTRO DE RESULTADDS: - 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
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 85.00 %

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
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	0.8636	1.2115	0.8104	0.8333	0.8422	0.8201	0.8514	0.8501	0.8342	0.8257	0.8346	0.7917
Estado	▽	○	◎	◎	◎	◎	▽	▽	●	◎	◎	◎



Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	1.52 M65 Porcentaje de muertes maternas
Descripción del Indicador	Mide la proporción de muertes maternas evitables ocurridas durante el periodo. El Manual de Procedimientos de Mortalidad Evitable del MSP considera las siguientes definiciones: Muerte Materna: Es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo, o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Defunción Materna Tardía: Es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas, después de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de la defunción. Muerte Materna Evitable: Es la muerte de una mujer en periodo del embarazo, parto o puerperio, que se pudo evitar si se hubiera tomado la decisión oportuna de acudir a los servicios de salud a tiempo y haber recibido atención pertinente y adecuada. METAS ESTÁNDARES: La meta sugerida por la Dirección del Seguro General Individual y Familiar es del 0% 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 muertes maternas evitables identificadas en el periodo - Denominador: Número de partos atendidos en la unidad
Método de cálculo	Número de muertes maternas evitables identificadas en el periodo / Número de partos atendidos en la unidad
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 115.00 %

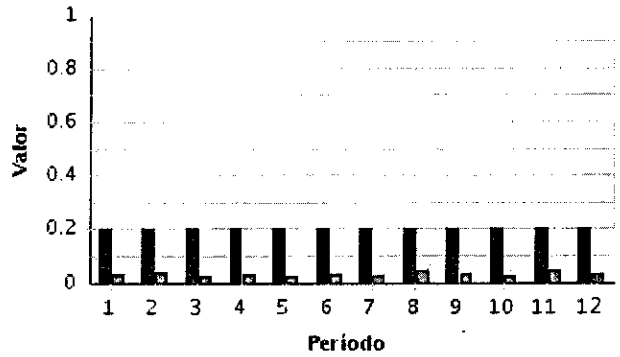
Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Meta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Resultado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estado	◎	○	◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎



Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	1.56 M79 Porcentaje de derivaciones solicitadas por capacidad resolutiva

Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Descripción del Indicador	Mide la proporción de solicitudes de derivación por motivo de la falta de camas, el daño o falta de equipos, falta de dispositivos médicos de laboratorio, u otras causas propias del establecimiento de salud justificadas técnicamente, con respecto a la totalidad de atenciones en el periodo. DERIVACIÓN: Es el procedimiento estructurado de envío de un paciente (con información por escrito) de un establecimiento de salud de menor Nivel de Atención o Complejidad de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) a otro de igual o mayor Nivel de Atención y/o Complejidad de la Red Complernentaria, cuando la capacidad instalada del establecimiento o de la entidad a la que pertenece no permite resolver el problema de salud, por la que se le envía, buscando la complementariedad de los servicios previa la autorización correspondiente. CAPACIDAD RESOLUTIVA: Es el nivel de respuesta que tiene un establecimiento de salud a la demanda de atención o solución inmediata a cuadros complejos de salud de una persona o grupo de personas, con acciones integrales, inmediatas y oportunas haciendo uso de los recursos físicos y humanos debidamente calificados, quienes harán diagnóstico y tratamiento oportuno. Se expresa en: -La cartera de servicios del establecimiento -El talento humano calificado que dispone -La infraestructura; y, -El equipamiento METAS ESTÁNDARES: La meta asignada a por el Seguro General de Salud Individual y Familiar es homologada 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 derivaciones solicitadas en el periodo-Número de derivaciones solicitadas por superar la capacidad resolutiva de la unidad médica) -Denominador: Total de atenciones realizadas en el periodo
Método de cálculo	(Número de derivaciones solicitadas en el periodo-Número de derivaciones solicitadas por superar la capacidad resolutiva de la unidad médica)/ Total de atenciones realizadas en el periodo
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 115.00 %

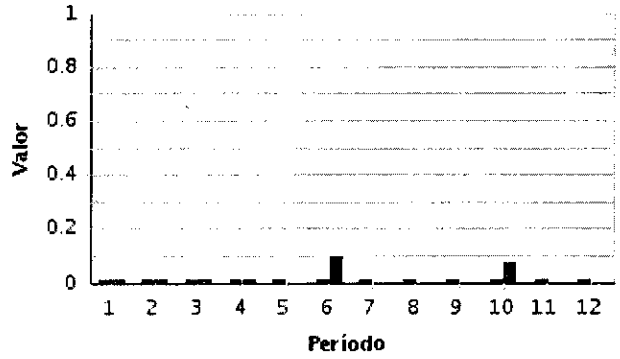
Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Meta	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
Resultado	0.0275	0.0395	0.0243	0.0307	0.0235	0.0305	0.0254	0.0418	0.0342	0.0245	0.0459	0.0308
Estado												



Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	1.57 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.

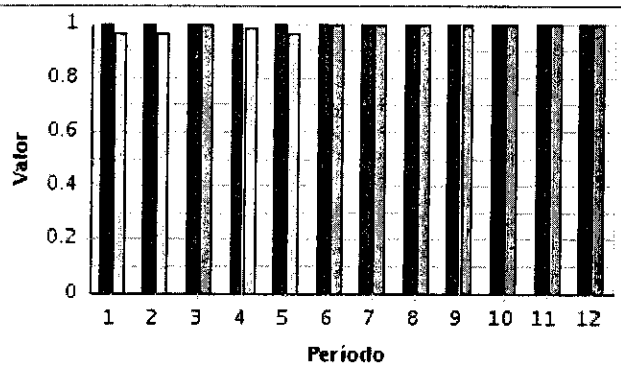
Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
	REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%. REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR:(Número de incidentes de postparto referidos en el período - Número de incidentes de postparto referidos por superar 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	0.0909	0	0	0	0.0714	0	0
Estado												



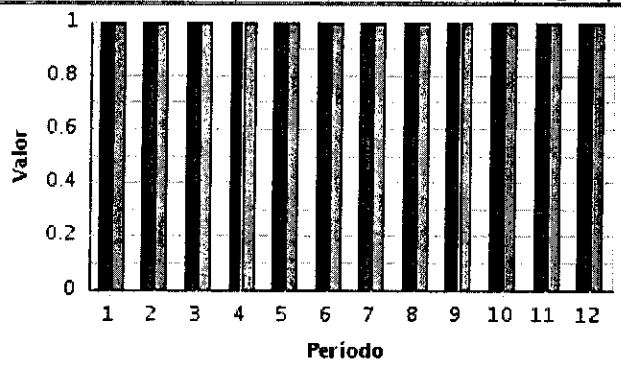
Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	1.58 M08 Porcentaje de cumplimiento de protocolos o guías de práctica clínica
Descripción del Indicador	Mide la aplicación de los protocolos aprobados por el Ministerio de Salud Pública o en su ausencia, aquellos aplicados en el establecimiento 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
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	0.9636	0.9636	1	0.9818	0.9636	1	1	1	1	1	1	1
Estado												



Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	1.60 M67 Porcentaje de profesionales de emergencia capacitados en el Triaje de Manchester											
Descripción del Indicador	Mide la proporción de profesionales del área de emergencia capacitados en la Metodología de Clasificación de Pacientes - Triaje de Manchester, para la priorización de la atención. Cabe indicar que este conocimiento debería tener todo personal que trabaja en esta área, y por lo tanto si es necesario algún refuerzo, se debe realizar las gestiones pertinentes de manera inmediata, ya sea por medio de una capacitación externa o incluso por un profesional de la misma área que conozca del tema. No se refiere a realizar una capacitación al personal, más bien de constatar que el personal sea el adecuado para realizar las gestiones que requiere el área. El triaje es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. Es un sistema estructurado con cinco niveles de prioridad que se asignan asumiendo el concepto de que lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente y hacen posible clasificar a los pacientes a partir del «grado de urgencia», de tal modo que los pacientes más urgentes serán asistidos primero y el resto serán reevaluados hasta ser vistos por el médico. Este indicador permite gestionar que todas las personas en el área de emergencia estén capacitadas siempre, sin que esto sea perjudicado por la rotación de personal. METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la Dirección del Seguro General Individual y Familiar es del 100% en cada periodo para todos los establecimientos de salud que cuentan con áreas de emergencia. 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 del área de emergencia capacitados en el Triaje de Manchester -Denominador: Total de profesionales del área de emergencia											
Método de cálculo	Número de profesionales del área de emergencia capacitados en el Triaje de Manchester / Total de profesionales del área de emergencia											
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 85.00 %											

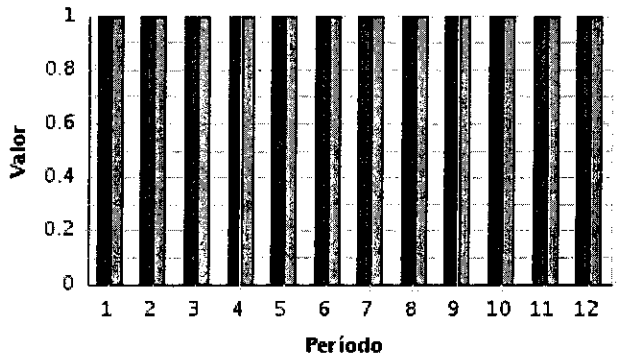
Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Meta	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Resultado	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Estado												



Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	1.61 M69 Porcentaje de profesionales sanitarios con conocimientos técnicos en atención pre hospitalaria, soporte vital básico y manejo de trauma

Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Descripción del Indicador	Mide la proporción de profesionales sanitarios con conocimiento en el manejo de Soporte Vital Básico y en el Trauma Prehospitalario de los pacientes politraumatizados de las áreas de emergencia, considerando que deben asistir al paciente durante su traslado y aquellos que brindan asistencia prehospitalaria en este proceso. Considérese para médico al técnico, tecnólogo, licenciado o médico que presta sus servicios en ambulancia, triage o emergencia Cabe indicar que este conocimiento debería tener todo personal que trabaja en esta área, y por lo tanto si necesitaran algún refuerzo, se debe realizar las gestiones pertinentes de manera inmediata, incluso si uno de los compañeros que si lo sepa hacer, les ayude con ese refuerzo. No se refiere a realizar una capacitación al personal, más bien de constatar que el personal sea el adecuado para realizar las gestiones que requiere el área IMPORTANTE: -Este indicador aplica en los establecimientos de salud que cuentan con las ambulancias articuladas al Sistema ECU911 METAS ESTÁNDARES: -La meta asignada por la DSGSIF es del 100% en cada período para todos los establecimientos de salud que cuentan con áreas de emergencia y tienen ambulancias REGISTRO DE METAS: -La meta debe ser registrada en formato 0.00 o 1.00, por ejemplo: 0.95 equivale a 95% REGISTRO DE RESULTADO: -Numerador: Número de profesionales con conocimiento en el manejo de Soporte Vital Básico y en el Trauma Prehospitalario -Denominador: Total de profesionales del área
Método de cálculo	Número de profesionales con conocimiento en el manejo de Soporte Vital Básico y en el Trauma Prehospitalario / Total de profesionales del área
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 85.00 %

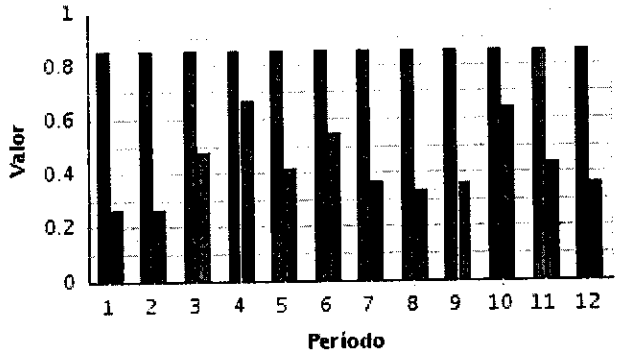
Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Meta	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Resultado	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Estado												



Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	1.63 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%

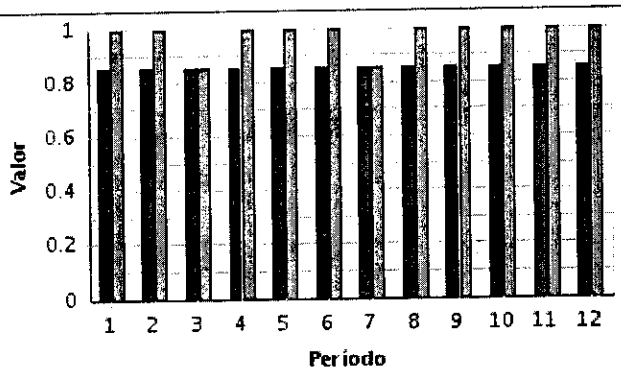
Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
	REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR: Número de embarazadas con control prenatal y parto normal atendidas en el establecimiento de salud en el período DENOMINADOR: Número total de embarazadas con control prenatal realizado en el establecimiento de salud en 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	0.2609	0.2667	0.4737	0.6667	0.4118	0.5455	0.3684	0.3333	0.3571	0.6429	0.4348	0.3571
Estado												



Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	1.64 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 %

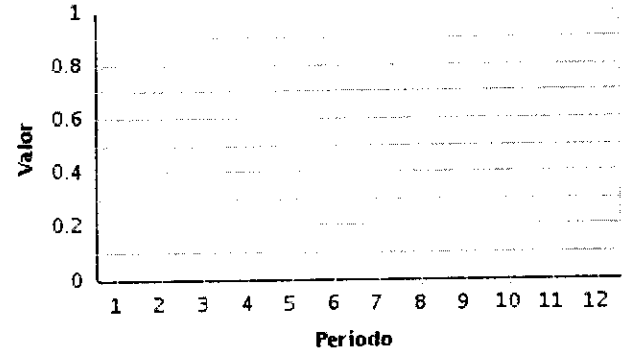
Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Meta	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85
Resultado	1	1	0.85	1	1	1	0.85	1	1	1	1	1
Estado												



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	1.70 M85 Porcentaje de muerte neonatal evitable
Descripción del Indicador	Mide la proporción de muertes neonatales evitable ocurridas durante el periodo en la Unidad Médica. Permite identificar y notificar todas las muertes neonatales evitables ocurridas 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, 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 gestación de 22 semanas o más; desde que es separado del organismo de la madres hasta que cumple 28 días de vida extrauterina. Muerte Neonatal: 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 establecida por el Seguro General de Salud Individual y Familiar es homologada 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 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												

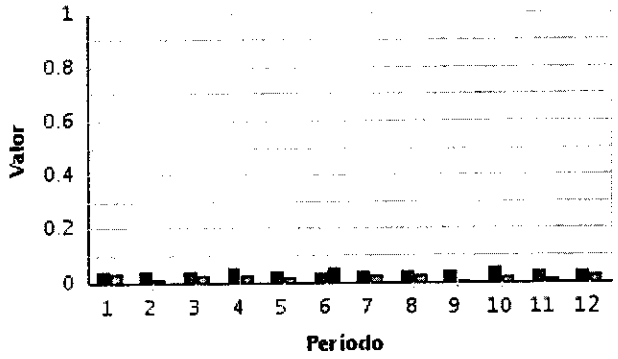


Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	1.71 M29 Porcentaje de pacientes que superan las 48 horas en el área de observación del servicio de emergencia
Descripción del Indicador	Este indicador sirve para evaluar el grado de aprovechamiento de las camillas del área de observación del servicio de emergencia. Teóricamente una camilla de emergencia no debería estar ocupada más de 48 horas según Norma, sin embargo, en la mayoría de los establecimientos que cuentan con áreas de observación sobrepasan ese período, debido a deficiencias técnicas o a la falta de camas en hospitalización según el nivel de atención.

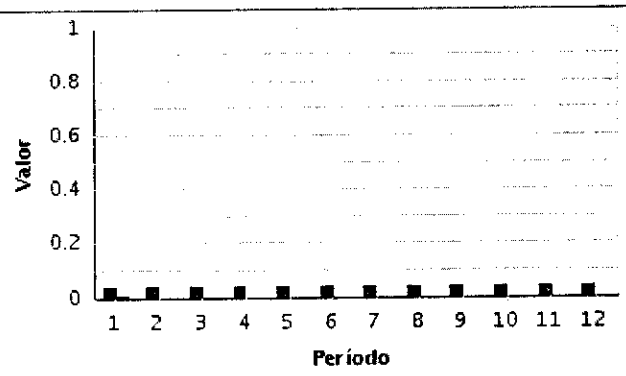
Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
	METAS ESTÁNDARES: -La meta debe proponer cada establecimiento de salud. REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95% REGISTRO DE RESULTADOS: -Numerador: Número de pacientes en el área de observación de emergencia que superan las 48 horas en el período -Denominador: Total de pacientes en el área de observación de emergencia en el período
Método de cálculo	Número de pacientes en el área de observación de emergencia que superan las 48 horas en el período / Total de pacientes en el área de observación de emergencia 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	0.04	0.04	0.04	0.05	0.04	0.03	0.04	0.04	0.04	0.05	0.04	0.04
Resultado	0.0286	0.0094	0.0267	0.021	0.0183	0.0509	0.0273	0.0207	0.0059	0.0203	0.0108	0.0239
Estado												



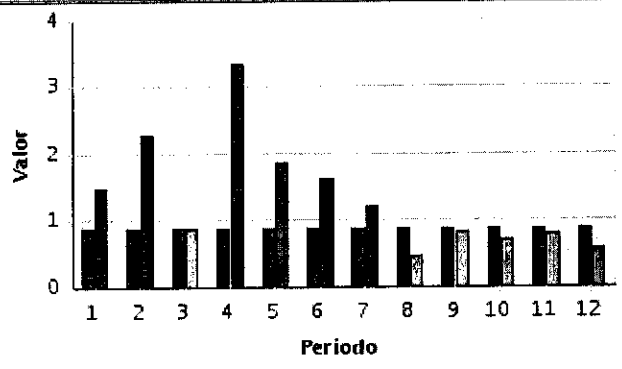
Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	1.72 M60 Porcentaje de IAAS por servicio
Descripción del Indicador	Mide el porcentaje promedio de infecciones asociadas al área de salud que se producen en la unidad en cada período por servicio. METAS ESTÁNDARES: La meta determinada por el SGSIF 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 RESULTADDS: - 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	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04
Resultado	0.0061	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estado												



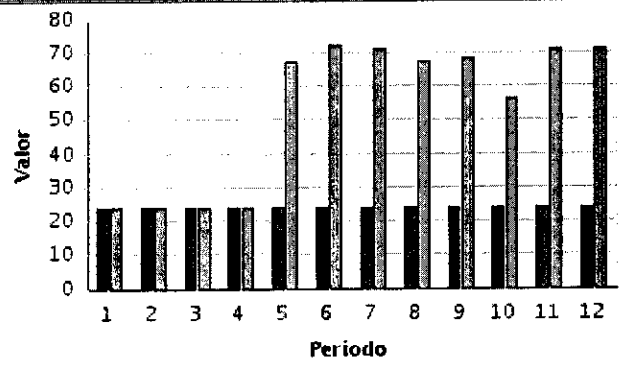
Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	1.74 M57 Porcentaje de ocupación de camas
Descripción del Indicador	Mide la relación entre el total de días paciente y el total de camas disponibles (son funcionales y censables) en un período de tiempo determinado. Ejemplo, numerador: [Número de Egresos al mes (30 días) 15.000 / 621 (Total de camas disponibles en el área de hospitalización)*30(días que tiene el mes) = 18.360] por 100 para sacar el porcentaje Importante: cama censable es la cama de servicio, instalada en el área de hospitalización para el uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio y personal para la atención médica, es controlada por el servicio de admisión de la unidad y se asigna al paciente en el momento de su ingreso hospitalario para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento. La información sobre las camas se refiere a Medicina Interna, Cirugía, Gineco- obstetricia, Pediatría, Traumatología y Ortopedia, Psiquiatría y otras. METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es 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: Total días cama ocupada (egresos) - Denominador: Total días cama disponible
Método de cálculo	Total días cama ocupada (egresos) / Total días cama disponible
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 115.00 %

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	1.4676	2.2582	0.85	3.3281	1.8585	1.6004	1.1864	0.4449	0.7966	0.6931	0.7802	0.5542
Estado												

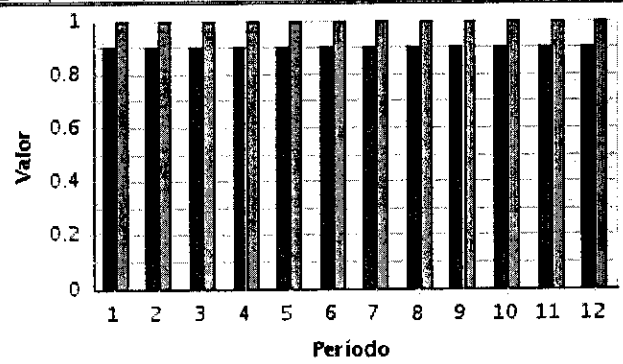


Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	1.75 M87 Número de Consultas Externas realizadas como parte del Programa de Atenciones Médicas en Días de Descanso Obligatorio
Descripción del Indicador	Mide el número de consultas externas brindadas en el periodo como parte de la ejecución del Programa de Atenciones en Días de Descanso Obligatorio (DDO).Durante el periodo mayo hasta diciembre/2016 se registraron 72.424 consultas externas como parte de la implementación de este programa en todo el país. METAS ESTÁNDARES: La meta es establecida por el Seguro General de Salud Individual y Familiar para cada Unidad Médica (que forma parte del programa DDO) en cada periodo de acuerdo a la realidad de su capacidad instalada, debiendo ser revisada y reajustada cada trimestre conforme se reduzcan los tiempos de espera y la demanda

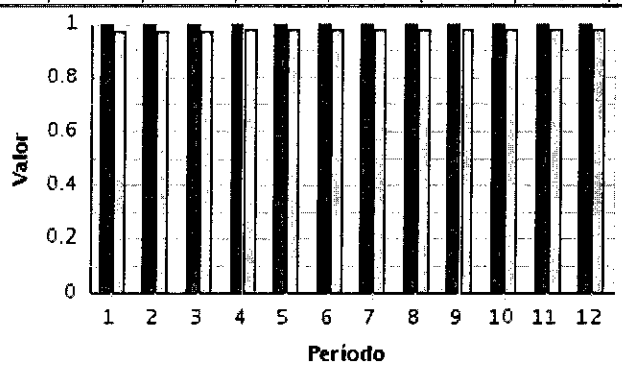
Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
	insatisfecha existente. REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en números enteros REGISTRO DE RESULTADOS: -Número de consultas Externas brindadas en el periodo											
Método de cálculo	Número de consultas Externas brindadas en el periodo											
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 85.00 %											
Período	**Ene**	**Feb**	**Mar**	**Abr**	**May**	**Jun**	**Jul**	**Ago**	**Sep**	**Oct**	**Nov**	**Dic**
Meta	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
Resultado	24	24	24	24	67	72	71	67	68	56	71	71
Estado												



Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	2.17 A01 Índice de disponibilidad de tecnología informática											
Descripción del Indicador	Mide la disponibilidad de tecnología informática operativa (HW+SW+RED) con que cuenta el personal de administrativo y de salud para llevar a cabo sus funciones durante el período. METAS ESTÁNDARES: La meta asignada para el indicador es de 90% 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: 0.80 es igual a 80%. REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR: Sumatoria del número de horas disponibles de (HW+SW+RED) que tiene cada estación de trabajo en el período DENOMINADOR: (Número de estaciones de trabajo * Número de horas de trabajo en el período)											
Método de cálculo	Sumatoria del número de horas disponibles de (HW+SW+RED) que tiene cada estación de trabajo en el período / (Número de estaciones de trabajo * Número de horas de trabajo 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	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9
Resultado	0.9958	0.9958	0.9958	0.9958	0.9958	0.9958	0.9958	0.9958	0.9958	0.9958	0.9958	0.9958
Estado												

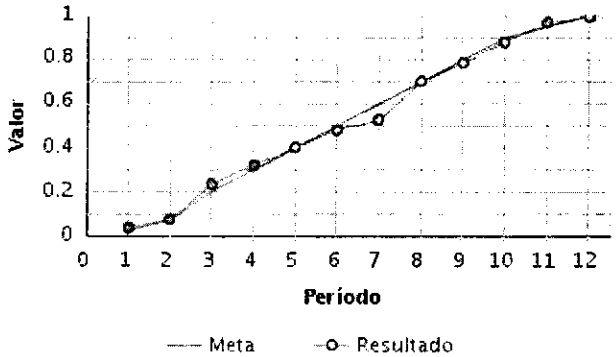


Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	2.18 A16 Porcentaje de equipamiento biomédico operativo											
Descripción del Indicador	Mide a los equipos biomédicos que estén en el inventario de activos fijos que se encuentran operativos al momento de la medición. (Todo equipo 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	0.9679	0.9679	0.9679	0.9733	0.9733	0.9733	0.9733	0.9733	0.9733	0.9733	0.9733	0.9733
Estado	▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽



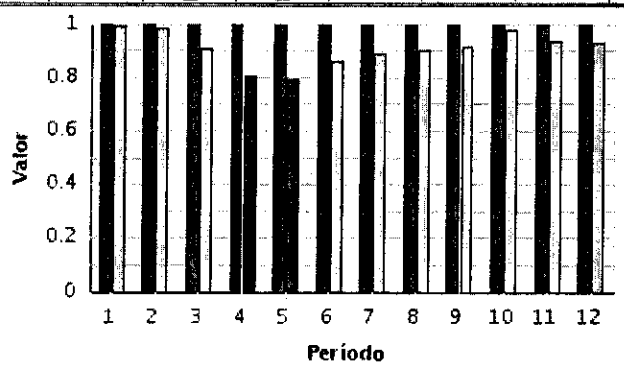
Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	2.20 A37 Porcentaje de avance de los planes de mantenimiento del equipamiento sanitario											
Descripción del Indicador	Mide el cumplimiento de los planes de mantenimiento de los equipos sanitarios que se encuentran en operación en cada Unidad Médica. METAS ESTÁNDARES: La meta establecida por el Seguro General de Salud Individual y Familiar es homologada, debiendo 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**

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Meta	0.02	0.07	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	0.95	1
Resultado	0.0343	0.0743	0.2314	0.32	0.3971	0.4771	0.5229	0.6971	0.78	0.8771	0.9657	0.9886
Estado	◎	○	◎	○	▽	▽	▽	▽	▽	▽	◎	▽



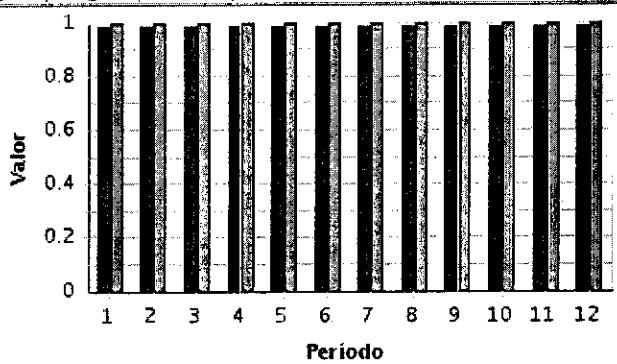
Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	2.21 A36 Porcentaje promedio de dispositivos médicos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo
Descripción del Indicador	Mide el porcentaje promedio de dispositivos médicos con stock mayor o igual al stock mínimo que resulten de 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 periodo 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	0.9867	0.98	0.91	0.8033	0.7933	0.86	0.89	0.9033	0.9167	0.9733	0.9367	0.9267
Estado	▽	▽	▽	◎	◎	▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽

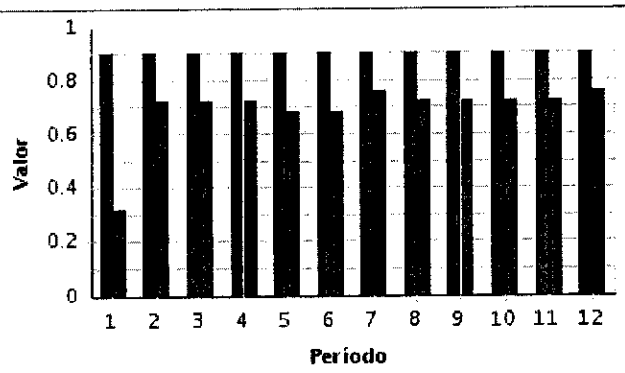


Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	2.24 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												

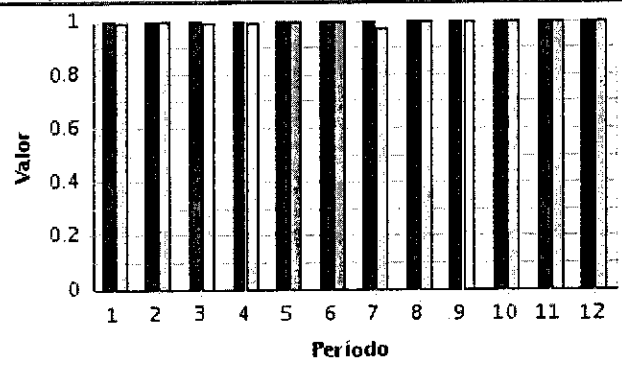


Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	3.6 A39 Porcentaje de servicios que cuentan con la plantilla completa de profesionales de salud, según Cartera de Servicios											
Descripción del Indicador	Mide la proporción de servicios del establecimiento que tienen la cantidad 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	0.32	0.72	0.72	0.72	0.68	0.68	0.76	0.72	0.72	0.72	0.72	0.76
Estado												



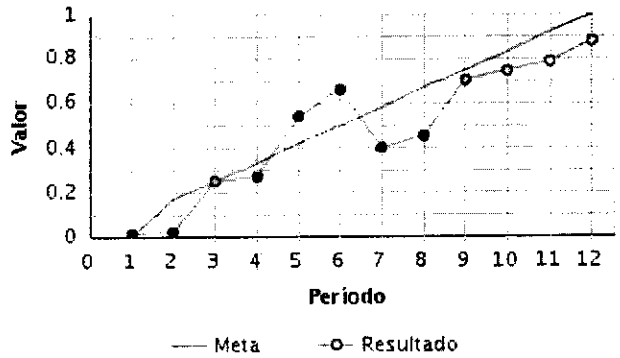
Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	3.7 A38 Porcentaje de profesionales de salud que cumplen con el perfil de acuerdo a los requerimientos
Descripción del Indicador	Mide la relación entre los profesionales de salud que cumplen con los requisitos: Título profesional, experiencia, 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	0.9866	0.9944	0.9887	0.989	1	1	0.9722	0.9944	0.9944	0.9944	0.9944	0.9944
Estado	▽	▽	▽	▽	○	○	▽	▽	▽	▽	▽	▽



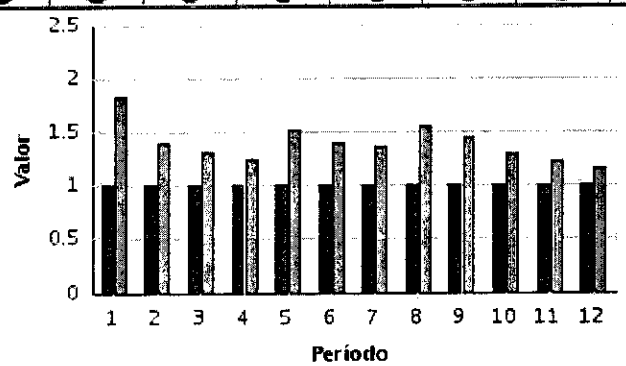
Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	4.6 A28 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - INSUMOS
Descripción del Indicador	Mide el porcentaje de ejecución del presupuesto de Gasto Corriente del grupo especificado en relación al monto codificado. METAS ESTÁNDARES: La 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

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
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	0.1667	0.25	0.3333	0.4167	0.5	0.5833	0.6667	0.75	0.8333	0.9167	1
Resultado	0.0099	0.0197	0.2484	0.2691	0.5401	0.6611	0.3974	0.4516	0.7035	0.7422	0.7847	0.8769
Estado												



Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	4.7 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 %

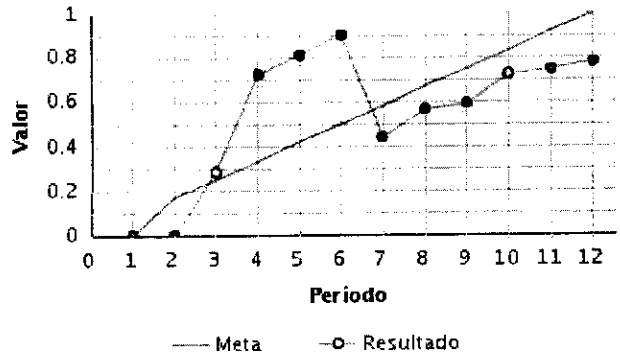
Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Meta	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Resultado	1.8165	1.4016	1.3147	1.2443	1.5235	1.3919	1.3595	1.5413	1.4465	1.2975	1.2177	1.1616
Estado												



Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	4.9 A27 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - MEDICINAS
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% REGISTRD DE METAS:

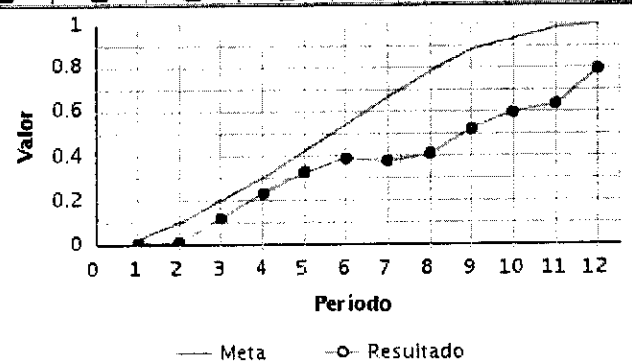
Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
	La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95% REGISTRO DE RESULTADOS: -Numerador: Monto del grupo ejecutado acumulado en el periodo -Denominador: Presupuesto del grupo codificado
Método de cálculo	Monto del grupo ejecutado 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	0.1667	0.25	0.3333	0.4167	0.5	0.5833	0.6667	0.75	0.8333	0.9167	1
Resultado	0	0	0.2826	0.7225	0.8084	0.9003	0.4401	0.5648	0.5905	0.7219	0.7447	0.7778
Estado												



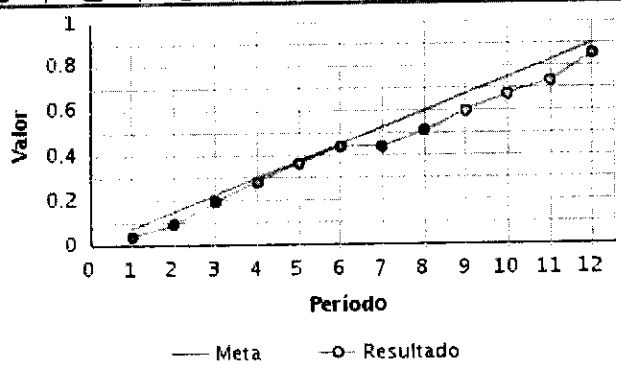
indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	4.10 A35 Porcentaje de ejecución del PAC
Descripción del Indicador	Mide la ejecución del PAC en cada Centro de Responsabilidad Presupuestaria. PAC: Plan Anual de Contrataciones. METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por el Seguro General de Salud 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	0.0017	0.0046	0.1127	0.2285	0.321	0.3873	0.3725	0.4053	0.52	0.5924	0.6304	0.7881
Estado												

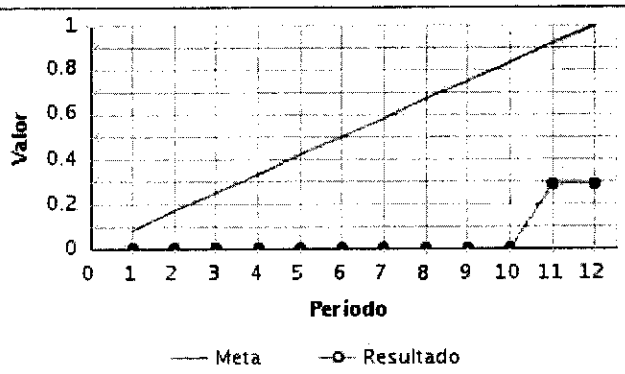
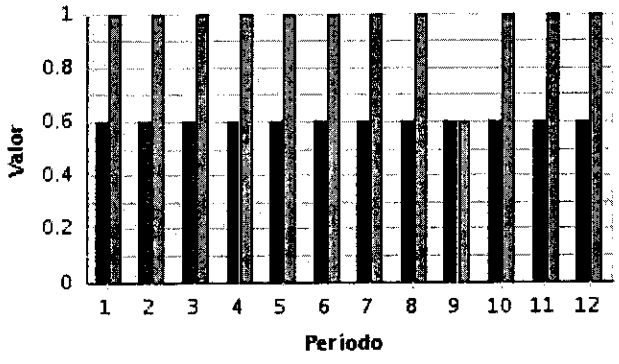


indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	4.11 A24 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - TOTAL

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
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	0.0351	0.0878	0.1882	0.2782	0.3624	0.4347	0.4366	0.5064	0.5947	0.6692	0.7287	0.8471
Estado												



Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	4.12 A30 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - CAPACITACIÓN PERSONAL											
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	0	0	0	0	0	0	0.2842	0.2842
Estado												



Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	4.14 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											
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	1	1	1	0.6	1	1	1
Estado