


IESS-PR
 POR RESULTADOS

Año: 2016

Indicadores - Construcción Detallada
Centro de Salud C - Bahía de Caráquez11/05/2017 - 10:17
AM

Número total de indicadores	29	% de metas cerradas sobre el total
Número de indicadores con línea base definida	0	
Número de indicadores con metas definidas y cerradas	29	

No.	Indicador	Fuente	Responsable	Frecuencia	Comportamiento	Jerarquía de Indicador	Línea Base Inicial	Metas Cerradas	Agrupado
1. Incrementar la calidad, calidez y oportunidad en la prestación de servicios de salud									
1.1	M09 Porcentaje de quejas escritas de usuarios resueltas en el establecimiento de salud	Registros de la unidad	Diana Carolina Poalasin Macharilla	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.2	M38 Porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a primera consulta antes de las 14 semanas	Registros de la unidad	Marlene Romo Medina	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.3	M39 Porcentaje de embarazadas con parto normal atendidas en el establecimiento de salud	Registros de la Unidad	Carlos Augusto Cevallos Velez	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.5	M62 Porcentaje de inconsistencia en reporte de mortalidad	Registros de la Unidad	Marlene Romo Medina	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.6	M54 Porcentaje de atención de quejas y reclamos en los tiempos establecidos a los Afiliados, Beneficiarios y Empleadores	Unidad Médica	Carlos Augusto Cevallos Velez	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.7	A36 Porcentaje promedio de dispositivos médicos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo	Registro de la unidad	Carlos Augusto Cevallos Velez	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.8	A16 Porcentaje de equipamiento biomédico operativo	Registros de la unidad	Carlos Augusto Cevallos Velez	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.10	M56 Porcentaje de atenciones realizadas en consulta externa	Registros de atención de consulta externa del	Carlos Augusto Cevallos Velez	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ

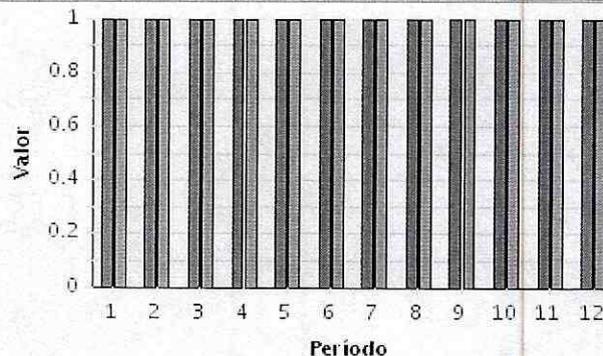
No.	Indicador	Fuente	Responsable	Frecuencia	Comportamiento	Jerarquía de Indicador	Línea Base Inicial	Metas Cerradas	Agrupado
		establecimiento de salud							
1.11	M51 Porcentaje de fármacos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo	Registro de la unidad	Carlos Augusto Cevallos Velez	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.12	M04 Porcentaje de profesionales de enfermería que cumple los "Diez Correctos"	Jefatura de Enfermería	Carlos Augusto Cevallos Velez	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.13	M08 Porcentaje de cumplimiento de protocolos o guías de práctica clínica	Registros de la unidad	Carlos Augusto Cevallos Velez	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.14	M22 Porcentaje de incidentes de postparto referidos	Registros de la unidad	Carlos Augusto Cevallos Velez	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.16	M67 Porcentaje de profesionales de emergencia capacitados en el Triage de Manchester	Registros de la Unidad	Wilson Intriago Ponce	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.17	M69 Porcentaje de profesionales sanitarios con conocimientos técnicos en atención pre hospitalaria, soporte vital básico y manejo de trauma	Registros de la Unidad	Carlos Augusto Cevallos Velez	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.18	M02 Tiempo (minutos) promedio de respuesta a emergencias del ECU 911	Registros de la Unidad	Carlos Augusto Cevallos Velez	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.19	M66 Porcentaje de profesionales capacitados en los protocolos y guías de práctica clínica aplicables a la unidad médica	Registros de la Unidad	Wilson Intriago Ponce	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
2. Incrementar la eficiencia operacional									
2.1	M05 Porcentaje de reagendamento de pacientes	Registros de la unidad		12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí

No.	Indicador	Fuente	Responsable	Frecuencia	Comportamiento	Jerarquía de Indicador	Línea Base Inicial	Metas Cerradas	Agrupado
2.3	M40 Porcentaje de referencias realizadas	Registros de la unidad	Carlos Augusto Cevallos Velez	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
2.4	A37 Porcentaje de avance de los planes de mantenimiento del equipamiento sanitario	Registros de la Unidad	Carlos Augusto Cevallos Velez	12	Continuo	Resultados	0	SÍ	SÍ
3. Incrementar las capacidades técnicas y administrativas del talento humano									
3.1	A38 Porcentaje de profesionales de salud que cumplen con el perfil de acuerdo a los requerimientos	Registros de la Unidad	Carlos Augusto Cevallos Velez	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
3.2	A39 Porcentaje de servicios que cuentan con la plantilla completa de profesionales de salud, según Cartera de Servicios	Registros de la Unidad	Carlos Augusto Cevallos Velez	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
3.4	M61 Porcentaje de pertinencia de codificación CIE10	Registros de la Coordinación General de Planificación y Estadística		12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
4. Incrementar el uso eficiente de los recursos financieros									
4.2	A22 Porcentaje de responsabilidades patronales calculadas	Registros de la Unidad	Carlos Augusto Cevallos Velez	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
4.7	A11 Porcentaje de facturación enviada en relación a costos totales	Registros de la unidad	Diana Carolina Poalasin Macharilla	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
4.8	A35 Porcentaje de ejecución del PAC	CRP	Carlos Augusto Cevallos Velez	12	Continuo	Resultados	0	SÍ	SÍ
4.9	A24 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - TOTAL	Registros de la Unidad	Carlos Augusto Cevallos Velez	12	Continuo	Resultados	0	SÍ	SÍ
4.10	A27 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - MEDICINAS	Registros de la Unidad	Carlos Augusto Cevallos Velez	12	Continuo	Resultados	0	SÍ	SÍ

No.	Indicador	Fuente	Responsable	Frecuencia	Comportamiento	Jerarquía de Indicador	Línea Base Inicial	Metas Cerradas	Agrupado
4.11	A28 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - INSUMOS	Registro de la unidad	Carlos Augusto Cevallos Velez	12	Continuo	Resultados	0	Sí	Sí
4.12	A29 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - TALENTO HUMANO	Registros de la Unidad	Wilson Intriago Ponce	12	Continuo	Resultados	0	Sí	Sí

Indicadores - Construcción Detallada(Período)

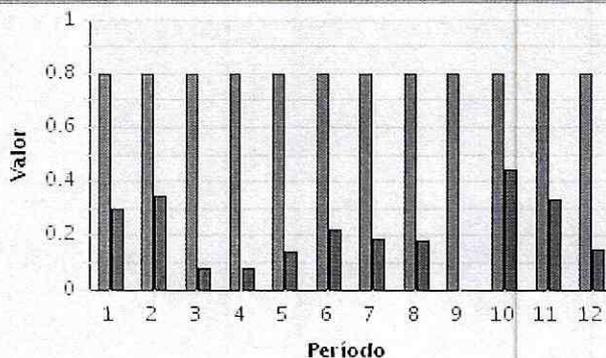
Indicador	1.1 M09 Porcentaje de quejas escritas de usuarios resueltas en el establecimiento de salud
Descripción del Indicador	Mide la oportunidad en la solución a quejas escritas de usuarios por parte del establecimiento de salud. METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es 100% en cada período 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 equivale a 95% REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Número de quejas escritas de usuarios externos resueltas en el establecimiento de salud en el período - Denominador: Total de quejas escritas de usuarios externos presentadas por los usuarios en el período
Método de cálculo	Número de quejas escritas de usuarios externos resueltas en el establecimiento de salud en el período / Total de quejas escritas de usuarios externos presentadas por los usuarios 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	● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●



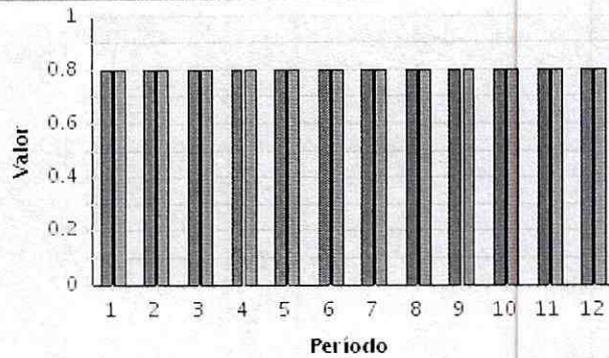
Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	1.2 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 que han sido atendidas en el establecimiento de salud. Se considera prioritario en control prenatal desde el primer trimestre de la gestación METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por SGSIF es 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: 0.95 es igual a 95%. REGISTRO DE RESULTADOS: Número de mujeres embarazadas de menos de 14 semanas que acudieron a primera consulta al establecimiento de salud en el período / Total de mujeres embarazadas que acudieron por primera vez a la consulta en el período

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Método de cálculo	Número de mujeres embarazadas de menos de 14 semanas que acudieron a primera consulta al establecimiento de salud en el período / Total de mujeres embarazadas que acudieron por primera vez a la consulta 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	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8
Resultado	0.3	0.3462	0.0769	0.0789	0.1373	0.2222	0.1915	0.1818	0	0.4423	0.3333	0.1481
Estado	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗

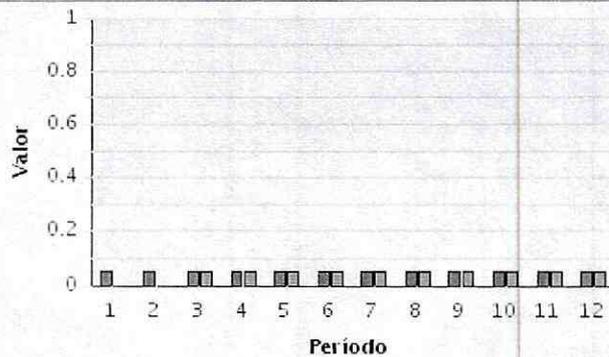


Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	1.3 M39 Porcentaje de embarazadas con parto normal atendidas en el establecimiento de salud											
Descripción del Indicador	<p>Mide el nivel de adherencia de la embarazada a la atención integral brindada por el establecimiento de 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.</p> <p>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.</p> <p>Importante: Este indicador aplica solo para los hospitales considerados como puerta de entrada (Hospitales nivel II) y los Centros de Salud Tipo "C"</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por SGSIF es 0.85% en cada período para todos los establecimientos de salud.</p> <p>REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%</p> <p>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</p>											
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	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8
Resultado	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8
Estado	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙



Indicadores - Construcción Detallada(Periodo)

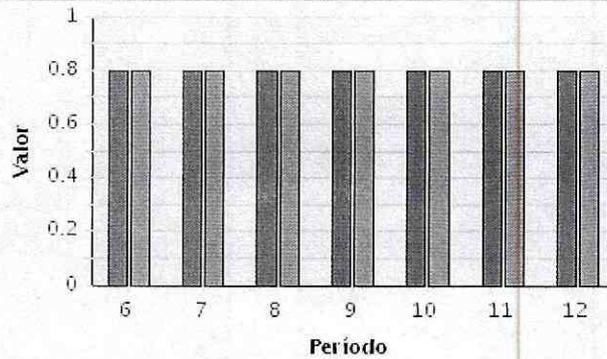
Indicador	1.5 M62 Porcentaje de inconsistencia en reporte de mortalidad											
Descripción del Indicador	Se determina la mortalidad que reporta en el Sistema informático de cada Unidad Médica. METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es menor al 0.05% en cada período REGISTRO DE METAS: - 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 inconsistencia encontradas en reportes mortalidad - Denominador: total registros auditados											
Método de cálculo	Número de inconsistencia encontradas en reportes mortalidad / total registros auditados											
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 115.00 %											
Periodo	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	0	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05
Estado	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●



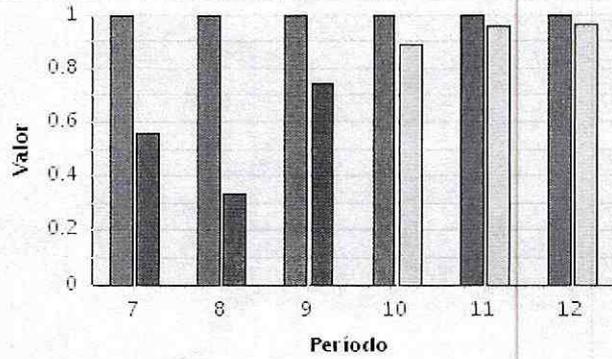
Indicadores - Construcción Detallada(Periodo)

Indicador	1.6 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, Oficinas, 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 período, ejemplo; el 31 de mayo la USAABE 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 USAABE es 85% en cada período 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 atenciones de quejas y reclamos atendidos - Denominador: Total de quejas y reclamos recibidas											
Método de cálculo	Número de atenciones de quejas y reclamos atendidos / 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						0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8
Resultado						0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8
Estado						○	○	○	○	○	○	○

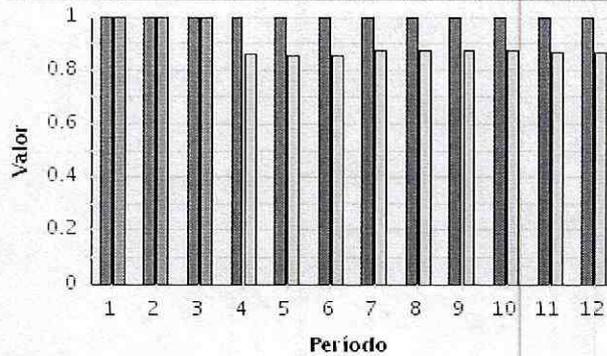


Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	1.7 A36 Porcentaje promedio de dispositivos médicos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo											
Descripción del Indicador	<p>Mide el promedio de los porcentajes de dispositivos médicos con stock mayor o igual 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 la tipología y perfil epidemiológico que son necesarios para la entrega de las prestaciones de salud a los usuarios y que constan en su programación anual de contrataciones (PAC).</p> <p>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 más productos dentales similares</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es 100% en cada período para todas las Unidades Médicas.</p> <p>REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 equivale a 95%</p> <p>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</p>											
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
Resultado							0.5575	0.335	0.745	0.8879	0.9559	0.9595
Estado							⊗	⊗	⊗	▽	▽	▽



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	1.8 A16 Porcentaje de equipamiento biomédico operativo												
Descripción del Indicador	<p>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).</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es tener el 100% de equipamiento operativo</p> <p>REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR: Número de equipos biomédicos que están operativos en el período DENOMINADOR: Número total de equipos biomédicos del establecimiento</p>												
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	1	1	1	0.8596	0.8545	0.8545	0.8727	0.8727	0.8727	0.8727	0.8667	0.8667	
Estado	●	●	●	▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽	

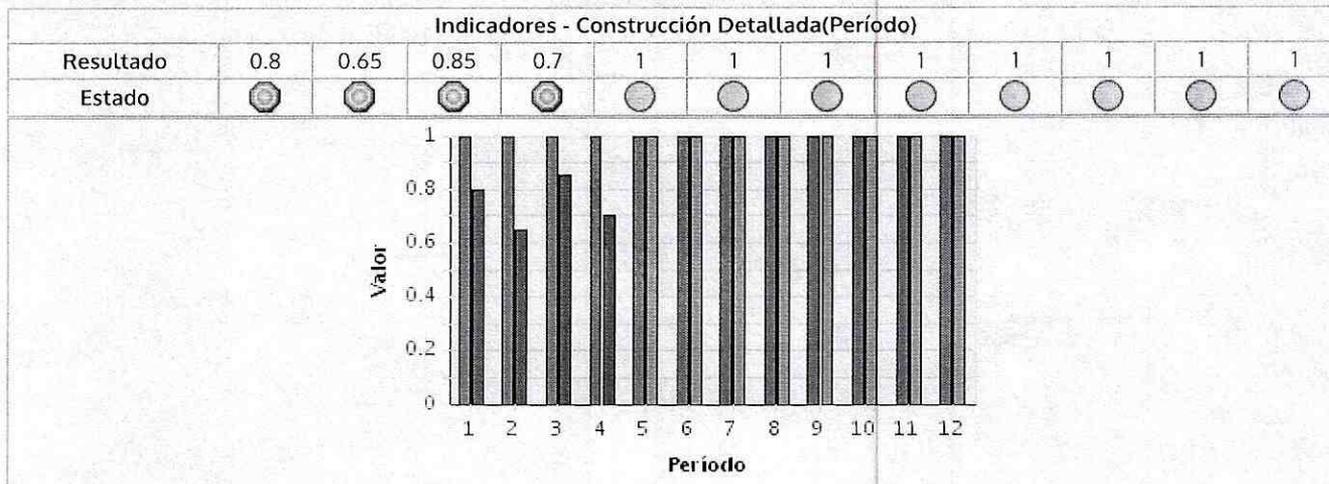


Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	1.10 M56 Porcentaje de atenciones realizadas en consulta externa												
Descripción del Indicador	<p>Mide la efectividad del cumplimiento de la agenda programada de consulta externa en cada período, no se considera las consultas por agenda extendida.</p> <p>METAS ESTÁNDARES:</p>												

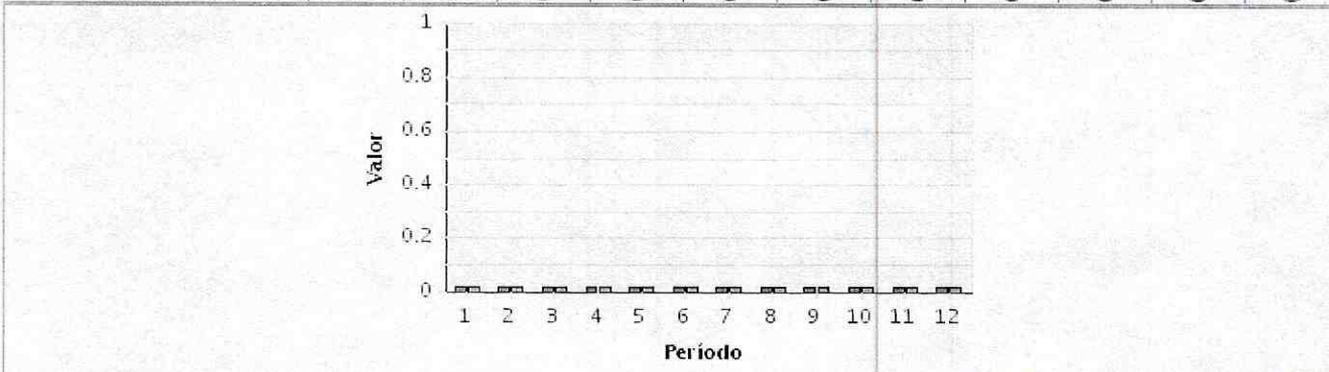
Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
	La meta designada por la DSGSIF es del 100% para todos los establecimientos de salud en cada período.											
	REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 equivale a 95%											
	REGISTRO DE 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											
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	0.9862	0.7364	0.7448	0.8237	1	1	1	1	0.7927	0.7744	0.8229	0.7252
Estado	▽	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	1.11 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%											
Método de cálculo	REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR: Número de fármacos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo en el período DENOMINADOR: Total de fármacos del cuadro básico en el período											
	Número de fármacos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo en el período / Total de fármacos del cuadro básico 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	0.6596	1	0.927	1	1	1	0.5294	0.8434	0.9274	0.9467	0.9255	0.9763
Estado	⊗	⊗	▽	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	▽	▽	▽	▽

Indicadores - Construcción Detallada(Período)																																						
Indicador	1.12 M04 Porcentaje de profesionales de enfermería que cumple los "Diez Correctos"																																					
Descripción del Indicador	<p>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.</p> <p>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</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es el 100% en cada período para todos los establecimientos de salud</p> <p>REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS: Numerador: Número de profesionales de enfermería que cumple los "Diez Correctos" durante el período Denominador: Total de profesionales de enfermería evaluados en el período</p>																																					
Método de cálculo	Número de profesionales de enfermería que cumple los "Diez Correctos" durante el período / Total de profesionales 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	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	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																										
Estado	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○																										
<table border="1"> <caption>Bar Chart Data</caption> <thead> <tr> <th>Período</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>2</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>3</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>4</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>5</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>6</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>7</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>8</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>9</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>10</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>11</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>12</td><td>1.0</td></tr> </tbody> </table>													Período	Valor	1	1.0	2	1.0	3	1.0	4	1.0	5	1.0	6	1.0	7	1.0	8	1.0	9	1.0	10	1.0	11	1.0	12	1.0
Período	Valor																																					
1	1.0																																					
2	1.0																																					
3	1.0																																					
4	1.0																																					
5	1.0																																					
6	1.0																																					
7	1.0																																					
8	1.0																																					
9	1.0																																					
10	1.0																																					
11	1.0																																					
12	1.0																																					
Indicadores - Construcción Detallada(Período)																																						
Indicador	1.13 M08 Porcentaje de cumplimiento de protocolos o guías de práctica clínica																																					
Descripción del Indicador	<p>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.</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es 100% en cada período para todos los establecimientos de salud</p> <p>REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%</p> <p>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 período DENOMINADOR: Total de la muestra de egresos o altas en el período</p>																																					
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 período / Total de la muestra de egresos o altas 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																										



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	1.14 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 resolutive.
	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%.
Método de cálculo	REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR:(Número de incidentes de postparto referidos en el período - Número de incidentes de postparto referidos por superar la capacidad resolutive del establecimiento en el período) DENOMINADOR: Número total de postpartos atendidos en el período.
	(Número de incidentes de postparto referidos en el período - Número de incidentes de postparto referidos por superar la capacidad resolutive 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	0.02 0.02 0.02 0.02 0.02 0.02 0.02 0.02 0.02 0.02 0.02 0.02
Resultado	0.02 0.02 0.02 0.02 0.02 0.02 0.02 0.02 0.02 0.02 0.02 0.02
Estado	



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	1.16 M67 Porcentaje de profesionales de emergencia capacitados en el Triage de Manchester
Descripción del Indicador	Mide la proporción de profesionales del área de emergencia capacitados en la Metodología de Clasificación de Pacientes - Triage 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

Indicadores - Construcción Detallada(Período)

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.

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.

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.

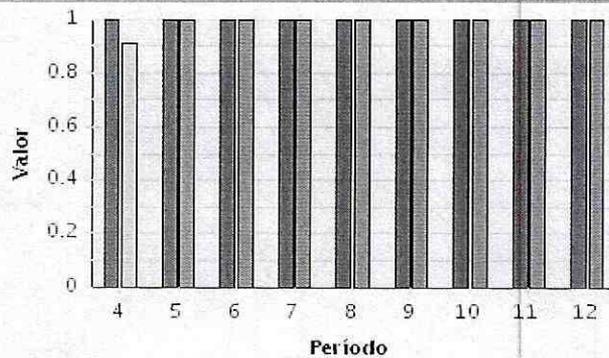
REGISTRO DE METAS:

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 Triage de Manchester.
Denominador: Total de profesionales del área de emergencia.

Método de cálculo	Número de profesionales del área de emergencia capacitados en el Triage 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
Resultado				0.9091	1	1	1	1	1	1	1	1
Estado				▽	●	●	●	●	●	●	●	●



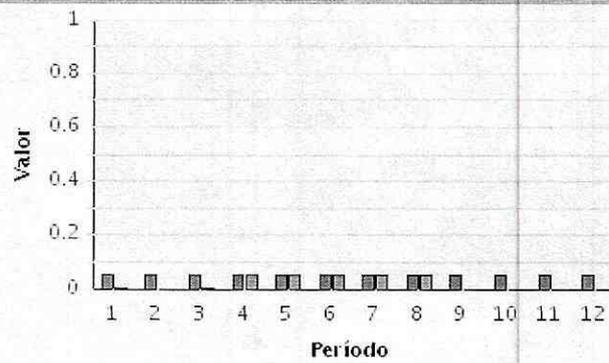
Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	1.17 M69 Porcentaje de profesionales sanitarios con conocimientos técnicos en atención pre hospitalaria, soporte vital básico y manejo de trauma
Descripción del Indicador	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Importante: este indicador aplica en los establecimientos de salud que cuentan con las ambulancias articuladas al Sistema ECU911</p> <p>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.</p> <p>REGISTRO DE METAS:</p>

Indicadores - Construcción Detallada(Período)																																																			
	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																																							
Resultado				0.8	0.6667	0.6667	0.8571	0.8571	1	1	1	1																																							
Estado				⊗	⊗	⊗	▽	▽	⊙	⊙	⊙	⊙																																							
<table border="1"> <caption>Bar Chart Data (Periods 4-12)</caption> <thead> <tr> <th>Período</th> <th>Valor</th> <th>Estado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>4</td><td>0.8</td><td>⊗</td></tr> <tr><td>5</td><td>0.6667</td><td>⊗</td></tr> <tr><td>6</td><td>0.6667</td><td>⊗</td></tr> <tr><td>7</td><td>0.8571</td><td>▽</td></tr> <tr><td>8</td><td>0.8571</td><td>▽</td></tr> <tr><td>9</td><td>1.0</td><td>⊙</td></tr> <tr><td>10</td><td>1.0</td><td>⊙</td></tr> <tr><td>11</td><td>1.0</td><td>⊙</td></tr> <tr><td>12</td><td>1.0</td><td>⊙</td></tr> </tbody> </table>													Período	Valor	Estado	4	0.8	⊗	5	0.6667	⊗	6	0.6667	⊗	7	0.8571	▽	8	0.8571	▽	9	1.0	⊙	10	1.0	⊙	11	1.0	⊙	12	1.0	⊙									
Período	Valor	Estado																																																	
4	0.8	⊗																																																	
5	0.6667	⊗																																																	
6	0.6667	⊗																																																	
7	0.8571	▽																																																	
8	0.8571	▽																																																	
9	1.0	⊙																																																	
10	1.0	⊙																																																	
11	1.0	⊙																																																	
12	1.0	⊙																																																	
Indicadores - Construcción Detallada(Período)																																																			
Indicador	1.18 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	umatoria 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	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30																																							
Resultado	30	12	12.5	14.2857	9.5833	95.5789	0.7778	32.4545	23.88	12.2143	7.25	30																																							
Estado	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊗	⊙	▽	⊙	⊙	⊙	⊙																																							
<table border="1"> <caption>Bar Chart Data (Periods 1-12)</caption> <thead> <tr> <th>Período</th> <th>Valor</th> <th>Estado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>30</td><td>⊙</td></tr> <tr><td>2</td><td>12</td><td>⊙</td></tr> <tr><td>3</td><td>12.5</td><td>⊙</td></tr> <tr><td>4</td><td>14.2857</td><td>⊙</td></tr> <tr><td>5</td><td>9.5833</td><td>⊙</td></tr> <tr><td>6</td><td>95.5789</td><td>⊗</td></tr> <tr><td>7</td><td>0.7778</td><td>⊙</td></tr> <tr><td>8</td><td>32.4545</td><td>⊙</td></tr> <tr><td>9</td><td>23.88</td><td>▽</td></tr> <tr><td>10</td><td>12.2143</td><td>⊙</td></tr> <tr><td>11</td><td>7.25</td><td>⊙</td></tr> <tr><td>12</td><td>30</td><td>⊙</td></tr> </tbody> </table>													Período	Valor	Estado	1	30	⊙	2	12	⊙	3	12.5	⊙	4	14.2857	⊙	5	9.5833	⊙	6	95.5789	⊗	7	0.7778	⊙	8	32.4545	⊙	9	23.88	▽	10	12.2143	⊙	11	7.25	⊙	12	30	⊙
Período	Valor	Estado																																																	
1	30	⊙																																																	
2	12	⊙																																																	
3	12.5	⊙																																																	
4	14.2857	⊙																																																	
5	9.5833	⊙																																																	
6	95.5789	⊗																																																	
7	0.7778	⊙																																																	
8	32.4545	⊙																																																	
9	23.88	▽																																																	
10	12.2143	⊙																																																	
11	7.25	⊙																																																	
12	30	⊙																																																	

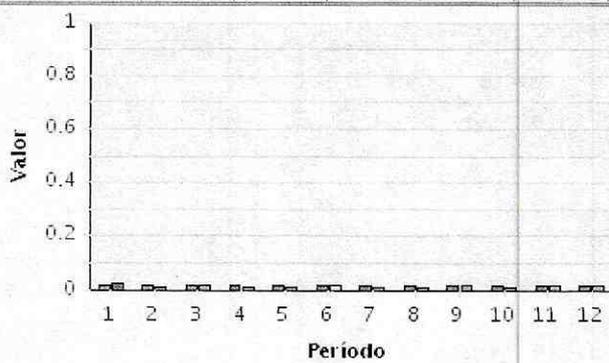
Indicadores - Construcción Detallada(Período)																																
Indicador	1.19 M66 Porcentaje de profesionales capacitados en los protocolos y guías de práctica clínica aplicables a la unidad médica																															
Descripción del Indicador	<p>Mide la proporción de Profesionales de la Salud con conocimiento de protocolos y Guías de Práctica Clínica en relación al total de profesionales que trabajan en áreas médicas del establecimiento de salud. 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.</p> <p>Las Guías de Práctica Clínica están dirigidas a profesionales de la salud con el objetivo de proporcionar información para la toma de decisiones en intervenciones de salud. Los protocolos definen la atención y/o cuidado que ha de recibir el enfermo, las vías definen cuándo, cómo y en qué secuencia la atención y/o cuidado se ha de proporcionar y además especifica los objetivos de cada fase. Sus orígenes tienen sus bases en los fundamentos de la medicina basada en la evidencia y su elaboración tiene el propósito de reducir la variabilidad de la práctica médica para garantizar un nivel óptimo de calidad y mejorar la atención de la salud.</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es del 100% en cada período para todos los establecimientos de salud .</p> <p>REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%.</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS: Numerador: Número de profesionales capacitados en protocolos y guías de práctica clínica. Denominador: Total de profesionales de salud que laboran en la unidad médica.</p>																															
Método de cálculo	Número de profesionales capacitados en protocolos y guías de práctica clínica/Total de profesionales de salud que laboran en 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																				
Resultado				0.8947	1	1	1	1	0.75	1	1	1																				
Estado				▽	○	○	○	○	○	○	○	○																				
<table border="1"> <caption>Bar Chart Data</caption> <thead> <tr> <th>Período</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>4</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>5</td><td>0.8947</td></tr> <tr><td>6</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>7</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>8</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>9</td><td>0.75</td></tr> <tr><td>10</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>11</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>12</td><td>1.0</td></tr> </tbody> </table>													Período	Valor	4	1.0	5	0.8947	6	1.0	7	1.0	8	1.0	9	0.75	10	1.0	11	1.0	12	1.0
Período	Valor																															
4	1.0																															
5	0.8947																															
6	1.0																															
7	1.0																															
8	1.0																															
9	0.75																															
10	1.0																															
11	1.0																															
12	1.0																															
Indicadores - Construcción Detallada(Período)																																
Indicador	2.1 M05 Porcentaje de reagendamiento de pacientes																															
Descripción del Indicador	<p>Mide el nivel de reagendamientos para atenciones de especialidad en Consulta Externa, por causa del establecimiento de salud. METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es 0.05 en cada período para todos los establecimientos de salud</p> <p>REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Número de pacientes reagendados en el período - Denominador: Número total de pacientes agendados en el período</p>																															
Método de cálculo	Número de pacientes reagendados en el período / Número total de pacientes agendados en el período																															
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 115.00 %																															
Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic																				

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
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	0.0024	0	0.0031	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0	0	0	0
Estado	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	2.3 M40 Porcentaje de referencias realizadas											
Descripción del Indicador	<p>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.</p> <p>METAS ESTÁNDARES: Para todas las unidades médicas, las referencias no deben superar el 10% en cada período.</p> <p>REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR: Número de referencias realizadas en el período DENOMINADOR: Total de pacientes que son atendidos en el período</p>											
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	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02
Resultado	0.0257	0.0135	0.0182	0.009	0.0069	0.0202	0.0131	0.0118	0.0196	0.0075	0.0143	0.0143
Estado	●	●	●	●	●	▽	●	●	●	●	●	●

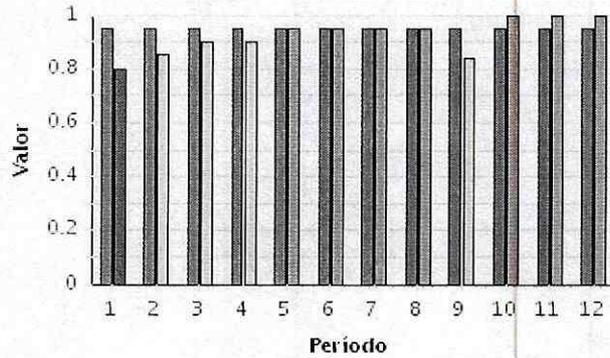


Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	2.4 A37 Porcentaje de avance de los planes de mantenimiento del equipamiento sanitario											
Descripción del Indicador	<p>Mide el cumplimiento del mantenimiento de los equipos sanitarios que se encuentran en operación existentes en cada Unidad Médica</p> <p>Debe elaborar la programación para el año 2017 del Número de mantenimientos que se darán a los equipos sanitarios operativos de la Unidad Médica.</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta será asignada por cada establecimiento de salud, se deberá llegar al 100% al mes de diciembre</p> <p>REGISTRO DE METAS:</p>											

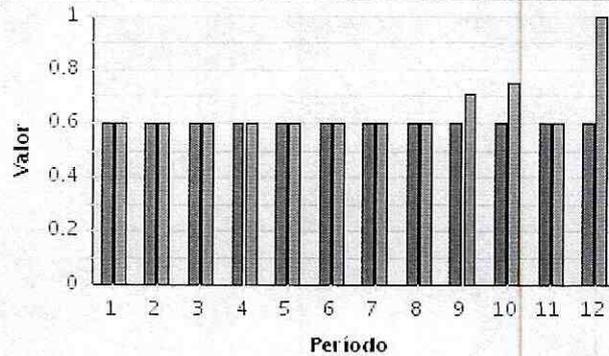
Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
	- La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95% REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Sumatoria de mantenimientos realizados a los equipos sanitarios operativos - Denominador: Total de mantenimientos de los 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	0.01	0.01	0.01	0.07	0.2	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1
Resultado	0	0	0	0	0	0	0.1455	0.1636	0.1636	0.1636	0.1636	0.1636
Estado												
Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	3.1 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	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	0.9783	0.9778	0.9783	0.9773	0.9767	0.9767	0.9773	0.9773	0.9773	0.9773	0.9773	0.9899
Estado												
Indicadores - Construcción Detallada(Período)												

Indicadores - Construcción Detallada(Período)																																						
Indicador	3.2 A39 Porcentaje de servicios que cuentan con la plantilla completa de profesionales de salud, según Cartera de Servicios																																					
Descripción del Indicador	<p>Mide la cantidad de profesionales de salud que necesita el establecimiento acorde a la cartera de servicios y a la demanda que tenga cada Establecimiento de Salud</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es 90% en cada período para todos los establecimientos de salud</p> <p>REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 equivale a 95%</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Número de servicios del establecimiento que cuentan con plantilla completa - Denominador: Total de servicios que cuenta el establecimiento de salud</p>																																					
Método de cálculo	Número de servicios del establecimiento que cuentan con plantilla completa / Total de servicios 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	0.8889	0.8889	0.8889	0.8889	0.8889	0.8889	0.8889	0.8889	0.8889	0.8889	0.8889	0.8889																										
Estado	▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽																										
<table border="1"> <caption>Data for Bar Chart: Valor vs. Período</caption> <thead> <tr> <th>Período</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>0.8889</td></tr> <tr><td>2</td><td>0.8889</td></tr> <tr><td>3</td><td>0.8889</td></tr> <tr><td>4</td><td>0.8889</td></tr> <tr><td>5</td><td>0.8889</td></tr> <tr><td>6</td><td>0.8889</td></tr> <tr><td>7</td><td>0.8889</td></tr> <tr><td>8</td><td>0.8889</td></tr> <tr><td>9</td><td>0.8889</td></tr> <tr><td>10</td><td>0.8889</td></tr> <tr><td>11</td><td>0.8889</td></tr> <tr><td>12</td><td>0.8889</td></tr> </tbody> </table>													Período	Valor	1	0.8889	2	0.8889	3	0.8889	4	0.8889	5	0.8889	6	0.8889	7	0.8889	8	0.8889	9	0.8889	10	0.8889	11	0.8889	12	0.8889
Período	Valor																																					
1	0.8889																																					
2	0.8889																																					
3	0.8889																																					
4	0.8889																																					
5	0.8889																																					
6	0.8889																																					
7	0.8889																																					
8	0.8889																																					
9	0.8889																																					
10	0.8889																																					
11	0.8889																																					
12	0.8889																																					
Indicadores - Construcción Detallada(Período)																																						
Indicador	3.4 M61 Porcentaje de pertinencia de codificación CIE10																																					
Descripción del Indicador	<p>Mide la pertinencia médica en relación a cuadros sindrómicos</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por SGSIF es del 95% en cada período para todos los establecimientos de salud.</p> <p>REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%.</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Número de pertinencias de codificación CIE10 encontradas. - Denominador: Número total de registros auditados.</p>																																					
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	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	0.8	0.85	0.9	0.9	0.95	0.95	0.95	0.95	0.8421	1	1	1																										
Estado	⊗	▽	▽	▽	⊙	⊙	⊙	⊙	▽	⊙	⊙	⊙																										



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

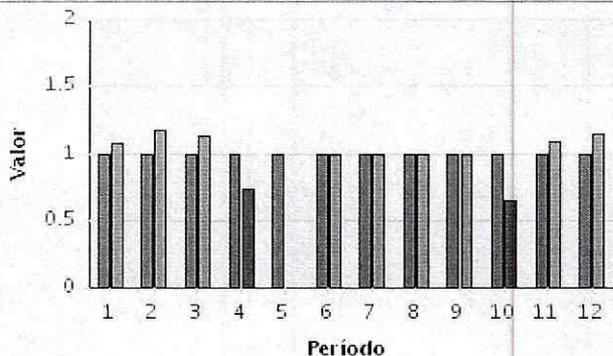
Indicador	4.2 A22 Porcentaje de responsabilidades patronales calculadas												
Descripción del Indicador	Mide la proporción de cálculo de Responsabilidades Patronales respecto al monto total de prestaciones de la unidad, en el período. METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es mayor o 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 periodo												
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	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.7105	0.75	0.6	1	
Estado	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	



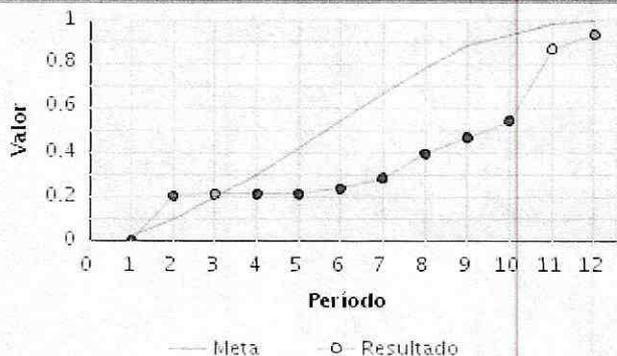
Indicadores - Construcción Detallada(Período)

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 %												

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	1.0709	1.1686	1.1313	0.738	0	1	1	1	1	0.6469	1.0906	1.1497
Estado	○	○	○	⊗	⊗	○	○	○	○	⊗	○	○



Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	4.8 A35 Porcentaje de ejecución del PAC											
Descripción del Indicador	Mide la ejecución del PAC en cada Centro de Responsabilidad Presupuestario METAS ESTÁNDARES: La meta establecida para todos los establecimientos es: ENE-2%, FEB-10%, MRZ-20%, ABR-30, MAY-42%, JUN-54%, JUL-66%, AGS-78%, SPT-88%, OCT-93%, NOV-98%, DIC-100% REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR: Monto del PAC ejecutado acumulado DENOMINADOR: Monto del PAC codificado											
Método de cálculo	Monto del PAC ejecutado / Monto 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	0.2006	0.2106	0.2106	0.2106	0.2348	0.2797	0.3952	0.4666	0.5406	0.866	0.9314
Estado	⊗	⊗	○	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	▽	○



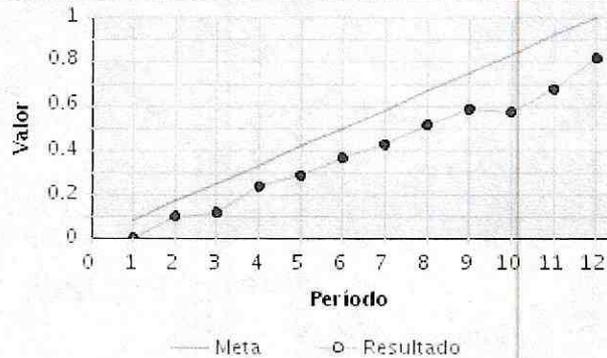
Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	4.9 A24 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - TOTAL											
Descripción del Indicador	Mide el porcentaje de ejecución del presupuesto total del establecimiento de salud. METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF considerando los procesos de compra centralizada la meta es llegar al 90% distribuido de manera mensual, es aceptable que cumplan en cada cuatrimestre 30.00%. 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: Presupuesto ejecutado acumulado - Denominador: Presupuesto codificado											

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Método de cálculo	Presupuesto ejecutado acumulado / Presupuesto codificado											
Umbral Amarillo	Entre 10.00 % y 15.00 %											
Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Meta	0.0833	0.1667	0.25	0.3333	0.4167	0.5	0.5833	0.6667	0.75	0.8333	0.9167	1
Resultado	0	0.1011	0.1152	0.2408	0.2898	0.3729	0.4353	0.515	0.5863	0.6572	0.7201	0.8627
Estado	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	4.10 A27 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - MEDICINAS											
Descripción del Indicador	Mide el porcentaje de ejecución del presupuesto gasto corriente del GRUPO especificado en relación al monto codificado.											
	METAS ESTÁNDARES: La meta será asignada por cada establecimiento de salud se considerará que por lo menos el primer semestre debe mantenerse abastecido.											
	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 - Denominador: Monto codificado acumulado											
Método de cálculo	Monto ejecutado acumulado / Monto codificado acumulado											
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	0.1394	0.1833	0.1922	0.1922	0.3224	0.448	0.5385	0.5399	0.5939	0.9156
Estado	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	4.11 A28 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - INSUMOS											
Descripción del Indicador	Mide el porcentaje de ejecución del presupuesto gasto corriente del GRUPO especificado en relación al monto codificado.											
	IMPORTANTE: Se considerará que por lo menos el primer semestre debe mantenerse abastecido.											

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
<p>METAS ESTÁNDARES: La meta será asignada por cada establecimiento de salud</p> <p>REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Monto ejecutado acumulado - Denominador: Monto codificado acumulado</p>												
Método de cálculo	Monto ejecutado acumulado / Monto codificado acumulado											
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	0.0989	0.1128	0.2357	0.2836	0.3649	0.429	0.5166	0.5864	0.5712	0.6753	0.8137
Estado	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡



Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	4.12 A29 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - TALENTO HUMANO											
Descripción del Indicador	Mide el porcentaje de ejecución del presupuesto gasto corriente del GRUPO especificado en relación al monto codificado .											
	<p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es llegar al 100%, es aceptable que cumplan en cada cuatrimestre 33.33%.</p> <p>-----</p> <p>REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.00 o 1.00, por ejemplo: 0.95 equivale a 95%</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Monto ejecutado acumulado - Denominador: Monto codificado acumulado</p>											
	Método de cálculo Monto ejecutado acumulado / Monto codificado acumulado											
	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	0.128	0.1362	0.1906	0.3359	0.4283	0.4973	0.5676	0.6332	0.7027	0.768	0.8687
Estado	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡

