


IESS PR
POR RESULTADOS

 Año: 2016
 Indicadores - Construcción Detallada
 Hospital General - Manta

 11/05/2017 - 11:59
 AM

Número total de indicadores	46	% de metas cerradas sobre el total
Número de indicadores con línea base definida	3	100.00 %
Número de indicadores con metas definidas y cerradas	46	

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 los servicios de salud									
1.26	M01 Porcentaje de reingresos al servicio de Emergencia en menos de 24 horas	Registros de la Unidad	María Isabel Fernandez Rezabala	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.27	M02 Tiempo (minutos) promedio de respuesta a emergencias del ECU 911	Registros de la Unidad	María Isabel Fernandez Rezabala	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.28	M25 Relación parto cesárea	Registros de la unidad	María Isabel Fernandez Rezabala	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.29	M57 Porcentaje de ocupación de camas	Registros de la Unidad	María Isabel Fernandez Rezabala	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.30	M51 Porcentaje de fármacos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo	Registro de la unidad	María Isabel Fernandez Rezabala	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.31	M60 Porcentaje de IAAS por servicio	Registro de la unidad	María Isabel Fernandez Rezabala	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.34	M12 Tiempo promedio (días) de espera pre-quirúrgico	Registros de la unidad	María Isabel Fernandez Rezabala	12	Discreto	Resultados	0.5	Sí	Sí
1.35	M58 Tiempo promedio (horas) de estancia pre-quirúrgico	Registros de la Unidad	María Isabel Fernandez Rezabala	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.36	M14 Porcentaje de cirugías suspendidas	Registros de la unidad	María Isabel Fernandez Rezabala	12	Discreto	Resultados	0.15	Sí	Sí

No.	Indicador	Fuente	Responsable	Frecuencia	Comportamiento	Jerarquía de Indicador	Línea Base Inicial	Metas Cerradas	Agrupado
1.37	M05 Porcentaje de reagendamiento de pacientes	Registros de la unidad	María Isabel Fernandez Rezabala	12	Discreto	Resultados	0.05	SÍ	SÍ
1.39	M78 Porcentaje de exámenes entregados oportunamente	Registros de la unidad	María Isabel Fernandez Rezabala	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.40	M68 Porcentaje de respuesta en las transferencias reales en un tiempo ideal	Registros de la unidad	María Isabel Fernandez Rezabala	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.42	M04 Porcentaje de profesionales de enfermería que cumple los "Diez Correctos"	Registros de la unidad	María Isabel Fernandez Rezabala	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.44	M59 Porcentaje de reactivos vitales con stock mayor o igual al mínimo	Registros de la Unidad	María Isabel Fernandez Rezabala	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.45	M61 Porcentaje de pertinencia de codificación CIE10	Registros de la unidad	María Isabel Fernandez Rezabala	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.46	M62 Porcentaje de inconsistencias en reportes de mortalidad	Registros de la Unidad	María Isabel Fernandez Rezabala	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.48	M75 Porcentaje de informes de derivación con pertinencia médica efectiva	Registros de la Unidad	María Isabel Fernandez Rezabala	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.49	M76 Porcentaje de informes con pertinencia de facturación médica efectiva	Registros de la Unidad	María Isabel Fernandez Rezabala	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	María Isabel Fernandez Rezabala	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.52	M65 Porcentaje de muertes maternas	Registro de la unidad	María Isabel Fernandez Rezabala	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ

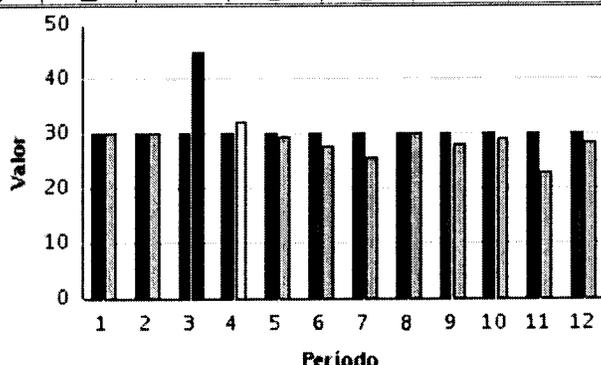
No.	Indicador	Fuente	Responsable	Frecuencia	Comportamiento	Jerarquía de Indicador	Línea Base Inicial	Metas Cerradas	Agrupado
1.55	M80 Porcentaje de derivaciones efectivas	Registros de la unidad	María Isabel Fernandez Rezabala	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.56	M08 Porcentaje de cumplimiento de protocolos o guías de práctica clínica	Registros de la unidad	María Isabel Fernandez Rezabala	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.58	M79 Porcentaje de derivaciones solicitadas	Registros de la unidad	María Isabel Fernandez Rezabala	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.59	M22 Porcentaje de incidentes de postparto referidos	Registros de la unidad	María Isabel Fernandez Rezabala	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.62	M69 Porcentaje de personal pre hospitalario capacitado en (PHTLS) - Soporte Vital en el Trauma Prehospitalario	Registros de la Unidad	María Isabel Fernandez Rezabala	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	María Isabel Fernandez Rezabala	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.64	M66 Porcentaje de profesionales capacitados en los protocolos y guías de práctica clínica aplicables a la unidad médica	Registros de la Unidad	María Isabel Fernandez Rezabala	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.65	M54 Porcentaje de atención de quejas y reclamos en los tiempos establecidos a los afiliados, beneficiarios y empleadores	Unidad Médica	María Isabel Fernandez Rezabala	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.66	M67 Porcentaje de profesionales de emergencia capacitados en el Triaje de Manchester	Registros de la Unidad	María Isabel Fernandez Rezabala	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí

No.	Indicador	Fuente	Responsable	Frecuencia	Comportamiento	Jerarquía de Indicador	Línea Base Inicial	Metas Cerradas	Agrupado
1.67	M81 Porcentaje de derivaciones a prestadores de la Red Privada Complementaria (RPC)	Registro de la unidad médica	María Isabel Fernandez Rezabala	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.68	M82 Porcentaje de derivaciones a red pública integral de salud (RPIS)	Registro de la unidad médica	María Isabel Fernandez Rezabala	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
2. Incrementar la eficiencia operacional									
2.16	A01 Índice de disponibilidad de tecnología informática	Registros de la unidad	María Isabel Fernandez Rezabala	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
2.17	A16 Porcentaje de equipamiento biomédico operativo	Registros de la unidad	Julio Roberto Alvarez Coronel	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
2.19	A37 Porcentaje de avance de los planes de mantenimiento del equipamiento sanitario	Registros de la Unidad	Julio Roberto Alvarez Coronel	12	Continuo	Resultados	0	Sí	Sí
2.20	A36 Porcentaje promedio de dispositivos médicos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo	Registros de la Unidad	Julio Roberto Alvarez Coronel	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
2.22	A22 Porcentaje de responsabilidades patronales calculadas	Registros de la Unidad	Julio Roberto Alvarez Coronel	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
2.23	A40 Porcentaje de actualización de indicadores en el IESSPR	Herramienta IESSPR	Julio Roberto Alvarez Coronel	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	Registros de la Unidad	Julio Roberto Alvarez Coronel	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí

No.	Indicador	Fuente	Responsable	Frecuencia	Comportamiento	Jerarquía de Indicador	Línea Base Inicial	Metas Cerradas	Agrupado
	Cartera de Servicios								
3.7	A38 Porcentaje de profesionales de salud que cumplen con el perfil de acuerdo a los requerimientos	Registros de la Unidad	María Isabel Fernandez Rezabala	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	Registro de la unidad	María Isabel Fernandez Rezabala	12	Continuo	Resultados	0	Sí	Sí
4.7	A11 Porcentaje de facturación enviada en relación a costos totales	Registros de la Coordinación General Financiera	María Isabel Fernandez Rezabala	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
4.9	A27 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - MEDICINAS	Registro de la unidad	María Isabel Fernandez Rezabala	12	Continuo	Resultados	0	Sí	Sí
4.10	A35 Porcentaje de ejecución del PAC	CRP's	María Isabel Fernandez Rezabala	12	Continuo	Resultados	0	Sí	Sí
4.11	A24 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - TOTAL	Registros de la Unidad	María Isabel Fernandez Rezabala	12	Continuo	Resultados	0	Sí	Sí
4.12	A30 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente CAPACITACIÓN PERSONAL	Registros de la Unidad	María Isabel Fernandez Rezabala	12	Continuo	Resultados	0	Sí	Sí
4.13	A29 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - TALENTO HUMANO	Registros de la Unidad	María Isabel Fernandez Rezabala	12	Continuo	Resultados	0	Sí	Sí
Indicadores - Construcción Detallada(Período)									
Indicador	1.26 M01 Porcentaje de reingresos al servicio de Emergencia en menos de 24 horas								

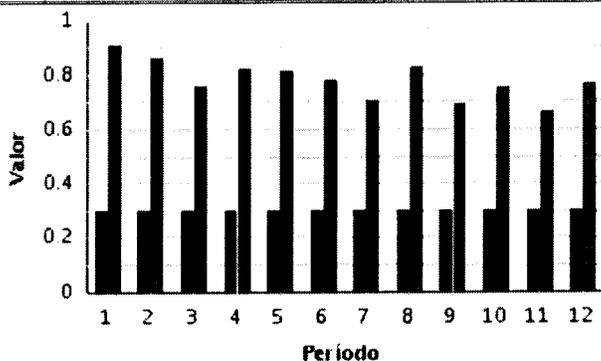
Indicadores - Construcción Detallada(Período)																																						
Descripción del Indicador	<p>Mide el total de pacientes que son ingresados al área de Emergencia, por segunda (o tercera, o cuarta, etc.) vez dentro de las siguientes 24 horas después de su egreso, por el mismo evento por el que ingresaron la primera vez (o por las complicaciones de este).</p> <p>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</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 total de pacientes reingresados a Emergencia en menos de 24h en el período DENOMINADOR: Número total de pacientes atendidos en Emergencia en el período</p>																																					
Método de cálculo	Número total de pacientes reingresados a Emergencia en menos de 24h en el período / Número total de pacientes atendidos en 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	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05																										
Resultado	0.2	0.0106	0.0083	0.05	0.05	0	0	0.0013	0.0012	0.0003	0.0006	0																										
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>0.2</td></tr> <tr><td>2</td><td>0.0106</td></tr> <tr><td>3</td><td>0.0083</td></tr> <tr><td>4</td><td>0.05</td></tr> <tr><td>5</td><td>0.05</td></tr> <tr><td>6</td><td>0</td></tr> <tr><td>7</td><td>0</td></tr> <tr><td>8</td><td>0.0013</td></tr> <tr><td>9</td><td>0.0012</td></tr> <tr><td>10</td><td>0.0003</td></tr> <tr><td>11</td><td>0.0006</td></tr> <tr><td>12</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>													Período	Valor	1	0.2	2	0.0106	3	0.0083	4	0.05	5	0.05	6	0	7	0	8	0.0013	9	0.0012	10	0.0003	11	0.0006	12	0
Período	Valor																																					
1	0.2																																					
2	0.0106																																					
3	0.0083																																					
4	0.05																																					
5	0.05																																					
6	0																																					
7	0																																					
8	0.0013																																					
9	0.0012																																					
10	0.0003																																					
11	0.0006																																					
12	0																																					
Indicadores - Construcción Detallada(Período)																																						
Indicador	1.27 M02 Tiempo (minutos) promedio de respuesta a emergencias del ECU 911																																					
Descripción del Indicador	<p>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</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta definida por la DSGSIF es menor o igual a 15 minutos según los lineamientos establecidos por el ECU911.</p> <p>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.</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR: Sumatoria de los tiempos de respuesta (en minutos) a emergencias del ECU911. DENOMINADOR: Número total de emergencias del ECU911 atendidas.</p>																																					
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	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30																										

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Resultado	30	30	44.6429	31.9512	29.2609	27.7273	25.4545	29.8182	28.0714	29	22.8889	28.4
Estado	○	○	⊕	▽	○	○	○	○	○	○	○	○



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

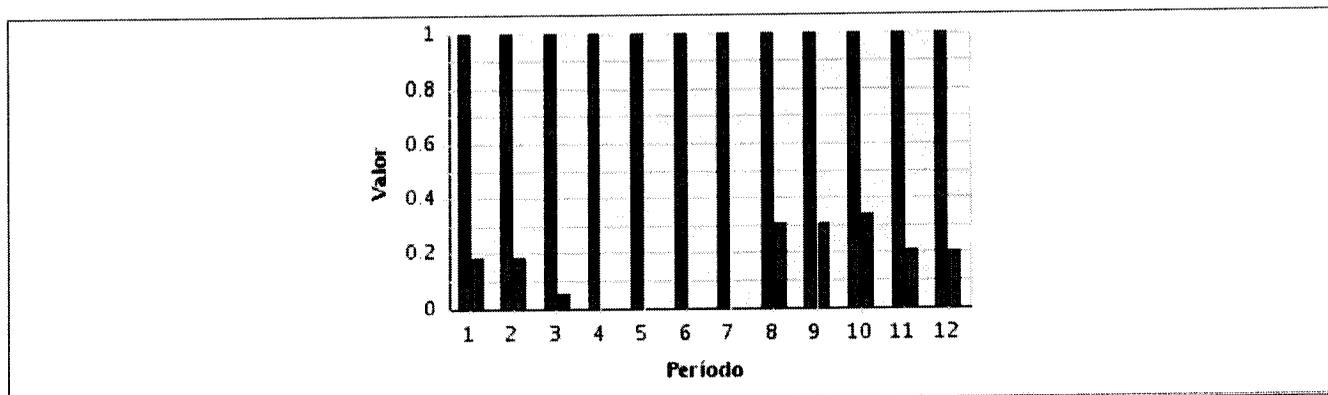
Indicador	1,28 M25 Relación parto cesárea												
Descripción del Indicador	Mide las cesáreas que se ejecutaron en el establecimiento de salud. Las cesáreas deben cumplir con los criterios técnicos establecidos. METAS ESTÁNDARES: La meta debe ser definida por cada establecimiento de salud REGISTRO 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 partos por cesárea en el período DENOMINADOR: Número total de partos atendidos en el establecimiento de salud en el período												
Método de cálculo	Número de partos por cesárea en el período / Número total de partos atendidos en el establecimiento de salud 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	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	
Resultado	0.9107	0.8594	0.76	0.8214	0.8125	0.7761	0.7049	0.8286	0.6905	0.75	0.6591	0.7632	
Estado	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

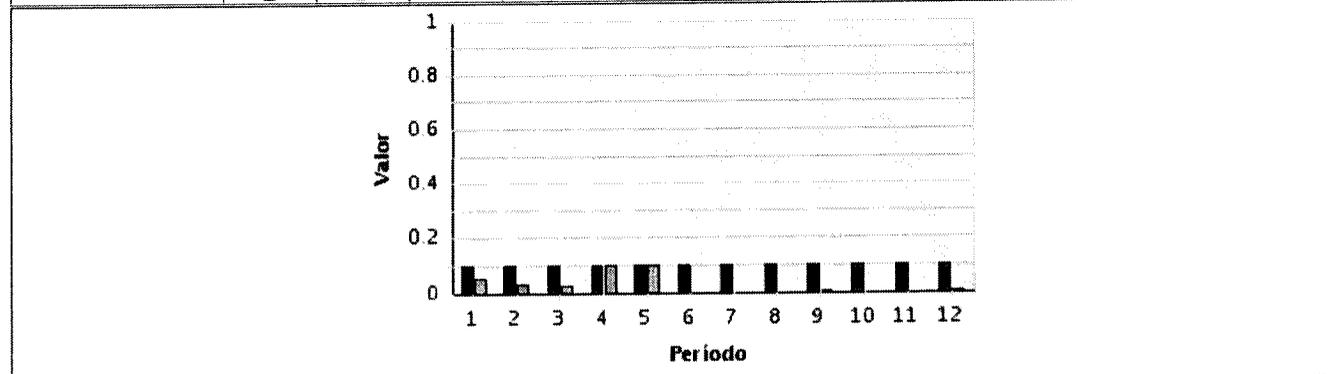
Indicador	1,29 M57 Porcentaje de ocupación de camas												
Descripción del Indicador	Mide el grado de utilización de las unidades hospitalarias a partir de valorar el porcentaje de ocupación por período. Se incluirán las camas censables de unidades hospitalarias. METAS ESTÁNDARES:												

Indicadores - Construcción Detallada(Período)																																						
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: Número de días de estancia de pacientes - Denominador: Número de días cama disponible																																						
Método de cálculo	Número de días de estancia de pacientes / Número de 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	0.8574	0.9985	1	0.8409	0.9391	0.8356	0.5778	0.6789	0.7556	0.6182	0.8237	0.8274																										
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>0.8574</td></tr> <tr><td>2</td><td>0.9985</td></tr> <tr><td>3</td><td>1</td></tr> <tr><td>4</td><td>0.8409</td></tr> <tr><td>5</td><td>0.9391</td></tr> <tr><td>6</td><td>0.8356</td></tr> <tr><td>7</td><td>0.5778</td></tr> <tr><td>8</td><td>0.6789</td></tr> <tr><td>9</td><td>0.7556</td></tr> <tr><td>10</td><td>0.6182</td></tr> <tr><td>11</td><td>0.8237</td></tr> <tr><td>12</td><td>0.8274</td></tr> </tbody> </table>													Período	Valor	1	0.8574	2	0.9985	3	1	4	0.8409	5	0.9391	6	0.8356	7	0.5778	8	0.6789	9	0.7556	10	0.6182	11	0.8237	12	0.8274
Período	Valor																																					
1	0.8574																																					
2	0.9985																																					
3	1																																					
4	0.8409																																					
5	0.9391																																					
6	0.8356																																					
7	0.5778																																					
8	0.6789																																					
9	0.7556																																					
10	0.6182																																					
11	0.8237																																					
12	0.8274																																					
Indicadores - Construcción Detallada(Período)																																						
Indicador	1.30 M51 Porcentaje de fármacos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo																																					
Descripción del Indicador	Permite controlar los niveles de abastecimiento de fármacos del cuadro básico según establecimiento de salud para reposición de acuerdo al nivel de complejidad y perfil epidemiológico. METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es 100% en cada período para todos los establecimientos de salud. REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95% REGISTRO DE RESULTADOS: Numerador: Número de fármacos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo en el período Denominador: Total de fármacos del cuadro básico en el período																																					
Método de cálculo	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	0.1849	0.1803	0.0508	0	0	0	0	0.302	0.302	0.3374	0.2111	0.2049																										
Estado	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙																										



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

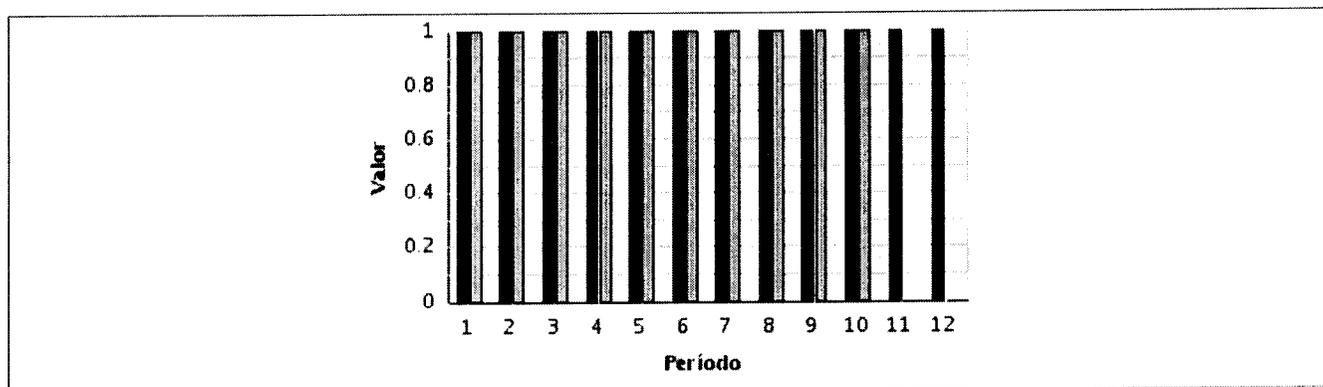
Indicador	1.31 M60 Porcentaje de IAAS por servicio												
Descripción del Indicador	Mide el porcentaje promedio de infecciones asociadas al área de salud que se producen en la unidad en cada periodo por servicio. METAS ESTÁNDARES: La meta será determinada por cada establecimiento de salud de acuerdo a su capacidad. REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%. REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Número de IAAS reportadas - Denominador: Total de pacientes en el periodo												
Método de cálculo	Sumatoria del número de IAAS reportadas en el periodo por servicio / Total de pacientes atendidos 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	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	
Resultado	0.0506	0.0281	0.0257	0.1	0.1	0	0	0	0.0023	0	0	0.0022	
Estado	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

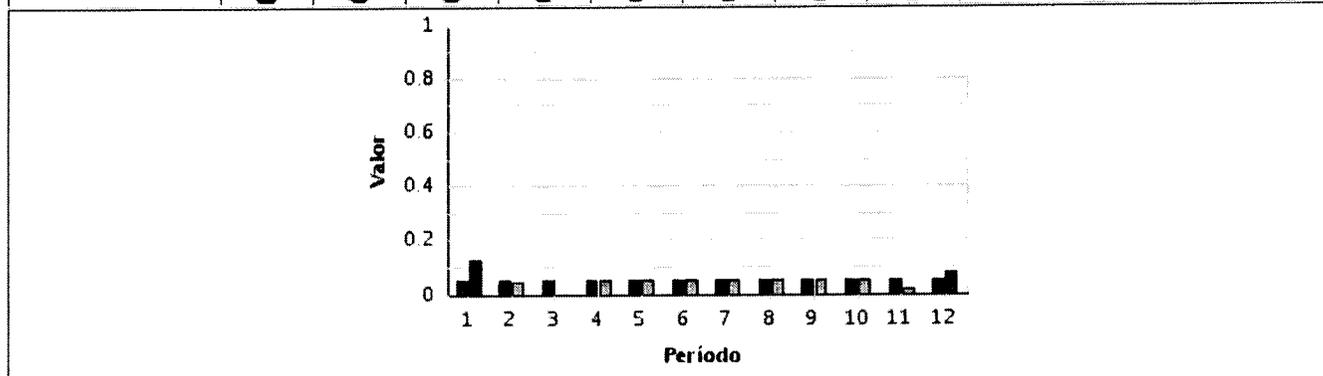
Indicador	1.34 M12 Tiempo promedio (días) de espera pre-quirúrgico												
Descripción del Indicador	Mide el promedio de tiempo (días) que esperó el paciente para ser intervenido quirúrgicamente desde la programación de la cirugía. Detecta necesidad de operación - hasta la operación. Importante: para los establecimientos de salud Centro Clínico Quirúrgico (HD) se medirá el tiempo de espera pre-quirúrgico ambulatorio METAS ESTÁNDARES:												

Indicadores - Construcción Detallada(Período)																																						
	La meta se deberá definir cada Unidad Médica																																					
	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 período DENOMINADOR: Total de pacientes en espera pre-quirúrgico																																					
Método de cálculo	Sumatoria del tiempo de espera pre-quirúrgico de los pacientes en el período/ 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	45	40	35	30	27	25	23	20	17	15	12	10																										
Resultado	23.12	24.16	36.34	30	27	25	23	20	17	15	0.2	0																										
Estado	○	○	▽	○	○	○	○	○	○	○	○	○																										
<table border="1"> <caption>Data for Bar Chart</caption> <thead> <tr> <th>Período</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>45</td></tr> <tr><td>2</td><td>40</td></tr> <tr><td>3</td><td>35</td></tr> <tr><td>4</td><td>30</td></tr> <tr><td>5</td><td>27</td></tr> <tr><td>6</td><td>25</td></tr> <tr><td>7</td><td>23</td></tr> <tr><td>8</td><td>20</td></tr> <tr><td>9</td><td>17</td></tr> <tr><td>10</td><td>15</td></tr> <tr><td>11</td><td>0.2</td></tr> <tr><td>12</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>													Período	Valor	1	45	2	40	3	35	4	30	5	27	6	25	7	23	8	20	9	17	10	15	11	0.2	12	0
Período	Valor																																					
1	45																																					
2	40																																					
3	35																																					
4	30																																					
5	27																																					
6	25																																					
7	23																																					
8	20																																					
9	17																																					
10	15																																					
11	0.2																																					
12	0																																					
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-quirúrgico - Denominador: Número total de pacientes intervenidos en el período																																					
Método de cálculo	Sumatoria del tiempo en estancia pre-quirúrgico / 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	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																										
Resultado	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0																										
Estado	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○																										



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

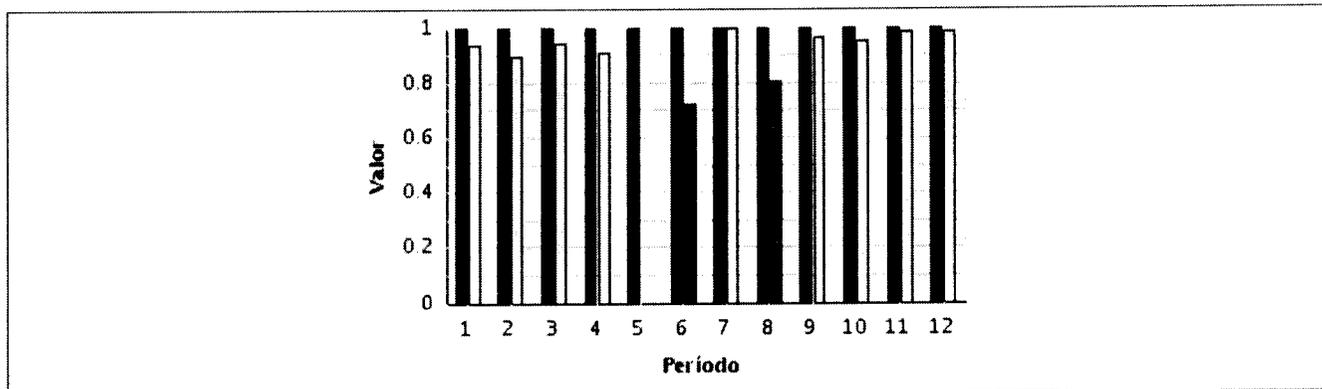
Indicador	1.36 M14 Porcentaje de cirugías suspendidas												
Descripción del Indicador	Mide la proporción de cirugías y con encamamiento que han sido suspendidas por diferentes causas atribuidas al establecimiento. METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es 5% en cada período para todos 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 cirugías suspendidas en el período DENOMINADOR: Número total de cirugías programadas en el período												
Método de cálculo	Número de cirugías suspendidas en el período / Número total de cirugías programadas 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	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	
Resultado	0.1236	0.0457	0	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.0182	0.08	
Estado	🟢	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟢	



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

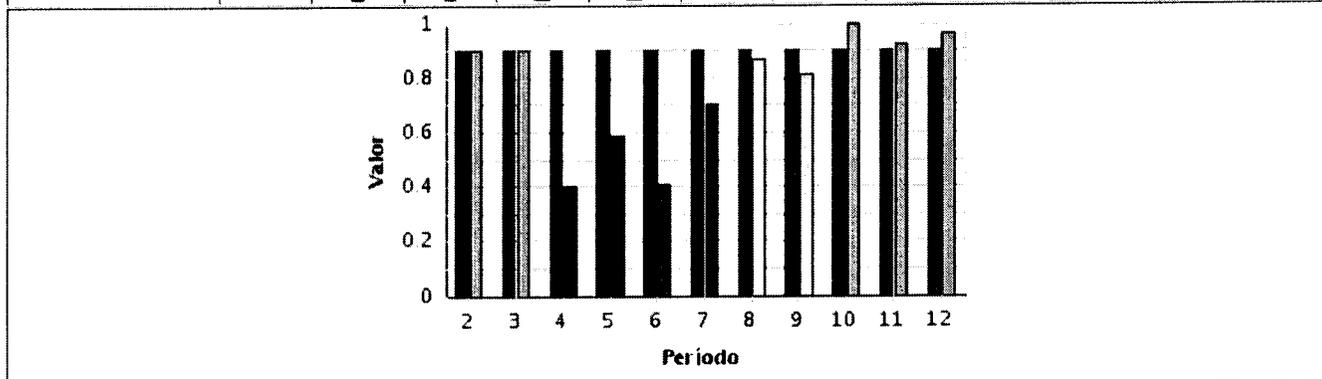
Indicador	1.37 M05 Porcentaje de reagendamiento de pacientes												
Descripción del Indicador	Mide el nivel de reagendamientos para atenciones de especialidad en Consulta Externa, por causa del establecimiento de salud (ausentismo de profesionales, equipos no operativos, falta de insumos para exámenes, etc.). METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es del 5% en cada período 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 pacientes reagendados en el período - Denominador: Número total de pacientes agendados en el período											
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
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	0.1058	0.0671	0.125	0.0625	0.05	0	0.0141	0.0493	0.0634	0.0622	0.0526	0.0839
Estado	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	▽	⊙
Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	1.39 M78 Porcentaje de exámenes entregados oportunamente											
Descripción del Indicador	El indicador mide la proporción de exámenes entregados a tiempo, es decir que los exámenes se suben al sistema AS-400 este indicador esta destinado a 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 de 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 la SGSIF es del 100% en cada período para todos los establecimientos de salud. ----- REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%. REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Número de exámenes entregados oportunamente en el período - Denominador: Total de exámenes solicitados en el período											
Método de cálculo	Número de exámenes entregados oportunamente en el período / Total de exámenes solicitados 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	0.9346	0.8946	0.9407	0.9065	0	0.7199	0.9934	0.8054	0.965	0.9475	0.9808	0.985
Estado	▽	▽	▽	▽	⊙	⊙	▽	⊙	▽	▽	▽	▽



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

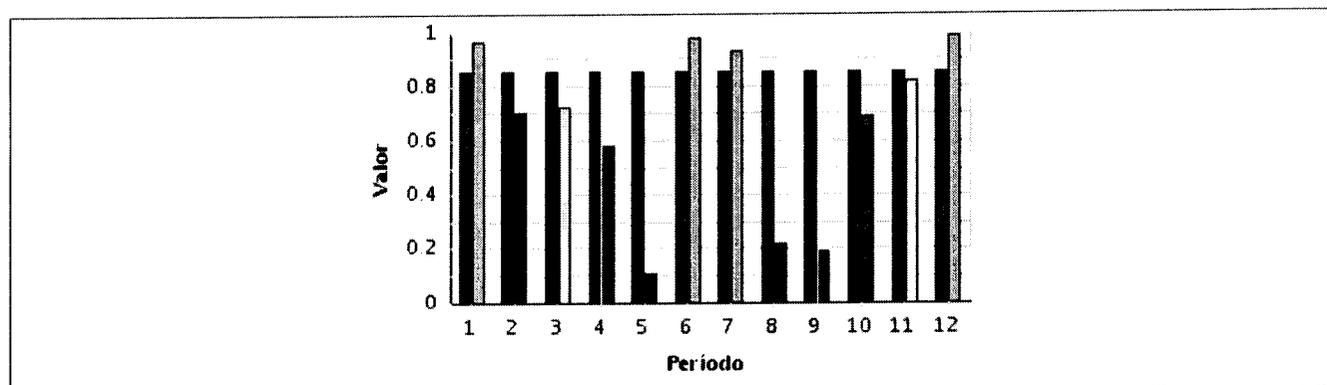
Indicador	1.40 M68 Porcentaje de respuesta en las transferencias reales en un tiempo ideal												
Descripción del Indicador	<p>Mide la proporción de respuestas en las transferencias reales en un tiempo ideal desde que el requerimiento es recibido en la central de radiocomunicaciones hasta que el paciente es trasladado al establecimiento de salud más cercano dentro del área de jurisdicción.</p> <p>Tiempo ideal: será de menor o igual a 30 minutos</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta designada por la DSGSIF es el 90% 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 respuestas de las transferencias en el tiempo ideal DENOMINADOR: Número total de transferencias requeridas</p>												
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	
Resultado		0.9	0.9	0.4	0.5867	0.4059	0.7	0.8696	0.8088	1	0.9209	0.9639	
Estado		○	○	⊗	⊗	⊗	⊗	▽	▽	○	○	○	



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

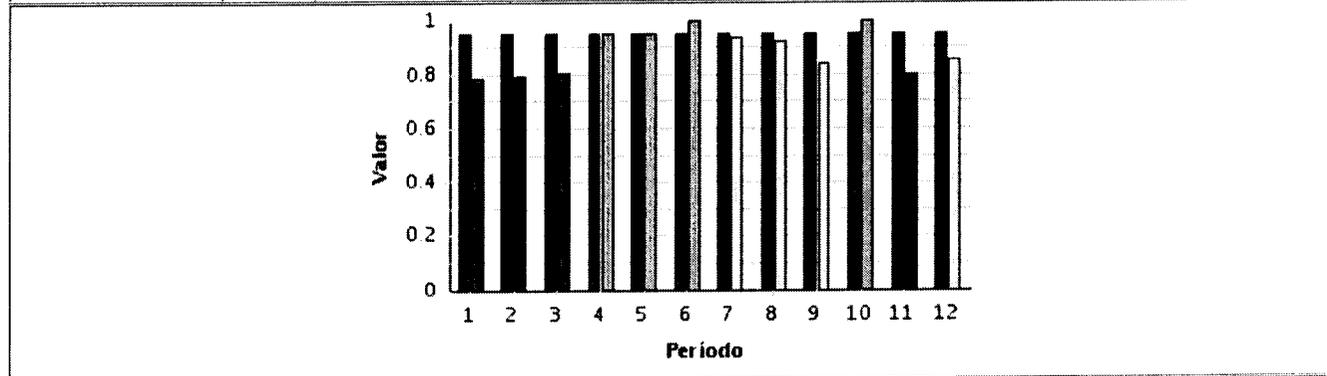
Indicador	1.42 M04 Porcentaje de profesionales de enfermería que cumple los "Diez Correctos"												
Descripción del Indicador	<p>Mide el número de profesionales que brindan atención de enfermería cumpliendo con los diez correctos, con relación al total del personal de enfermería con el que cuenta 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.</p>												

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
<p>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: Número total de personal de enfermería evaluados en el período</p>												
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	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	0.8036	0.8036	0.8036	0.8545	0.9296	1	1	1	1	1	1	1
Estado	⊕	⊕	⊕	▽	▽	○	○	○	○	○	○	○
Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	1.44 M59 Porcentaje de reactivos vitales con stock mayor o igual al mínimo											
Descripción del Indicador	<p>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 mide el abastecimiento de los reactivos vitales en el servicio</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por SGSIF es 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 reactivos vitales con stock mayor o igual al mínimo - Denominador: Número total de reactivos en stock en el período</p>											
Método de cálculo	Número de reactivos vitales con stock mayor o igual al mínimo / Número total de reactivos en stock 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	0.961	0.7031	0.7253	0.5795	0.1053	0.9767	0.925	0.2143	0.1905	0.6875	0.82	0.9796
Estado	○	⊕	▽	⊕	⊕	○	○	⊕	⊕	⊕	▽	○



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

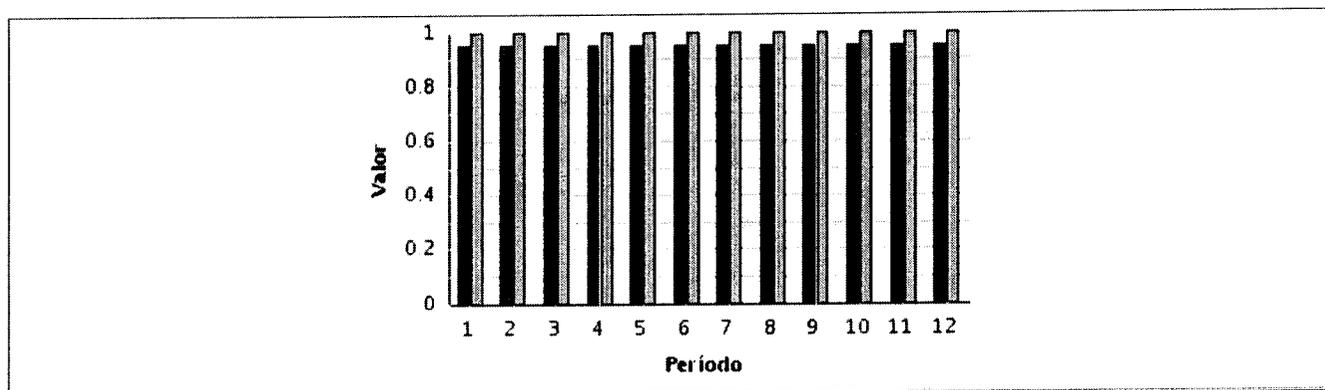
Indicador	1.45 M61 Porcentaje de pertinencia de codificación CIE10												
Descripción del Indicador	Mide el nivel de pertinencia médica en relación a cuadros sindrómicos que se encuentran registrados METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por SGSIF es del 100% en cada período para todos los establecimientos de salud REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95% REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Número de pertinencias de codificación CIE10 encontradas - Denominador: Número total de registros auditados												
Método de cálculo	Número de pertinencias de codificación CIE10 encontradas / Número total de registros auditados												
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 85.00 %												
Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
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	0.7826	0.7911	0.807	0.95	0.95	1	0.9355	0.92	0.84	1	0.8	0.8511	
Estado	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	▽	▽	▽	⊙	⊙	▽	



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

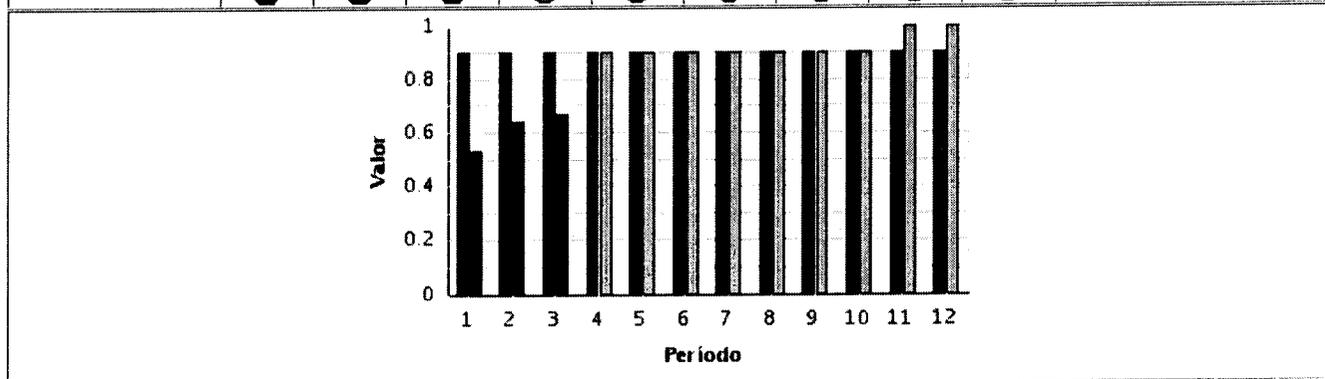
Indicador	1.46 M62 Porcentaje de inconsistencias en reportes de mortalidad												
Descripción del Indicador	Mide el nivel de inconsistencia en los registros de mortalidad que reporta el Sistema informático de cada Unidad Médica en relación a los registros que realiza el personal médico en la epicrisis del paciente (Historia Clínica). METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF 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 período. REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 equivale a 95%.												

Indicadores - Construcción Detallada(Período)																																						
	REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Número de inconsistencias encontradas en los registros auditados en el período. - Denominador: Total de registros auditados en el período																																					
Método de cálculo	Número de inconsistencias encontradas en los registros auditados en el período / Total registros auditados 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	0.05	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	0.05	0.05	1	0.3333	0	0	0	0	0																										
Estado	○	○	○	○	○	⊙	⊙	○	○	○	○	○																										
<table border="1"> <caption>Data for the bar chart</caption> <thead> <tr> <th>Período</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>0</td></tr> <tr><td>2</td><td>0</td></tr> <tr><td>3</td><td>0</td></tr> <tr><td>4</td><td>0.05</td></tr> <tr><td>5</td><td>0.05</td></tr> <tr><td>6</td><td>1</td></tr> <tr><td>7</td><td>0.3333</td></tr> <tr><td>8</td><td>0</td></tr> <tr><td>9</td><td>0</td></tr> <tr><td>10</td><td>0</td></tr> <tr><td>11</td><td>0</td></tr> <tr><td>12</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>													Período	Valor	1	0	2	0	3	0	4	0.05	5	0.05	6	1	7	0.3333	8	0	9	0	10	0	11	0	12	0
Período	Valor																																					
1	0																																					
2	0																																					
3	0																																					
4	0.05																																					
5	0.05																																					
6	1																																					
7	0.3333																																					
8	0																																					
9	0																																					
10	0																																					
11	0																																					
12	0																																					
Indicadores - Construcción Detallada(Período)																																						
Indicador	1.48 M75 Porcentaje de informes de derivación con pertinencia médica efectiva																																					
Descripción del Indicador	Este indicador mide el nivel de pertinencia médica que justifique las derivaciones realizadas dentro de la unidad médica. METAS ESTÁNDARES: La meta establecida por la DSGSIF es del 95% en cada período. REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.xx o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%. REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Número de informes de derivaciones con pertinencia médica efectiva - Denominador: Número total de informes de derivaciones realizadas																																					
Método de cálculo	Número de informes de derivación 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	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																										
Estado	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○																										



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	1.49 M76 Porcentaje de informes con pertinencia de facturación médica efectiva												
Descripción del Indicador	<p>Mide la proporción de informes de facturación médica auditados en el periodo que cuentan con pertinencia de forma efectiva.</p> <p>METAS ESTÁNDARES: El indicador mide la proporción de informes de facturación médica auditados en el periodo que cuentan con pertinencia de forma efectiva.</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta establecida por DSGSIF es 90% 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 informes con pertinencia de facturación médica efectiva - Denominador: Total de informes auditados en el periodo</p>												
Método de cálculo	Número de informes con pertinencia de facturación médica efectiva / Total de informes auditados 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	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	
Resultado	0.5333	0.64	0.6667	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	1	1	
Estado	🟢	🟢	🟢	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	



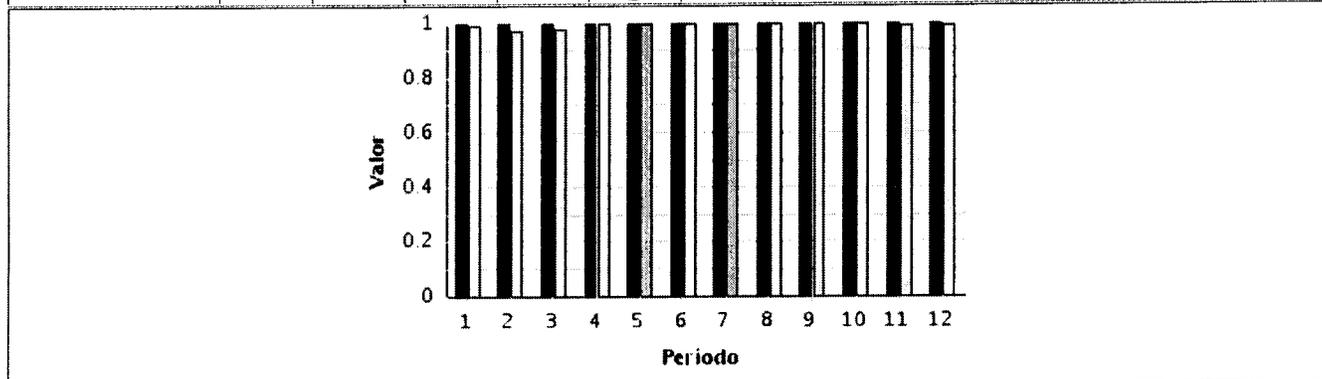
Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	1.51 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)																																						
<p>La meta designada por la DSGSIF es del 100% para todos los establecimientos de salud en cada período.</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 atenciones programadas realizadas en consulta externa en el período - Denominador: Total de citas programadas en el período</p>																																						
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	1.0591	1.1256	1.1304	1	1	1	1	1	1	0.8223	0.83	0.855																										
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>1.1</td></tr> <tr><td>3</td><td>1.1</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>0.8</td></tr> <tr><td>11</td><td>0.8</td></tr> <tr><td>12</td><td>0.9</td></tr> </tbody> </table>													Período	Valor	1	1.0	2	1.1	3	1.1	4	1.0	5	1.0	6	1.0	7	1.0	8	1.0	9	1.0	10	0.8	11	0.8	12	0.9
Período	Valor																																					
1	1.0																																					
2	1.1																																					
3	1.1																																					
4	1.0																																					
5	1.0																																					
6	1.0																																					
7	1.0																																					
8	1.0																																					
9	1.0																																					
10	0.8																																					
11	0.8																																					
12	0.9																																					
Indicadores - Construcción Detallada(Período)																																						
Indicador	1.52 M65 Porcentaje de muertes maternas																																					
Descripción del Indicador	<p>Mide la proporción de muertes maternas evitables ocurridas durante el período. 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.</p> <p>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.</p> <p>Muerte Materna Evitable: Es la muerte de una mujer en período 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.</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta sugerida por la DSGSIF es del 0% en cada período para todos los establecimientos de salud que cuentan con el servicio de materno infantil</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>MÉTODO DE CÁLCULO: Numerador: Número de muertes maternas evitables identificadas en el periodo Denominador: Total de mujeres con nacidos vivos atendidas en la unidad</p>																																					
Método de cálculo	Número de muertes maternas evitables identificadas en el periodo / Total de mujeres con nacidos vivos atendidas en la unidad																																					
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	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	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

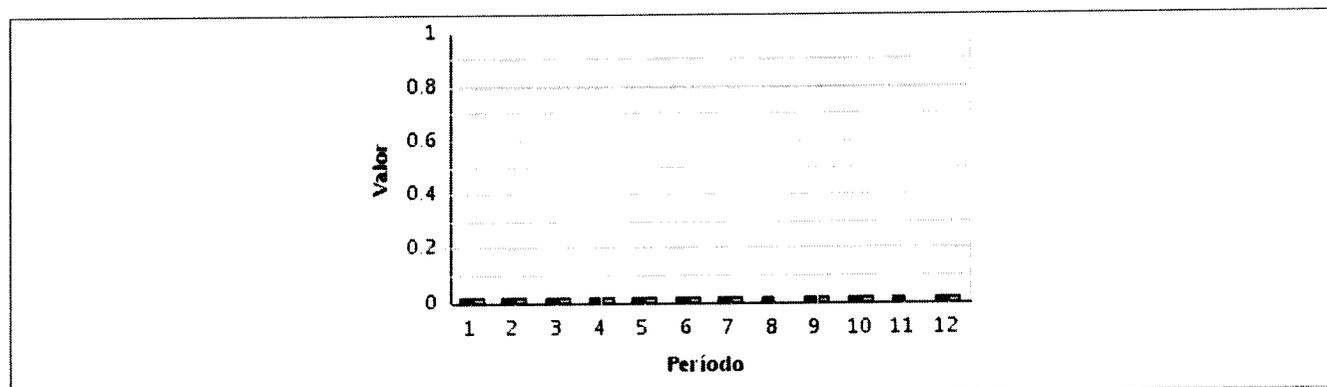
Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	1.55 M80 Porcentaje de derivaciones efectivas											
Descripción del Indicador	Mide las solicitudes que han sido aprobadas por la Coordinación o Unidad Provincial de Prestaciones de Salud de cada provincia; y, que han sido solicitadas por esta unidad médica. METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es 100% en cada período para todos los establecimientos de salud. REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Número de solicitudes de derivaciones aprobadas por la Coordinación o Unidad provincial de Prestaciones de Salud - Denominador: Total de solicitudes de derivaciones realizadas por la unidad médica en el período											
Método de cálculo	Número de solicitudes de derivaciones aprobadas por la Coordinación o Unidad provincial de Prestaciones de Salud / Total de solicitudes de derivaciones realizadas por la unidad médica 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	0.9902	0.9703	0.9779	0.9937	1	0.996	1	0.9987	0.9969	0.9983	0.993	0.9924
Estado	▽	▽	▽	▽	○	▽	○	▽	▽	▽	▽	▽



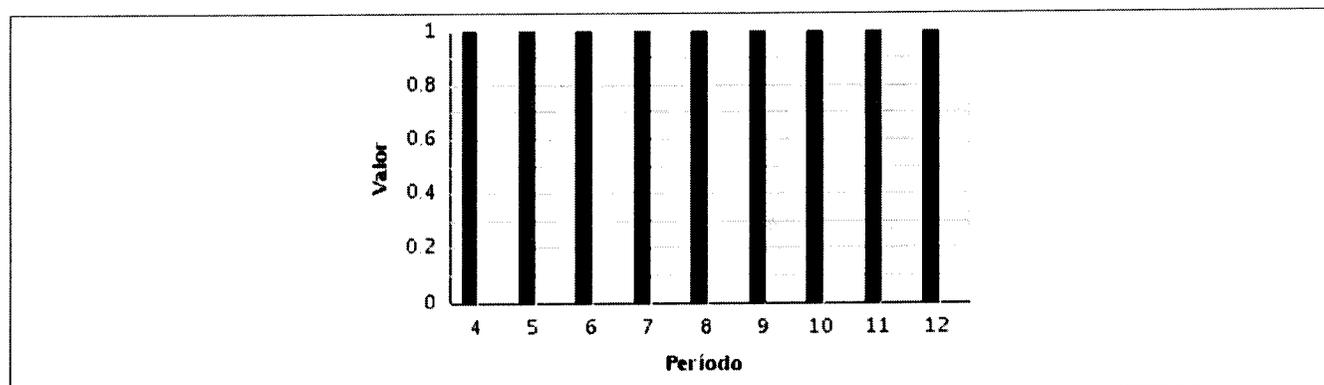
Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	1.56 M08 Porcentaje de cumplimiento de protocolos o guías de práctica clínica											
Descripción del Indicador	Mide la aplicación de los protocolos aprobados por el Ministerio de Salud Pública o en su ausencia, aquellos aplicados 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.											

Indicadores - Construcción Detallada(Período)																																						
<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																										
Resultado	0.6452	0.7121	0.7561	1	1	0.803	1	1	1	0.8214	0.8837	0.9792																										
Estado	⊙	⊙	⊙	○	○	⊙	○	○	○	⊙	▽	▽																										
<table border="1"> <caption>Data for Bar Chart</caption> <thead> <tr> <th>Período</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>0.6452</td></tr> <tr><td>2</td><td>0.7121</td></tr> <tr><td>3</td><td>0.7561</td></tr> <tr><td>4</td><td>1</td></tr> <tr><td>5</td><td>1</td></tr> <tr><td>6</td><td>0.803</td></tr> <tr><td>7</td><td>1</td></tr> <tr><td>8</td><td>1</td></tr> <tr><td>9</td><td>1</td></tr> <tr><td>10</td><td>1</td></tr> <tr><td>11</td><td>0.8214</td></tr> <tr><td>12</td><td>0.8837</td></tr> </tbody> </table>													Período	Valor	1	0.6452	2	0.7121	3	0.7561	4	1	5	1	6	0.803	7	1	8	1	9	1	10	1	11	0.8214	12	0.8837
Período	Valor																																					
1	0.6452																																					
2	0.7121																																					
3	0.7561																																					
4	1																																					
5	1																																					
6	0.803																																					
7	1																																					
8	1																																					
9	1																																					
10	1																																					
11	0.8214																																					
12	0.8837																																					
Indicadores - Construcción Detallada(Período)																																						
Indicador	1.58 M79 Porcentaje de derivaciones solicitadas																																					
Descripción del Indicador	<p>Mide la proporción de solicitudes de derivación en razón de la falta de camas, el daño o la falta de equipos, la 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 período.</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es de máximo el 20% 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 derivaciones solicitadas en el período - Número de derivaciones solicitadas por superar la capacidad resolutive de la unidad médica) - Denominador: Total de atenciones realizadas en el período</p>																																					
Método de cálculo	(Número de derivaciones solicitadas en el período - Número de derivaciones solicitadas por superar la capacidad resolutive de la unidad médica) / Total de atenciones realizadas 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	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2																										

Indicadores - Construcción Detallada(Período)																																						
Resultado	0.0541	0.0549	0.052	0.0347	0.0017	0.028	0.0843	0.076	0.103	0.0143	0.0037	0.0137																										
Estado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																										
<table border="1"> <caption>Data for Bar Chart: Percentage of postpartum incidents referred for capacity reasons</caption> <thead> <tr> <th>Período</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>0.02</td></tr> <tr><td>2</td><td>0.02</td></tr> <tr><td>3</td><td>0.02</td></tr> <tr><td>4</td><td>0.02</td></tr> <tr><td>5</td><td>0.02</td></tr> <tr><td>6</td><td>0.02</td></tr> <tr><td>7</td><td>0.02</td></tr> <tr><td>8</td><td>0.02</td></tr> <tr><td>9</td><td>0.02</td></tr> <tr><td>10</td><td>0.02</td></tr> <tr><td>11</td><td>0.02</td></tr> <tr><td>12</td><td>0.02</td></tr> </tbody> </table>													Período	Valor	1	0.02	2	0.02	3	0.02	4	0.02	5	0.02	6	0.02	7	0.02	8	0.02	9	0.02	10	0.02	11	0.02	12	0.02
Período	Valor																																					
1	0.02																																					
2	0.02																																					
3	0.02																																					
4	0.02																																					
5	0.02																																					
6	0.02																																					
7	0.02																																					
8	0.02																																					
9	0.02																																					
10	0.02																																					
11	0.02																																					
12	0.02																																					
Indicadores - Construcción Detallada(Período)																																						
Indicador	1.59 M22 Porcentaje de incidentes de postparto referidos																																					
Descripción del Indicador	<p>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.</p> <p>Un incidente es una complicación que se produce después del parto y representa algún tipo de afectación de la salud.</p> <p>Importante: una atención de consulta de postparto, lo puede realizar cualquier unidad de salud, independientemente que posea el especialista o sala de partos.</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por DSGSIF es hasta el 1% 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 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.</p>																																					
Método de cálculo	(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	0.02	0.02	0	0.02																										
Estado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																										

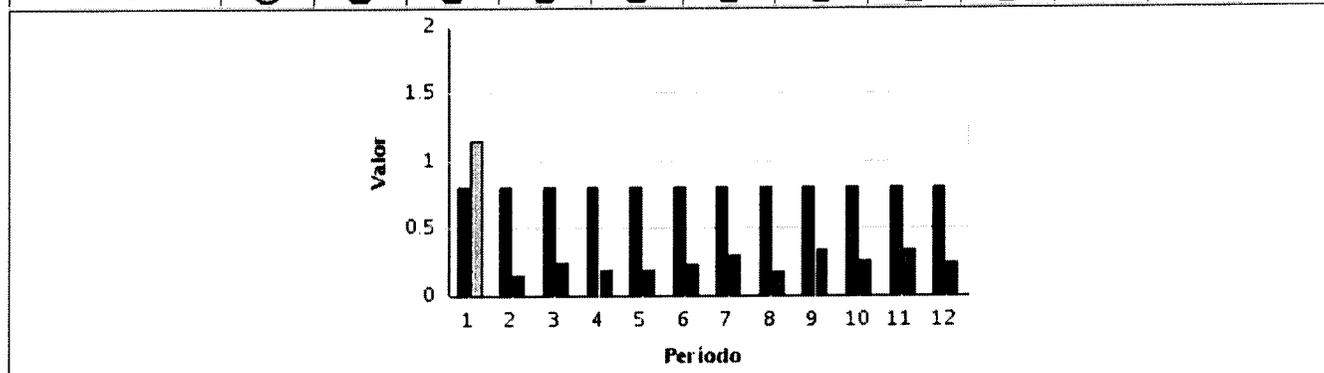


Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	1.62 M69 Porcentaje de personal pre hospitalario capacitado en (PHTLS) - Soporte Vital en el Trauma Prehospitalario											
Descripción del Indicador	<p>Mide la proporción de profesionales con conocimiento en el manejo de Soporte Vital en el Trauma Prehospitalario - PHTLS, 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.</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>El manejo PHTLS se fundamenta en una filosofía de asistencia prehospitalaria al trauma que incide en el tratamiento multiorgánico del paciente traumático como una entidad única con unas necesidades específicas que requieren una valoración y tratamiento que difieren del manejo médico tradicional.</p> <p>Las unidades que deben reportar este indicador son las que cuentan con áreas de emergencia y tienen ambulancias.</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: La meta debe ser registrada en formato 0.00 o 1.00, por ejemplo: 0.95 equivale a 95%</p> <p>REGISTRO DE RESULTADO: Numerador: Número de profesionales con conocimiento en el manejo de Soporte Vital en el Trauma Prehospitalario Denominador: Total de profesionales del área</p>											
Método de cálculo	Número de profesionales capacitados en el manejo PHTLS /Total de profesionales de las áreas											
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	0	0	0	0	0	0	0	0
Estado				⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	1.63 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>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por SGSIF es 0.80 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: total de partos atendidos en el establecimiento de salud en el período</p>											
Método de cálculo	Número de embarazadas con parto normal atendidas en el establecimiento de salud en el período / total de partos atendidos 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	1.1429	0.1406	0.24	0.1786	0.1875	0.2239	0.2951	0.1714	0.3333	0.25	0.3409	0.2368
Estado	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	1.64 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</p>											

Indicadores - Construcción Detallada(Período)

de constatar que el personal sea el adecuado para realizar las gestiones que requiere el área. 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.

METAS ESTÁNDARES:
La meta asignada por la DSGSIF es del 100% en cada período para todos los establecimientos de salud.

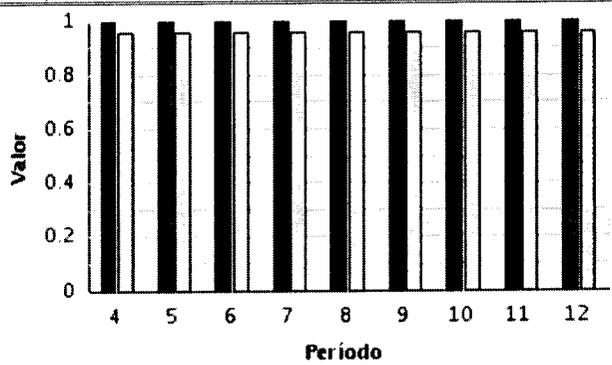
REGISTRO DE METAS:
La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%.

REGISTRO DE RESULTADOS:
-Numerador: Número de profesionales capacitados en protocolos y guías de práctica clínica.
-Denominador: Total de profesionales de salud que laboran en la unidad médica.

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				0.9586	0.9586	0.9586	0.9586	0.9586	0.9586	0.9586	0.9586	0.9586
Estado				▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador 1.65 M54 Porcentaje de atención de quejas y reclamos en los tiempos establecidos a los afiliados, beneficiarios y empleadores

Descripción del Indicador

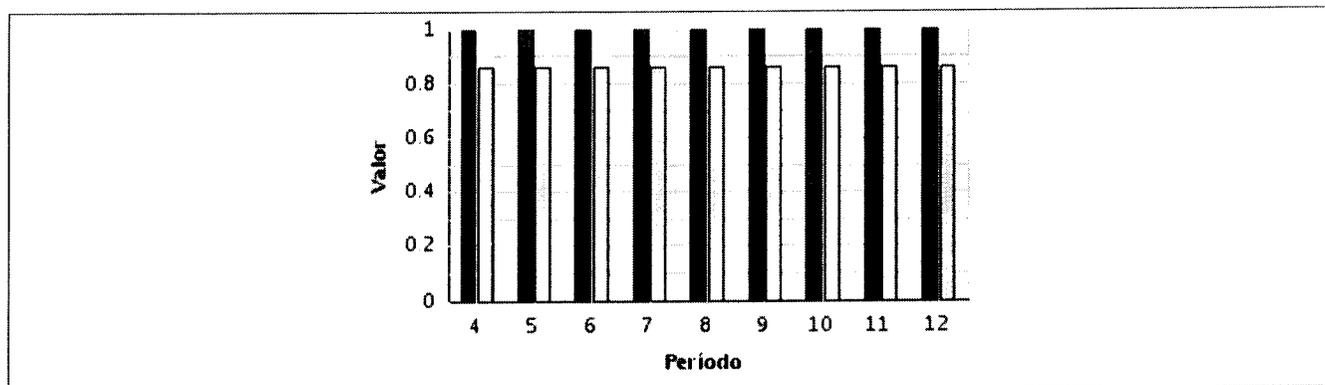
Mide el número de quejas y reclamos atendidos, cumpliendo con los tiempos establecidos (máximo 48 horas), ingresados por los diferentes canales con los que cuenta el IESS, como son: Teléfonos Rojos, Redes Sociales, Teléfonos Institucionales, Correos Electrónicos, Página Web, Presenciales, Oficinas, con 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

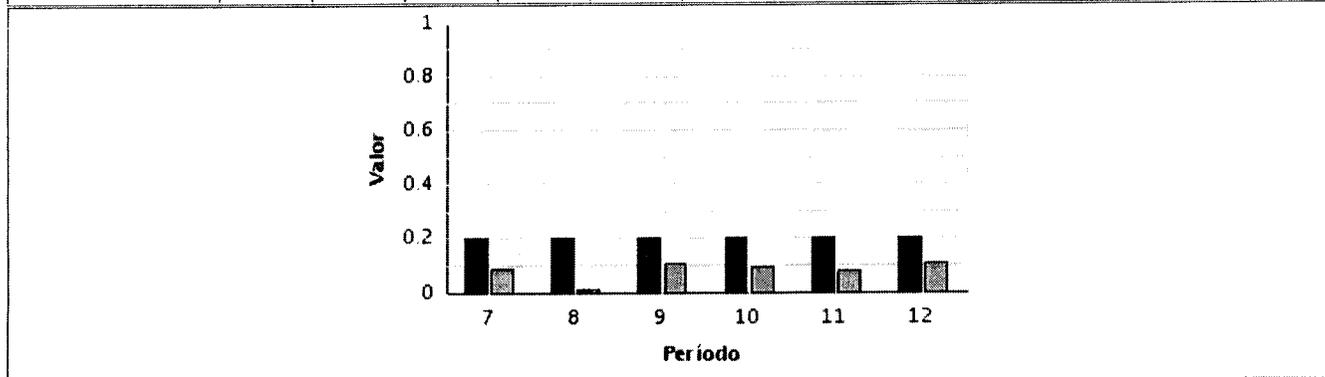
REGISTRO DE METAS:
- La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%

Indicadores - Construcción Detallada(Período)																												
	REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Número de 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	1	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8																
Estado						○	○	○	○	○	○	○																
<table border="1"> <caption>Data for Bar Chart</caption> <thead> <tr> <th>Período</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6</td> <td>0.8</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>0.8</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>0.8</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>0.8</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>0.8</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>0.8</td> </tr> </tbody> </table>													Período	Valor	6	0.8	7	1.0	8	0.8	9	0.8	10	0.8	11	0.8	12	0.8
Período	Valor																											
6	0.8																											
7	1.0																											
8	0.8																											
9	0.8																											
10	0.8																											
11	0.8																											
12	0.8																											
Indicadores - Construcción Detallada(Período)																												
Indicador	1.66 M67 Porcentaje de profesionales de emergencia capacitados en el Triage de Manchester																											
Descripción del Indicador	<p>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 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>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.</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.</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 del área de emergencia capacitados en el Triage de Manchester. -Denominador: Total de profesionales del área de emergencia.</p>																											
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				0.86	0.86	0.86	0.86	0.86	0.86	0.86	0.86	0.86																
Estado				▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽																



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

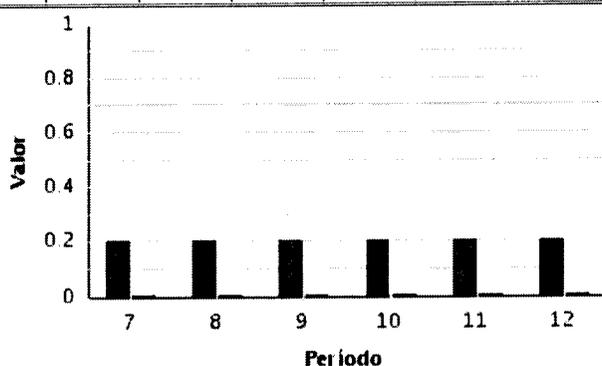
Indicador	1.67 M81 Porcentaje de derivaciones a prestadores de la Red Privada Complementaria (RPC)											
Descripción del Indicador	Mide la cantidad de derivación a la Red Privada Complementaria (RPC -conformada por establecimientos de salud que están acreditados y contratados por el IESS) realizadas a través del sistema ADAS o por medio de solicitudes a la Coordinación o Unidad Provincial de Prestaciones de Salud a la que pertenece el establecimiento de salud, debido a: insuficiencia de camas; daño o la falta de equipos; falta de dispositivos médicos de laboratorio u otras causas justificadas técnicamente. METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es máximo 20% 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 derivaciones a la red privada complementaria en el período - Denominador: Número total de atenciones en el período											
Método de cálculo	Número de derivaciones a la red privada complementaria en el período / Número total de atenciones 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							0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
Resultado							0.0867	0.0136	0.1053	0.0937	0.0775	0.106
Estado							⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙



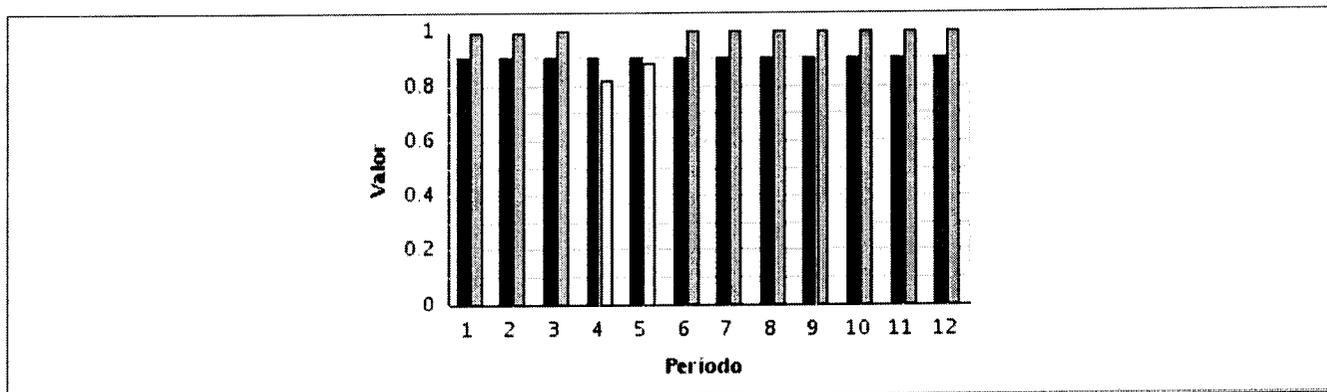
Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	1.68 M82 Porcentaje de derivaciones a red pública integral de salud (RPIS)											
Descripción del Indicador	Mide la cantidad de derivaciones a la red pública integral de salud realizadas a través del sistema ADAS o por medio de solicitudes a la Coordinación o Unidad Provincial de Prestaciones de Salud a la que pertenece el establecimiento de salud, debido a: insuficiencia de camas; daño o la falta de equipos; falta de dispositivos médicos de laboratorio u otras causas justificadas técnicamente. METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es máximo 20% en cada período para todos los establecimientos de salud											

Indicadores - Construcción Detallada(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 derivaciones a la red pública integral de salud (RPIS) en el período - Denominador: Número total de atenciones en el período											
Método de cálculo	Número de derivaciones a la red pública integral de salud (RPIS) en el período / Número total de atenciones 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							0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
Resultado							0.0021	0.0012	0.0037	0.0038	0.0021	0.0034
Estado							○	○	○	○	○	○

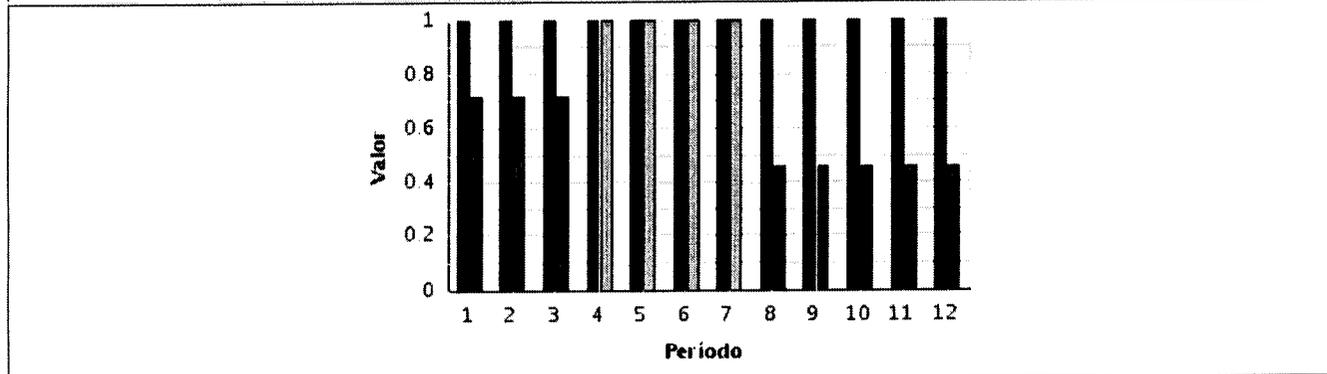


Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	2.16 A01 Índice de disponibilidad de tecnología informática											
Descripción del Indicador	Mide la disponibilidad de tecnología informática operativa (HW+SW+RED) con que cuenta el personal de administrativo y de salud para llevar 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	0.9904	0.9897	0.9934	0.8176	0.8784	0.9934	1	0.9957	0.9997	0.9997	0.9985	0.9989
Estado	○	○	○	▽	▽	○	○	○	○	○	○	○



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	2.17 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	0.7156	0.7156	0.7156	1	1	1	1	0.4558	0.4558	0.4558	0.453	0.453
Estado	⊙	⊙	⊙	○	○	○	○	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙

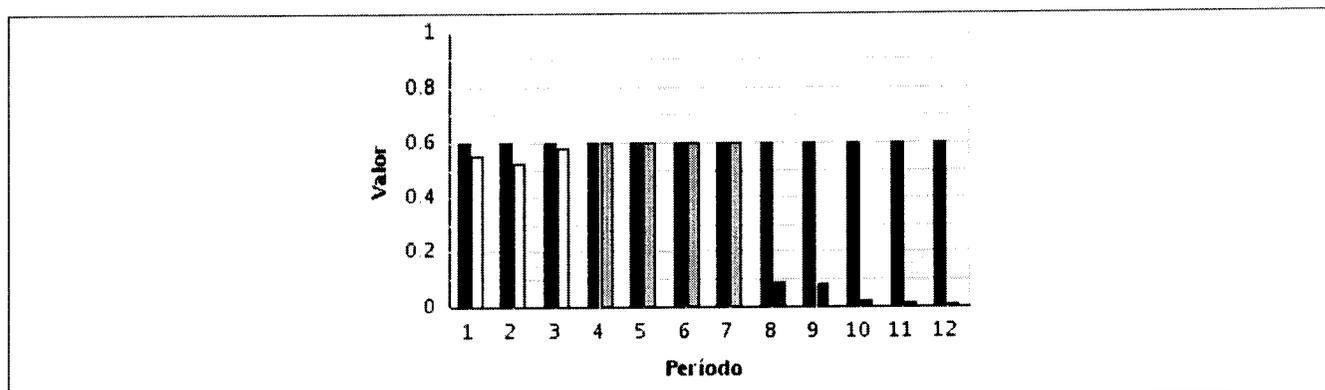


Indicadores - Construcción Detallada(Período)																																																			
Indicador	2.19 A37 Porcentaje de avance de los planes de mantenimiento del equipamiento sanitario																																																		
Descripción del Indicador	<p>Mide el cumplimiento del mantenimiento de los equipos sanitarios que se encuentran en operación existentes en cada Unidad Médica 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: - 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: Sumatoria de mantenimientos realizados a los equipos sanitarios operativos - Denominador: Total de mantenimientos de los equipos sanitarios operativos programados en el año</p>																																																		
Método de cálculo	Sumatoria de mantenimientos realizados a los equipos sanitarios operativos/ Total de mantenimientos de los equipos sanitarios operativos programados en el año																																																		
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 85.00 %																																																		
Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic																																							
Meta	0.02	0.07	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	0.95	1																																							
Resultado	1	1	1	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7155	0.7155	0.7155	0.7155	0.7155																																							
Estado	○	○	○	○	○	○	○	○	▽	⊗	⊗	⊗																																							
<table border="1"> <caption>Data for the graph: Meta vs Resultado</caption> <thead> <tr> <th>Período</th> <th>Meta</th> <th>Resultado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>0.02</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>2</td><td>0.07</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>3</td><td>0.2</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>4</td><td>0.3</td><td>0.3</td></tr> <tr><td>5</td><td>0.4</td><td>0.4</td></tr> <tr><td>6</td><td>0.5</td><td>0.5</td></tr> <tr><td>7</td><td>0.6</td><td>0.6</td></tr> <tr><td>8</td><td>0.7</td><td>0.7155</td></tr> <tr><td>9</td><td>0.8</td><td>0.7155</td></tr> <tr><td>10</td><td>0.9</td><td>0.7155</td></tr> <tr><td>11</td><td>0.95</td><td>0.7155</td></tr> <tr><td>12</td><td>1.0</td><td>0.7155</td></tr> </tbody> </table>													Período	Meta	Resultado	1	0.02	1.0	2	0.07	1.0	3	0.2	1.0	4	0.3	0.3	5	0.4	0.4	6	0.5	0.5	7	0.6	0.6	8	0.7	0.7155	9	0.8	0.7155	10	0.9	0.7155	11	0.95	0.7155	12	1.0	0.7155
Período	Meta	Resultado																																																	
1	0.02	1.0																																																	
2	0.07	1.0																																																	
3	0.2	1.0																																																	
4	0.3	0.3																																																	
5	0.4	0.4																																																	
6	0.5	0.5																																																	
7	0.6	0.6																																																	
8	0.7	0.7155																																																	
9	0.8	0.7155																																																	
10	0.9	0.7155																																																	
11	0.95	0.7155																																																	
12	1.0	0.7155																																																	
Indicadores - Construcción Detallada(Período)																																																			
Indicador	2.20 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:</p>																																																		

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
	- 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
Resultado							1	0.62	0.62	0.62	0.62	0.62
Estado							○	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗

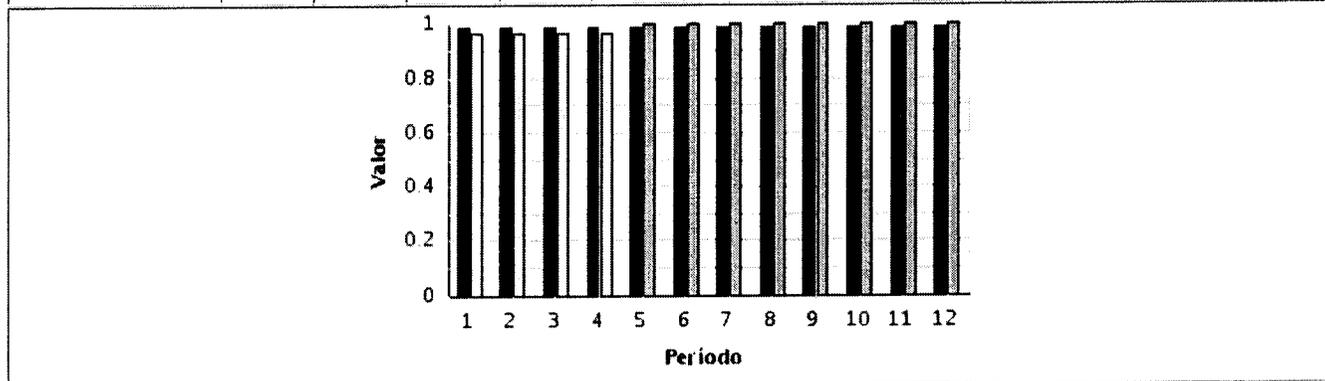
Período	Valor
7	1.0
8	0.62
9	0.62
10	0.62
11	0.62
12	0.62

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	2.22 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 periodo. METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es mayor al 0.60 en cada periodo 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 periodo											
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	0.548	0.5269	0.5758	0.6	0.6	0.6	0.6	0.0871	0.077	0.0165	0.0087	0.0056
Estado	▽	▽	▽	○	○	○	○	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

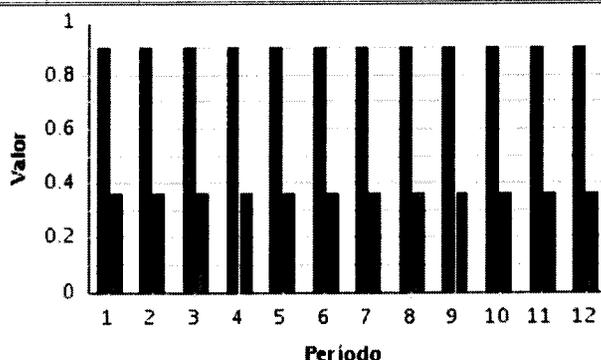
Indicador	2.23 A40 Porcentaje de actualización de indicadores en el IESSPR												
Descripción del Indicador	<p>Mide el porcentaje de actualización del indicador en la herramienta IESSPR de la Unidad Médica que corresponda, desde el nivel superior hasta sus niveles inferiores.</p> <p>El porcentaje de actualización debe ser obtenido de la herramienta IESSPR, generando desde el nivel NI el reporte Actualización de Resultados, el 10 de cada mes o el último día laborable antes del 10, el mismo que deberá ser anexado en la herramienta como fuente de verificación.</p> <p>La meta asignada por la DNPL es 98% en cada periodo, tomando en cuenta que este indicador no podría ser actualizado hasta sacar el reporte, por lo cual no puede ser el 100%.</p> <p>MÉTODO DE CALCULO: Promedio de los porcentajes de actualización del nivel 1 y niveles inferiores.</p>												
Método de cálculo	Promedio de los porcentajes de actualización del nivel 1 y niveles inferiores.												
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	0.96	0.96	0.96	0.96	1	1	1	1	1	1	1	1	
Estado	▽	▽	▽	▽	●	●	●	●	●	●	●	●	



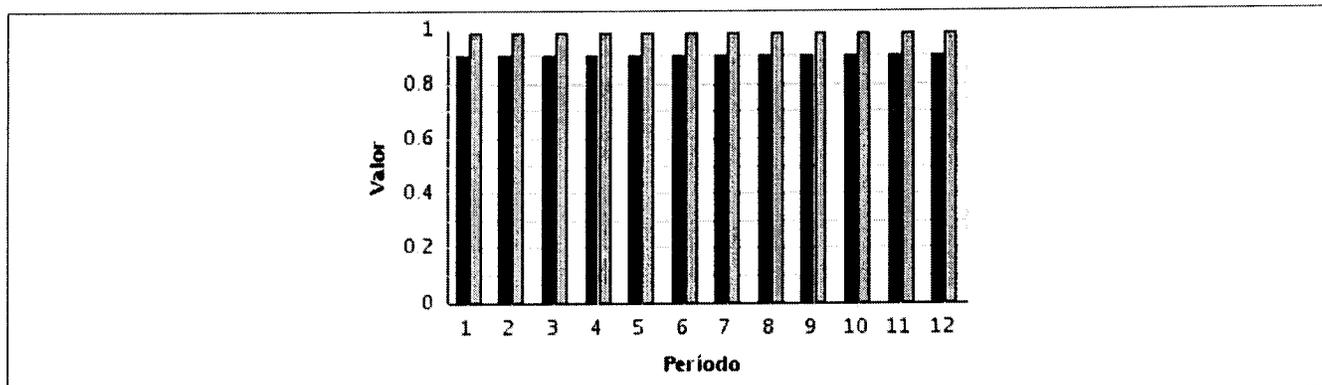
Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	3.6 A39 Porcentaje de servicios que cuentan con la plantilla completa de profesionales de salud, según Cartera de Servicios												
Descripción del Indicador	<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>												

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
	REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Número de servicios del establecimiento que cuentan con plantilla completa - Denominador: Total de servicios que cuenta el establecimiento de salud											
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	0.3571	0.3571	0.3571	0.3571	0.3571	0.3571	0.3571	0.3571	0.3571	0.3571	0.3571	0.3571
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	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	0.9851	0.9855	0.9858	0.9857	0.9821	0.9822	0.9855	0.9855	0.9855	0.9856	0.9855	0.9855
Estado	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖



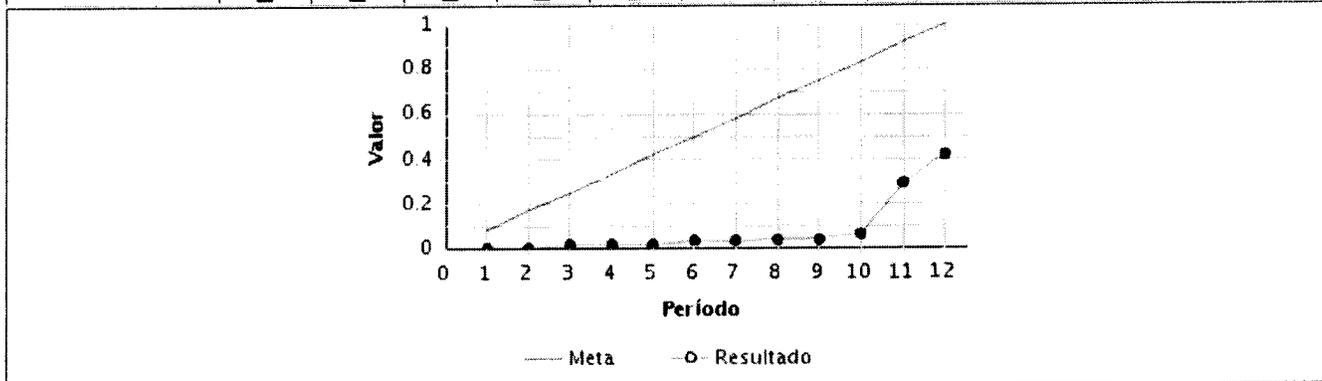
Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	4.6 A28 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - INSUMOS
Descripción del Indicador	<p>Mide el porcentaje de ejecución del presupuesto gasto corriente del GRUPO especificado en relación al monto codificado .</p> <p>IMPORTANTE: Se considerará que por lo menos el primer semestre debe mantenerse abastecido.</p> <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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	0.0143	0.0143	0.0143	0.0298	0.0298	0.0352	0.0352	0.0614	0.2879	0.4199
Estado	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗



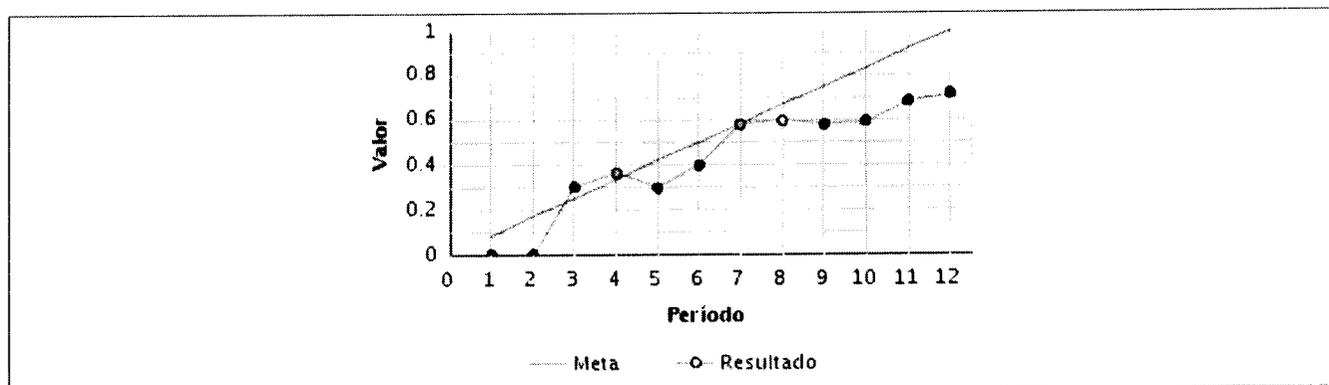
Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador 4.7 A11 Porcentaje de facturación enviada en relación a costos totales

Mide la relación entre la facturación enviada del período y los costos totales del período.

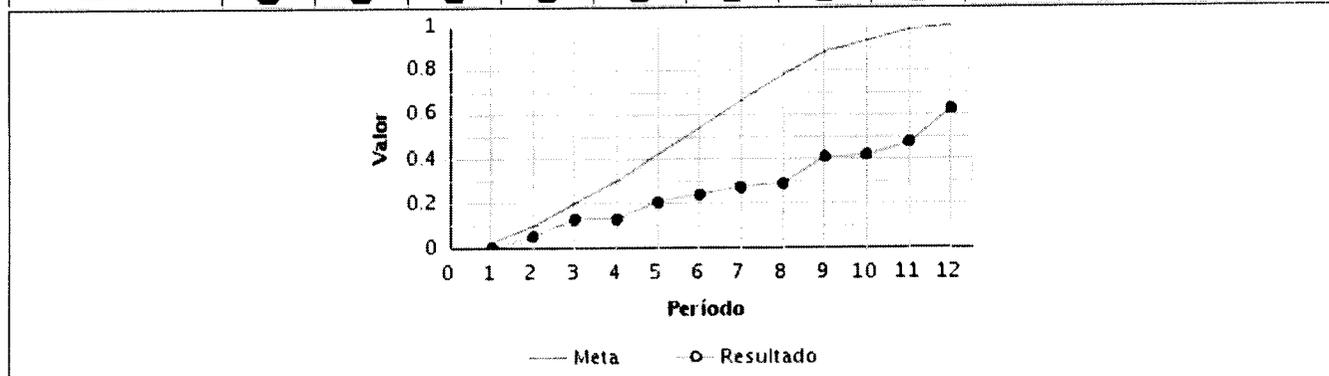
Descripción del Indicador	<p>METAS ESTÁNDARES: -La meta asignada es 100% en cada período para todos los establecimientos de salud</p> <p>REGISTRO DE METAS:</p>
----------------------------------	---

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: 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	1.1105	1.158	1.5268	0.9427	24.6162	2.0642	1.4108	0.9206	0.8852	0.9332	1.1638	1
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 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	0.2981	0.3604	0.2948	0.3948	0.5769	0.5918	0.5755	0.5881	0.6823	0.7149
Estado	⊕	⊕	⊕	○	⊕	⊕	○	▽	⊕	⊕	⊕	⊕



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

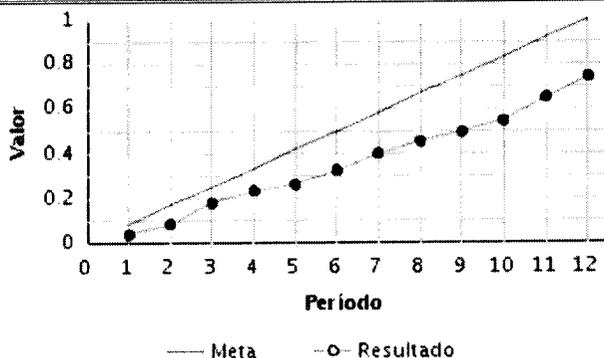
Indicador	4.10 A35 Porcentaje de ejecución del PAC												
Descripción del Indicador	Mide la ejecución del PAC en cada Centro de Responsabilidad Presupuestario METAS ESTÁNDARES: La meta establecida para todos los establecimientos es: ENE-2%, FEB-10%, MRZ-20%, ABR-30, MAY-42%, JUN-54%, JUL-66%, AGS-78%, 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 acumulado / 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	0.0481	0.1257	0.1257	0.2035	0.2345	0.2695	0.2842	0.4042	0.416	0.474	0.6229	
Estado	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	



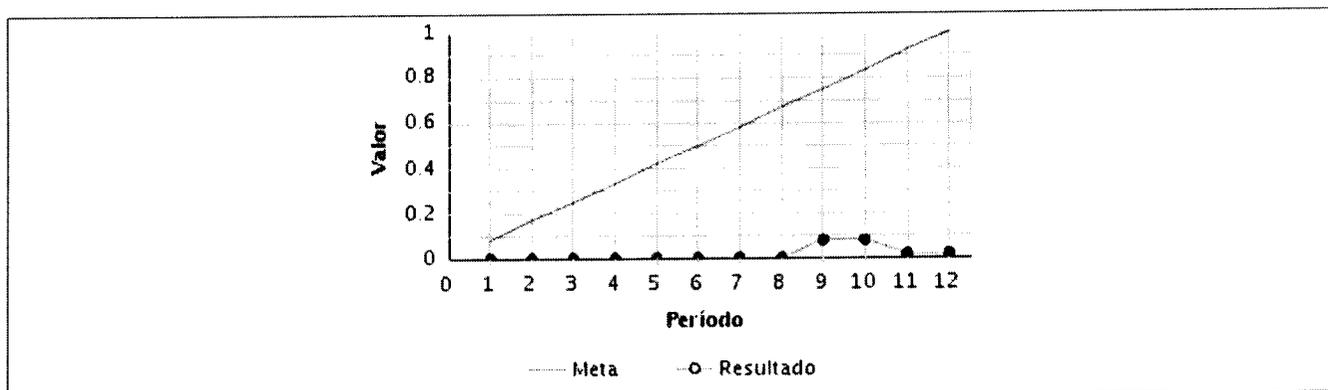
Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	4.11 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												

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
	- Denominador: Presupuesto codificado											
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	0.0357	0.0813	0.1786	0.2295	0.2594	0.3238	0.3979	0.451	0.4918	0.5445	0.646	0.7415
Estado	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙



Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	4.12 A30 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente CAPACITACIÓN PERSONAL											
Descripción del Indicador	<p>Mide el porcentaje de ejecución del presupuesto gasto corriente del GRUPO especificado en relación al monto codificado .</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es llegar al 100%, es aceptable que cumplan en cada cuatrimestre 33.33% , se debe medir cada periodo 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: Monto ejecutado acumulado - Denominador: Monto codificado acumulado</p>											
Método de cálculo	Presupuesto ejecutado acumulado / Presupuesto 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	0	0	0	0	0	0.079	0.079	0.0134	0.0134
Estado	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	4.13 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 . METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es llegar al 100%, es aceptable que cumplan en cada cuatrimestre 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 - 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	0.0623	0.1287	0.2061	0.2748	0.3416	0.4108	0.4785	0.5453	0.6127	0.6784	0.7448	0.8448
Estado	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗

