



IESS PR
POR RESULTADOS

Año: 2016
Indicadores - Construcción Detallada
Hospital General - Portoviejo

12/05/2017 - 11:15
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 | | | | | | | | | |
| 1.25 | M01 Porcentaje de reingresos al servicio de Emergencia en menos de 24 horas | Registros de la Unidad | Hugo Ricardo Loor Intriago | 12 | Discreto | Resultados | 0 | SÍ | SÍ |
| 1.26 | M02 Tiempo (minutos) promedio de respuesta a emergencias del ECU 911 | Registros de la Unidad | Sergio Andres Jurado Villavicencio | 12 | Discreto | Resultados | 0 | SÍ | SÍ |
| 1.27 | M25 Relación parto cesárea | Registros de la unidad | Hugo Ricardo Loor Intriago | 12 | Discreto | Resultados | 0 | SÍ | SÍ |
| 1.28 | M57 Porcentaje de ocupación de camas | Registros de la Unidad | Sergio Andres Jurado Villavicencio | 12 | Discreto | Resultados | 0 | SÍ | SÍ |
| 1.29 | M51 Porcentaje de fármacos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo | Registro de la unidad | Sergio Andres Jurado Villavicencio | 12 | Discreto | Resultados | 0 | SÍ | SÍ |
| 1.30 | M60 Porcentaje de IAAS por servicio | Registros de la unidad | Hugo Ricardo Loor Intriago | 12 | Discreto | Resultados | 0 | SÍ | SÍ |
| 1.33 | M12 Tiempo promedio (días) de espera pre-quirúrgico | Registros de la unidad | Hugo Ricardo Loor Intriago | 12 | Discreto | Resultados | 0.5 | SÍ | SÍ |
| 1.34 | M58 Tiempo promedio (horas) de estancia pre-quirúrgico | Registros de la Unidad | Hugo Ricardo Loor Intriago | 12 | Discreto | Resultados | 0 | SÍ | SÍ |
| 1.35 | M14 Porcentaje de cirugías suspendidas | Registros de la unidad | Hugo Ricardo Loor Intriago | 12 | Discreto | Resultados | 0.15 | SÍ | SÍ |
| 1.36 | M05 Porcentaje de reagendamiento de pacientes | Registros de la unidad | Sergio Andres Jurado Villavicencio | 12 | Discreto | Resultados | 0.05 | SÍ | SÍ |
| 1.38 | M78 Porcentaje de exámenes entregados oportunamente | Registros de la unidad | Hugo Ricardo Loor Intriago | 12 | Discreto | Resultados | 0 | SÍ | SÍ |
| 1.39 | M68 Porcentaje de respuesta en | Registros de la unidad | Hugo Ricardo Loor Intriago | 12 | Discreto | Resultados | 0 | SÍ | SÍ |

| No. | Indicador | Fuente | Responsable | Frecuencia | Comportamiento | Jerarquía de Indicador | Línea Base Inicial | Metas Cerradas | Agrupado |
|------|---|---|------------------------------------|------------|----------------|------------------------|--------------------|----------------|----------|
| | las transacciones reales en un tiempo ideal | | | | | | | | |
| 1.41 | M04 Porcentaje de profesionales de enfermería que cumple los "Diez Correctos" | Registros de la unidad | Sergio Andres Jurado Villavicencio | 12 | Discreto | Resultados | 0 | SI | SI |
| 1.43 | M59 Porcentaje de reactivos vitales con stock mayor o igual al mínimo | Registros de la Unidad | Hugo Ricardo Llor Intriago | 12 | Discreto | Resultados | 0 | SI | SI |
| 1.44 | M61 Porcentaje de pertinencia de codificación CIE10 | Registros de la unidad | Sergio Andres Jurado Villavicencio | 12 | Discreto | Resultados | 0 | SI | SI |
| 1.45 | M62 Porcentaje de inconsistencias en reportes de mortalidad | Registros de la Unidad | Hugo Ricardo Llor Intriago | 12 | Discreto | Resultados | 0 | SI | SI |
| 1.47 | M75 Porcentaje de informes de derivación con pertinencia médica efectiva | Registros de la Unidad | Sergio Andres Jurado Villavicencio | 12 | Discreto | Resultados | 0 | SI | SI |
| 1.48 | M76 Porcentaje de informes con pertinencia de facturación médica efectiva | Registros de la Unidad | Hugo Ricardo Llor Intriago | 12 | Discreto | Resultados | 0 | SI | SI |
| 1.50 | M56 Porcentaje de atenciones realizadas en consulta externa de atención de salud | Registros de atención de consulta externa del establecimiento | Sergio Andres Jurado Villavicencio | 12 | Discreto | Resultados | 0 | SI | SI |
| 1.51 | M65 Porcentaje de muertes maternas | Registro de la unidad | Hugo Ricardo Llor Intriago | 12 | Discreto | Resultados | 0 | SI | SI |
| 1.54 | M80 Porcentaje de derivaciones efectivas | Registros de la unidad | Hugo Ricardo Llor Intriago | 12 | Discreto | Resultados | 0 | SI | SI |
| 1.55 | M79 Porcentaje de derivaciones solicitadas | Registros de la unidad | Hugo Ricardo Llor Intriago | 12 | Discreto | Resultados | 0 | SI | SI |
| 1.56 | M08 Porcentaje de cumplimiento de protocolos o guías de práctica clínica | Registros de la unidad | Sergio Andres Jurado Villavicencio | 12 | Discreto | Resultados | 0 | SI | SI |
| 1.57 | M22 Porcentaje de incidentes de posparto | Registros de la unidad | Sergio Andres Jurado Villavicencio | 12 | Discreto | Resultados | 0 | SI | SI |
| 1.58 | M66 Porcentaje de profesionales capacitados en los protocolos y guías de práctica clínica | Registros de la Unidad | Sergio Andres Jurado Villavicencio | 12 | Discreto | Resultados | 0 | SI | SI |

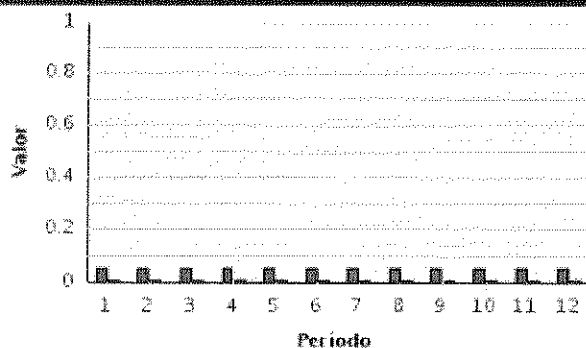
| No. | Indicador | Fuente | Responsable | Frecuencia | Comportamiento | Jerarquía de Indicador | Línea Base Inicial | Metas Cerradas | Agrupado |
|---|---|------------------------------|------------------------------------|------------|----------------|------------------------|--------------------|----------------|----------|
| | aplicables a la unidad médica | | | | | | | | |
| 1.59 | M67 Porcentaje de profesionales de emergencia capacitados en el Triaje de Manchester | Registros de la Unidad | Sergio Andres Jurado Villavicencio | 12 | Discreto | Resultados | 0 | Sí | Sí |
| 1.60 | M69 Porcentaje de profesionales sanitarios con conocimientos técnicos en atención pre hospitalaria, soporte vital básico y manejo de trauma | Registros de la Unidad | Sergio Andres Jurado Villavicencio | 12 | Discreto | Resultados | 0 | Sí | Sí |
| 1.62 | M39 Porcentaje de embarazadas con parto normal atendidas en el establecimiento de salud | Registros de la Unidad | Hugo Ricardo Loor Intriago | 12 | Discreto | Resultados | 0 | Sí | Sí |
| 1.63 | M54 Porcentaje de atención de quejas y reclamos en los tiempos establecidos a los afiliados, beneficiarios y empleadores | Unidad Médica | Hugo Ricardo Loor Intriago | 12 | Discreto | Resultados | 0 | Sí | Sí |
| 1.64 | M81 Porcentaje de derivaciones a prestadores de la Red Privada Complementaria (RPC) | Registro de la unidad médica | Sergio Andres Jurado Villavicencio | 12 | Discreto | Resultados | 0 | Sí | Sí |
| 1.65 | M82 Porcentaje de derivaciones a red pública integral de salud (RPIS) | Registro de la unidad médica | Sergio Andres Jurado Villavicencio | 12 | Discreto | Resultados | 0 | Sí | Sí |
| 2. Incrementar la eficiencia operacional | | | | | | | | | |
| 2.16 | A01 Índice de disponibilidad de tecnología informática | Registros de la unidad | Sergio Andres Jurado Villavicencio | 12 | Discreto | Resultados | 0 | Sí | Sí |
| 2.17 | A16 Porcentaje de equipamiento biomédico operativo | Registros de la unidad | Hugo Ricardo Loor Intriago | 12 | Discreto | Resultados | 0 | Sí | Sí |
| 2.19 | A37 Porcentaje de avance de los planes de mantenimiento del equipamiento sanitario | Registros de la Unidad | Hugo Ricardo Loor Intriago | 12 | Continuo | Resultados | 0 | Sí | Sí |
| 2.20 | A36 Porcentaje promedio de dispositivos | Registros de la Unidad | Hugo Ricardo Loor Intriago | 12 | Discreto | Resultados | 0 | Sí | Sí |

| No. | Indicador | Fuente | Responsable | Frecuencia | Comportamiento | Jerarquía de Indicador | Línea Base Inicial | Metas Cerradas | Agrupado |
|---|---|---|------------------------------------|------------|----------------|------------------------|--------------------|----------------|----------|
| | médicos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo | | | | | | | | |
| 2.22 | A22 Porcentaje de responsabilidades de patrones calculadas | Registros de la Unidad | Hugo Ricardo Llor Intriago | 12 | Discreto | Resultados | 0 | SI | SI |
| 2.23 | A40 Porcentaje de actualización de indicadores en el IESSPR | Herramienta IESSPR | Hugo Ricardo Llor Intriago | 12 | Discreto | Resultados | 0 | SI | SI |
| 3. Incrementar las capacidades técnicas y administrativas del Talento Humano | | | | | | | | | |
| 3.6 | A39 Porcentaje de servicios que cuentan con la plantilla completa de profesionales de salud, según Cartera de Servicios | Registros de la Unidad | Sergio Andres Jurado Villavicencio | 12 | Discreto | Resultados | 0 | SI | SI |
| 3.7 | A38 Porcentaje de salud que cumplen con el perfil de acuerdo a los requerimientos | Registros de la Unidad | Sergio Andres Jurado Villavicencio | 12 | Discreto | Resultados | 0 | SI | SI |
| 4. Incrementar el uso eficiente de los recursos financieros | | | | | | | | | |
| 4.6 | A28 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - INSUMOS | Registro de la unidad | Sergio Andres Jurado Villavicencio | 12 | Continuo | Resultados | 0 | SI | SI |
| 4.7 | A11 Porcentaje de facturación en relación a costos totales | Registros de la Coordinación General Financiera | Sergio Andres Jurado Villavicencio | 12 | Discreto | Resultados | 0 | SI | SI |
| 4.9 | A27 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - MEDICINAS | Registro de la unidad | Sergio Andres Jurado Villavicencio | 12 | Continuo | Resultados | 0 | SI | SI |
| 4.10 | A35 Porcentaje de ejecución del PAC | CRPs | Sergio Andres Jurado Villavicencio | 12 | Continuo | Resultados | 0 | SI | SI |
| 4.11 | A24 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - TOTAL | Registros de la Unidad | Sergio Andres Jurado Villavicencio | 12 | Continuo | Resultados | 0 | SI | SI |
| 4.12 | A30 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - CAPACITACIÓN PERSONAL | Registros de la Unidad | Sergio Andres Jurado Villavicencio | 12 | Continuo | Resultados | 0 | SI | SI |

| No. | Indicador | Fuente | Responsable | Frecuencia | Comportamiento | Jerarquía de Indicador | Línea Base Inicial | Metas Cerradas | Agrupado |
|------|---|------------------------|----------------------------|------------|----------------|------------------------|--------------------|----------------|----------|
| 4.13 | A29 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - TALENTO HUMANO | Registros de la Unidad | Hugo Ricardo Loor Intriago | 12 | Continuo | Resultados | 0 | Sí | Sí |

Indicadores - Construcción Detallada(Período)

| | |
|----------------------------------|---|
| Indicador | 1.25 M01 Porcentaje de reingresos al servicio de Emergencia en menos de 24 horas |
| 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 | 0.0016 0.0015 0.0013 0.0021 0.0019 0.0015 0.0017 0.0017 0.0013 0.0012 0.0006 0.0013 |
| Estado | ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● |

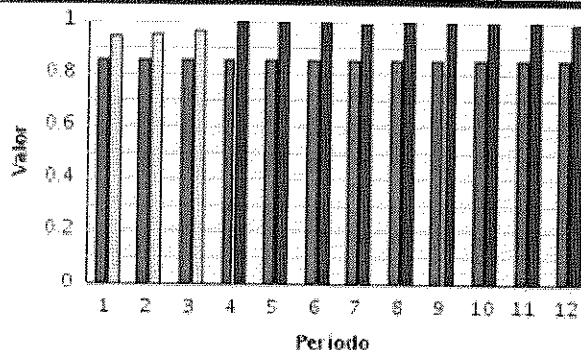


Indicadores - Construcción Detallada(Período)

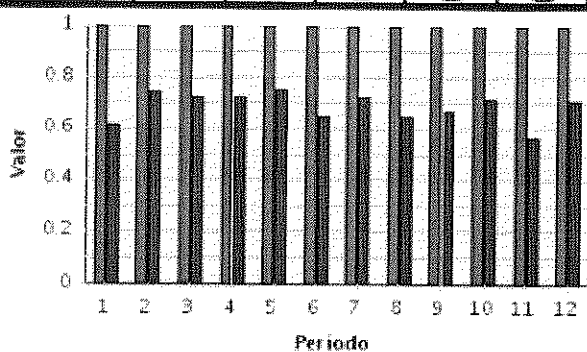
| | |
|----------------------------------|--|
| Indicador | 1.26 M02 Tiempo (minutos) promedio de respuesta a emergencias del ECU 911 |
| Descripción del Indicador | <p>Mide el tiempo promedio en el que se responde al llamado del ECU911, desde que fue reportada la Emergencia, hasta que la ambulancia 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 |
| Resultado | 30 30 3.3235 2.5111 1.2151 1.6377 1.4675 1.2841 2.0545 1.4675 1.5067 2.7561 |

| | | | |
|--|-----------------------|---|-----------------------|
| Indicadores - Construcción Detallada(Período) | | 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"/> | |
| Indicador | | | |
| 1.27 M25 Relación parto cesárea | | | |
| <p>Mide las cesáreas que se ejecutaron en el establecimiento de salud. Las cesáreas deben cumplir con los criterios técnicos establecidos.</p> <p>METAS : La meta debe ser definida por cada establecimiento de salud</p> <p>REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Número de partos por cesárea en el período - Denominador: Número total de partos atendidos en el establecimiento de salud en el período</p> | | <p>Método de cálculo</p> <p>Número de partos por cesárea en el período / Número total de partos atendidos en el establecimiento de salud en el período</p> | |
| Umbral Amarillo | | | |
| Entre 100.00 % y 115.00 % | | | |
| Período | Ene | Feb | Mar |
| Meta | 0.25 | 0.25 | 0.25 |
| Resultado | 0.925 | 0.8 | 0.8072 |
| Estado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Período | Abr | May | Jun |
| Meta | 0.25 | 0.25 | 0.25 |
| Resultado | 0.8452 | 0.8257 | 0.8224 |
| Estado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Período | Jul | Ago | Sep |
| Meta | 0.25 | 0.25 | 0.25 |
| Resultado | 0.7983 | 0.8835 | 0.7767 |
| Estado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Período | Oct | Nov | Dic |
| Meta | 0.25 | 0.25 | 0.25 |
| Resultado | 0.7652 | 0.6637 | 0.7159 |
| Estado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Indicadores - Construcción Detallada(Período) | | | |
| Indicador | | 1.28 M57 Porcentaje de ocupación de camas | |
| <p>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.</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF 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 días de estancia de pacientes - Denominador: Número de días cama disponible</p> | | <p>Método de cálculo</p> <p>Número de días de estancia de pacientes / Número de días cama disponible</p> | |
| Umbral Amarillo | | | |
| Entre 100.00 % y 115.00 % | | | |

| Indicadores - Construcción Detallada(Período) | | | | | | | | | | | | |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|--------|--------|
| 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 | 0.9394 | 0.9519 | 0.9628 | 0.9994 | 0.9961 | 0.9933 | 0.9912 | 0.9975 | 0.996 | 0.9989 | 0.9961 | 0.9923 |
| Estado | ▽ | ▽ | ▽ | ⊙ | ⊙ | ⊙ | ⊙ | ⊙ | ⊙ | ⊙ | ⊙ | ⊙ |

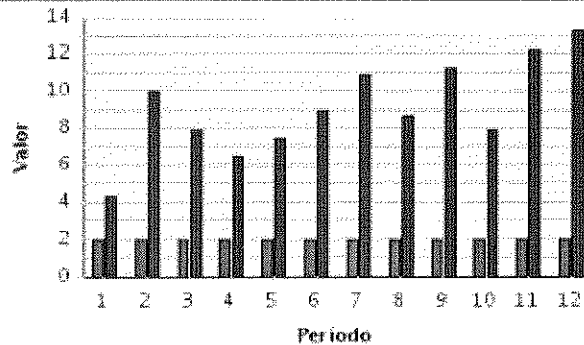


| Indicadores - Construcción Detallada(Período) | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Indicador | 1.29 M51 Porcentaje de fármacos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo | | | | | | | | | | | |
| Descripción del Indicador | <p>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.</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es 100% en cada período para todos los establecimientos de salud.</p> <p>REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR: Número de 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</p> | | | | | | | | | | | |
| 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 | 0.6126 | 0.7461 | 0.7199 | 0.7225 | 0.7487 | 0.6492 | 0.7199 | 0.6466 | 0.6702 | 0.7128 | 0.5636 | 0.7118 |
| Estado | ⊙ | ⊙ | ⊙ | ⊙ | ⊙ | ⊙ | ⊙ | ⊙ | ⊙ | ⊙ | ⊙ | ⊙ |

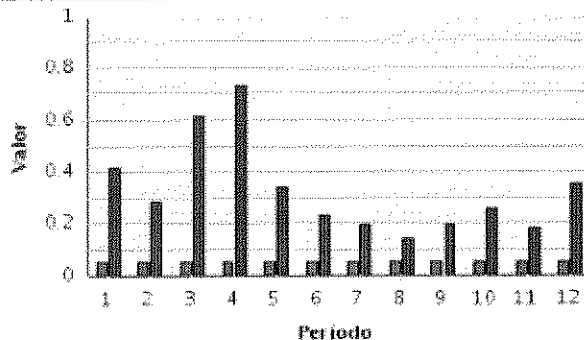


| Indicadores - Construcción Detallada(Período) | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Indicador | 1.30 M60 Porcentaje de IAAS por servicio | | | | | | | | | | | |
| Descripción del Indicador | <p>Mide el porcentaje promedio de infecciones asociadas al área de salud que se producen en la unidad en cada período por servicio.</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta determinada por el SGSIF máximo 5% (Hospitales y CCQ), para centros de especialidades y centros de salud máximo 2%</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> | | | | | | | | | | | |

| Indicadores - Construcción Detallada(Período) | | | | | | | | | | | | |
|---|---|-----|--------|--------|--------|-----|---------|--------|---------|--------|---------|------|
| | 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 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Resultado | 4.2647 | 10 | 7.8913 | 6.4255 | 7.4583 | 9 | 10.8636 | 8.7193 | 11.2812 | 7.8929 | 12.1935 | 13.3 |
| Estado | | | | | | | | | | | | |

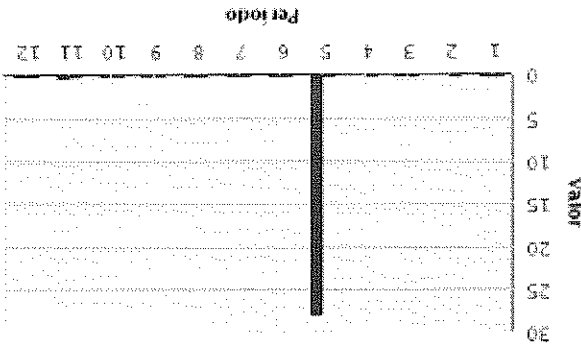


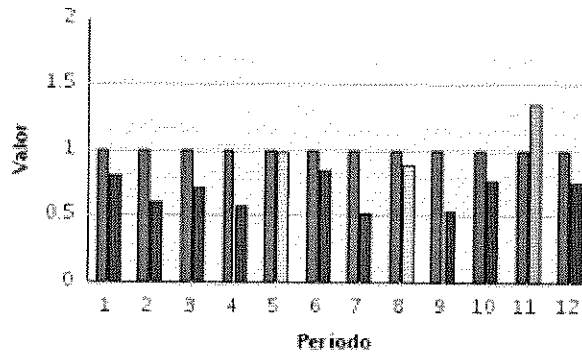
| Indicadores - Construcción Detallada(Período) | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Indicador | 1.35 M14 Porcentaje de cirugías suspendidas | | | | | | | | | | | |
| Descripción del Indicador | Mide la 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 | 0.413 | 0.2864 | 0.6134 | 0.7273 | 0.3401 | 0.2311 | 0.1928 | 0.1375 | 0.1927 | 0.2556 | 0.1838 | 0.3555 |
| Estado | | | | | | | | | | | | |



| Indicadores - Construcción Detallada(Período) | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Indicador | 1.36 M05 Porcentaje de reagendamento 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.). | | | | | | | | | | | |

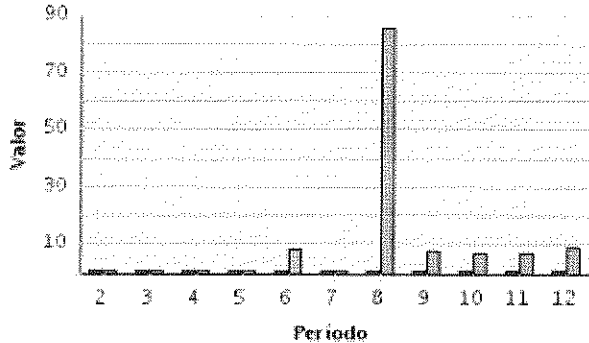
| Indicadores - Construcción Detallada(Periodo) | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------|--------|--------|--------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Método de cálculo | | | | | | | | | | | | |
| <p>La meta asignada por la DSGSIF es del 5% en cada periodo para todos los establecimientos de salud</p> <p>METAS ESTÁNDARES:</p> <p>REGISTRO DE METAS:</p> <p>- 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> <p>- Numerador: Número de pacientes reagendados en el periodo</p> <p>- Denominador: Número total de pacientes agendados en el periodo</p> | | | | | | | | | | | | |
| Umbral Amarillo | Entre 100.00 % y 115.00 % | | | | | | | | | | | |
| Periodo | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic |
| Meta | 0.05 | 0.05 | 0.05 | 0.05 | 0.05 | 0.05 | 0.05 | 0.05 | 0.05 | 0.05 | 0.05 | 0.05 |
| Resultado | 0.008 | 0 | 0.0352 | 0 | 27.8685 | 0.0553 | 0.0804 | 0.1143 | 0.1759 | 0.0681 | 0.2218 | 0.1764 |
| Estado | ● | ● | ● | ● | ● | ▲ | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Indicadores - Construcción Detallada(Periodo) | | | | | | | | | | | | |
| Método de cálculo | | | | | | | | | | | | |
| <p>La meta asignada por la SGSIF es del 100% en cada periodo para todos los establecimientos de salud.</p> <p>METAS ESTÁNDARES:</p> <p>REGISTRO DE METAS:</p> <p>- 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> <p>- Numerador: Número de exámenes entregados oportunamente en el periodo</p> <p>- Denominador: Total de exámenes solicitados en el periodo</p> | | | | | | | | | | | | |
| Umbral Amarillo | Entre 100.00 % y 85.00 % | | | | | | | | | | | |
| Periodo | 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 | 0.8 | 0.5999 | 0.7 | 0.5651 | 0.9847 | 0.8454 | 0.5165 | 0.8791 | 0.5224 | 0.7598 | 1.3506 | 0.7506 |
| Estado | ● | ● | ● | ● | ▲ | ● | ● | ▲ | ● | ● | ● | ● |





Indicadores - Construcción Detallada(Período)

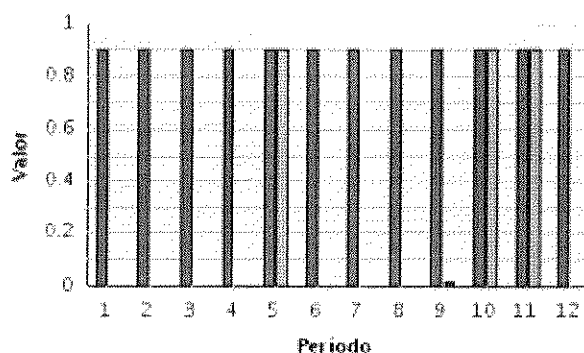
| | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|---|-----|--------|------|--------|--------|-----|---------|--------|--------|--------|--------|--|
| Indicador | 1.39 M68 Porcentaje de respuesta en las transferencias reales en un tiempo ideal | | | | | | | | | | | | |
| Descripción 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 sea trasladado al establecimiento de salud más cercano dentro del área de jurisdicción. 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 en las transferencia reales 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 | 0.9412 | 0.95 | 0.8817 | 8.1449 | 0.9 | 85.4675 | 7.9636 | 6.8701 | 7.2667 | 8.9024 | |
| Estado | | ● | ● | ● | ▼ | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | |



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

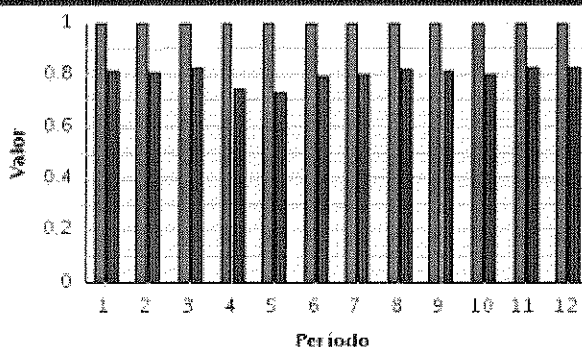
| | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Indicador | 1.41 M04 Porcentaje de profesionales de enfermería que cumple los "Diez Correctos" | | | | | | | | | | | | |
| Descripción del Indicador | <p>Mide el número de profesionales que brindan 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> <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> | | | | | | | | | | | | |

| Indicadores - Construcción Detallada(Período) | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------|--------|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95% REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Número de 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 | 0.975 | 0.8678 | 0.9524 | 0.95 | 0.9185 | 0.8826 | 0.7606 | 0.9843 | 0.494 | 0.3796 | 0.4615 | 0.4675 |
| Estado | ● | ▽ | ● | ● | ▽ | ▽ | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| | | | | | | | | | | | | |
| Indicadores - Construcción Detallada(Período) | | | | | | | | | | | | |
| Indicador | 1.45 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%. 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 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.9231 | 0.8095 | 0.7667 | 0.9286 | 0.9062 | 0.6667 | 1 | 1 |
| Estado | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| | | | | | | | | | | | | |
| Indicadores - Construcción Detallada(Período) | | | | | | | | | | | | |
| Indicador | 1.47 M75 Porcentaje de informes de derivación con pertinencia médica efectiva | | | | | | | | | | | |



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

| | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--|
| Indicador | 1.50 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: 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 | 0.8126 | 0.8058 | 0.8225 | 0.7431 | 0.7288 | 0.7917 | 0.8009 | 0.8215 | 0.8146 | 0.7947 | 0.8266 | 0.8234 | |
| Estado | | | | | | | | | | | | | |



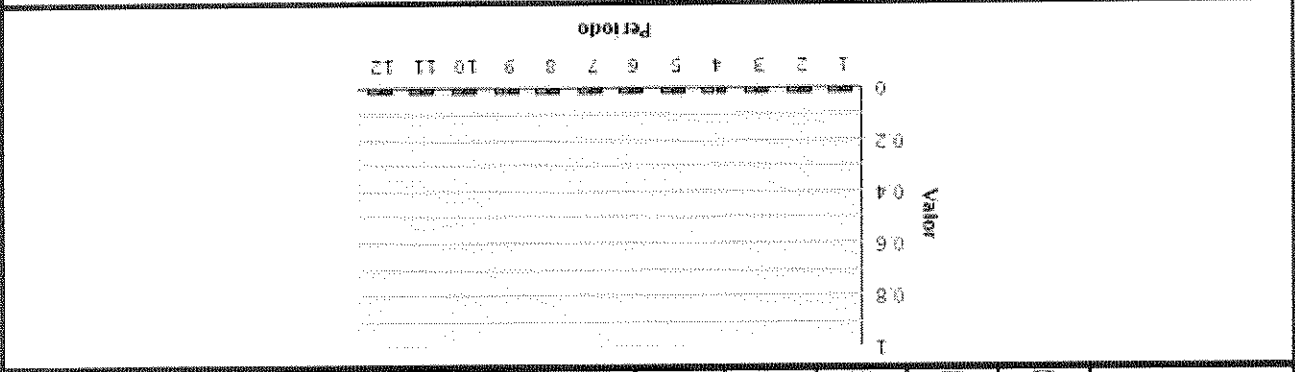
Indicadores - Construcción Detallada(Período)

| | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Indicador | 1.51 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:</p> <p>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.</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(Periodo) | | | | | | | | | | | | |
|---|--------|--------|--------|-----|-----|--------|--------|--------|-----|-----|-----|-------------------|
| <p>MÉTODO DE CÁLCULO: Numerador: Número de muertes maternas evitables identificadas en el periodo Denominador: Número de nacidos vivos atendidos en la unidad</p> | | | | | | | | | | | | Método de cálculo |
| <p>Umbral Amarillo Entre 100,00 % y 115,00 %</p> | | | | | | | | | | | | Umbral Amarillo |
| Periodo | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic |
| Meta | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Resultado | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Estado | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| <p>Indicadores - Construcción Detallada(Periodo)</p> | | | | | | | | | | | | |
| <p>Indicador</p> <p>1,54 M80 Porcentaje de derivaciones efectivas</p> | | | | | | | | | | | | |
| <p>Descripción del Indicador</p> <p>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.</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es 100% en cada periodo para todos los establecimientos de salud.</p> <p>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 periodo</p> | | | | | | | | | | | | |
| <p>Método de cálculo</p> <p>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 periodo</p> | | | | | | | | | | | | |
| <p>Umbral Amarillo Entre 100,00 % y 85,00 %</p> | | | | | | | | | | | | |
| Periodo | 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 | 0,9799 | 0,9857 | 0,9976 | 1 | 1 | 0,9932 | 0,9843 | 0,8631 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Estado | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ● | ▲ | ▲ | ▲ | ● | ● | ● | ● |
| <p>Indicadores - Construcción Detallada(Periodo)</p> | | | | | | | | | | | | |
| <p>Indicador</p> <p>1,55 M79 Porcentaje de derivaciones solicitadas</p> | | | | | | | | | | | | |
| <p>Descripción del Indicador</p> <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 periodo.</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es de máximo el 20% en cada periodo para todos los establecimientos de</p> | | | | | | | | | | | | |

| | |
|--|--|
| <p>Indicador</p> <p>1.58 M66 Porcentaje de profesionales capacitados en los protocolos y guías de práctica clínica aplicables a la unidad médica</p> | <p>Indicador</p> <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.</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>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.</p> |
|--|--|

Indicadores - Construcción Detallada(Período)



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

Umbral Amarillo: Entre 100.00 % y 115.00 %

Método de cálculo: (Número de incidentes de parto referidos en el período - Número de incidentes de parto referidos por superar la capacidad resolutoria del establecimiento en el período) / Número total de partos atendidos en el período

Indicador

Mide las referencias de incidentes de parto desde el establecimiento de salud por falta de capacidad instalada. Este indicador no considera los casos referidos por capacidad resolutoria.

Un incidente es una complicación que se produce después del parto y representa algún tipo de afectación de la salud.

Importante: una atención de consulta de parto, lo puede realizar cualquier unidad de salud, independientemente que posea el especialista o sala de partos.

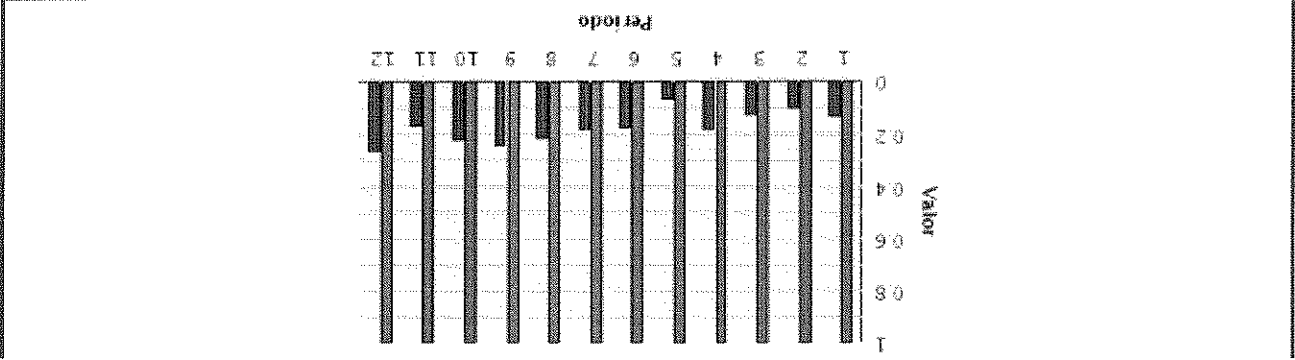
METAS ESTÁNDARES:
La meta asignada por DSGSIF es hasta el 1% en cada período para todos los establecimientos de salud.

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

REGISTRO DE RESULTADOS:
NUMERADOR:(Número de incidentes de parto referidos en el período - Número de incidentes de parto referidos por superar la capacidad resolutoria del establecimiento en el período)
DENOMINADOR: Número total de partos atendidos en el período.

| | |
|--|---|
| <p>Indicador</p> <p>1.57 M22 Porcentaje de incidentes de parto referidos</p> | <p>Indicador</p> <p>Mide la proporción de incidentes de parto referidos en relación al total de incidentes de parto que se atienden en el establecimiento de salud.</p> |
|--|---|

Indicadores - Construcción Detallada(Período)



| Indicadores - Construcción Detallada(Período) | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----|-----|--------|--------|--------|--------|--------|-----|--------|--------|--------|
| | <p>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.</p> <p>Sus orígenes tienen sus bases en los fundamentos de la medicina basada en la evidencia y su elaboración tiene el propósito de reducir la variabilidad de la práctica médica para garantizar un nivel óptimo de calidad y mejorar la atención de la salud.</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es del 100% en cada período para todos los establecimientos de salud .</p> <p>REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%.</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS: Numerador: Número de profesionales capacitados en protocolos y guías de práctica clínica. Denominador: Total de profesionales de salud que laboran en la unidad médica.</p> | | | | | | | | | | | |
| Método de cálculo | Número de profesionales capacitados en protocolos y guías de práctica clínica/Total de profesionales de salud que laboran en la unidad médica | | | | | | | | | | | |
| Umbral Amarillo | Entre 100.00 % y 85.00 % | | | | | | | | | | | |
| Período | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic |
| Meta | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Resultado | | | | 0.2273 | 0.3409 | 0.3523 | 0.3636 | 0.3545 | 0.4 | 0.4182 | 0.4142 | 0.4457 |
| Estado | | | | 🟡 | 🟡 | 🟡 | 🟡 | 🟡 | 🟡 | 🟡 | 🟡 | 🟡 |
| | | | | | | | | | | | | |

| Indicadores - Construcción Detallada(Período) | | | | | | | | | | | | |
|---|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Indicador | 1.59 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.</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 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 |

| Indicadores - Construcción Detallada(Periodo) | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------|-----|
| Indicador | 1.62 M39 Porcentaje de embarazadas con parto normal atendidas en el establecimiento de salud | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Indicador</p> <p>1.60 M69 Porcentaje de profesionales sanitarios con conocimientos técnicos en atención pre hospitalaria, soporte vital básico y manejo de trauma</p> <p>Indicador</p> <p>Mide la proporción de profesionales sanitarios con conocimiento en el manejo de Soporte Vital Básico y en el Trauma Prehospitalario de los pacientes politraumatizados de las áreas de emergencia, considerando que deben asistir al paciente durante su traslado y aquellos que brindan asistencia prehospitalaria en este proceso. Considere para médico al técnico, licenciado o médico que presta sus servicios en ambulancia, triage o emergencia.</p> <p>Cabe indicar que este conocimiento debería tener todo personal que trabaja en esta área, y por lo tanto si necesitaran algún refuerzo, se debe realizar las gestiones pertinentes de manera inmediata, incluso si uno de los compañeros que si lo sepa hacer, les ayude con ese refuerzo. No se refiere a realizar una capacitación al personal, más bien de constatar que el personal sea el adecuado para realizar las gestiones que requiere el área.</p> <p>Importante: este indicador aplica en los establecimientos de salud que cuentan con las ambulancias articuladas al Sistema ECU911</p> <p>Indicador</p> <p>METAS ESTANDARES: La meta asignada por la DGSIF es del 100% en cada periodo 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 Básico y en el Trauma Prehospitalario Denominador: Total de profesionales del área</p> <p>Método de cálculo</p> <p>Número de profesionales con conocimiento en el manejo de Soporte Vital Básico y en el Trauma Prehospitalario / Total de profesionales de las áreas</p> <p>Entre 100,00 % y 85,00 %</p> <p>Umbral Amarillo</p> <p>Ene Feb Mar Abr May Jun Jul Ago Sep Oct Nov Dic</p> | Estado | | | | | | | | | | | | | |
| | Resultado | | | | | | | | | | | 0.5 | | |
| | Meta | | | | | | | | | | | 1 | | |
| | Periodo | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | Indicadores - Construcción Detallada(Periodo) | | | | | | | | | | | | | |
| | Indicador | 1.60 M69 Porcentaje de profesionales sanitarios con conocimientos técnicos en atención pre hospitalaria, soporte vital básico y manejo de trauma | | | | | | | | | | | | |
| | <p>Indicador</p> <p>Mide la proporción de profesionales sanitarios con conocimiento en el manejo de Soporte Vital Básico y en el Trauma Prehospitalario de los pacientes politraumatizados de las áreas de emergencia, considerando que deben asistir al paciente durante su traslado y aquellos que brindan asistencia prehospitalaria en este proceso. Considere para médico al técnico, licenciado o médico que presta sus servicios en ambulancia, triage o emergencia.</p> <p>Cabe indicar que este conocimiento debería tener todo personal que trabaja en esta área, y por lo tanto si necesitaran algún refuerzo, se debe realizar las gestiones pertinentes de manera inmediata, incluso si uno de los compañeros que si lo sepa hacer, les ayude con ese refuerzo. No se refiere a realizar una capacitación al personal, más bien de constatar que el personal sea el adecuado para realizar las gestiones que requiere el área.</p> <p>Importante: este indicador aplica en los establecimientos de salud que cuentan con las ambulancias articuladas al Sistema ECU911</p> <p>Indicador</p> <p>METAS ESTANDARES: La meta asignada por la DGSIF es del 100% en cada periodo 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 Básico y en el Trauma Prehospitalario Denominador: Total de profesionales del área</p> <p>Método de cálculo</p> <p>Número de profesionales con conocimiento en el manejo de Soporte Vital Básico y en el Trauma Prehospitalario / Total de profesionales de las áreas</p> <p>Entre 100,00 % y 85,00 %</p> <p>Umbral Amarillo</p> <p>Ene Feb Mar Abr May Jun Jul Ago Sep Oct Nov Dic</p> | Estado | | | | | | | | | | | | |
| | | Resultado | | | | | | | | | | | 0.8295 | |
| | | Meta | | | | | | | | | | | 1 | |
| | | Periodo | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Indicadores - Construcción Detallada(Periodo) | | | | | | | | | | | | | | |

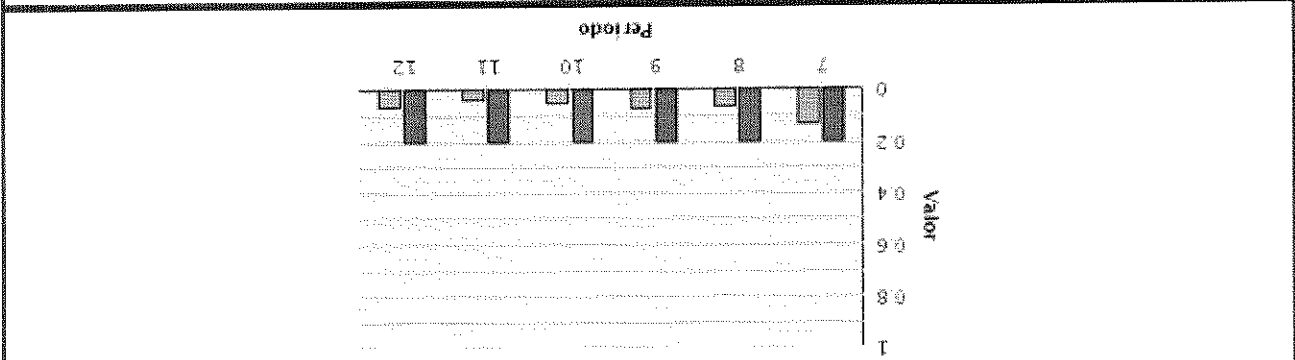
| Indicadores - Construcción Detallada(Período) | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Descripción del Indicador | <p>Mide el nivel de adherencia de la embarazada a la atención integral brindada por el establecimiento de salud. Para lograr éxito en este indicador, se sugiere que el nivel directivo del establecimiento de salud, fomente el trato digno a la embarazada y la relación médico - paciente.</p> <p>Para el caso del nivel hospitalario aplica a los establecimientos que son puerta de entrada para el control prenatal o que atienden referencias de embarazadas con factores de riesgo, que terminan en parto normal.</p> <p>Importante: Este indicador aplica solo para los hospitales considerados como puerta de entrada (Hospitales nivel II) y los Centros de Salud Tipo "C"</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por SGSIF es 0.85% en cada período para todos los establecimientos de salud.</p> <p>REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR: Número de embarazadas con control prenatal y parto normal atendidas en el establecimiento de salud en el período DENOMINADOR: Número total de embarazadas con control prenatal realizado en el establecimiento de salud en el período</p> | | | | | | | | | | | |
| Método de cálculo | Número de embarazadas con control prenatal y parto normal atendidas en el establecimiento de salud en el período / Número total de embarazadas con control prenatal realizado en el establecimiento de salud en el período | | | | | | | | | | | |
| Umbral Amarillo | Entre 100.00 % y 85.00 % | | | | | | | | | | | |
| Período | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic |
| Meta | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 0.8 |
| Resultado | 0.0366 | 0.0637 | 0.1185 | 0.1646 | 0.1187 | 0.3393 | 0.2526 | 0.1165 | 0.2233 | 0.2348 | 0.3363 | 0.2841 |
| Estado | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| Indicadores - Construcción Detallada(Período) | | | | | | | | | | | | |
| Indicador | 1.63 M54 Porcentaje de atención de quejas y reclamos en los tiempos establecidos a los afiliados, beneficiarios y empleadores | | | | | | | | | | | |
| Descripción del Indicador | <p>Mide el número de quejas y reclamos atendidos, cumpliendo con los tiempos establecidos (máximo 48 horas), ingresados por los diferentes canales con los que cuenta el IESS, como son: Teléfonos Rojos, Redes Sociales, Teléfonos Institucionales, Correos Electrónicos, Página Web, Presenciales, Oficios, con relación al total de quejas y reclamos recibidas por los diferentes canales que posee el IESS, en un periodo mensual.</p> <p>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.</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la USAABE es 85% 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 atenciones de quejas y reclamos atendidos - Denominador: Total de quejas y reclamos recibidos</p> | | | | | | | | | | | |
| Método de cálculo | Número de atenciones de quejas y reclamos atendidos / Total de quejas y reclamos recibidos | | | | | | | | | | | |
| Umbral Amarillo | Entre 100.00 % y 85.00 % | | | | | | | | | | | |

Indicador 1.65 M82 Porcentaje de derivaciones a red pública integral de salud (RPI5)

Indicador 1.64 M81 Porcentaje de derivaciones a prestadores de la Red Privada Complementaria (RPC)

Indicador Descripción del
Mide la cantidad de derivaciones a la red pública integral de salud realizadas a través del sistema ADA5 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:

Indicadores - Construcción Detallada(Período)

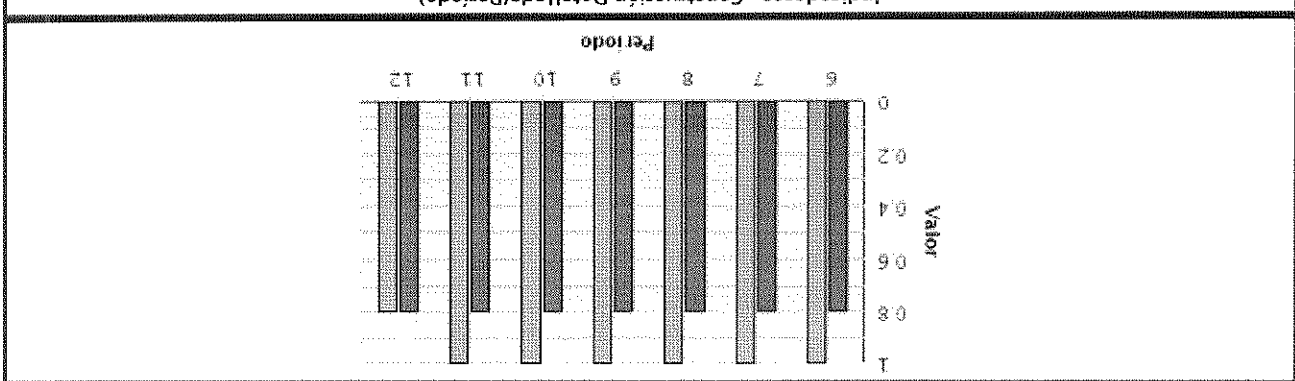


| Estado | Resultado | Meta | Período |
|--------|-----------|------|---------|
| ● | 0.0653 | 0.2 | Ene |
| ● | 0.0367 | 0.2 | Feb |
| ● | 0.0499 | 0.2 | Mar |
| ● | 0.0728 | 0.2 | Abr |
| ● | 0.0622 | 0.2 | May |
| ● | 0.1335 | 0.2 | Jun |
| ● | 0.0622 | 0.2 | Jul |
| ● | 0.0728 | 0.2 | Ago |
| ● | 0.0499 | 0.2 | Sep |
| ● | 0.0367 | 0.2 | Oct |
| ● | 0.0653 | 0.2 | Nov |
| ● | 0.0653 | 0.2 | Dic |

Método de cálculo Umbral Amarillo Entre 100.00 % y 115.00 %
Número de derivaciones a la red privada complementaria en el período / Número total de atenciones en el período

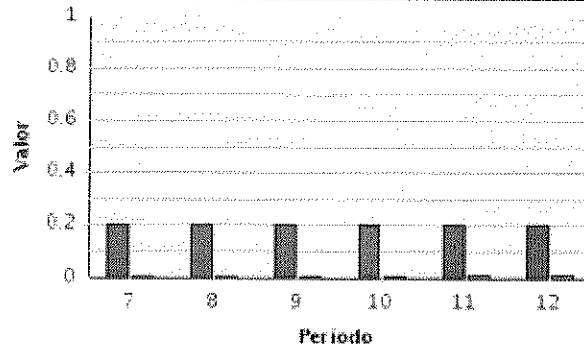
Indicador Descripción del
Mide la cantidad de derivación a la Red Privada Complementaria (RPC -conformada por establecimientos de salud que están acreditados y contratados por el IESS) realizadas a través del sistema ADA5 o por medio de solicitudes a la Coordinación o Unidad Provincial de Prestaciones 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

Indicadores - Construcción Detallada(Período)

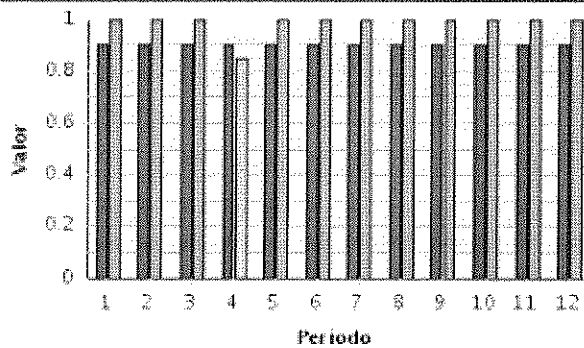


| Estado | Resultado | Meta | Período |
|--------|-----------|------|---------|
| ● | 0.8 | 0.8 | Ene |
| ● | 0.8 | 0.8 | Feb |
| ● | 0.8 | 0.8 | Mar |
| ● | 0.8 | 0.8 | Abr |
| ● | 0.8 | 0.8 | May |
| ● | 0.8 | 0.8 | Jun |
| ● | 0.8 | 0.8 | Jul |
| ● | 0.8 | 0.8 | Ago |
| ● | 0.8 | 0.8 | Sep |
| ● | 0.8 | 0.8 | Oct |
| ● | 0.8 | 0.8 | Nov |
| ● | 0.8 | 0.8 | Dic |

| Indicadores - Construcción Detallada(Período) | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----|-----|-----|-----|-----|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | - 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 | | | | | | | 0.0059 | 0.0034 | 0.0041 | 0.0039 | 0.0101 | 0.0094 |
| Estado | | | | | | | ● | ● | ● | ● | ● | ● |

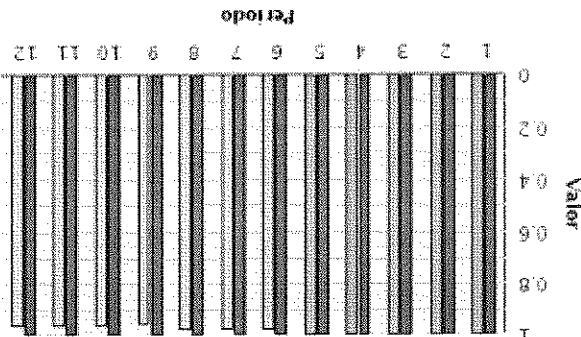


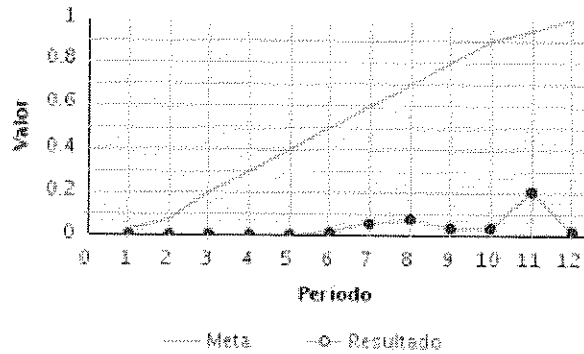
| Indicadores - Construcción Detallada(Período) | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--------|--------|--------|-----|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Indicador | 2.16 A01 Índice de disponibilidad de tecnología informática | | | | | | | | | | | |
| Descripción del Indicador | <p>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.</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada para el indicador es de 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: 0.80 es igual a 80%.</p> <p>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)</p> | | | | | | | | | | | |
| 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 | 0.9999 | 0.9999 | 0.9999 | 0.8482 | 1 | 0.9999 | 0.9999 | 0.9999 | 0.9998 | 0.9998 | 0.9998 | 0.9998 |
| 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</p> | | | | | | | | | | | |

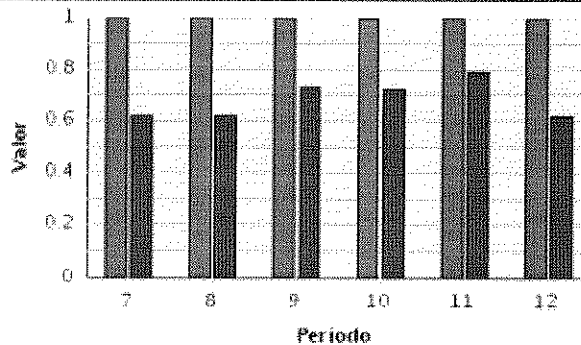
| Indicadores - Construcción Detallada(Periodo) | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------|------|-----------------|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|
| <p>de energía para ser empleados en los seres humanos en uno o más de los siguientes propósitos: sistemas y subsistemas eléctrico, electrónicos e hidráulicos y/o híbridos, que para uso requieren de una fuente -Diagnóstico, prevención, tratamiento o alivio de la enfermedad -Diagnóstico, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia -Investigación, reemplazo, modificación o soporte de la anatomía o de un soporte fisiológico -Soprote o mantenimiento de la vida -Control de la concepción</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es tener el 100% de equipamiento operativo REGISTRO DE METAS: -La meta debe ser registrada en formato 0,XX o 1,00, por ejemplo: 0,95 es igual a 95%</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR: Número de equipos biomédicos que están operativos en el periodo DENOMINADOR: Número total de equipos biomédicos del establecimiento</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Método de cálculo Número de equipos biomédicos que están operativos en el periodo / Número total de equipos biomédicos del establecimiento</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| Umbral Amarillo | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entre 100,00 % y 85,00 % | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estado | Resultado | Meta | Periodo | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic |
| ● | 1 | 1 | Ene | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| ● | 1 | 1 | Feb | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| ● | 1 | 1 | Mar | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| ● | 1 | 1 | Abr | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| ● | 1 | 1 | May | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| ● | 1 | 1 | Jun | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| ● | 1 | 1 | Jul | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| ● | 1 | 1 | Ago | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| ● | 1 | 1 | Sep | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| ● | 1 | 1 | Oct | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| ● | 1 | 1 | Nov | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| ● | 1 | 1 | Dic | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| ● | 1 | 1 | Resultado | | | | | | | | | | | | |
| ● | 1 | 1 | Meta | | | | | | | | | | | | |
| ● | 1 | 1 | Umbral Amarillo | | | | | | | | | | | | |
| Entre 100,00 % y 85,00 % | | | | | | | | | | | | | | | |
| Método de cálculo | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de equipos biomédicos que están operativos en el periodo / Número total de equipos biomédicos del establecimiento | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR: Número de equipos biomédicos que están operativos en el periodo DENOMINADOR: Número total de equipos biomédicos del establecimiento</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>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es tener el 100% de equipamiento operativo</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>REGISTRO DE RESULTADOS: Número de equipos biomédicos que están operativos en el periodo Sumatoria de mantenimientos realizados a los equipos sanitarios operativos</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>DENOMINADOR: Total de mantenimientos de los equipos sanitarios programados en el año.</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Método de cálculo Sumatoria de mantenimientos realizados a los equipos sanitarios operativos / Total de mantenimientos de los equipos sanitarios programados en el año.</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| Umbral Amarillo | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entre 100,00 % y 85,00 % | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estado | Resultado | Meta | Periodo | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic |
| ● | 0 | 0,02 | Ene | 0 | 0,07 | 0,2 | 0,3 | 0,4 | 0,5 | 0,6 | 0,7 | 0,8 | 0,9 | 0,95 | 1 |
| ● | 0 | 0,02 | Feb | 0 | 0,07 | 0,2 | 0,3 | 0,4 | 0,5 | 0,6 | 0,7 | 0,8 | 0,9 | 0,95 | 1 |
| ● | 0 | 0,02 | Mar | 0 | 0,07 | 0,2 | 0,3 | 0,4 | 0,5 | 0,6 | 0,7 | 0,8 | 0,9 | 0,95 | 1 |
| ● | 0 | 0,02 | Abr | 0 | 0,07 | 0,2 | 0,3 | 0,4 | 0,5 | 0,6 | 0,7 | 0,8 | 0,9 | 0,95 | 1 |
| ● | 0 | 0,02 | May | 0 | 0,07 | 0,2 | 0,3 | 0,4 | 0,5 | 0,6 | 0,7 | 0,8 | 0,9 | 0,95 | 1 |
| ● | 0 | 0,02 | Jun | 0 | 0,07 | 0,2 | 0,3 | 0,4 | 0,5 | 0,6 | 0,7 | 0,8 | 0,9 | 0,95 | 1 |
| ● | 0 | 0,02 | Jul | 0 | 0,07 | 0,2 | 0,3 | 0,4 | 0,5 | 0,6 | 0,7 | 0,8 | 0,9 | 0,95 | 1 |
| ● | 0 | 0,02 | Ago | 0 | 0,07 | 0,2 | 0,3 | 0,4 | 0,5 | 0,6 | 0,7 | 0,8 | 0,9 | 0,95 | 1 |
| ● | 0 | 0,02 | Sep | 0 | 0,07 | 0,2 | 0,3 | 0,4 | 0,5 | 0,6 | 0,7 | 0,8 | 0,9 | 0,95 | 1 |
| ● | 0 | 0,02 | Oct | 0 | 0,07 | 0,2 | 0,3 | 0,4 | 0,5 | 0,6 | 0,7 | 0,8 | 0,9 | 0,95 | 1 |
| ● | 0 | 0,02 | Nov | 0 | 0,07 | 0,2 | 0,3 | 0,4 | 0,5 | 0,6 | 0,7 | 0,8 | 0,9 | 0,95 | 1 |
| ● | 0 | 0,02 | Dic | 0 | 0,07 | 0,2 | 0,3 | 0,4 | 0,5 | 0,6 | 0,7 | 0,8 | 0,9 | 0,95 | 1 |
| ● | 0 | 0,02 | Resultado | | | | | | | | | | | | |
| ● | 0 | 0,02 | Meta | | | | | | | | | | | | |
| ● | 0 | 0,02 | Umbral Amarillo | | | | | | | | | | | | |
| Entre 100,00 % y 85,00 % | | | | | | | | | | | | | | | |
| Método de cálculo | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sumatoria de mantenimientos realizados a los equipos sanitarios operativos / Total de mantenimientos de los equipos sanitarios programados en el año. | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>REGISTRO DE RESULTADOS: Sumatoria de mantenimientos realizados a los equipos sanitarios operativos</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>DENOMINADOR: Total de mantenimientos de los equipos sanitarios programados en el año.</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Método de cálculo Sumatoria de mantenimientos realizados a los equipos sanitarios operativos / Total de mantenimientos de los equipos sanitarios programados en el año.</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| Umbral Amarillo | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entre 100,00 % y 85,00 % | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indicadores - Construcción Detallada(Periodo) | | | | | | | | | | | | | | | |





Indicadores - Construcción Detallada(Período)

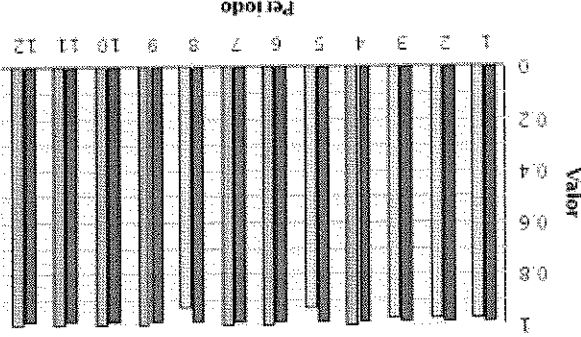
| | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|
| Indicador | 2.20 A36 Porcentaje promedio de dispositivos médicos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo | | | | | | | | | | | |
| Descripción 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> <ul style="list-style-type: none"> - 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 | | | | | | | 0.62 | 0.62 | 0.73 | 0.72 | 0.79 | 0.62 |
| Estado | | | | | | | 🟡 | 🟡 | 🟡 | 🟡 | 🟡 | 🟡 |



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

| | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Indicador | 2.22 A22 Porcentaje de responsabilidades patronales calculadas | | | | | | | | | | | |
| Descripción del Indicador | <p>Mide la proporción de cálculo de Responsabilidades Patronales respecto al monto total de prestaciones de la unidad en el periodo.</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es mayor al 0.60 en cada periodo para todos los establecimientos de salud</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> | | | | | | | | | | | |

| Indicadores - Construcción Detallada(Periodo) | | | | | | | | | | | | |
|---|--------|--------|--------|------|------|------|------|--------|------|------|------|------|
| REGISTRO DE RESULTADOS: | | | | | | | | | | | | |
| - Numerador: Número de Responsabilidades Patronales calculadas | | | | | | | | | | | | |
| - Denominador: Número total de atenciones que caen en Responsabilidad Patronal en el periodo | | | | | | | | | | | | |
| Número de Responsabilidades Patronales calculadas / Número total de atenciones que caen en Responsabilidad Patronal en el periodo | | | | | | | | | | | | |
| Método de cálculo | | | | | | | | | | | | |
| Entre 100,00 % y 85,00 % | | | | | | | | | | | | |
| Periodo | 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 | 0.0382 | 0.1339 | 0.5331 | 0.6 | 0 | 0 | 0 | 0.7429 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Estado | ● | ● | ▲ | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Indicadores - Construcción Detallada(Periodo) | | | | | | | | | | | | |
| Indicador | | | | | | | | | | | | |
| 2.23 A40 Porcentaje de actualización de indicadores en el IESSPR | | | | | | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | | | | | | |
| 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 anexo en la herramienta como fuente de verificación. | | | | | | | | | | | | |
| 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%. | | | | | | | | | | | | |
| MÉTODO DE CÁLCULO: Promedio de los porcentajes de actualización del nivel 1 y niveles inferiores. | | | | | | | | | | | | |
| Método de cálculo | | | | | | | | | | | | |
| Entre 100,00 % y 85,00 % | | | | | | | | | | | | |
| Periodo | 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 | 0.97 | 0.97 | 0.97 | 1 | 0.93 | 1 | 1 | 0.93 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Estado | ▲ | ▲ | ▲ | ● | ▲ | ● | ● | ▲ | ● | ● | ● | ● |



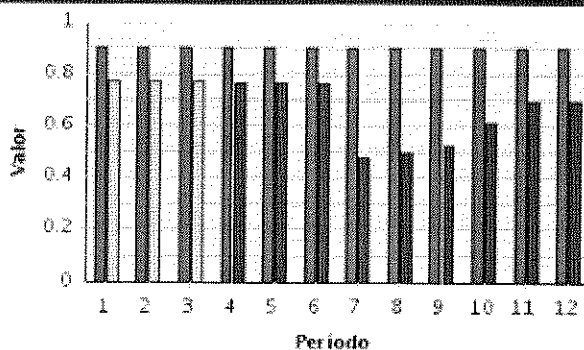
Indicador
3.6 A39 Porcentaje de servicios que cuentan con la plantilla completa de profesionales de salud, según Cartera de Servicios

Indicador
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

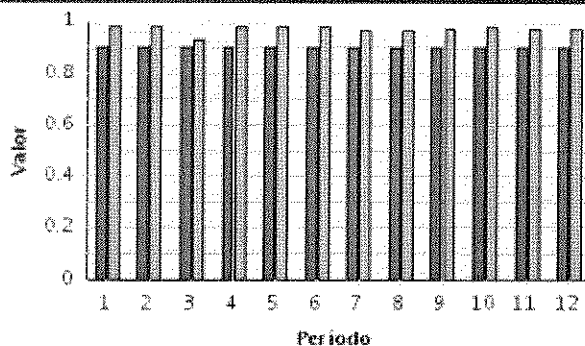
Indicador
La meta asignada por la DSGSIF es 90% en cada periodo para todos los establecimientos de salud

Indicador
METAS ESTANDARES:

| Indicadores - Construcción Detallada(Período) | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----|--------|--------|--------|--------|
| | <p>REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 equivale a 95%</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Número de servicios del establecimiento que cuentan con plantilla completa - Denominador: Total de servicios que cuenta el establecimiento de salud</p> | | | | | | | | | | | |
| Método de cálculo | Número de servicios del establecimiento que cuentan con plantilla completa / Total de servicios que cuenta el establecimiento de salud | | | | | | | | | | | |
| Umbral Amarillo | Entre 100.00 % y 85.00 % | | | | | | | | | | | |
| Período | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic |
| Meta | 0.9 | 0.9 | 0.9 | 0.9 | 0.9 | 0.9 | 0.9 | 0.9 | 0.9 | 0.9 | 0.9 | 0.9 |
| Resultado | 0.7674 | 0.7674 | 0.7674 | 0.7619 | 0.7619 | 0.7619 | 0.4792 | 0.5 | 0.5208 | 0.6122 | 0.6939 | 0.6939 |
| Estado | ▽ | ▽ | ▽ | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |

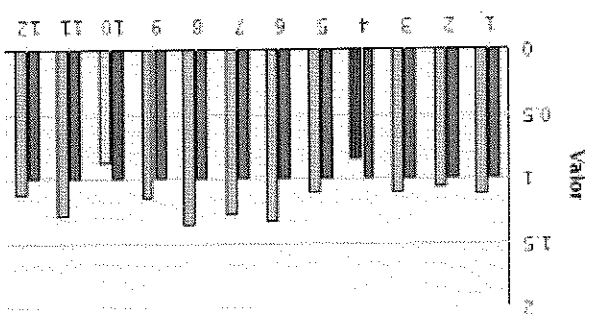
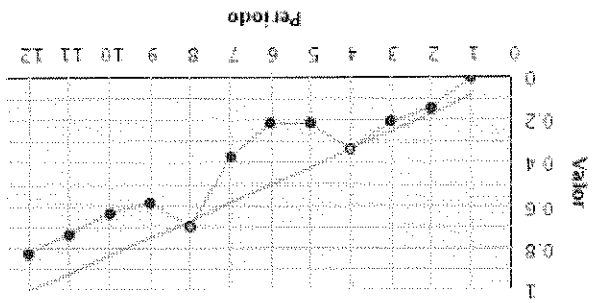


| Indicadores - Construcción Detallada(Período) | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Indicador | 3.7 A38 Porcentaje de profesionales de salud que cumplen con el perfil de acuerdo a los requerimientos | | | | | | | | | | | |
| Descripción del Indicador | <p>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</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es 100% en cada período para todos los establecimientos de salud</p> <p>REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Número de profesionales que cumplen con el perfil especificado según cartera de servicios - Denominador: Total de profesionales del establecimiento de salud</p> | | | | | | | | | | | |
| 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 | 0.9759 | 0.9762 | 0.9288 | 0.9764 | 0.9764 | 0.9757 | 0.9655 | 0.9647 | 0.9658 | 0.9735 | 0.9695 | 0.9695 |
| Estado | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |



| Indicadores - Construcción Detallada(Período) | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Indicador | 4.6 A28 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - INSUMOS | | | | | | | | | | | |

| Indicadores - Construcción Detallada(Período) | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| <p>Indicador</p> <p>Mide el porcentaje de ejecución del presupuesto gasto corriente del GRUPO especificado en relación al monto codificado.</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta será asignada por cada establecimiento de salud que por lo menos el primer semestre debe mantenerse abastecido.</p> <p>REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Monto ejecutado acumulado - Denominador: Monto codificado acumulado</p> | Método de cálculo | | Monto ejecutado acumulado / Monto codificado acumulado | | | | | | | | | | |
| | Umbral Amarillo | | Entre 10.00 % y 15.00 % | | | | | | | | | | |
| | Período | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic |
| | Meta | 0.0833 | 0.1667 | 0.25 | 0.3333 | 0.4167 | 0.5 | 0.5833 | 0.6667 | 0.75 | 0.8333 | 0.9167 | 1 |
| | Resultado | 0 | 0.1402 | 0.2025 | 0.331 | 0.2122 | 0.2087 | 0.3699 | 0.6945 | 0.5831 | 0.63 | 0.7328 | 0.8231 |
| | Estado | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| | <p>Indicador</p> <p>4.7 All Porcentaje de facturación enviada en relación a costos totales</p> <p>Método de cálculo</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR: Monto total facturado enviado en el período DENOMINADOR: Costos totales en el período (WINSIG)</p> <p>REGISTRO DE METAS: - La meta asignada es 100% en cada período para todos los establecimientos de salud</p> <p>METAS ESTÁNDARES: Mide la relación entre la facturación enviada del período y los costos totales del período.</p> | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | 1.1199 | 1.0645 | 1.0961 | 0.8358 | 1.0968 | 1.3278 | 1.2675 | 1.3541 | 1.1453 | 0.8718 | 1.2806 | 1.1135 |
| | Estado | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ▲ | ● | ● |



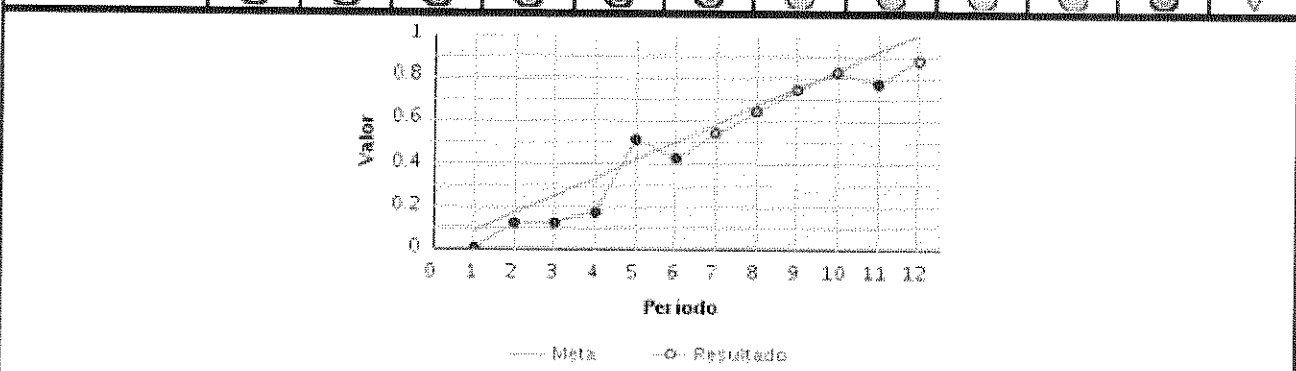
Indicadores - Construcción Detallada(Período)

| | |
|----------------------------------|--|
| Indicador | 4.9 A27 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - MEDICINAS |
| 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 será asignada por cada establecimiento de salud se considerará que por lo menos el primer semestre debe mantenerse abastecido.</p> <p>REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Monto ejecutado acumulado - Denominador: Monto codificado acumulado</p> |

Método de cálculo Monto ejecutado acumulado / Monto codificado acumulado

Umbral Amarillo Entre 10.00 % y 15.00 %

| Período | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic |
|------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Meta | 0.0833 | 0.1667 | 0.25 | 0.3333 | 0.4167 | 0.5 | 0.5833 | 0.6667 | 0.75 | 0.8333 | 0.9167 | 1 |
| Resultado | 0 | 0.1207 | 0.1207 | 0.1707 | 0.5125 | 0.4246 | 0.5413 | 0.6387 | 0.7415 | 0.8223 | 0.7686 | 0.8753 |
| Estado | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ▼ |



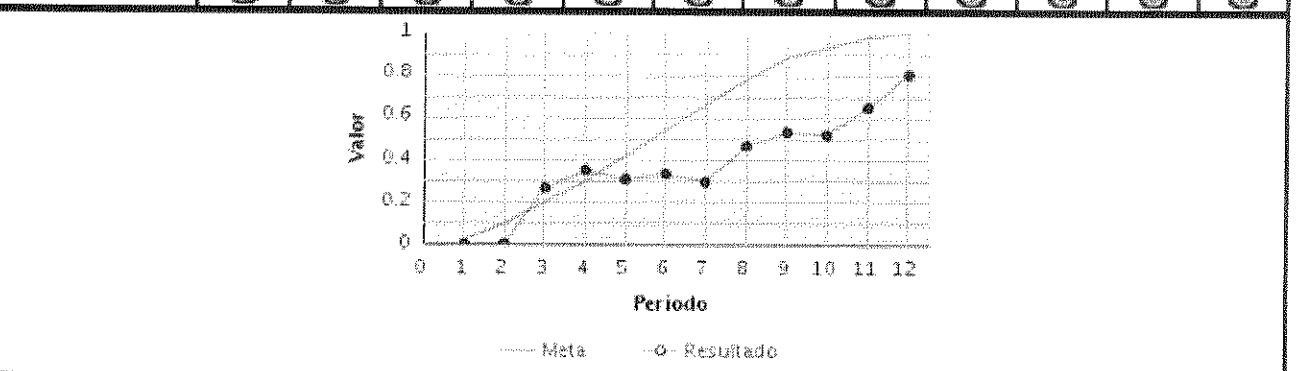
Indicadores - Construcción Detallada(Período)

| | |
|----------------------------------|--|
| Indicador | 4.10 A35 Porcentaje de ejecución del PAC |
| Descripción del Indicador | <p>Mide la ejecución del PAC en cada Centro de Responsabilidad Presupuestario</p> <p>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%</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR: Monto del PAC ejecutado DENOMINADOR: Monto del PAC codificado</p> |

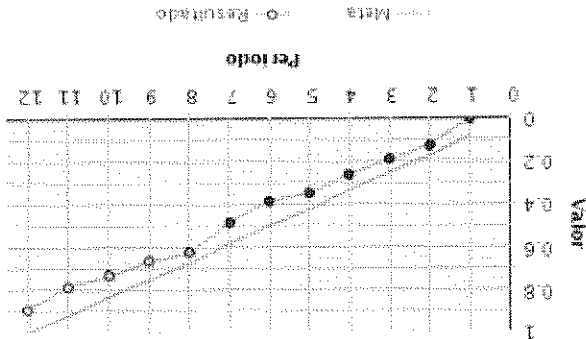
Método de cálculo Monto del PAC ejecutado / Monto del PAC codificado

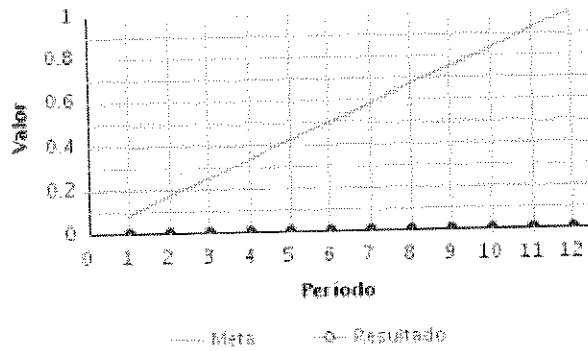
Umbral Amarillo Entre 10.00 % y 15.00 %

| Período | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic |
|------------------|------|--------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|
| Meta | 0.02 | 0.1 | 0.2 | 0.3 | 0.42 | 0.54 | 0.66 | 0.78 | 0.88 | 0.93 | 0.98 | 1 |
| Resultado | 0 | 0.0012 | 0.2651 | 0.349 | 0.3054 | 0.3293 | 0.2956 | 0.4654 | 0.5312 | 0.5185 | 0.647 | 0.8035 |
| Estado | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |



| Indicadores - Construcción Detallada(Periodo) | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Indicador | 4.11 A24 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - TOTAL | | | | | | | | | | | |
| Descripción del Indicador | <p>Mide el porcentaje de ejecución del presupuesto total del establecimiento de salud.</p> <p>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%.</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> <p>- Numerador: Presupuesto ejecutado acumulado - Denominador: Presupuesto codificado</p> | | | | | | | | | | | |
| Método de cálculo | Presupuesto ejecutado acumulado / Presupuesto codificado | | | | | | | | | | | |
| Umbral Amarillo | Entre 10.00 % y 15.00 % | | | | | | | | | | | |
| Periodo | 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 | 0.1218 | 0.1867 | 0.2577 | 0.3435 | 0.3826 | 0.4795 | 0.6179 | 0.6597 | 0.7285 | 0.7831 | 0.8879 |
| Estado | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | △ | △ | △ | △ |
| <p>Indicadores - Construcción Detallada(Periodo)</p> <p>4.12 A30 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente CAPACITACION PERSONAL</p> <p>Mide el porcentaje de ejecución del presupuesto de ejecución 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:</p> <p>- Numerador: Presupuesto ejecutado acumulado - Denominador: Presupuesto codificado acumulado</p> | | | | | | | | | | | | |
| <p>Método de cálculo</p> <p>Presupuesto ejecutado acumulado / Presupuesto codificado</p> | | | | | | | | | | | | |
| <p>Umbral Amarillo</p> <p>Entre 10.00 % y 15.00 %</p> | | | | | | | | | | | | |
| <p>Periodo</p> <p>Ene Feb Mar Abr May Jun Jul Ago Sep Oct Nov Dic</p> | | | | | | | | | | | | |
| <p>Meta</p> <p>0.0833 0.1667 0.25 0.3333 0.4167 0.5 0.5833 0.6667 0.75 0.8333 0.9167 1</p> | | | | | | | | | | | | |
| <p>Resultado</p> <p>0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0</p> | | | | | | | | | | | | |
| <p>Estado</p> <p>● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●</p> | | | | | | | | | | | | |





Indicadores - Construcción Detallada(Periodo)

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 %

| Periodo | 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 | 0.1335 | 0.2085 | 0.2772 | 0.3513 | 0.4216 | 0.5106 | 0.5845 | 0.6589 | 0.7442 | 0.821 | 0.9422 |
| Estado | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ▽ | ▽ | ▽ | ▽ | ▽ | ● |

