



MANUAL DE INDICADORES HOSPITALARIOS

PERU/MINSA/OGE – 01/004 & Serie Herramientas
metodológicas en Epidemiología y Salud Pública



Serie Herramientas Metodológicas en Epidemiología y Salud Pública N°004

©Ministerio de Salud del Perú

Oficina General de Epidemiología

Camilo Carrillo # 402, Jesús María Lima 11

Teléfono 433-6140 / 330-3403

Telefax 433-5428 / 433-0081 / 330-1534

Hecho el depósito Legal N^o: 1501032001 1027

ISBN: 9972-820-27-0

URL: <http://www.minsa.gob.pe/oge>

Postmaster@oge.sld.pe

Perú. Ministerio de Salud

Manual de Indicadores Hospitalarios. Lima 2001: Oficina General de
Epidemiología.

237p.

**MINISTERIO DE SALUD
ALTA DIRECION**

Dr. Eduardo Pretell Zárate
Ministro de Salud

Dr. Arturo Vasi Paez
Viceministro de Salud

OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA

Dr. Percy Minaya León
Director General

Elaboración de la presente edición:

- Dr. Roberto López Amat y León

Colaboración:

- Lic. Olga Castañeda Vásquez

- Ing. Larissa Casanova Tovar

Revisión:

- Dr. Humberto Solís Linares

TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACION	1
INTRODUCCION	2
INDICADORES GENERALES	7
I. De estructura	8
II. De proceso	12
III. De resultado – impacto	16
INDICADORES POR AREAS FUNCIONALES	19
I. Dirección	20
II. Administración	24
III. Epidemiología	30
IV. Consulta externa	36
V. Emergencia	48
VI. Hospitalización	57
VII. Centro quirúrgico	70
VIII. Esterilización central	78
IX. Centro obstétrico	81
X. Neonatología	87
XI. Unidad de cuidados intensivos generales	97
XII. Rehabilitación	109
XIII. Patología clínica	113
XIV. Banco de sangre	118
XV. Anatomía patológica	123
XVI. Imágenes	126
XVII. Radioterapia	134
XVIII. Medicina nuclear	139
XIX. Enfermería	142
XX. Farmacia	148
XXI. Trabajo social	152
XXII. Nutrición y dietética	156
XXIII. Registros médicos y estadísticos	160
XXIV. Lavandería	164
XXV. Mantenimiento	167
XXVI. Limpieza	171
XXVII. Seguridad	175
INDICADORES DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS	178
I. Cardiología	179
II. Dermatología	183
III. Endocrinología	187
IV. Gastroenterología	192
V. Nefrología	197
VI. Neumología	201
VII. Neurología	204
VIII. Reumatología	207
FORMULAS DE INDICADORES	211
REPRESENTANTES DE LOS SERVICIOS PARTICIPANTES	228
AGRADECIMIENTO	232
BIBLIOGRAFIA	234

PRESENTACION

En el mes de Marzo del año 2001, la Oficina General de Epidemiología (OGE) del Ministerio de Salud y el Hospital Arzobispo Loayza, coincidieron en la necesidad de contar con un sistema de evaluación, que permitiera fortalecer la capacidad de quienes dirigen cada una de las áreas del Hospital; y que al mismo tiempo sirviera de modelo para ser replicado a nivel nacional.

Considerando que un primer paso para la creación de dicho sistema, sería la selección adecuada de indicadores que reflejaran con propiedad el uso de los recursos, el cumplimiento de los procesos y el logro de los resultados programados, se acordó elaborar un manual de indicadores hospitalarios.

Este manual está basado en un documento de trabajo producido por la OGE en 1998 denominado *Indicadores de Evaluación de la Gestión Hospitalaria*, que constituye un *diccionario* de indicadores y requería su validación para su mejor aplicación en los

En tal sentido, el Hospital Arzobispo Loayza se convierte en el centro piloto de producción de instrumentos de evaluación, seleccionado gracias al prestigio ganado a través de los años por la experiencia y calidad de sus trabajadores y su tradición docente.

Para iniciar la labor se llevaron a cabo, durante la primera semana de Abril, reuniones técnicas con todos los jefes de servicios en la Dirección del Hospital. En estas reuniones se llegó a un consenso sobre la importancia del trabajo y se discutió la

Cada jefe de servicio recibió un listado de indicadores desarrollados, correspondientes a su especialidad. A partir de la entrega de este listado y durante las siguientes tres semanas, los integrantes de cada servicio seleccionaron los indicadores que consideraron más útiles para graficar sus actividades, en términos de productividad, eficiencia, eficacia y efectividad.

La selección de indicadores ha sido producto del análisis generado por cada grupo participante, en consecuencia, algunos de los indicadores que figuraban en el documento de trabajo original, mencionado anteriormente, fueron desestimados y otros nuevos incorporados, adecuándose a las necesidades reales del Hospital. Lo mismo sucedió con los conceptos y definiciones contenidos en el desarrollo de cada uilibrio entre lo académico y lo práctico.

Por lo expuesto, este *Manual de Indicadores Hospitalarios*, constituye el resultado de un proceso de validación en el cual el personal del Hospital Arzobispo Loayza ha participado activamente, es decir, los indicadores que figuran en él han sido discutidos y aceptados por los equipos de trabajo integrados por quienes laboran en cada uno de los servicios del Hospital. Es de esperarse que su aplicación sirva de guía para la toma de decisiones orientadas a mejorar la calidad de atención que brinda nuestro Hospital y otros hospitales del país.

Dr. Percy Minaya León
Director General
Oficina General de Epidemiología

Dr. Maximiliano Cárdenas Díaz
Director General
Hospital Nacional Arzobispo Loayza

INTRODUCCION

INTRODUCCION

La acción de asegurar y verificar que las actividades de una organización se lleven a cabo tal como fueron planeadas, de manera que garanticen el cumplimiento de sus metas y objetivos, se denomina **control de la gestión**.

El control de la gestión engloba los conceptos de auditoría, fiscalización, monitoreo, supervisión y evaluación, ya que su finalidad es identificar las debilidades y desviaciones que se van presentando en cualquier etapa del proceso administrativo e implementar las medidas correctivas necesarias. Por lo tanto, el control se relaciona con objetivos, metas, estrategias, políticas, recursos, resultados, procesos y personas que con su trabajo determinan el desempeño

En un inicio, el control se constituyó como un sistema de información con énfasis en la contabilidad analítica, las variables utilizadas eran económicas y los procesos de normativos. Bajo esta óptica, el control estaba orientado hacia la **fiscalización**, es decir, a la constatación de desviaciones y a la adopción de medidas correctivas directas y "castigos", según un marco de obligaciones de referencia. Actualmente, el control ha evolucionado con la aparición de la planificación estratégica al considerar integralmente a la organización, convirtiéndose así en un sistema más adaptable a sus necesidades.

En la gestión de los servicios de salud, el control de la atención médica comprende un conjunto de procedimientos dirigidos a verificar (considerando componentes y factores) que las actividades relacionadas con la atención de los usuarios se desarrollen con propiedad, de acuerdo a los planes operativos y a la capacidad resolutoria de la institución que ofrece dichos servicios.

Según sus fines, el control de la atención médica puede ser educacional, constituyendo la auditoría médica; puede orientarse a objetivar transgresiones de líneas de conducta o acuerdos contractuales, configuración actividad médica; puede estar dirigido a la vigilancia de las actividades y a su relación con los recursos o a la calificación del personal, caso en el cual se identifica con el monitoreo y la supervisión, respectivamente; y también la consistencia de los servicios de salud al contrastar sus resultados con lo proyectado, conformando la evaluación de servicios.

En síntesis, el control de la gestión integra las acciones encaminadas a mantener la calidad del producto de un proceso, dentro de cierto margen, actuando sobre los insumos o el medio ambiente en que se desarrolla el proceso.

Usualmente el control de la gestión hospitalaria se realiza en tres pasos sucesivos: la configuración, su comparación con una norma o estándar, y la toma de decisiones para corregir desviaciones o normas inadecuadas. En consecuencia, para realizar un control es necesario contar con planes operativos, con normas, indicadores y estándares que permitan lograr una medición objetiva.

El control de una organización prestadora de servicios de salud es importante porque sirve, a quienes las dirigen, para saber si sus objetivos y metas se están cumpliendo (para lo cual puede usar algunas o todas las herramientas metodológicas descritas). Sin embargo, el valor específico del control radica en su asociación con la planificación estratégica, ya que proporciona información útil para su retroalimentación, es decir, permite tomar decisiones y proyectar las acciones hacia el futuro.

El **monitoreo** es parte del proceso de control de la gestión, específicamente dirigido a vigilar sistemáticamente el cumplimiento del conjunto de actividades de un plan, e identificar así las limitaciones operativas y estratégicas que impiden que se cumplan de manera óptima.

El monitoreo está orientado a la observación periódica y continua de las actividades priorizadas. Implica la elaboración de un diseño que pueda ofrecer información cotidiana sobre los aspectos que se quiera monitorear. Debe determinar si los recursos se están suministrando en las cantidades previstas y en los momentos oportunos, y si su utilización está generando los productos esperados. La identificación de situaciones críticas debe tener como consecuencia la implementación correctivas.

El monitoreo de las actividades hospitalarias con enfoque estratégico, es una herramienta gerencial que provee de insumos para la mejor utilización de los recursos, el cumplimiento óptimo de las actividades en las mejores condiciones de calidad técnica y la satisfacción tanto de los pacientes como de los propios trabajadores de salud.

La **supervisión** es la parte del control de la gestión, que permite conocer los logros y la calidad de trabajo del personal que interviene en la ejecución de las actividades de una organización. Determina si el desempeño de los equipos de trabajo concuerda con las funciones que le han sido asignadas, identifica al personal que sobresale por sus destrezas y habilidades, y las necesidades de capacitación del personal. Constituye una oportunidad para detectar deficiencias y reorientar el trabajo hacia el logro de los objetivos.

La supervisión orientada hacia el desarrollo del potencial humano, debe tener un enfoque pedagógico y no fiscalizador. Es muy importante para lograr la eficiencia, eficacia y calidad de los servicios. La identificación oportuna de problemas de desempeño del personal, con la supervisión periódica, puede ser trascendente al corregir o evitar las desviaciones que se puedan presentar durante la ejecución de las actividades hospitalarias.

La **evaluación** es un conjunto de actividades organizadas y sistemáticas que se realizan para conocer los avances y logros del proceso productivo en relación a los objetivos institucionales planteados. El acto de evaluar consiste en la emisión de un juicio de valor, que resulta de la comparación de las características observadas con un patrón de referencia, y del análisis explicativo de las coincidencias y diferencias detectadas en dicha comparación.

La evaluación permite también detectar problemas y obstáculos, hacer modificaciones y evitar errores, de tal manera que se incrementen los resultados positivos. Se puede realizar en cualquiera de los niveles del proceso productivo, por lo que es una actividad permanente durante la gestión de un establecimiento de salud; sus resultados permiten tomar decisiones sobre dicho proceso y en consecuencia reforzarlo o desactivarlo.

La evaluación exige la búsqueda y sistematización de información útil y su análisis para decidir las diversas posibilidades de acción de la organización. Incluye la formulación de sus propios objetivos, la identificación de criterios a ser usados en la medición, la determinación y explicación del grado de éxito y la elaboración de recomendaciones para actividades en el futuro.

La evaluación del desempeño hospitalario puede ser enfocada de vista. Sin embargo, actualmente se acepta el enfoque epidemiológico, complementado con el método administrativo. El esquema general de evaluación es el siguiente:

1. Utilización de los servicios
2. Disponibilidad de los recursos
3. Desarrollo y calidad de los procesos
4. Resultados de la organización e impacto económico

Las aplicaciones modernas de la epidemiología, permitiendo la atención médica, su accesibilidad, su organización, su equipamiento de recursos, la capacitación de sus miembros, etc. La mejor de las condiciones conocidas, permitirá dilucidar los factores de riesgo y la asistencia de los pacientes.

Como consecuencia de una evaluación hospitalaria con el fin de posible obtener criterios de priorización de problemas, formular servicios, estrategias de intervención adecuadas a la evolución de los indicadores de salud, determinar la capacidad de los establecimientos, y favorecer un enfoque poblacional para el uso de los recursos; como producto del análisis epidemiológico se definen políticas de servicios y la definición de políticas de salud.

Las definiciones que se han planteado en esta sección, por el mismo conjunto de términos usualmente se prestan a confusión. En la tabla N° 1 se resume y completa.

TABLA N° 1: EVALUACION, MONITOREO Y SEGUIMIENTO

	EVALUACION	MONITOREO	
OBJETIVO	Conocer el grado de avance y desarrollo del proceso	Observar periódicamente la marcha de las acciones y detectar situaciones críticas	
SUJETO DE APLICACION	Planes, programas y proyectos, sistemas de servicios de salud, estado de salud, factores condicionantes, políticas y estrategias		
METODO	Comparación de las características encontradas con el patrón de referencia		
INSTRUMENTOS	Indicadores seleccionados		
RESULTADOS ESPERADOS	Mejoramiento del grado de equidad, eficiencia y efectividad de los servicios	Análisis y corrección de las situaciones críticas detectadas	Mejoramiento de la calidad de la atención mediante la capacitación del personal

En todos los casos, es decir, en el monitoreo, la supervisión y la evaluación, es necesario utilizar indicadores para lograr mediciones. La mayor parte de indicadores "clásicos" o aquellos innumerables que se puedan construir, pueden ser adaptados para monitorear, supervisar o evaluar. Su adecuación dependerá del período y de los aspectos que se quiera estudiar.

Los **indicadores** son relaciones cuantitativas entre dos cantidades o variables susceptibles de ser observadas y medidas, asociadas a eventos determinados y que por sí solos no son relevantes, sino que adquieren importancia cuando se les compara con patrones de referencia o con el mismo tipo de cantidades o variables, correspondientes a períodos anteriores.

Por lo tanto, los indicadores constituyen instrumentos y sus resultados insumos para el análisis e interpretación de los fenómenos relacionados con el quehacer de los servicios de salud. Son la base objetiva para realizar la evaluación de las actividades hospitalarias, detectar desviaciones de lo esperado y tomar decisiones sobre el tipo de medidas dirigidas al mejoramiento continuo de la calidad de la atención.

En el control de la gestión hospitalaria no solamente debe medirse la producción y los resultados, sino también los procesos que se dan en cada área o servicio. Las actividades de cada servicio deben ser medidas a través de indicadores adecuados, que permitan a los propios responsables conocer su desempeño y detectar situaciones extremas o problemas que puedan ser resueltos oportunamente.

Si bien lo ideal en una evaluación es comparar los resultados de los indicadores con estándares nacionales o internacionales (con las limitaciones que puedan existir por tratarse muchas veces de realidades distintas), no siempre están disponibles para situaciones específicas ni han sido definidos en su totalidad. Por lo tanto una alternativa útil es comparar los resultados de los indicadores consigo mismos, es decir observar y analizar los cambios que han ocurrido en un determinado indicador a través del tiempo.

Este documento contiene el desarrollo de un conjunto de indicadores seleccionados para la evaluación hospitalaria, el cual está dividido en cuatro partes. En la primera, se presentan **indicadores generales** como referencia conceptual. Estos indicadores han sido clasificados de acuerdo al enfoque sistémico.

En la segunda, se proponen **indicadores por áreas funcionales**, es decir, específicos para la evaluación independiente de cada una de ellas. Estos indicadores están estructurados para su aplicación práctica. Han sido clasificados según las áreas definidas en el *Manual de Acreditación de Hospitales*, del Ministerio de Salud.

Tanto en el desarrollo de los indicadores generales, como en el de los indicadores por áreas funcionales, se precisa la utilidad de cada uno de ellos, se definen las variables involucradas y se muestran las fórmulas para el cálculo correspondiente.

La tercera muestra los **indicadores de servicios médicos especializados** y la cuarta y última parte, presenta un resumen con las **fórmulas** de todos los indicadores propuestos en el documento, con el numerador y denominador correspondientes.

El objetivo de poner este trabajo a disposición de todos aquellos que tienen que ver con la gestión de servicios de salud, es contribuir al proceso de evaluación y por lo tanto a la toma de decisiones, con instrumentos que lo permitan y que sirvan de base para una interpretación integral del quehacer hospitalario.

INDICADORES GENERALES

I. DE ESTRUCTURA

1. Accesibilidad
2. Disponibilidad
3. Adecuación

Evalúa si un servicio está siendo ofrecido a todos aquellos que puedan resultar beneficiados. Permite evaluar la equidad, pues se refiere a la existencia y distribución de recursos (humanos, físicos o financieros) para la atención de las necesidades de).

Al estudiar la disponibilidad es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

- En una red de servicios los recursos pertenecen al conjunto de establecimientos que la conforman, por lo que la población de referencia se amplía al ámbito de cobertura de la red.
- Las nuevas tecnologías producen equipos médicos móviles lo que facilita su disponibilidad y utilización en varios lugares. Además, la tecnología permite la transmisión de imágenes, voz e información médica a grandes distancias, permitiendo que los recursos especializados de otros países puedan emplearse en beneficio de pacientes nacionales.
- El análisis posterior al cálculo de la disponibilidad, requiere establecer la interrelación entre los diversos tipos de recursos que se requieren para brindar un determinado servicio, ya que puede darse el caso de la existencia de un recurso físico y la ausencia del recurso humano para su funcionamiento.

En términos prácticos, si se cuenta con la información necesaria, se puede hacer cálculos de disponibilidad sobre la población de referencia de cualquier tipo de recurso.

$$\frac{\text{Cantidad de recursos existentes según tipo en un período}}{\text{Población de referencia a atender en el mismo período}} \times 1000$$

3. ADECUACION

Adecuación, es la relación entre los recursos humanos, físicos y financieros, y las necesidades para la atención de los usuarios. Para contar con la información sobre necesidades, los hospitales deben elaborar estudios del perfil epidemiológico de la demanda, sobre la base de criterios o estándares de programación. La adecuación se puede estudiar desde diferentes puntos de vista:

- **Adecuación de volumen**, establece la relación entre la existencia de determinados tipos de recursos y la necesidad de esos mismos recursos.

$$\frac{\text{Cantidad de recursos existentes según tipo en un período}}{\text{Cantidad de recursos necesarios según tipo en el mismo período}}$$

- **Adecuación de distribución**, establece la relación entre la existencia de determinados tipos de recursos en los servicios o especialidades del hospital, y la necesidad de los mismos en dichos servicios o especialidades.

$$\frac{\text{Cantidad de recursos existentes según tipo por servicio o especialidad en un período}}{\text{Cantidad de recursos necesarios según tipo por servicio o especialidad en el mismo período}}$$

- **Adecuación de operación**, se refiere a la capacidad de funcionamiento de los recursos. Establece la relación entre los recursos disponibles y los necesarios. Permite medir indirectamente los recursos que no son utilizados por no estar operativos.

$$\frac{\text{N° de recursos existentes} - \text{N° de recursos que no están funcionando según tipo en un período}}{\text{Cantidad de recursos necesarios según tipo en el mismo período}}$$

II. DE PROCESO

4. Actividades
5. Uso
6. Utilización
7. Productividad
8. Rendimiento
9. Calidad

II. DE PROCESO

La evaluación de los procesos corresponde al estudio de la mecánica operativa de las diversas funciones que debe cumplir el hospital para la atención de los usuarios.

4. ACTIVIDADES

Actividades, son las acciones dirigidas a eliminar o modificar factores que producen o condicionan un daño o agresión a la salud.

Para lograr los objetivos de la atención hospitalaria, los recursos en general deben cumplir determinadas funciones que se miden como actividades. Debe existir una relación directa entre la combinación de recursos (humanos, físicos y financieros) y las actividades para las cuales están destinados. Es decir, el resultado de la interacción particular de un conjunto de recursos se debe traducir en una actividad específica.

Las actividades del hospital dan lugar a una serie de productos, como son las atenciones de consulta externa, de emergencia, egresos, intervenciones quirúrgicas, partos, exámenes de laboratorio, etc.

5. USO

La **intensidad de uso**, es el promedio de servicios recibidos por cada usuario durante ¹.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de actividades realizadas según tipo por servicio o especialidad en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de usuarios sujetos de la actividad según tipo por servicio o especialidad en el mismo período}}$$

La **extensión de uso**, es la proporción de la población que hace uso de un servicio durante un período determinado. Se expresa en tasas que varían según el tamaño de la población que se tome como referencia.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuarios sujetos de determinada actividad según tipo por servicio o especialidad en un período}}{\text{Población objetivo de la misma actividad según tipo por servicio o especialidad en el mismo período}} \times 1000$$

6. UTILIZACION

Utilización, es la relación entre los recursos utilizados y los recursos disponibles para una actividad o por servicio, por unidad de tiempo.

¹ En el caso de consulta externa es sinónimo de

$$\frac{\text{Cantidad de recursos utilizados según tipo por servicio o especialidad en un período}}{\text{Cantidad de recursos disponibles según tipo por servicio o especialidad en el mismo período}}$$

7. PRODUCTIVIDAD

Productividad, es el número de actividades o servicios alcanzados (productos) en relación a los recursos disponibles, por unidad de tiempo. La productividad representa, esencialmente, la máxima capacidad de operación o de utilización de un recurso.

$$\frac{\text{Cantidad de productos alcanzados según tipo por servicio o especialidad en un período}}{\text{Cantidad de recursos disponibles según tipo por servicio o especialidad en el mismo período}}$$

8. RENDIMIENTO

Rendimiento, es el número de productos alcanzados (o actividades realizadas) en relación al recurso utilizado, por unidad de tiempo.

El rendimiento es semejante a la productividad, pues en ambos casos el numerador es el número de actividades o servicios realizados, pero mientras en la productividad el denominador es el recurso disponible, en el rendimiento es el recurso utilizado. Por eso, cuando la utilización de un recurso es 100%, el rendimiento coincide con la productividad.

$$\frac{\text{Cantidad de actividades realizadas o productos alcanzados según tipo en un período}}{\text{Cantidad de recursos utilizados según tipo en el mismo período}}$$

9. CALIDAD

Calidad, es el conjunto de características que deben tener los servicios de salud, desde el punto de vista técnico y humano para alcanzar los efectos deseados, tanto para los proveedores como por los usuarios.

La OPS define la calidad como la combinación de los siguientes aspectos:

- Alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos.
- Mínimo riesgo para el paciente.
- Alto grado de satisfacción de los pacientes.
- Impacto final en la salud de la población.

La calidad de los servicios, desde la óptica del paciente, puede ser definida como: la amplitud de la discrepancia o diferencia que exista entre las expectativas o deseos de los pacientes y sus percepciones; mientras que la calidad técnica, cuyos criterios son establecidos por expertos, se puede definir sobre la base de tres variables: la **integralidad**, referida a satisfacer todas las necesidades de los pacientes e incluso superar sus expectativas; el **contenido**, relacionado al uso adecuado de tecnologías y a la calidad del personal asistencial, lo que incluye la información al paciente sobre la existencia de procedimientos y regímenes terapéuticos modernos, acordes a la patología por la que consulta, y al desarrollo de las habilidades y destrezas de los profesionales para realizar actos médico quirúrgicos adecuadamente; y, la **oportunidad**, asociada a la capacidad de un servicio de salud para intervenir con sus acciones en el momento en que el paciente lo necesita.

III. DE RESULTADO

10. Cobertura
11. Eficacia
12. Eficiencia
13. Efectividad

III. DE RESULTADO

La evaluación de los resultados corresponde a los cambios producidos en la salud de las personas o de los propios servicios, debidos a las diversas intervenciones que brinda el hospital.

10. COBERTURA

Cobertura, es la proporción de personas con necesidades de servicios de salud que reciben atención para tales necesidades. La cobertura indica si el servicio de salud está llegando a la población que realmente lo necesita. Para determinar la magnitud de la población necesitada, es condición realizar un estudio sobre necesidades y demanda.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de personas que utilizan un servicio en un periodo}}{\text{N}^{\circ} \text{ de personas que necesitan el mismo servicio en el mismo periodo}} \times 100$$

Es indispensable definir criterios para establecer la población de referencia sobre la base de datos demográficos actualizados, ya que en la práctica es frecuente encontrar resultados de cobertura mayores al 100% o muy bajos, debido a que las metas que se espera alcanzar están programadas tomando en cuenta poblaciones subestimadas o sobrestimadas.

11. EFICACIA

Eficacia, se define como el logro de los objetivos o metas planificadas por los servicios hospitalarios.

Permite determinar porcentualmente el grado de cumplimiento de una meta en un tiempo determinado. Como se mide en términos del resultado deseable o del propio objetivo del servicio, para cuantificar la eficacia es condición definir con claridad los resultados que se espera obtener.

$$\frac{\text{Objetivo o meta alcanzada en un periodo}}{\text{Objetivo o meta programada en el mismo periodo}} \times 100$$

12. EFICIENCIA

Eficiencia, es la relación entre los efectos de un servicio de salud y los recursos e insumos utilizados para producir dicho servicio. Es decir, determina la más adecuada y económica utilización de los recursos para obtener los mejores resultados de la atención. Establece la relación óptima entre recursos utilizados y resultados alcanzados.

$$\frac{\text{Costo global de un servicio en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de unidades del mismo servicio en el mismo período}}$$

13. EFECTIVIDAD

Efectividad, mide el logro del objetivo o meta del servicio a nivel de la población, es decir, el impacto como producto de un proceso. Usualmente se expresa en tasas que sirven para ser comparadas entre uno o varios períodos (tasa de mortalidad, tasa de morbilidad, tasa de incidencia, tasa de prevalencia, etc.).

Para que un servicio sea efectivo debe ser eficaz (lograr el objetivo en los usuarios) y tener la cobertura adecuada (llegar a las personas con la necesidad). La evaluación de la efectividad de un servicio, implica conocer la situación antes y después de las acciones.

INDICADORES POR AREAS FUNCIONALES

I. DIRECCION

- 14. Porcentaje de ejecución presupuestal
- 15. Grado de cumplimiento de las metas del plan operativo
- 16. Porcentaje de quejas de los usuarios resueltas
- 17. Porcentaje de subsidio presupuestal
- 18. Eficiencia del gasto

INDICADORES POR AREAS FUNCIONALES

I. DIRECCION

Es el órgano encargado de la formulación y desarrollo de las políticas y programas de la institución, acordes con su misión, visión, objetivos y metas. Es responsable de la -administrativa del hospital.

14. PORCENTAJE DE EJECUCION PRESUPUESTAL

Este indicador permite evaluar la eficacia del gasto, componente importante de la capacidad gerencial de quienes dirigen un hospital. Ofrece información útil para conocer la proporción del presupuesto que ha sido gastado durante un período. Para realizar los cálculos, se puede considerar el tiempo que corresponde al ejercicio presupuestal o el año calendario, pero es recomendable tomar períodos más cortos, por rubros, para lograr la máxima utilidad de este indicador, de tal manera que sea posible conocer el comportamiento del gasto y establecer medidas correctivas oportunamente.

Se espera que el presupuesto asignado sea gastado en un 100%. Sin embargo, los resultados de este indicador deben ser analizados posteriormente, ya que no sólo se trata de gastar el presupuesto sino de gastarlo adecuadamente, debiendo relacionarse con las metas programadas y alcanzadas.

Presupuesto operativo asignado por toda fuente, es la diferencia entre el presupuesto total asignado y el destinado para el pago de pensiones. Se debe considerar los ingresos provenientes del tesoro público (RO: recursos ordinarios) y los recursos propios (RDR: recursos directamente recaudados). Debe ser utilizado para desarrollar el conjunto de actividades que le son propias: compra de bienes, gastos de capital (equipamiento), pago de servicios y sueldos y salarios del personal.

Presupuesto operativo ejecutado por toda fuente, es la parte del presupuesto operativo asignado al hospital que ha sido gastado de acuerdo al plan operativo anual.

$$\frac{\text{Presupuesto operativo ejecutado total o por partidas por toda fuente en un período}}{\text{Presupuesto asignado total o por partidas por toda fuente en el mismo período}} \times 100$$

Período: anual

Registro: formato de Ejecución Presupuestal; formato de Presupuesto Aprobado

Responsable: Jefe de la Oficina de Planificación

15. GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DEL PLAN OPERATIVO

Mide la eficacia organizacional, al evaluar el grado de cumplimiento de las metas programadas en el plan operativo institucional, de cada una de las áreas funcionales del hospital. Este indicador está en relación al plan operativo, pero no mide el impacto de las metas alcanzadas sobre la comunidad.

Número de metas establecidas en el plan operativo, es la cantidad de logros que el hospital espera alcanzar durante el período que abarca el plan operativo, con el fin de cumplir objetivos planteados a más largo plazo. Las metas del plan operativo deben estar cuantificadas para ser medibles. Representan la base para la asignación de recursos.

Número de metas del plan operativo cumplidas, son aquellas que han sido alcanzadas en el tiempo previsto según lo planificado. En el análisis debe considerarse la importancia del cumplimiento de las metas estratégicas.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de metas del plan operativo cumplidas según área funcional en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de metas del plan operativo según área funcional en el mismo período}} \times 100$$

Período: anual

Registro: Plan Operativo; Reporte de Estadística sobre Cumplimiento de Metas

Responsable: Jefe de la Oficina de Planificación

16. PORCENTAJE DE QUEJAS DE LOS USUARIOS RESUELTAS

Este indicador permite conocer la efectividad del hospital para resolver las quejas que presentan los usuarios sobre los servicios que reciben. Supone la aplicación de medidas correctivas sobre el total o una parte de las quejas atendidas. No expresa la satisfacción de los pacientes sobre las medidas tomadas respecto a sus reclamos, pero sí el nivel de respuesta del hospital.

Quejas de los usuarios, son aquellos reclamos o acusaciones que los pacientes hacen llegar al hospital por cualquier medio, sobre las dificultades o deficiencias que encuentran en la atención, ya sea por aspectos burocráticos o por los servicios que reciben.

Quejas de los usuarios resueltas, son aquellas que han sido atendidas y sobre las cuales el hospital ha logrado algún nivel de corrección.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de quejas de los usuarios resueltas en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de quejas de los usuarios en el mismo período}} \times 100$$

Para que los usuarios puedan presentar sus quejas deben tener facilidades, es decir, el hospital debe contar con mecanismos que les aseguren un trato directo y de calidad, lo que establece la diferencia entre las ánforas o buzones que algunos hospitales colocan en sus pasadizos para recoger las quejas de los pacientes. Estos mecanismos deben generar respuestas al usuario y las mejoras respectivas.

Período: trimestral

Registro: formato de Relación de Quejas Resueltas

Responsable: Jefe de la Oficina de Relaciones Públicas

17. PORCENTAJE DE SUBSIDIO PRESUPUESTAL

Este indicador permite conocer de manera indirecta la rentabilidad del hospital, es decir, la capacidad del establecimiento de obtener ganancias o pérdidas por la venta de sus servicios. Esta situación está al margen del presupuesto con que cuentan los hospitales públicos para su operación.

Recursos ordinarios, son los que el Estado, a través del Tesoro Público, otorga al el pago de sus obligaciones. No se incluye, con fines operativos, el asignado para el pago de pensiones².

$$\frac{\text{Recursos ordinarios en un período}}{\text{Presupuest o operativo ejecutado en el mismo período}} \times 100$$

Período: anual

Registro: formato de Ejecución Presupuestal; formato de Presupuesto Aprobado

Responsable: Jefe de la Oficina de Planificación

18. EFICIENCIA DEL GASTO

Este indicador permite orientar el uso adecuado de los recursos financieros, ya que sus resultados sirven de base para interpretar los cambios ocurridos en su manejo. Establece la relación entre el gasto y las correspondientes metas obtenidas.

Para que sea útil, es necesario comparar esta relación en períodos sucesivos y en las mismas unidades de tiempo, considerando el valor real de los montos ejecutados (ajustados a la inflación y/o devaluación, si estas circunstancias están presentes), y que las metas sean específicas para cada caso.

$$\frac{\text{Gasto por meta programada durante un período}}{\text{Cantidad de meta obtenida en el mismo período}}$$

Período: anual

Registro: Plan Operativo; Reporte de Estadística sobre Cumplimiento de Metas; formato de Reporte de Costos

Responsable: Jefe de la Oficina de Planificación

² Ver indicador N° 14: Porcentaje de ejecución presupuestal (presupuesto operativo ejecutado por toda fuente).

el flujo de los recursos en general.

19. TASA DE ROTACION DE PERSONAL

Este indicador expresa la proporción de personal del hospital que es rotado de su puesto en un determinado período. Ofrece información básica para determinar posteriormente las causas que generan dicha rotación.

Cuando las rotaciones son muy frecuentes e involucran a personal ubicado en puestos claves, se trata de una situación que puede significar una amenaza a la calidad de la personal entrenado o en proceso de entrenamiento, es removido de su puesto para ser reemplazado por otros de menor experiencia. Por lo tanto, es conveniente operativizar este indicador desagregado por servicios o áreas funcionales, considerando en el análisis la diferencia en la importancia relativa que tiene determinado personal en trabajos específicos. En el caso de personal directivo, es conveniente incorporar al análisis los factores asociados a su nombramiento y a su

Número de personal según tipo y servicio, se refiere al personal que labora en determinado servicio o área funcional, y que puede ser clasificado según su calificación técnica y por el trabajo que desempeña.

Número de personal según tipo y servicio con rotación del puesto, es la cantidad de personal de un servicio o unidad funcional, clasificado de acuerdo a su calificación técnica y por el trabajo que realiza, que ha dejado su puesto por disposición de su jefatura.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de personal total o según tipo y servicio con rotación del puesto en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de personal de la institución o según tipo y servicio en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Planilla de Remuneraciones; Planilla de Racionamiento; Cuaderno de Rotación de Personal

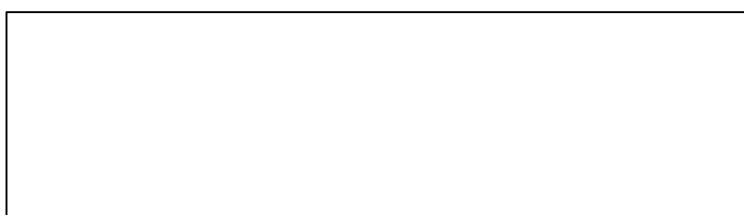
Responsable: Jefe de la Oficina de Personal

20. TASA DE AUSENTISMO LABORAL

Permite hacer inferencias sobre el clima laboral (condiciones de trabajo) y sobre la aplicación de normas administrativas en el manejo de recursos humanos. Es importante investigar las causas o factores asociados al ausentismo del personal. Determina el total de días de ausencia al trabajo del personal hospitalario con respecto al total de días disponibles del recurso humano e

Número de días hombre disponibles, es la suma de aquellos que el hospital tiene programados, para llevar a cabo sus actividades durante un determinado período. Puede calcularse por servicios o para todo el hospital.

Número de días ausencia del personal, es la suma de los días de inasistencia del personal durante un período, en los cuales estaba programado cumplir con actividades hospitalarias.



$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de días ausencia del personal del hospital o del servicio en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de días hombre disponibles del hospital o del servicio en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Planilla de Remuneraciones; Planilla de Racionamiento; Reporte de Control de Asistencia

Responsable: Jefe de la Oficina de Personal

21. RAZON PERSONAL ADMINISTRATIVO/PERSONAL ASISTENCIAL

El hospital es una entidad cuyo fin es proporcionar servicios de salud a la población, por lo tanto la composición de sus recursos humanos debe ser equilibrada, es decir, no debe existir una sobrecarga administrativa. Este indicador identifica la relación entre el personal dedicado a la actividad administrativa respecto al personal que cumple actividades de tipo asistencial.

Personal asistencial, se refiere a los diversos tipos de trabajadores del hospital, cuyas competencias técnicas están dirigidas a la atención directa o indirecta de los pacientes, en el sentido de la prevención, curación o rehabilitación de daños a la salud.

Personal administrativo, se refiere a todos aquellos trabajadores del hospital, cuyas competencias técnicas están dirigidas al manejo económico de la institución, del personal y/o al apoyo logístico. También incluye a asesoría legal, relaciones públicas, planificación y otros similares.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de personal administrativo en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de personal asistencial en el mismo período}}$$

Período: mensual

Registro: Planilla de Remuneraciones; Planilla de Racionamiento

Responsable: Jefe de la Oficina de Personal

22. PORCENTAJE DE REMUNERACIONES POR HORAS EXTRAORDINARIAS

Este indicador relaciona el pago del personal por horas extraordinarias con el total de lo pagado como remuneraciones. De manera indirecta puede orientar a la necesidad de contar con más recursos humanos siempre y cuando el costo efectividad sea favorable.

Presupuesto ejecutado en remuneraciones, es el que corresponde al pago del personal por el trabajo realizado en la jornada normal de trabajo. Las guardias del personal asistencial están consideradas dentro de esta definición.

Presupuesto ejecutado por pago de horas extraordinarias, es el que corresponde al pago de las horas que determinado personal cumple fuera de la jornada normal de trabajo. Este pago se denomina *racionamiento*.

$$\frac{\text{Presupuest o ejecutado por pago de horas extraordinarias en un período}}{\text{Presupuest o ejecutado en remuneraciones en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Planilla de Remuneraciones; Planilla de Racionamiento; Presupuesto Aprobado de Personal

Responsable: Jefe de la Oficina de Personal

23. DISTRIBUCION DEL PRESUPUESTO

Sirve para conocer la distribución porcentual del presupuesto del hospital.

Presupuesto total por partida, es el monto asignado, por toda fuente, destinado para cada rubro en que está dividido el presupuesto. Según el interés que se tenga en conocer la distribución del presupuesto, puede reemplazarse el numerador por la partida correspondiente.

Presupuesto total asignado, considera el monto total asignado al hospital, es decir, el que proviene del tesoro público (RO: recursos ordinarios) y de los ingresos propios (RDR: recursos directamente recaudados). En este caso, se incluye las pensiones de los trabajadores.

$$\frac{\text{Presupuest o total por partida}}{\text{Presupuest o total asignado}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Presupuesto Aprobado

Responsable: Jefe de la Oficina de Planificación

24. DISTRIBUCION DE INGRESOS PROPIOS POR SERVICIOS

Sirve para conocer los servicios que, en orden de importancia, proporcionan mayores ingresos al hospital.

Conocer la distribución de los ingresos propios y relacionarlos con los costos de los servicios, permite identificar aquellas áreas que resultan ser más rentables para el hospital.

$$\frac{\text{Ingresos propios por servicios en un período}}{\text{Ingresos propios del hospital en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Reporte de Ingresos

Responsable: Jefe de la Oficina de Economía

25. PORCENTAJE DE PEDIDOS ATENDIDOS

Este indicador refleja el grado de atención de los requerimientos. Muestra el porcentaje de pedidos que han sido atendidos por el área de logística, en comparación con el total de los solicitados por cada una o por el conjunto de áreas funcionales del hospital.

Los resultados de este indicador permitirán adecuar los pedidos para la reposición de stocks en función de las necesidades reales, y modificar las políticas de inventario en relación a las variaciones del consumo. El análisis debe considerar también el tiempo que se tarda en la atención de los pedidos.

La falta de atención de los pedidos puede deberse a demoras burocráticas, agotamiento de stock del producto en el almacén, falta de financiamiento o debido a que lo solicitado no figura en el plan anual de adquisiciones.

Número de pedidos, se refiere a la cantidad de requerimientos solicitados por los servicios u oficinas (equipos, materiales o insumos), a la Oficina de Logística del hospital.

Número de pedidos atendidos, son aquellos requerimientos que han sido remitidos al servicio u oficina que los solicita.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pedidos atendidos en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de pedidos en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Consolidación de Requerimientos; Ordenes de Compra

Responsable: Jefe de la Oficina de Logística

26. TIEMPO DE REPOSICION DEL STOCK DE PRODUCTOS CRITICOS

Sirve para evaluar la capacidad de gestión del área de logística, ya que permite conocer el grado de abastecimiento de los productos críticos en existencia. Mide el tiempo que demora volver a poner a disposición de los usuarios un producto determinado, desde que se agotó su stock.

Para calcular este tiempo es necesario registrar la fecha en que la existencia de un ítem llega a cero y la fecha en que vuelve a estar disponible. El tiempo de reposición debe calcularse para cada producto.

El tiempo de reposición y el promedio de consumo de productos críticos permiten contar con un mínimo de unidades de dichos productos, necesarios para evitar que se agoten. El hospital deberá determinar la lista de productos críticos a monitorear, es decir aquellos cuya existencia es indispensable para la atención de los usuarios.

Por otro lado, la cantidad de productos críticos y otros mínimos necesarios para el funcionamiento del hospital, constituyen el **stock de seguridad**, el cual debe ser valorado para determinar el importe máximo que debe destinar el hospital en mantener esa cantidad imprescindible de productos.

Período: mensual

Registro: Notas de Entrada de Almacén; Pedidos Comprobantes de Salida (PECOSA)

Responsable: Jefe de Almacén

-
-
32. Tasa de accidentes del personal hospitalario relacionados con la bio-seguridad
 33. Porcentaje de pacientes con diagnóstico confirmado de enfermedades de notificación obligatoria
 34. Porcentaje de tanques de agua contaminados

III. EPIDEMIOLOGIA

Es el servicio responsable de la vigilancia permanente de la situación de salud en el área de influencia del hospital, así como de la dinámica de los servicios hospitalarios.

Asesora en la toma de decisiones para el control y solución de los problemas detectados.

27. EXISTENCIA DE ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD DEL AREA DE INFLUENCIA

Este indicador permite saber si se han realizado estudios o aproximaciones diagnósticas, acerca de la situación de salud de la población del área de influencia del hospital. La evaluación de este indicador debe incluir la calidad y oportunidad alcanzada en su elaboración. Refleja el nivel de coordinación d epidemiología con instancias superiores con las que debiera realizar dichos estudios.

Este tipo de estudios, y por lo tanto la aplicación de este indicador, sólo es posible en aquellos hospitales que han definido su ámbito de atención y que ade responsabilidad de dirigir la salud pública de su área de influencia. Existen restricciones para realizar un análisis de la situación de salud cuando se trata de hospitales de referencia o institutos, los cuales limitan sus funciones a acciones reparativas, recuperativas y rehabilitadoras (prevención secundaria y terciaria).

El **análisis de la situación de salud (ASIS)**, es una metodología que permite identificar, analizar e interpretar problemas y necesidades relacionadas con el proceso salud – enfermedad a fin de expresarla en la toma de decisiones oportunas y coherentes.

Los pasos secuenciales para la elaboración del ASIS deben ser: identificación de fuentes de datos, recolección de datos, procesamiento de datos, análisis e e la información y la elaboración de un plan de salud.

Todo análisis de la situación de salud debe contener los siguientes componentes: aspectos generales, situación demográfica y socioeconómica, perfil epidemiológico, servicios de salud y respuesta social organizada.

El análisis de la situación de salud debe ser requisito indispensable para identificar inequidades, establecer prioridades, fundamentar la planificación y focalizar la atención, fortaleciendo así la capacidad de gestión del hospital. Este in ser medido constatando la existencia o ausencia del mismo y evaluando la consistencia de su contenido.

Período: anual

Registro: formato de Informe ASIS

Responsable: Equipo multidisciplinario de la Oficina de Epidemiología del Hospital

Estándar: 1 informe / año

28. EXISTENCIA DE ANALISIS DEL PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LA DEMANDA ATENDIDA

Sirve para conocer si se han realizado estudios sobre la demanda atendida de cada servicio del hospital. La evaluación de este indicador debe incluir la calidad y oportunidad alcanzada en su elaboración.

Permite establecer no sólo el cumplimiento de dicha actividad como parte de la función del área de epidemiología, sino que además refleja el grado de integración con el equipo de gestión, al que deben ser alcanzados los resultados de dichos estudios, con el fin de realizar los ajustes necesarios para mejorar la atención. El área de

epidemiología debe ofrecer al equipo de gestión del hospital, información de calidad, analizada e interpretada, útil para tomar decisiones.

Análisis del perfil epidemiológico de la demanda atendida, es la metodología utilizada para conocer e interpretar el comportamiento de la morbilidad y mortalidad, de la población que se atiende en los diversos servicios del hospital. Debe ser realizada con una periodicidad que permita establecer las tendencias de la demanda por enfermedades a través del tiempo, de tal manera que sirva para definir estrategias de atención y hacer un uso racional, equitativo y eficiente de los recursos.

Para aplicar este indicador de evaluación, debe haberse definido previamente los servicios y los aspectos de la demanda que en ellos hay que estudiar y analizar, para así poder medir el grado en que se realiza esta actividad. Este indicador deberá ser medido constatando la existencia o ausencia del mismo y evaluando la consistencia de su contenido.

Período: anual

Registro: formato de Perfil Epidemiológico

Responsable: Equipo multidisciplinario de la Oficina de Epidemiología del Hospital

Estándar: 1 informe / año

29. PORCENTAJE DE BROTES INTRAHOSPITALARIOS IDENTIFICADOS - INVESTIGADOS

Sirve para evaluar la respuesta del área de epidemiología, frente a brotes epidémicos intrahospitalarios³.

Número de brotes intrahospitalarios identificados - investigados, es el total de aquellos que han sido detectados, establecido su origen y causas, y para los cuales se ha emitido un conjunto de recomendaciones para su control.

Número de brotes identificados, es el total de aquellos que han ocurrido, pero que no necesariamente han sido investigados ni controlados.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de brotes intrahospitalarios identificados - investigados en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de brotes identificados en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Ficha Epidemiológica

Responsable: Médico epidemiólogo – Enfermera epidemióloga

Estándar: 100%

30. COBERTURA DE NOTIFICACION DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS

³ No se ha considerado el *control de brotes* como indicador de evaluación ya que este no depende exclusivamente del área de epidemiología.

Este indicador refleja la operatividad del sistema de vigilancia epidemiológica. La evaluación sobre este aspecto, debe ser complementada con información acerca del grado de cumplimiento de la notificación oportuna a instancias superiores.

La **vigilancia epidemiológica**, está conformada por un conjunto de acciones que permiten realizar la observación oportuna sistemática de los problemas de salud y a partir de ella, definir las actividades que se requieren para su prevención y/o control.

La **cobertura de notificación**, es la proporción de servicios del hospital que cumplen periódicamente con emitir un informe donde figuran los casos de enfermedades de notificación obligatoria según las normas establecidas, del total de servicios que debieran hacerlo.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de servicios que notifican según el período establecido}}{\text{N}^\circ \text{ de servicios que deben notificar en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Cuaderno de Reporte de Casos; Ficha Epidemiológica

Responsable: Médico epidemiólogo – Enfermera epidemióloga

Estándar: 100% (25 servicios)

31. PORCENTAJE DE NOTIFICACION OPORTUNA DE LA OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA

Este indicador sirve para evaluar si la Oficina de Epidemiología del Hospital, cumple con emitir su informe a la Oficina General de Epidemiología (OGE) del Ministerio de Salud, tal como establecen las normas, de manera que los eventos relacionados con las enfermedades de notificación obligatoria puedan incluirse en la estadística nacional.

La **notificación oportuna**, se refiere a que los datos de casos y/o defunciones deben informarse a intervalos regulares y dentro de los plazos establecidos, es decir, antes de los días martes de cada semana. Aunque no se presenten casos, se debe realizar lo que se denomina *notificación negativa*, lo cual garantiza que la vigilancia se está llevando a cabo. La notificación oportuna se constata por el cargo de entrega a la OGE en la fecha correspondiente.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de notificaciones oportunas a la OGE al mes}}{4} \times 100$$

Período: mensual

Registro: formato de Notificación Epidemiológica Semanal

Responsable: Jefe de la Oficina de Epidemiología

Estándar: 100%

32. TASA DE ACCIDENTES DEL PERSONAL HOSPITALARIO RELACIONADOS CON LA BIO-SEGURIDAD

Mide la proporción del trabajadores de salud del hospital expuestos a factores de riesgo biológico. Permite evaluar indirectamente el cumplimiento de las normas y protocolos de bio-seguridad. Es particularmente útil cuando se desagrega por servicios y personal, ya que según las intervenciones que realizan, existen diferentes probabilidades de ocurrencia de accidentes de este tipo.

Número de accidentes de trabajo relacionados con la bio-seguridad, es el total de aquellos relacionados a la ocurrencia de eventos con objetos punzo-cortantes, cortantes y contacto con fluidos corporales, del personal que labora en los diferentes servicios de hospitalización.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de accidentes de trabajo relacionados con la bio-seguridad (según servicio y tipo de trabajador) ocurridos en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de trabajadores según tipo en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Ficha Epidemiológica de Accidentes de Trabajo

Responsable: Médico epidemiólogo – Enfermera epidemióloga

33. PORCENTAJE DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO CONFIRMADO DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

Establece la proporción de pacientes cuyo diagnóstico se confirma en el servicio de epidemiología. Por un lado, mide la producción de esta actividad; y por otro, evalúa la certeza del diagnóstico inicial realizado por los profesionales de los diferentes servicios, quienes derivan pacientes sospechosos de padecer enfermedades de notificación obligatoria, al servicio de epidemiología donde a través del laboratorio, se confirma el diagnóstico.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes derivados de otros servicios con diagnóstico confirmado de enfermedad de notificación obligatoria en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes derivados de otros servicios en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Cuaderno de Pacientes Atendidos

Responsable: Enfermera epidemióloga

34. PORCENTAJE DE TANQUES DE AGUA CONTAMINADOS

Este indicador sirve para vigilar el grado de protección del agua de las cisternas del hospital, desde el punto de vista físico - químico y bacteriológico. Es útil para tomar las medidas de saneamiento adecuadas para disminuir o eliminar la concentración de agentes patógenos y por ende reducir el riesgo para los consumidores.

Tanque o cisterna con cloro residual > 0.6 mg/l., se refiere a todos aquellos que luego de medir la concentración de dicho elemento presentan este valor, el cual corresponde a agua contaminada.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de tanques con cloro residual } > \text{ de } 0.6}{\text{N}^{\circ} \text{ de tanques}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Cuaderno de Saneamiento Ambiental

Responsable: Técnico de saneamiento ambiental

Estándar: Ningún tanque contaminado (0%)

IV. CONSULTA EXTERNA

35. Número de atenciones - número de atenciones por servicio o especialidad
36. Número de atendidos en el establecimiento - número de atendidos en el servicio o especialidad
37. Porcentaje de pacientes nuevos del establecimiento – Porcentaje de pacientes nuevos del servicio o especialidad
38. Porcentaje de pacientes nuevos no atendidos
39. Promedio de días de espera para la atenc
40. Promedio de minutos de espera para el inicio de la atención
41. Porcentaje de cumplimiento de citas
42. Concentración de atenciones del establecimiento - concentración de atenciones por servicio o especialidad
43. Productividad hora médico – productividad hora médico por servicio o especialidad
44. Tasa de atenciones especializadas
45. Promedio diario de atenciones
46. Promedio de recetas por atención
47. Promedio de exámenes de laboratorio por atención
48. Promedio de exámenes radiológicos por atención
49. Promedio de exámenes ecográficos por atención
50. Razón consultas externas / egresos
51. Trabajos odontológicos por sesión
52. Número de atendidos en el servicio de odontología
53. Concentración de sesiones odontológicas
54. Productividad hora odontólogo

IV. CONSULTA EXTERNA

Es el área funcional dedicada a satisfacer las demandas de salud de los usuarios mediante actividades de atención ambulatoria en consultorios.

35. NUMERO DE ATENCIONES – NUMERO DE ATENCIONES POR SERVICIO O ESPECIALIDAD

Atención médica o consulta médica, es la actividad médica que comprende un conjunto de acciones dirigidas a formular el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico del estado de salud de una persona que acude como paciente ambulatorio⁴ al hospital.

Número de atenciones médicas, es el resultado de sumar las atenciones realizadas en los consultorios de medicina general y en las demás especialidades médico-quirúrgicas.

Atención no médica, es aquella realizada por profesionales y técnicos de la salud en los ambientes de consulta externa, que corresponden a odontología, obstetricia, psicología, enfermería y nutrición. **Número de atenciones no médicas**, es el resultado de sumar las atenciones realizadas en los consultorios de las especialidades no médicas.

En ningún caso, las actividades preventivo promocionales de los programas, deberán considerarse como atenciones, ni las que corresponden a procedimientos

Cuando se utiliza el término **Atenciones** en general, se refiere a la suma de las médicas y no médicas. Esta definición es válida tanto para el establecimiento como para los servicios y especialidades.

Período: mensual

Registro: Hoja HIS

Responsable: profesional de salud asistencial

36. NUMERO DE ATENDIDOS EN EL ESTABLECIMIENTO - NUMERO DE ATENDIDOS EN EL SERVICIO O ESPECIALIDAD

Atendido, consultante o paciente ambulatorio, es aquel que acude a un consultorio externo del hospital donde recibe atención médica o no médica por una causa

Es necesario establecer la diferencia entre *atendidos en el establecimiento* y *atendidos en el servicio o especialidad*; pero antes conviene definir los siguientes términos:

- **Paciente nuevo**, es el que acude por primera vez en su vida al hospital, a un servicio o a una especialidad de la consulta médica o no médica, según el caso.
- **Paciente reingresante**, es el que acude al hospital, a un servicio o a una especialidad de la consulta médica o no médica, según el caso, por primera vez en el año calendario, pero que acudió en años anteriores.
- **Paciente continuador**, es el que acude por segunda o más veces al hospital, a un servicio o a una especialidad de la consulta médica o no médica, según sea el

⁴ Ver indicador N° 36: Número de atendidos en el establecimiento–número de atendidos en el servicio o especialidad (paciente ambulatorio).

Número de atendidos en el establecimiento, se refiere a los pacientes nuevos y reingresantes al hospital, que recibieron atención médica y no médica, caso en el que únicamente se consigna la visita al establecimiento, sin considerar el número de los servicios o especialidades donde se atendieron. Para el cálculo de la *atenciones al establecimiento*⁵, se considera sólo a los atendidos que recibieron atención médica.

Número de atendidos en el servicio o especialidad, se relaciona con los pacientes nuevos y reingresantes a uno o más servicios o especialidades de consulta externa médica o no médica. El número de atendidos en el establecimiento puede ser igual, pero nunca mayor al número de atendidos en los servicios o especialidades, tomando en cuenta que en una visita al hospital, un paciente puede acudir a más de un servicio o especialidad. Esta variable sirve para determinar el indicador de concentración al servicio o especialidad⁶.

Período: mensual

Registro: Hoja HIS

Responsable: profesional de salud asistencial

37. PORCENTAJE DE PACIENTES NUEVOS DEL ESTABLECIMIENTO – PORCENTAJE DE PACIENTES NUEVOS DEL SERVICIO O ESPECIALIDAD

Este indicador sirve para conocer la proporción de pacientes atendidos⁷ que acuden al hospital por primera vez en su vida. Es útil para establecer la tendencia de la demanda basada en la necesidad y preferencia de los usuarios, por el hospital en general y por los servicios o especialidades en particular.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes nuevos del establecimiento, servicio o especialidad en un periodo}}{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes atendidos en el establecimiento, servicio o especialidad en el mismo periodo}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Módulo Informático de Pacientes

Responsable: Técnico de estadística

38. PORCENTAJE DE PACIENTES NUEVOS NO ATENDIDOS

Este indicador establece la magnitud de la demanda no atendida de pacientes nuevos durante un período; es importante identificar las causas y tomar las medidas adecuadas, para evitar la frustración e insatisfacción de los pacientes que por primera vez acuden al hospital.⁸

Paciente nuevo no atendido, es el que acude por primera vez en su vida al hospital, a un servicio o a una especialidad de la consulta médica o no médica, según el caso, que por cualquier razón no logra ser atendido en el área de consulta externa.

⁵ Ver indicador N° 42: Concentración de atenciones al establecimiento.

⁶ Ver indicador N° 42: Concentración de atenciones al servicio o especialidad.

⁷ Ver indicador N° 36: Número de atendidos en el establecimiento número de atendidos en el servicio o especialidad (pacientes nuevos).

⁸ Ver indicador N° 36: Número de atendidos en el establecimiento número de atendidos en el servicio o especialidad (pacientes nuevos).

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes nuevos no atendidos en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes nuevos en el mismo periodo}} \times 100$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de días de espera para atención en consulta externa}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes citados en el mismo en el mismo periodo}} \text{ (por servicio o especialidades) en un periodo}$$

especialidad (paciente continuador).

idos en el servicio o

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de minutos de espera de los atendidos en consultorios externos}}{\text{N}^\circ \text{ de atendidos continuados (por servicio o especialidad) en el mismo período}} \times 100$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que no acuden a cita en la fecha indicada en un período}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes citados en el mismo período}} \times 100$$

número de atendidos en el servicio o especialidad (atendidos nuevos, reingresantes y continuadores).

¹² Ver indicador N° 35: Número de atenciones – número de atenciones por servicio o especialidad.

Incluir las *atenciones no médicas* y atendidos que recibieron atención no médica, podría distorsionar los resultados, debido a que en los servicios que las brindan existe mayor variabilidad en el flujo de pacientes. Sin embargo, es posible establecer la concentración de atenciones médicas y no médicas por separado, y específica por cada servicio o especialidad.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de atenciones médicas en un período (a partir de Enero)}}{\text{N}^\circ \text{ de atendidos que recibieron atención médica (nuevos y reingresos) en el establecimiento en el mismo período}}$$

La **concentración de atenciones por servicio o especialidad**, sirve para obtener el promedio de consultas que se han otorgado a cada paciente que acudió a atenderse, en algún servicio o especialidad médica o no médica, en un período determinado. Para establecer el período de estudio rige el mismo concepto señalado en el párrafo anterior.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de atenciones en el servicio o especialidad en un período (a partir de Enero)}}{\text{N}^\circ \text{ de atendidos (nuevos o reingresos) en el servicio o en la especialidad en el mismo período}}$$

Conviene aclarar que en admisión se registra sólo a los pacientes atendidos en servicios o especialidades médicas; y en cada consultorio se registra tanto a los pacientes de servicios o especialidades médicas y no médicas. Lo mismo sucede con las atenciones. La concentración del establecimiento traduce el promedio de atenciones médicas y no médicas; mientras que la concentración del servicio o especialidad, refleja el promedio de atenciones médicas y no médicas según el caso.

El concepto de concentración equivale a brindar atenciones a cada individuo, por lo tanto en el denominador de la fórmula, sólo se debe considerar a los pacientes nuevos y reingresantes al establecimiento, no así a los continuadores, ya que de lo contrario se estaría registrando a los mismos individuos.

Período: anual

Registro: Sistema Informático HIS

Responsable: Técnico de estadística

Estándar: 4

43. PRODUCTIVIDAD HORA MEDICO – PRODUCTIVIDAD HORA MEDICO POR SERVICIO O ESPECIALIDAD

Este indicador permite evaluar la productividad del recurso médico, al conocer el número de atenciones que realiza por cada hora programada de trabajo en consultorio

externo¹³. Sin embargo, resulta más adecuado medir el rendimiento, de tal manera que se logre establecer el tiempo promedio que se dedica a cada paciente (y no a un grupo de pacientes); pero existen restricciones para registrar la hora de entrada y salida de los usuarios.

En el mismo sentido, aún cuando en la mayor parte de hospitales se programa un número fijo de pacientes por hora, éste debería individualizarse según las especialidades, ya que de acuerdo al tipo de paciente y enfermedad que presenta, el tiempo de atención varía.

Por otro lado, es necesario una interpretación cuidadosa de los resultados de este indicador, debido a que hay establecimientos, servicios o especialidades donde existe escasa demanda, de tal manera que no es posible alcanzar una productividad adecuada.

Horas médico programadas, se refieren al tiempo destinado a la atención de pacientes, es decir, a los turnos regulares y horas extraordinarias estipuladas para la consulta externa.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de atenciones del hospital, servicio o especialidad en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de horas médico programadas del hospital, del servicio o especialidad en el mismo período}}$$

Período: mensual

Registro: Módulo Informático de Pacientes; Sistema Informático HIS

Responsable: Técnico de estadística

Estándar: 4 – 6 (según servicio o especialidad)

44. TASA DE ATENCIONES ESPECIALIZADAS

Permite conocer la distribución porcentual de la demanda atendida en consulta externa de cada especialidad. Puede calcularse también la de cada subespecialidad (numerador) en relación al total de consultas de la especialidad (denominador)¹⁴.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de atenciones de especialidad en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de atenciones de consulta externa en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Módulo Informático de Pacientes; Sistema Informático HIS

Responsable: Técnico de estadística

45. PROMEDIO DIARIO DE ATENCIONES

¹³ Ver indicador N° 35: Número de atenciones - número de atenciones por servicio o especialidad

¹⁴ Ver indicador N° 35: Número de atenciones y número de atenciones por servicio o especialidad.

Sirve para calcular la producción diaria de atenciones realizadas en consulta externa en un período. Puede calcularse para el conjunto de atenciones al establecimiento o por cada servicio o especialidad médico quirúrgicas¹⁵.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de atenciones del hospital, servicio o especialidad en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de días útiles de atención en el mismo período}}$$

Período: mensual

Registro: Módulo Informático de Pacientes; Sistema Informático HIS

Responsable: Técnico de estadística

46. PROMEDIO DE RECETAS POR ATENCION

Mide el número promedio de recetas despachadas por cada consulta médica que se realiza en el establecimiento¹⁶. Sirve para establecer el uso racional de los medicamentos. Sin embargo, cuando el cumplimiento de las indicaciones se ve restringido por la escasa capacidad económica de los pacientes, su interés limita a establecer las deficiencias sin que pueda asociarse a calidad de atención.

Receta atendida o despachada, se registra como la prescripción del médico (u otros profesionales de la salud autorizados), por la que se recibe a cambio uno o más fármacos.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de recetas atendidas en consulta externa en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de atenciones en el mismo período}}$$

Período: mensual

Registro: Sistema Informático HIS; Módulo Informático de Farmacia

Responsable: Técnico de estadística

47. PROMEDIO DE EXAMENES DE LABORATORIO POR ATENCION

Refleja la utilización de los recursos de laboratorio por cada atención de consulta externa. Sus resultados permiten establecer la importancia que se otorga al laboratorio como apoyo al diagnóstico de los pacientes, por lo que está relacionado a la calidad¹⁷.

Exámenes o análisis de laboratorio, se refiere a la producción del servicio de Patología Clínica, el cual distribuye su producción de exámenes básicos (*rutina*) y especiales, en cuatro áreas: hematología, bioquímica, inmunología y microbiología.

¹⁵ Ver indicador N° 35: Número de atenciones - número de atenciones por servicio o especialidad.

¹⁶ Ver indicador N° 35: Número de atenciones - número de atenciones por servicio o especialidad.

¹⁷ Ver indicador N° 35: Número de atenciones - número de atenciones por servicio o especialidad..

El registro de los exámenes de laboratorio se consigna en el propio servicio. No se incluye las actividades y producción del Banco de Sangre, las que son registradas por separado.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de exámenes de laboratorio indicados en consulta externa en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de atenciones en el mismo período}}$$

Período: trimestral

Registro: Sistema Informático HIS; Módulo Informático de Laboratorio

Responsable: Técnico de estadística; Técnico procesador del análisis

Estándar: 4 - 8

48. PROMEDIO DE EXAMENES RADIOLOGICOS POR ATENCION

Mide el número de exámenes radiológicos procedentes de las atenciones realizadas en consultorios externos¹⁸. Sirve para establecer el uso adecuado de los recursos.

Número de exámenes radiológicos, se refiere a todo procedimiento que signifique un examen completo, cifra que no siempre es igual al número de placas, ya que en algunos exámenes se utiliza más de una placa radiográfica. Por lo tanto, debe consignarse el número de exámenes y no el número de placas.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de exámenes radiológicos indicados en consulta externa en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de atenciones en el mismo período}}$$

Período: trimestral

Registro: Sistema Informático HIS; Parte Diario de Radiología

Responsable: Técnico de estadística; Técnico administrativo de Radiología

Estándar: 0.25 – 0.33

49. PROMEDIO DE EXAMENES ECOGRAFICOS POR ATENCION

Mide el número de exámenes ecográficos procedentes de las atenciones realizadas en consultorios externos¹⁹. Sirve para establecer el uso adecuado de los recursos.

Número de exámenes ecográficos, es el resultado de sumar todos los realizados en el área de consulta externa del Hospital.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de exámenes ecográficos indicados en consulta externa en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de atenciones en el mismo período}}$$

¹⁸ Ver indicador N° 35: Número de atenciones - número de atenciones por servicio o especialidad..

Período: trimestral

Registro: Sistema Informático HIS; Parte Diario del Servicio de Ecografía

Responsable: Técnico de estadística; Técnico de enfermería

50. RAZON CONSULTAS EXTERNAS / EGRESOS

Sirve para conocer la relación que existe entre el número de pacientes que se hospitalizan y el total de pacientes que se atienden en consulta externa²⁰ en un determinado período.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de egresos en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de atendidos en el mismo período}}$$

Período: trimestral

Registro: Sistema Informático HIS; Censo Diario de Estadística

Responsable: Técnico de estadística

Estándar: 0.05

51. TRABAJOS ODONTOLÓGICOS POR SESION

Sirve para conocer el promedio de trabajos odontológicos que se realizan en cada

Sesión odontológica es la atención que brinda el odontólogo a un paciente, con fines to y/o control, cada vez que este último acude al consultorio, cualquiera sea el número de trabajos odontológicos que se practiquen.

Trabajos odontológicos, son las actividades odontológicas preventivas o correctivas realizadas a los pacientes en cada sesión odontológica. Se consideran como tales a las intervenciones clínico quirúrgicas del macizo óseo facial.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de trabajos odontológicos en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de sesiones odontológicas en el mismo período}}$$

Período: mensual

Registro: Sistema Informático HIS

Responsable: Odontólogo asistencial

¹⁹ Ver indicador N° 35: Número de atenciones - número de atenciones por servicio o especialidad..

²⁰ Ver indicador N° 70: Número de egresos – número de egresos por servicio o especialidad; ver indicador N° 36: Número de atendidos en el establecimiento número de atendidos en el servicio o especialidad.

52. NUMERO DE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE ODONTOLOGIA

Atendido, consultante o paciente ambulatorio odontológico, es aquel nuevo o reingresante que acude al consultorio externo de odontología donde es sujeto de una ²¹. Los atendidos pueden ser:

- **Paciente nuevo en odontología**, es el que acude por primera vez en su vida al servicio de odontología.
- **Paciente reingresante en odontología**, es aquel que acude al servicio de odontología, por primera vez en el año calendario, pero que acudió en años anteriores.
- **Paciente continuador en odontología**, es el que acude por segunda o más veces al servicio, durante el año calendario.

Período: mensual

Registro: Sistema Informático HIS

Responsable: Odontólogo asistencial

53. CONCENTRACION DE SESIONES ODONTOLOGICAS

Sirve para calcular la cantidad promedio de sesiones odontológicas que se han otorgado a cada paciente en el servicio de odontología en un período determinado. Este período debe ser anual e iniciarse a partir del primer mes del año, ya que el registro de las variables a utilizar es acumulativo²².

El concepto de concentración equivale a brindar atenciones a cada individuo, por lo tanto en el denominador de la fórmula, sólo se debe considerar a los pacientes nuevos y reingresantes al servicio de odontología, no así a los continuadores, ya que de lo contrario se estaría registrando a los mismos individuos²³.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de sesiones odontológicas en un período} \\ \text{(a partir de Enero)}}{\text{N}^{\circ} \text{ de atendidos (nuevos y reingresos) al servicio} \\ \text{de odontología en el mismo período}}$$

Período: anual

Registro: Sistema Informático HIS

Responsable: Técnico de estadística

54. PRODUCTIVIDAD HORA ODONTOLOGO

²¹ Ver indicador N° 51: Trabajos odontológicos por sesión (sesión odontológica).

²² Ver indicador N° 42: Concentración de atenciones al establecimiento - concentración de atenciones por servicio o especialidad.

²³ Ver indicador N° 51: Trabajos odontológicos por sesión (sesión odontológica); ver indicador N° 52:

Este indicador permite conocer el número de sesiones que realiza el odontólogo por cada hora programada de trabajo en consultorio externo²⁴.

Las **horas odontólogo programadas**, se refieren al tiempo destinado a la atención de pacientes, es decir, a los turnos regulares y horas extraordinarias estipuladas para la consulta externa.

En la práctica, se registra el tiempo que transcurre entre el comienzo y el término de la atención de un grupo de pacientes asignados a la consulta externa por cada odontólogo, ya que difícilmente se controla el tiempo que dedican a cada paciente.

N ° de sesiones odontológicas en un período				

N ° de horas odontólogo programadas en el mismo período				

Período: mensual

Registro: Módulo Informático de Pacientes; Sistema Informático HIS

Responsable: Técnico de estadística

²⁴ Ver indicador N° 51: Trabajos odontológicos por sesión (sesión odontológica).

V. EMERGENCIA

55. Porcentaje de pacientes sin diagnóstico registrado en el libro de emergencia
56. Número de atenciones de emergencia
57. Promedio de permanencia en observación de emergencia
58. Intervalo de sustitución de camas en emergencia
59. Porcentaje de ocupación de camas en emergencia
60. Porcentaje de pacientes en sala de observación de emergencia
61. Razón atenciones en emergencia / atenciones en consulta externa
62. Porcentaje de hospitalizados por atenciones de emergencia
63. Número de abortos atendidos en el hospital
64. Razón abortos incompletos complicados / abortos incompletos no complicados
65. Promedio de exámenes de laboratorio por atención de emergencia
66. Promedio de exámenes radiológicos por atención de emergencia
67. Número de traslados a otro centro asistencial
68. Tasa bruta de mortalidad en emergencia
69. Tasa neta de mortalidad en emergencia
70. Porcentaje de resucitación cardiopulmonar con éxito

V. EMERGENCIA

Es el área funcional dedicada a satisfacer en forma oportuna la demanda de pacientes que presentan lesiones o enfermedades que requieren atención y tratamiento inmediato.

55. PORCENTAJE DE PACIENTES SIN DIAGNOSTICO REGISTRADO EN EL LIBRO DE EMERGENCIA

Este indicador permite conocer indirectamente la organización del área de emergencia, al medir la proporción de pacientes atendidos cuyos diagnósticos no figuran en el libro de registro.

Es importante detectar esta situación ya que puede tener consecuencias médico legales, particularmente cuando se trata de pacientes ambulatorios de dicho servicio, quienes fueron enviados a su casa y fallecieron por no haberse detectado la gravedad de su estado.

Por otro lado, si la falta de diagnósticos registrados es muy alta, puede ocasionar distorsiones o impedir la elaboración del perfil epidemiológico de la emergencia.

El número de pacientes registrados o no registrados en el *libro de emergencia* puede contrastarse al compararlos con el número de tickets expedidos para la atención en dicho servicio.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes del libro de emergencia sin diagnóstico o registrado en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes del libro de emergencia en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Libro de Atenciones de Emergencia

Responsable: Médico Residente de 1er año de cada especialidad

Estándar: Ningún paciente sin diagnóstico (0%)

56. NUMERO DE ATENCIONES DE EMERGENCIA

Atención de emergencia, es el conjunto de actividades integrales dirigidas a un paciente que acude al servicio de emergencia del hospital, quien se encuentra en riesgo de morir o de perder una parte importante de su organismo.

Las atenciones de emergencia se realizan en una unidad especializada del hospital, la cual debe contar con los recursos necesarios para eliminar o disminuir, de manera inmediata, las posibilidades de muerte de los pacientes que acuden a este servicio.

Número de atenciones de emergencia, es el producto de sumar todas las realizadas en dicho servicio en un determinado período.

Período: mensual

Registro: Módulo Informático de Emergencia

Responsable: Técnico de estadística

57. PROMEDIO DE PERMANENCIA EN OBSERVACION DE EMERGENCIA

Este indicador sirve para evaluar el grado de aprovechamiento de las camas del servicio de emergencia. Teóricamente una cama de emergencia no debería estar ocupada más de 24 horas, caso en el cual este indicador no tendría utilidad²⁵. Sin embargo, en la mayoría de hospitales los tiempos de permanencia sobrepasan ese período. Esa situación puede obedecer a deficiencias técnicas o a la falta de camas disponibles en los servicios de hospitalización.

Egreso de emergencia, es la salida de un paciente de dicha unidad luego de haber ocupado una cama de observación, al cual se le ha brindado los servicios del hospital y para quien se ha llevado una historia clínica durante su estancia. En este caso, el egreso puede ser por alta (alta médica, alta voluntaria, fuga, traslado a otro centro asistencial), por defunción o por transferencia al área de hospitalización. El

egresos de emergencia, es el resultado de sumar los egresos de dicho servicio.

Días estancia de emergencia, es el número de días que un paciente ha permanecido en una cama de observación. Los días estancia sólo se deben contar cuando el paciente ha egresado o ha sido transferido a un servicio de hospitalización. Por lo tanto, en el momento de hacer el cálculo del , no se cuenta a los pacientes que aún permanecen ocupando una cama en el ambiente de

Para determinar el número de días estancia se cuenta el día de ingreso y se excluye el del egreso. Los pacientes que ingresan y egresan el mismo día se contabilizan como un día estancia.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de días estancia de los egresados (vivos o fallecidos) de emergencia en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos (vivos o fallecidos) de emergencia en el mismo período}}$$

Período: mensual

Registro: Censo Diario de Estadística - Módulo Informático de Emergencia

Responsable: Técnico de estadística

58. INTERVALO DE SUSTITUCION DE CAMAS EN EMERGENCIA

Mide el tiempo que permanece una cama desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro a la misma cama²⁶, en el servicio de emergencia.

Número de días cama disponibles en emergencia, es el número total de camas habilitadas para dicho servicio, ocupadas o vacantes, dotadas de personal para su atención, que pueden prestar servicio durante las 24 horas del día. Si la cantidad diaria de camas es la misma durante un período, el número de días cama disponibles se obtendrá multiplicando esa cantidad de camas por los días de dicho período; si la cantidad diaria de camas varía, deberá sumarse todos los días el número de camas de observación de emergencia, situación que puede presentarse debido a que en determinados días, algunas camas no están disponibles, ya sea por desinfección, reparación u otra causa.

²⁵ Este mismo concepto es aplicable para el indicador *intervalo de sustitución de cama en emergencia*.

²⁶ Ver indicador N° 57: Promedio de permanencia en observación de emergencia (egreso de emergencia).

Paciente día en emergencia, es la unidad de medida de hospitalización. Establece los días en que las camas de emergencia se encuentran ocupadas (una cama ocupada genera un paciente día).

Si bien un paciente día se registra como cada lapso de 24 horas en el que una cama se encuentra ocupada, en la práctica, cuando un paciente ingresa y egresa el mismo día, se debe contar como una unidad paciente día, siempre que ocupe una cama prepare una historia clínica; mientras que para pacientes internados por más de un día y otro período menor de 24 horas, no debe registrarse este último como unidad paciente-día adicional.

El **número de pacientes día en emergencia** del mes se obtienen sumando todos los censados durante ese período. El conteo para el censo diario está a cargo de la enfermera asistencial del servicio y se realiza a las 12 de la noche de cada día.

N° de días cama disponible	s en emergencia	— N° de pacientes día en emergencia	en un período
N° de egresos	(vivos o fallecidos)) de emergencia	en el mismo período

Período: mensual

Registro: Censo Diario de Estadística - Módulo Informático de Emergencia

Responsable: Técnico de estadística

59. PORCENTAJE DE OCUPACION DE CAMAS EN EMERGENCIA

Este indicador sirve para establecer el grado de utilización de camas en un período determinado. Establece la relación que existe entre pacientes que ingresan y la capacidad real de las camas de observación de emergencia. La forma más exacta y útil para su obtención, es a través del censo diario²⁷.

Mediante este indicador es posible establecer planes para la utilización máxima de las camas de emergencia; conocer si la utilización de las camas es excesiva o insuficiente; mantener la proporción óptima de ocupación; y adaptar las instalaciones a las necesidades del servicio.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes día en emergencia en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de días cama disponibles de emergencia en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Censo Diario de Estadística - Módulo Informático de Emergencia

Responsable: Técnico de estadística

²⁷ Ver indicador N° 58: Intervalo de sustitución de camas en emergencia (censo diario).

60. PORCENTAJE DE PACIENTES EN SALA DE OBSERVACION DE EMERGENCIA

Sirve para conocer la proporción del total de pacientes que acuden al servicio de emergencia, que pasan a la sala de observación y por lo tanto ocupan una cama²⁸.

Número de pacientes que pasan a la sala de observación, son aquellos que presentan cuadros clínicos que no pueden ser resueltos de manera ambulatoria en el servicio de emergencia, o quienes deben permanecer en dichos ambientes para aclarar el diagnóstico, o se encuentran en espera para ser hospitalizados.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que pasan a sala de observación de emergencia en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de atenciones de emergencia en el mismo periodo}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Cuaderno de Observación de Emergencia; Módulo Informático de Emergencia

Responsable: Enfermera asistencial; Técnico de estadística

61. RAZON ATENCIONES EN EMERGENCIA / ATENCIONES EN CONSULTA EXTERNA

Sirve para conocer y evaluar la magnitud de las atenciones de emergencia²⁹ en relación a las atenciones de consulta externa en un período³⁰.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de atenciones en emergencia en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de atenciones o consultas externas en el mismo periodo}}$$

Período: mensual

Registro: Módulo Informático de Emergencia; Sistema Informático HIS

Responsable: Técnico de estadística

62. PORCENTAJE DE HOSPITALIZADOS POR ATENCIONES DE EMERGENCIA

Permite conocer aproximadamente, la proporción de pacientes atendidos en emergencia³¹ que son hospitalizados en total o por servicios o especialidades.

En el denominador de la fórmula de este indicador se consigna el número de atenciones de emergencia, y no el número de pacientes atendidos en ese servicio.

²⁸ Ver indicador N° 56: Número de atenciones de emergencia.

²⁹ Ver indicador N° 56: Número de atenciones de emergencia.

³⁰ Ver indicador N° 35: Número de atenciones - número de atenciones por servicio o especialidad..

³¹ Ver indicador N° 56: Número de atenciones de emergencia.

Por la dinámica particular del servicio de emergencia, no es usual llevar una historia clínica de los pacientes, quienes son registrados en el *libro de emergencia* sin considerar si son nuevos, reingresantes o continuadores. Lo más frecuente es que los pacientes sean vistos una sola vez en este servicio, pero como no siempre es así, la cifra de atendidos no coincide exactamente con la cifra de atenciones, razón por la cual el resultado es aproximado y no exacto

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes hospitalizados por emergencia en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de atenciones de emergencia en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Cuaderno de Pacientes Crónicos; Sistema Informático de Hospitalización (HOSCAR); Módulo Informático de Emergencia

Responsable: Enfermera asistencial; Técnico de estadística

63. NUMERO DE ABORTOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL

Permite conocer la cantidad de abortos que son atendidos en el servicio de emergencia, lo que representa parte de su producción.

Número de abortos, es el total de las terminaciones del embarazo por cualquier medio, antes que el feto esté lo suficientemente desarrollado para sobrevivir, es decir, hasta antes de las 20 semanas de gestación o con un peso menor a 500 gr.

Período: mensual

Registro: Libro de Atenciones de Emergencia; Libro de Sala de Operaciones de Emergencia

Responsable: Médico Residente de 1er año de cada especialidad; Médico asistente

64. RAZON ABORTOS INCOMPLETOS COMPLICADOS / ABORTOS INCOMPLETOS NO COMPLICADOS

Permite identificar los recursos necesarios para las intervenciones relacionados con los abortos complicados y no complicados.

Aborto incompleto complicado, es aquel que presenta signos de infección, hemorragia severa, signos de inestabilidad hemodinámica y signos de maniobras abortivas. El **Aborto incompleto no complicado**, es aquel que sólo presenta signos de sangrado leve o moderado.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de abortos incompletos complicados en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de abortos incompletos no complicados en el mismo período}}$$

Período: mensual

Registro: Libro de Atenciones de Emergencia; Libro de Sala de Operaciones de Emergencia

Responsable: Médico Residente de 1er año de cada especialidad; Médico asistente

65. PROMEDIO DE EXAMENES DE LABORATORIO POR ATENCION DE EMERGENCIA

Refleja la utilización de los recursos de laboratorio³² por cada atención de emergencia³³. Sirve para establecer el uso adecuado de los recursos. Sus resultados permiten establecer la importancia que se otorga al laboratorio como apoyo al diagnóstico de los pacientes, por lo que está relacionado a la calidad de la atención

N ° de exámenes	de laborator	o atendidos	en emergencia	en un período
<hr/>				
N ° de atenciones		de emergencia	del mismo	período

Período: mensual

Registro: Sistema Informático de Laboratorio; Módulo Informático de Emergencia

Responsable: Coordinador del área de Informática del Laboratorio; Técnico de

66. PROMEDIO DE EXAMENES RADIOLOGICOS POR ATENCION DE EMERGENCIA

Mide el número de exámenes radiológicos³⁴ efectuados en cada atención de emergencia³⁵. Sirve para establecer el uso adecuado de los recursos.

N ° de exámenes	radiológic	os atendidos	en emergencia	en un período
<hr/>				
N ° de atenciones		de emergencia	del mismo	período

Período: mensual

Registro: Parte Diario de Radiología; Módulo Informático de Emergencia

Responsable: Técnico de radiología; Técnico de estadística

³² Ver indicador N° 47: Promedio de exámenes de laboratorio por atención (exámenes o análisis de laboratorio).

³³ Ver indicador N° 56: Número de atenciones de emergencia.

³⁴ Ver indicador N° 48: Promedio de exámenes radiológicos por atención (número de exámenes

³⁵ Ver indicador N° 56: Número de atenciones de emergencia.

67. NUMERO DE TRASLADOS A OTRO CENTRO ASISTENCIAL

Este indicador sirve para establecer la capacidad resolutive del servicio de emergencia, en relación al tipo de patología que se atiende, y también para establecer las causas por las que el paciente es trasladado. Esta información permite identificar las medidas correctivas que deben llevarse a cabo para mejorar el servicio.

Traslado o transferencia externa, se refiere al envío de un paciente a otro centro hospitalario con el fin de continuar su atención. No debe confundirse con *transferencia interna*, que está relacionada con el movimiento intrahospitalario de un paciente.

Período: mensual

Registro: Cuaderno de Admisión de Pacientes

Responsable: Enfermera asistencial

68. TASA BRUTA DE MORTALIDAD EN EMERGENCIA

Sirve para obtener una apreciación global de la situación de mortalidad de los pacientes de emergencia, sin que se pueda discriminar las causas relacionadas con el estado de salud de los pacientes de las asociadas a la calidad de los servicios de salud.

Tasa bruta de mortalidad en emergencia, es la proporción de fallecidos en dicho servicio respecto al total de atenciones realizadas durante un mismo período, sin considerar si las muertes ocurrieron antes o después de las 48 horas de ingresado el paciente.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de defunciones en emergencia en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de atenciones de emergencia en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Cuaderno de Admisión de Pacientes; Módulo Informático de Emergencia

Responsable: Enfermera asistencial; Técnico de estadística

69. TASA NETA DE MORTALIDAD EN EMERGENCIA

Sirve para evaluar la calidad de la atención que se brinda a los pacientes en emergencia, ya que se presume que las muertes están asociadas a la atención del servicio.

La evaluación sobre calidad debe profundizarse clasificando a los pacientes según la gravedad de los casos, ya que muchos de ellos acuden en situaciones difíciles de revertir.

Tasa neta de mortalidad en emergencia, es la proporción de fallecidos en emergencia después de las 48 horas de su admisión, respecto al total de atenciones³⁶ en ese servicio durante un mismo período. El resultado de la fórmula es un estimado y no una cifra exacta debido a que en el denominador se consignan las atenciones y no los atendidos.

³⁶ Ver indicador N° 56: Número de atenciones de emergencia.

Defunción o muerte en emergencia, se refiere a todo paciente que fallece mientras se encuentra en el servicio de emergencia. Se registran por separado de las que ocurren en pacientes internados³⁷.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de fallecidos en emergencia después de 48 horas de su admisión en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de atenciones de emergencia en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Cuaderno de Admisión de Pacientes; Módulo Informático de Emergencia

Responsable: Enfermera asistencial; Técnico de estadística

70. PORCENTAJE DE RESUCITACION CARDIOPULMONAR CON EXITO

Permite tener una aproximación sobre la capacidad técnica de los profesionales que atienden en el servicio de emergencia, y de la disponibilidad de los equipos adecuados para la resucitación cardio-pulmonar.

Reanimación cardiopulmonar, es un procedimiento básico de emergencia para mantener la vida de un paciente, que comprende respiración artificial, masaje cardíaco manual externo, uso de fármacos y/o instrumentos. Está indicado en casos de paro cardíaco para establecer la circulación y ventilación eficaces a fin de evitar laversible del cerebro como consecuencia de la anoxia.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de procedimientos de reanimación cardiopulmonar realizados con éxito en emergencia en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de paros cardíacos en emergencia en quienes se realizó procedimiento de reanimación cardiopulmonar en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Cuaderno de Paro Cardiopulmonar

Responsable: Enfermera Jefa de la Unidad

³⁷ Ver indicador N° 85: Tasa bruta de mortalidad hospitalaria (defunción o muerte hospitalaria).

VI. HOSPITALIZACION

71. Promedio diario de camas hospitalarias
72. Número de egresos – número de egresos por servicio o especialidad
73. Promedio de permanencia – promedio de permanencia por servicio o especialidad
74. Intervalo de sustitución de camas
75. Porcentaje de ocupación de camas porcentaje de ocupación de camas por servicios o especialidades
76. Rendimiento cama – rendimiento cama por servicio o especialidad
77. Porcentaje de distribución de camas
78. Promedio diario de ingresos
79. Promedio diario de egresos
80. Tasa de interconsulta en hospitalizados
81. Promedio de exámenes de laboratorio por paciente día
82. Promedio de exámenes radiológicos por paciente día
83. Porcentaje de infecciones intrahospitalarias
84. Tasa de recaídas
85. Tasa bruta de mortalidad hospitalaria
86. Tasa neta de mortalidad hospitalaria
87. Tasa de letalidad hospitalaria
88. Porcentaje de necropsias de pacientes hospitalizados

VI. HOSPITALIZACION

Es la unidad organizada y dirigida adecuadamente para prestar los servicios y cuidados que precisan los pacientes que requieren ser internados por más de 24 horas

71. PROMEDIO DIARIO DE CAMAS HOSPITALARIAS

Este indicador permite conocer las variaciones del número de camas disponibles durante un período. El rango de fluctuación no debe ser amplio, es decir, la cantidad de camas disponibles debe mantenerse mas o menos constante.

Camas hospitalarias, es el número de camas disponibles para pacientes internos, ya sean ocupadas o vacantes. Las cunas e incubadoras que albergan a recién nacidos en riesgo o con procesos patológicos son consideradas camas hospitalarias. Sin embargo, las cunas para recién nacidos sanos, así como las camas de la unidad de cuidados intensivos o intermedios, y las camas de observación de emergencia, no son registradas como camas hospitalarias para efectos estadísticos.

El término cama hospitalaria no se refiere solamente al lecho del paciente hospitalizado, que posee características mecánicas especiales adaptadas a esa función, sino que constituye un elemento dinámico donde intervienen todos los recursos con que cuenta el hospital para atender a sus pacientes, desde la capacidad médica de atender hasta el último componente material necesario. Por lo tanto, las camas hospitalarias deben guardar relación con la capacidad de los servicios del como de apoyo administrativo.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de camas diarias disponibles de un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de días del mismo período}}$$

Conviene aclarar algunos términos relacionados con las camas hospitalarias, para evitar errores al momento de operativizar este indicador:

- **Capacidad máxima de camas (de planeamiento o arquitectónicas)**, es el mayor número teórico de camas para hospitalización de pacientes, que pueden ser habilitadas en el área diseñada para ese fin, se encuentren o no instaladas. Esta capacidad máxima debe respetar los requerimientos fundamentales de espacio (6m² x cama). Generalmente el número de camas arquitectónicas es mayor al número de camas disponibles, excepto cuando el hospital utiliza su capacidad máxima de camas, caso en el cual ambas variables coinciden.
- **Camas para catástrofes**, son aquellas que se agregan a la capacidad máxima por mayor demanda de internación de pacientes debido a catástrofes colectivas. Deben contabilizarse sólo los días en que están instaladas y en uso. Su existencia en bodegas o depósitos sólo sirve como un dato patrimonial.

- **Camas presupuestadas**, es el número de camas hospitalarias para las cuales se ha elaborado y aprobado un presupuesto. La cantidad de camas presupuestadas debe estar basada en estimaciones anuales de la demanda potencial de cada hospital. Las camas presupuestadas pueden no coincidir con las camas arquitectónicas o con las camas disponibles.
- **Camas disponibles o útiles**, son las camas habilitadas en los diferentes servicios del establecimiento en condiciones de uso para la atención de los pacientes hospitalizados, se encuentren o no ocupadas. No deben contarse las camas que están fuera de servicio por mantenimiento o por insuficiente personal.

El **número de camas disponibles** por lo tanto, es igual a la suma del número de camas ocupadas más el número de camas desocupadas (pero preparadas para ser inmediatamente ocupadas por un paciente), número que puede variar diariamente. Para obtener el número de camas diarias disponibles de un período debe sumarse día a día esta variable. La información sobre el número de camas disponibles se obtiene del censo diario³⁸.

Período: mensual

Registro: Cuaderno de Enfermería

Responsable: Enfermera Jefa de Unidad

72. NUMERO DE EGRESOS – NUMERO DE EGRESOS POR SERVICIO O ESPECIALIDAD

Egreso hospitalario, es la salida de un paciente del establecimiento luego de haber estado hospitalizado, al cual se le ha brindado los servicios del hospital y para quien se ha llevado una historia clínica durante su estancia. El egreso puede ser por alta (alta médica, alta voluntaria, fuga, transferencia a otro centro asistencial) o por defunción.

Número de egresos, es el resultado de sumar los egresos de todos los servicios de hospitalización, incluyendo los pacientes vivos y fallecidos.

Egreso por servicio o especialidad, obedece al mismo concepto descrito en el primer párrafo, pero específico según el servicio o especialidad donde fue atendido el paciente. Por lo tanto, el **número de egresos por servicio o especialidad**, es el resultado de sumar los egresos por separado de cada uno de ellos.

Período: mensual

Registro: Cuaderno de Enfermería; Sistema Informático de Hospitalización (HOSCAR)

Responsable: Enfermera Jefa de Unidad; Técnico de estadística

73. PROMEDIO DE PERMANENCIA O ESTADIA – PROMEDIO DE PERMANENCIA POR SERVICIO O ESPECIALIDAD (duración del egreso)

Este indicador sirve para evaluar el grado de aprovechamiento de las camas del hospital e indirectamente la calidad de los servicios, ya que tiempos excesivos de hospitalización pueden reflejar, entre otras causas, deficiencias técnicas.

³⁸ Ver indicador N° 74: Intervalo de sustitución de camas (censo diario).

Establece el promedio de días de asistencia que recibe cada paciente hospitalizado en un período de tiempo. Los días de internamiento varían según las patologías y las especialidades, por lo que este indicador tiene poca utilidad cuando se quiere medir el promedio de permanencia del conjunto de hospitalizados. Su utilidad real está en el cálculo por servicios o especialidades.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de días estancia de los egresados} \\ \text{(vivos o fallecidos) en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos (vivos o fallecidos) en el mismo período}}$$

Días estancia, es el número de días que un paciente ha permanecido hospitalizado. Si un paciente estuvo hospitalizado en la misma oportunidad en dos o más servicios, las estancias se deben registrar en el último servicio de donde egresó. No se consignan en este rubro los días de hospitalización de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos o Intermedios, ni de los de emergencia³⁹. Tampoco los días estancia de los pacientes de cunas e incubadoras de los recién nacidos sanos.

Los días estancia sólo se deben contar cuando el paciente ha egresado (a diferencia de los *pacientes día*, que se registran diariamente)⁴⁰. Por lo tanto, en el momento de hacer el cálculo del **número de días estancia**, no se cuenta a los pacientes que aún permanecen hospitalizados.

Para determinar el número de días estancia se cuenta el día de ingreso y se excluye el del egreso. Los pacientes que ingresan y egresan el mismo día se contabilizan como un día estancia.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de días estancia de los egresados (vivos o fallecidos)} \\ \text{del servicio o especialidad en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos (vivos o fallecidos) del mismo servicio} \\ \text{o especialidad en el mismo período}}$$

Una estancia prolongada, más allá de lo aceptable, puede deberse a: inadecuado diagnóstico o tratamiento, pacientes en estudio, pacientes recibiendo servicios de fisioterapia, rehabilitación o radioterapia, ineficiencia de los servicios de apoyo (radiología, laboratorio, etc.), problemas de organización en el trabajo médico y/o tardanzas en el suministro de medicamentos a la sala.

Período: mensual

Registro: Cuaderno de Enfermería; Sistema Informático de Hospitalización (HOSCAR)

Responsable: Enfermera Jefa de Unidad; Técnico de estadística

Estándar: 4.5 – 5.5 días

³⁹ Ver indicador N° 72: Número de egresos o de egresos por servicio o especialidad.

⁴⁰ Ver indicador N° 74: Intervalo de sustitución de camas (paciente día).

74. INTERVALO DE SUSTITUCION DE CAMAS (Intervalo de giro o de reocupación)

Mide el tiempo que permanece una cama desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro a la misma cama⁴¹.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de días cama disponibles} - \text{N}^\circ \text{ de pacientes día de un período}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos en el mismo período}}$$

Número de días cama disponibles, es el total de camas habilitadas para hospitalización, ocupadas o vacantes, dotadas de personal para su atención, que pueden prestar servicio durante las 24 horas del día. Usualmente a las camas de los servicios de hospitalización (incluyendo a las cunas e incubadoras para niños en riesgo y con procesos patológicos). No se deben incluir en este rubro, las camas de la unidad de cuidados intensivos o intermedios, de emergencia y las cunas para recién nacidos sanos, que son registradas por separado.

Si la cantidad diaria de camas es la misma durante un período, el número de días cama disponibles se obtendrá multiplicando esa cantidad de camas por los días de dicho período; si la cantidad diaria de camas varía, deberá sumarse todos los días el número de camas de hospitalización, situación que se presenta con frecuencia debido a que en determinados días, algunas camas no están disponibles, ya sea por reparación u otra causa.

Paciente día, es la unidad de medida de hospitalización. Establece los días en que las camas del hospital se encuentran ocupadas (una cama ocupada genera un paciente día).

Si bien un paciente día se registra como cada lapso de 24 horas en el que una cama se encuentra ocupada, en la práctica, cuando un paciente ingresa y egresa el mismo día, se debe contar como una unidad paciente día, siempre que ocupe una cama y se prepare una historia clínica; mientras que para pacientes hospitalizados un día y otro período menor de 24 horas, no debe registrarse este último como unidad paciente-día adicional.

Número de pacientes día del mes, es el resultado de sumar todos los censados durante ese período. El conteo para el censo diario está a cargo del personal de estadística y se realiza a las 8.00 de la mañana de cada día. Se consideran las mismas exclusiones descritas para determinar el número de días camas disponibles.

Como los pacientes que ingresan y egresan el mismo día no pueden ser consignados en el censo diario (como paciente día), se puede utilizar el siguiente procedimiento para obtener el número de pacientes día:

$$(\text{N}^\circ \text{ de pacientes censados}) + (\text{ingresos del día}) - (\text{egresos del día}) + (\text{N}^\circ \text{ de pacientes egresados que ingresaron el mismo día}).$$

⁴¹ Ver indicador N° 72: Número de egresos número de egresos por servicio o especialidad.

Período: mensual

Registro: Cuaderno de Enfermería; Sistema Informático de Hospitalización (HOSCAR)

Responsable: Enfermera Jefa de Unidad; Técnico de estadística

Estándar: 2 días

75. PORCENTAJE DE OCUPACION DE CAMAS – PORCENTAJE DE OCUPACION DE CAMAS POR SERVICIOS O ESPECIALIDADES

Este indicador sirve para establecer el grado de utilización de camas en un período determinado. Establece la relación que existe entre pacientes que ingresan y la capacidad real de las camas de un hospital, servicio o sala. La forma más exacta y útil para su obtención, es a través del censo diario⁴².

Mediante este indicador es posible establecer planes para la utilización máxima de las camas del hospital; conocer los servicios donde la utilización de las camas es excesiva o insuficiente; mantener la proporción óptima de ocupación; mejorar la distribución de las camas entre los distintos servicios y adaptar las instalaciones a las necesidades del hospital.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes día de un período}}{\text{N}^\circ \text{ de días cama disponibles en el mismo período}} \times 100$$

El porcentaje de ocupación se modifica en relación al tamaño del hospital: en un hospital de pocas camas un ingreso lo eleva considerablemente, mientras que en uno de muchas camas apenas lo modifica. Es por eso que es conveniente calcular los porcentajes de ocupación para cada servicio o especialidad⁴³.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes día del servicio o especialidad en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de días cama disponibles del servicio o especialidad en el mismo período}} \times 100$$

Los principales factores que alteran el porcentaje de ocupación son: ingresos innecesarios, número insuficiente o excesivo de camas, recuperación lenta por tratamientos inadecuados, y/o por demora en las altas por razones sociales o administrativas.

Período: mensual

Registro: Cuaderno de Enfermería; Sistema Informático de Hospitalización (HOSCAR)

Responsable: Enfermera Jefa de Unidad; Técnico de estadística

Estándar: 75 – 80 %

⁴² Ver indicador N° 74: Intervalo de sustitución de camas (censo diario).

⁴³ Ver indicador N° 74: Intervalo de sustitución de camas (días cama disponibles y Paciente día).

76. RENDIMIENTO CAMA – RENDIMIENTO CAMA POR SERVICIO O ESPECIALIDAD (Índice de rotación, coeficiente de renovación, giro de camas, promedio de egresos por cama)

Sirve para mostrar el número de enfermos tratados en cada cama hospitalaria, es decir, los egresos que dicha cama ha producido durante un período⁴⁴. Puede usarse en forma general para todo el hospital o para un servicio o especialidad.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de egresos de un período}}{\text{N}^\circ \text{ de camas disponibles promedio en el mismo período}}$$

Este indicador está influenciado por el promedio de estadía y por el intervalo de sustitución, siendo inversamente proporcional a estos. Es decir, a menor estadía e intervalo de sustitución, mayor rendimiento⁴⁵. Por lo tanto, resulta más útil establecer la relación entre estos indicadores que considerarlos en forma aislada.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de egresos del servicio o especialidad en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de camas disponibles promedio del servicio o especialidad en el mismo período}}$$

Período: mensual

Registro: Cuaderno de Enfermería; Sistema Informático de Hospitalización (HOSCAR)

Responsable: Enfermera Jefa de Unidad; Técnico de estadística

77. PORCENTAJE DE DISTRIBUCION DE CAMAS

Sirve para conocer la distribución de camas hospitalarias entre los servicios o especialidades, respecto al total de las camas disponibles del hospital. Proporciona información sobre la distribución de la oferta de camas disponibles, lo que no siempre coincide con la demanda⁴⁶. Es conveniente relacionar los resultados de este indicador con el período de permanencia, intervalo de sustitución y porcentaje de ocupación de camas, los cuales indican la presión de la demanda, para lograr una mejor apreciación sobre el uso eficiente del recurso cama.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de camas disponibles por servicio o especialidad}}{\text{N}^\circ \text{ de camas disponibles del hospital}} \times 100$$

⁴⁴ Ver indicador N° 72: Número de egresos – número de egresos por servicio o especialidad.

⁴⁵ Ver indicador N° 73: Promedio de permanencia – promedio de permanencia por servicio o especialidad; ver indicador N° 74: intervalo de sustitución de camas.

⁴⁶ Ver indicador N° 71: Promedio diario de camas hospitalarias (camas disponibles).

Período: mensual

Registro: Cuaderno de Enfermería; Sistema Informático de Hospitalización (HOSCAR)

Responsable: Enfermera Jefa de Unidad; Técnico de estadística

78. PROMEDIO DIARIO DE INGRESOS

Determina el flujo de ingresos por día durante un período determinado. Este indicador es de mayor utilidad cuando se relaciona con el promedio de egresos por día en el ⁴⁷, ya que da una idea del movimiento diario de pacientes.

Ingreso o admisión al hospital, es la aceptación formal de la hospitalización de un paciente por parte de la persona debidamente autorizada del hospital. El ingreso implica la atención médica del paciente mientras permanezca en la condición de hospitalizado, la ocupación de una cama y el mantenimiento de una historia clínica

Para registrar los ingresos debe tenerse en cuenta lo siguiente:

- Sólo debe contabilizarse un ingreso por cada paciente durante el período que se encuentre hospitalizado. Un paciente que sale de alta y es nuevamente internado por el mismo proceso constituye un nuevo ingreso.
- En el caso que un paciente hospitalizado sea trasladado a otro servicio distinto al que ingresó, debe considerarse como una transferencia y no como un segundo ingreso.
- Los niños nacidos en el hospital no se contabilizan como ingresos, son registrados por separado del movimiento de ingresos del hospital.
- Los pacientes hospitalizados, al inicio de un nuevo año, deben contabilizarse como existencia de enfermos internados en el año anterior al que se comienza y no como nuevos ingresos.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de ingresos en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de días del período}}$$

Período: mensual

Registro: Cuaderno de Enfermería; Sistema Informático de Hospitalización (HOSCAR)

Responsable: Enfermera Jefa de Unidad; Técnico de estadística

79. PROMEDIO DIARIO DE EGRESOS

Determina el flujo de egresos⁴⁸ por día durante un período determinado. Este indicador es de mayor utilidad cuando se relaciona con el promedio de ingresos por día en el ⁴⁹, ya que da una idea del movimiento diario de pacientes.

⁴⁷ Ver indicador N° 79: Promedio diario de egresos.

⁴⁸ Ver indicador N° 72: Número de egresos – número de egresos por servicio o especialidad.

⁴⁹ Ver indicador N° 78: Promedio diario de ingresos.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de egresos en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de días del período}}$$

Período: mensual

Registro: Cuaderno de Enfermería; Sistema Informático de Hospitalización (HOSCAR)

Responsable: Enfermera Jefa de Unidad; Técnico de estadística

80. TASA DE INTERCONSULTA EN HOSPITALIZADOS

Permite apreciar la interrelación entre los profesionales de las diversas especialidades, respecto al trabajo de equipo, para una atención integral de los pacientes hospitalizados⁵⁰.

La **interconsulta médica**, es la respuesta a la solicitud que realiza el médico tratante, de parte de otro médico de diferente especialidad, quien ha intervenido para definir un eguir una terapia determinada en un paciente. Se caracteriza por la revisión de la historia clínica, el examen del paciente, y la elaboración respectiva de un informe escrito, firmado por el médico consultado.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de interconsultas solicitadas por servicio en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos del servicio en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: formato de Interconsultas

Responsable: Médico solicitante de la interconsulta

81. PROMEDIO DE EXÁMENES DE LABORATORIO POR PACIENTE DÍA

Refleja la utilización de los recursos de laboratorio⁵¹ por cada paciente día⁵². Sirve para establecer el uso adecuado de los recursos y valorar la importancia que se otorga al laboratorio como apoyo al diagnóstico. Sin embargo, cuando el cumplimiento de las indicaciones se ve restringido por la escasa capacidad económica de los pacientes, su interpretación se limita a establecer las deficiencias sin que pueda asociarse a calidad de atención.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de exámenes de laboratorio atendidos en hospitalización en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes día del mismo período}}$$

⁵⁰ Ver indicador N° 72: Número de egresos número de egresos por servicio o especialidad.

⁵¹ Ver indicador N° 47: Promedio de exámenes de laboratorio por atención (exámenes o análisis de laboratorio).

⁵² Ver indicador N° 74: Intervalo de sustitución de camas (paciente día).

82. PROMEDIO DE EXAMENES RADIOLOGICOS POR PACIENTE DIA

Mide el número de exámenes radiológicos⁵³ efectuados en cada paciente día⁵⁴. Sirve para establecer el uso adecuado de los recursos. Puede clasificarse por especialidades.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de exámenes radiológicos atendidos en hospitalización en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes día del mismo período}}$$

Período: mensual

Registro: Parte Diario de Radiología; Cuaderno de Enfermería; Sistema Informático de

Responsable: Técnico administrativo de radiología; Enfermera Jefa de Unidad;

83. PORCENTAJE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

Sirve para evaluar la calidad de la atención hospitalaria.

Infección intrahospitalaria, es un proceso infeccioso adquirido por un paciente luego de 48 horas de permanecer en el hospital y que no portaba a su ingreso. Incluye infecciones que se manifiestan hasta 30 días después del alta y excluye las que se encuentran presentes o en incubación al momento del ingreso.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con infecciones intrahospitalarias en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos en el mismo período}} \times 100$$

Este indicador puede aplicarse de manera global o específica para cada una de las complicaciones que se presenten en el hospital o en los servicios o especialidades.

Período: mensual

Registro: formato de Infecciones Intrahospitalarias

Responsable: Comité de Infecciones Intrahospitalarias

Estándar: < 7%

⁵³ Ver indicador N° 48: Promedio de exámenes radiológicos por atención (número de exámenes

⁵⁴ Ver indicador N° 74: Intervalo de sustitución de camas (paciente día).

84. TASA DE RECAIDAS

Sirve para evaluar la pertinencia de la indicación del alta⁵⁵ de los pacientes egresados⁵⁶, acorde con la evolución del cuadro clínico. Está relacionado con la

Recaída, es la presencia de un segundo evento de la misma enfermedad o episodio clínico, producido por un agente causal o condición no resuelta del paciente durante su estadía en el hospital, lo que genera un nuevo internamiento o ingreso⁵⁷.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de recaídas del hospital, del servicio o especialidad en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos del hospital, servicio o especialidad en el mismo período}} \times 100$$

No incluye las recaídas que se presentan en el paciente hospitalizado. Solamente se consignan para efecto de la aplicación de este indicador, las recaídas que originan una nueva hospitalización. Actualmente los hospitales no cuentan con un sistema regular que registre el número de pacientes con recaídas.

Período: trimestral

Registro: Cuaderno de Diagnósticos; Historias Clínicas

Responsable: Enfermera Jefa de Unidad; Técnico de estadística

85. TASA BRUTA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA (Mortalidad hospitalaria general)

Sirve para obtener una apreciación global de la situación de mortalidad de los pacientes hospitalizados, sin que se pueda discriminar las causas relacionadas con el estado de salud del paciente de las asociadas a la calidad de los servicios de salud.

Tasa bruta de mortalidad hospitalaria, es la proporción de fallecidos en el hospital respecto al total de egresos durante un mismo período⁵⁸, sin considerar si las muertes ocurrieron antes o después de las 48 horas de ingresado el paciente.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de egresos por defunción hospitalaria en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos en el mismo período}} \times 100$$

Defunción o muerte hospitalaria, se refiere a todo paciente que fallece mientras está internado en el hospital. Hay que tener las siguientes consideraciones:

⁵⁵ Ver indicador N° 72: Número de egresos número de egresos por servicio o especialidad. (alta).

⁵⁶ Ver indicador N° 72: Número de egresos número de egresos por servicio o especialidad.

⁵⁷ Ver indicador N° 78: Promedio diario de ingresos.

⁵⁸ Ver indicador N° 72: Número de egresos número de egresos por servicio o especialidad.

- Las muertes ocurridas en los servicios de emergencia o durante el traslado en ambulancia, antes de la admisión efectiva, no se contabilizan como defunciones hospitalarias, estas deben ser registradas por separado.
- Las muertes fetales y de nacidos muertos no se consideran como defunciones pues no se consignan como ingresos⁵⁹, aunque deben ser registrados en formatos especiales.
- Las defunciones se deben clasificar según el período transcurrido entre el momento del ingreso y el momento del fallecimiento del paciente (antes o después de 48 horas).

Período: anual

Registro: Certificado de Defunción

Responsable: Técnico de estadística

86. TASA NETA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA (Mortalidad hospitalaria ajustada, mortalidad institucional)

Sirve para evaluar la calidad de atención que se brinda a los pacientes hospitalizados, permitiendo un mayor nivel de precisión que la tasa de mortalidad bruta, ya que se presume que las muertes ocurridas están asociadas con la atención hospitalaria. Puede aplicarse en general o a los servicios o especialidades.

Tasa neta de mortalidad hospitalaria, es la proporción de fallecidos en el hospital respecto al total de egresos durante un mismo período⁶⁰, considerando sólo las muertes que ocurrieron después de las 48 horas de ingresado el paciente.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de egresos por defunción después de 48 horas de admisión al hospital, servicio o especialidad en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos del hospital, servicio o especialidad en el mismo período}} \times 100$$

Período: anual

Registro: Certificado de Defunción

Responsable: Técnico de estadística

87. TASA DE LETALIDAD HOSPITALARIA

Mide el riesgo de morir en el hospital por una enfermedad dada⁶¹. Este indicador está relacionado con la calidad de la atención.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ defunciones por enfermedad específica en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de casos nuevos de la enfermedad admitidos en el mismo período}} \times 100$$

⁵⁹ Ver indicador N° 78: Promedio diario de ingresos.

⁶⁰ Ver indicador N° 85: Tasa bruta de mortalidad hospitalaria (defunción o muerte hospitalaria); ver indicador N° 72: Número de egresos número de egresos por servicio o especialidad. (egresos).

⁶¹ Ver indicador N° 85: Tasa bruta de mortalidad hospitalaria (defunción o muerte hospitalaria).

Caso nuevo, se refiere a la admisión de un paciente por primera vez en el año calendario, por una causa o enfermedad determinada. Un mismo paciente podrá ser un caso nuevo en más de una oportunidad, si durante el mismo año fue hospitalizado por diferente causa o enfermedad. En el caso que un mismo paciente presente el mismo diagnóstico en el curso del año, se considerará un caso nuevo, si entre ambos eventos media un lapso que no corresponde a la evolución de la enfermedad.

En consecuencia, durante un año calendario, un paciente podrá ser un caso nuevo tantas veces como enfermedades diferentes haya tenido, incluso podría clasificarse como caso nuevo por el mismo diagnóstico.

Período: anual

Registro: Certificado de Defunción

Responsable: Técnico de estadística

88. PORCENTAJE DE NECROPSIAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

Mide la proporción de necropsias realizadas sobre el total de fallecidos en el hospital. Este índice permite un mejor conocimiento del nivel técnico cuantitativa del trabajo del servicio de anatomía patológica. Se incluyen como defunciones, las ocurridas a partir de las 28 semanas de vida intrauterina.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de fallecidos en hospitalización en quienes se realizó autopsia en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de fallecidos en hospitalización en el mismo período}} \times 1000$$

Período: anual

Registro: Certificado de Defunción

Responsable: Técnico de estadística

Estándar: 10%

VII. CENTRO QUIRURGICO

89. Número de intervenciones quirúrgicas
intervenciones quirúrgicas por servicio o especialidad
90. Número de pacientes operados
91. Aprovechamiento de salas de operaciones
92. Grado de cumplimiento de las operaciones programadas
93. Rendimiento quirófono
94. Porcentaje de intervenciones quirúrgicas suspendidas
95. Número de intervenciones quirúrgicas pendientes
96. Promedio de días preoperatorios
97. Porcentaje de infecciones post quirúrgicas
98. Porcentaje de complicaciones intraoperatorias
99. Porcentaje de complicaciones post operatorias
100. Porcentaje de complicaciones anestésicas
101. Porcentaje de complicaciones en recuperación
102. Porcentaje de discrepancias entre diagnostico pre y post
quirúrgico
103. Tasa de mortalidad en el Centro Quirúrgico

VII. CENTRO QUIRURGICO

Es el área funcional que cuenta con un conjunto de recursos físicos, humanos y tecnológicos, organizados para la prestación segura, eficaz, eficiente y con calidad de los cuidados pre operatorios, anestésicos, quirúrgicos y post operatorios a los pacientes.

89. NUMERO DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS – NUMERO DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS POR SERVICIO O ESPECIALIDAD

Número de intervenciones quirúrgicas, es el resultado de sumar las operaciones programadas o electivas y de emergencia, así como las llamadas , y todas aquellas que se lleven a cabo en el centro quirúrgico. Por lo tanto no se incluyen las intervenciones realizadas en los consultorios externos de cirugía y en los tópicos (cirugía ambulatoria).

Número de intervenciones quirúrgicas por servicio o especialidad, es el producto de sumar las operaciones por separado, de cada uno de los servicios o especialidades quirúrgicas.

Período: mensual

Registro: Reporte Operatorio

Responsable: Cirujano

90. NUMERO DE PACIENTES OPERADOS

Paciente operado, es aquel en quien se ha practicado una o más intervenciones quirúrgicas en el centro quirúrgico del hospital. El **número de pacientes operados** es producto de sumar todas las personas operadas en los servicios, aunque puede desagregarse por cada uno de ellos.

Período: mensual

Registro: Reporte Operatorio

Responsable: Cirujano

91. APROVECHAMIENTO DE SALAS DE OPERACIONES

Sirve para medir el grado real de utilización de la capacidad instalada del centro

Horas quirúrgicas efectivas o de uso de sala quirúrgica, es la suma del tiempo real, de utilización de sala de operaciones por cada intervención quirúrgica, el cual se contabiliza desde el ingreso del paciente hasta su salida de la sala quirúrgica.

Horas quirúrgicas disponibles, es el tiempo que puede utilizarse para las intervenciones quirúrgicas, valor que está condicionado por la cantidad de salas de operaciones del hospital. Se obtiene de sumar el número de quirófanos para operaciones electivas multiplicado por 12 horas, y el número de quirófanos para operaciones de emergencia multiplicado por 24 horas.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de horas quirúrgicas efectivas en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de horas quirúrgicas disponibles en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Reporte de Quirófano

Responsable: Enfermera circulante

92. GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS OPERACIONES PROGRAMADAS

Este indicador establece el porcentaje de intervenciones quirúrgicas realizadas respecto a las programadas, es decir, mide el grado de cumplimiento de la programación de operaciones electivas. Por lo tanto, no se deben incluir las intervenciones de emergencia.

Número de intervenciones quirúrgicas programadas ejecutadas, es el resultado de sumar las programadas que han sido llevadas a cabo, incluyendo las llamadas *cirugías de día* y todas aquellas que utilicen el centro quirúrgico, excluyendo las de emergencia.

Número de intervenciones quirúrgicas programadas, es el resultado de sumar las que fueron programadas en los turnos quirúrgicos regulares y extraordinarios.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de intervenciones quirúrgicas programadas ejecutadas en un periodo}}{\text{N}^{\circ} \text{ de intervenciones quirúrgicas programadas en el mismo periodo}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Programación Diaria; formato de Operaciones Suspendingas

Responsable: Secretaria

93. RENDIMIENTO QUIROFANO

Este indicador sirve para conocer el promedio de intervenciones quirúrgicas que se realizan en cada sala del centro quirúrgico⁶². Permite identificar el grado de uso de las salas quirúrgicas. Puede calcularse el promedio, por separado, de las salas de emergencia y de las destinadas para operaciones electivas.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de intervenciones quirúrgicas en un periodo}}{\text{N}^{\circ} \text{ de salas de operaciones utilizadas en el mismo periodo}}$$

Período: mensual

Registro: Reporte de Quirófano

Responsable: Enfermera circulante

⁶² Ver indicador N° 89: Número de intervenciones quirúrgicas número de intervenciones quirúrgicas por servicio o especialidad.

94. PORCENTAJE DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS SUSPENDIDAS

Mide la proporción de intervenciones quirúrgicas programadas que fueron suspendidas respecto al total de las programadas. Se puede calcular por servicios o especialidades. Permite identificar problemas en los procesos relacionados con las intervenciones quirúrgicas⁶³.

Intervenciones quirúrgicas suspendidas, son aquellas que habiendo estado programadas no se han llevado a cabo por causas relacionadas al personal, al establecimiento o al paciente.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de intervenciones quirúrgicas suspendidas en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de intervenciones quirúrgicas programadas en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Programación Diaria; formato de Operaciones Suspendidas

Responsable: Secretaria

95. NUMERO DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS PENDIENTES

Mide la cantidad de pacientes que se encuentran en lista de espera para ser intervenidos quirúrgicamente en cada servicio o especialidad. Permite tener una idea de la presión de la demanda que existe sobre el centro quirúrgico.

La lista de espera de pacientes para hospitalización en cirugía, se elabora en los consultorios de las especialidades médico quirúrgicas.

Para una interpretación correcta de la demanda insatisfecha, que permita racionalizar el uso de los quirófanos, es necesario considerar su disponibilidad según los tipos de operaciones especializadas al que están destinados, por lo que no todas sufren el mismo grado de presión.

Período: mensual

Registro: Listado de Operaciones Pendientes

Responsable: Jefe del Servicio de Cirugía

96. PROMEDIO DE DIAS PREOPERATORIOS

Este indicador sirve para medir la utilización eficiente de las camas hospitalarias de los servicios quirúrgicos. Permite conocer los días cama disponibles mal utilizados por pacientes en espera de una intervención quirúrgica. El período preoperatorio de utilización de camas debe ser el menor posible y debe estar en relación a la capacidad instalada del centro quirúrgico, para evitar que las camas sean ocupadas innecesariamente. Para mayor especificidad, este promedio puede calcularse por servicios o especialidades.

⁶³ Ver indicador N° 92: Grado de cumplimiento de operaciones programadas (intervenciones quirúrgicas programadas).

Días preoperatorios, son aquellos durante los cuales permanece hospitalizado un paciente, previos a la intervención quirúrgica. El **número de días preoperatorios**, es la suma de los días de espera de todos los pacientes operados en un período.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de días preoperatorios de pacientes operados}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes operados en el mismo período}}$$

Período: mensual

Registro: formato de Pacientes por Servicio

Responsable: Jefe del Servicio de Cirugía

97. PORCENTAJE DE INFECCIONES POST QUIRURGICAS

Sirve para evaluar las condiciones de asepsia en que se realizan las intervenciones quirúrgicas en las salas de operaciones, durante un período (personal, infraestructura, instrumentos, etc.).

Infecciones postoperatorias, son aquellas que se producen como consecuencia de la intervención quirúrgica⁶⁴. Por lo tanto, se debe tener cuidado en no incluir a los pacientes con focos infecciosos previos a la operación.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de infecciones post operatorias en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de intervenciones quirúrgicas en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Reporte de Infecciones Post Quirúrgicas

Responsable: Jefe del Servicio de Cirugía

98. PORCENTAJE DE COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS (transoperatorias)

Refleja la magnitud de las complicaciones que se presentan durante el acto quirúrgico. No se incluyen en el cálculo las complicaciones originadas por la administración de los

Complicación intraoperatoria, es un evento no deseado que se produce y se hace evidente durante la intervención quirúrgica, el cual puede estar relacionado a las condiciones propias del paciente o a los profesionales de salud que participan, dejando o no secuelas en el intervenido⁶⁵.

⁶⁴ Ver indicador N° 89: Número de intervenciones quirúrgicas número de intervenciones quirúrgicas por servicio o especialidad.

⁶⁵ Ver indicador N° 89: Número de intervenciones quirúrgicas número de intervenciones quirúrgicas por servicio o especialidad.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de complicaciones intraoperatorias en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de operaciones en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Reporte Operatorio

Responsable: Jefe del Centro Quirúrgico

99. PORCENTAJE DE COMPLICACIONES POST OPERATORIAS

Sirve para establecer la proporción de complicaciones que se presentan luego de haber concluido al acto quirúrgico. No se incluyen en el cálculo las complicaciones originadas por la administración de la anestesia o por procedimientos en la sala de recuperación.

Complicación postoperatoria, es un evento no deseado que puede originarse o no durante el acto quirúrgico, pero que se hace evidente luego de concluido este. Puede o no dejar secuelas en el paciente⁶⁶.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de complicaciones postoperatorias en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de operaciones en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Reporte de Complicaciones Post Operatorias

Responsable: Jefe del Servicio de Cirugía

100. PORCENTAJE DE COMPLICACIONES ANESTESICAS

Mide la proporción de complicaciones asociadas a la administración de la anestesia durante el acto quirúrgico. No se incluyen las complicaciones relacionadas propias de la técnica quirúrgica.

Complicación anestésica, es un evento no deseado que se produce y se hace evidente durante o después de la intervención quirúrgica, el cual está directamente relacionado con la administración anestésica, ya sea por la dosis o tiempo de exposición, las reacciones adversas a esa sustancia o la idiosincrasia del paciente. Puede o no dejar secuelas en el intervenido.

⁶⁶ Ver indicador N° 89: Número de intervenciones quirúrgicas / número de intervenciones quirúrgicas por servicio o especialidad.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de complicaciones debidas a anestesia}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que recibieron anestesia en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Reporte de Complicaciones Anestésicas; Hoja de Informe de Anestesia

Responsable: Jefe del Centro Quirúrgico

101. PORCENTAJE DE COMPLICACIONES EN RECUPERACION

Refleja la proporción de complicaciones que se presentan durante la estadía del paciente en la sala de recuperación.

Complicación en recuperación, es un evento no deseado que se produce y se hace evidente durante la permanencia del paciente operado en la sala de recuperación postanestésica, el cual puede estar relacionado a las condiciones propias del paciente, a procedimientos médicos o cuidados de enfermería durante su estancia en el servicio, dejando o no secuelas en el intervenido. Se excluyen las causas asociadas al acto quirúrgico y a la administración de anestesia.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de complicaciones en recuperación durante un período}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes en recuperación en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Reporte de Complicaciones en Recuperación

Responsable: Jefe del Servicio de Recuperación Anestésica

102. PORCENTAJE DE DISCREPANCIAS ENTRE DIAGNOSTICO PRE Y POST QUIRURGICO

Permite evaluar la calidad diagnóstica del servicio de cirugía, al establecer la proporción de casos de diagnósticos erróneos⁶⁷. Este indicador puede utilizarse de manera permanente o en un estudio transversal como parte de una auditoría médica.

Para poder aplicar este indicador, es necesario revisar los informes operatorios donde figuran tanto el diagnóstico pre operatorio como el post operatorio y los hallazgos de la intervención quirúrgica.

Discrepancias entre el diagnóstico pre y post quirúrgico, se refiere a aquella situación en que ambos tipos de diagnósticos no coinciden.

⁶⁷ Ver indicador N° 89: Número de intervenciones quirúrgicas / número de intervenciones quirúrgicas por servicio o especialidad.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de discrepancias entre el diagnóstico pre y post operatorio en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de casos operados en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Reporte Operatorio

Responsable: Jefe del Servicio de Cirugía

103. TASA DE MORTALIDAD EN EL CENTRO QUIRURGICO

Este indicador permite evaluar la calidad de la atención en el Centro Quirúrgico. Establece la proporción de fallecidos en este servicio por diversas causas. Incluye a los pacientes fallecidos en sala de operaciones y de recuperación, así como a los fallecidos por administración anestésica.

Muerte o defunción en el Centro Quirúrgico, es la que se produce ya sea por el acto operatorio y sus complicaciones posteriores, o por la administración de anestesia y sus complicaciones posteriores.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de defunciones en el Centro Quirúrgico en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes operados en el mismo período}} \times 10000$$

Período: anual

Registro: Reporte de Mortalidad en Centro Quirúrgico

Responsable: Jefe del Centro Quirúrgico

VIII. ESTERILIZACIÓN CENTRAL

- 104. Número de paquetes esterilizados
- 105. Porcentaje de paquetes utilizados según método utilizado
- 106. Porcentaje de cumplimiento de solicitudes de esterilización en 24 horas, según método utilizado
- 107. Porcentaje de solicitudes de esterilización atendidas por servicios

VIII. ESTERILIZACION CENTRAL

Es el servicio responsable de la limpieza, preparación, desinfección, almacenamiento, control y provisión de ropa, equipos y materiales médico-quirúrgicos para el uso de los servicios.

104. NUMERO DE PAQUETES ESTERILIZADOS

Este indicador muestra la producción del servicio y es útil además, para racionalizar los materiales a utilizar en los métodos de esterilización. Para llevar a cabo los procedimientos de esterilización de materiales, se organizan en paquetes los cuales son clasificados por tamaños. El **número de paquetes esterilizados**, es la suma de estos durante un período.

Esterilización, es el proceso que permite eliminar completamente de los objetos, todo microorganismo: bacterias, virus, hongos y parásitos, incluidas las endosporas bacterianas; es el método más seguro para procesar los instrumentos que entran en contacto con el torrente sanguíneo, con el tejido por debajo de la piel o con otros

Período: mensual

Registro: formato de Entrada y Salida de Material Estéril

Responsable: Técnica de enfermería

105. PORCENTAJE DE PAQUETES ESTERILIZADOS SEGÚN METODO UTILIZADO

Este indicador sirve para programar los recursos y distribuirlos racionalmente de acuerdo a la demanda de los diversos métodos de esterilización.

Se utilizan los siguientes métodos: autoclave, esterilización a gas a base de óxido de etileno, esterilización a base de peróxido de hidrógeno, esterilización a calor seco (actualmente de uso restringido).

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de paquetes esterilizados según método en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de paquetes esterilizados en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Cuaderno de Paquetes Esterilizados por Método

Responsable: Técnica de enfermería

106. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE SOLICITUDES DE ESTERILIZACIÓN EN 24 HORAS, SEGÚN METODO UTILIZADO

Este indicador sirve para evaluar la efectividad del servicio. Permite investigar las causas que impiden cumplir con las metas de esterilización, dirigidas al uso de cada

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de paquetes esterilizados según método en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de paquetes recibidos en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: formato de Entrada y Salida de Material Estéril

Responsable: Técnica de enfermería

Estándar: 100%

107. PORCENTAJE DE SOLICITUDES DE ESTERILIZACION ATENDIDAS POR SERVICIOS

Determina la proporción de órdenes de esterilización que se realizan en relación a los que se solicitan. Refleja la capacidad instalada, la capacidad de respuesta y la disponibilidad del conjunto de recursos necesarios para la oferta de este servicio.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de órdenes de esterilización realizadas en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de órdenes de esterilización solicitadas en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: formato de Entrada y Salida de Material Estéril

Responsable: Técnica de enfermería

Estándar: 100%

IX. CENTRO OBSTETRICO

- 108. Número de partos hospitalarios
- 109. Porcentaje de partos atendidos
- 110. Porcentaje de partos complicados
- 111. Tasa de cesáreas
- 112. Porcentaje de cesáreas primarias
- 113. Razón cesáreas primarias/cesáreas repetidas
- 114. Rendimiento de salas de partos
- 115. Tasa de mortalidad intra parto
- 116. Tasa de mortalidad post parto inmediato
- 117. Porcentaje extensión de episiotomía: laceración de cuarto grado

IX. CENTRO OBSTETRICO

Es el área funcional dedicada a la atención de la mujer gestante durante el trabajo de parto, parto y puerperio inmediato y a la atención del recién nacido.

108. NUMERO DE PARTOS HOSPITALARIOS

Parto, es la expulsión o extracción por medios manuales, instrumentales o quirúrgicos, l o abdominal, de un feto de 500 gr. o más de peso (o de 20 semanas o más de gestación), vivo o muerto. El concepto de parto incluye la expulsión o extracción de la placenta. Para fines estadísticos la gestación de más de un producto cuenta según el número de partos.

Número de partos hospitalarios o partos atendidos, es el producto de sumar todos los ocurridos en el hospital durante un período. Se incluyen los partos por cesárea los cuales deben ser registrados además como tales (*cesáreas*) por separado para operativizar indicadores específicos.

Período: mensual

Registro: Libro de Sala de Partos

Responsable: Médico residente

109. PORCENTAJE DE PARTOS ATENDIDOS

Mide la proporción de pacientes que habiendo recibido atención prenatal durante su embarazo, acuden al hospital para la atención del parto.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de partos atendidos en gestantes controladas en el hospital en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de gestantes controladas en el hospital en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Libro de Sala de Partos; Hoja de Estadística Mensual

Responsable: Médico residente; Jefe del Servicio

110. PORCENTAJE DE PARTOS COMPLICADOS

Permite conocer la proporción de partos complicados en relación al total de partos ocurridos en el hospital⁶⁸. Dependiendo de la causa de la complicación, es posible que este indicador sea útil para apreciar la relación entre complicaciones y atención prenatal.

Número de partos complicados o distócicos, es la suma de aquellos que se caracterizan por una progresión anormalmente lenta del parto, y son la consecuencia de anomalías distintas que pueden presentarse en forma aislada o en combinación, n relacionadas con alteraciones de los mecanismos de expulsión (insuficiente contractilidad uterina y/o de los músculos voluntarios), con defectos en la posición, presentación o desarrollo del feto, y/ó con situaciones anormales del canal del parto que suponen un obstáculo para el descenso del feto.

⁶⁸ Ver indicador N° 108: Número de partos hospitalarios.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de partos complicados en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de partos atendidos en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Hoja de Estadística Mensual

Responsable: Jefe del Servicio

111. TASA DE CESAREAS

Establece la cantidad de cesáreas que se realizan en relación al total de partos atendidos en el hospital durante un período⁶⁹.

Número de operaciones cesáreas o partos por cesárea, son los partos del feto realizados a través de incisiones de la pared abdominal (laparotomía) y de la pared uterina (histerotomía). Esta definición incluye a las cesáreas primarias y repetidas, pero no la extracción del feto desde la cavidad uterina en caso de rotura del útero o de embarazo abdominal.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de cesáreas realizadas en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de partos atendidos en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Hoja de Estadística Mensual

Responsable: Jefe del Servicio

112. PORCENTAJE DE CESAREAS PRIMARIAS

Este indicador sirve para comparar, en diferentes períodos, la variación de la proporción de pacientes, que son sometidas a operación cesárea por primera vez en relación al total de partos realizados en el hospital⁷⁰.

Número de cesáreas primarias, son aquellas que corresponden a la primera operación cesárea efectuada a una paciente. Las subsiguientes son referidas como cesáreas secundarias, terciarias, etc., o simplemente como operación cesárea iterativa.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de cesáreas primarias en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de partos atendidos en el mismo período}} \times 100$$

⁶⁹ Ver indicador N° 108: Número de partos hospitalarios.

⁷⁰ Ver indicador N° 106: Número de partos hospitalarios.

Período: mensual

Registro: Hoja de Estadística Mensual

Responsable: Jefe del Servicio

113. RAZON CESAREAS PRIMARIAS/CESAREAS ITERATIVAS

Sirve para establecer la relación existente entre las cesáreas primarias y las repetidas. Esta relación permite determinar si el número de intervenciones en una buena indicación médica o en la presión de la demanda por la capacidad resolutoria del hospital⁷¹.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de cesáreas primarias en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de cesáreas repetidas en el mismo período}}$$

Período: mensual

Registro: Hoja de Estadística Mensual

Responsable: Jefe del Servicio

114. RENDIMIENTO DE SALA DE PARTOS

Este indicador sirve para conocer la cantidad de partos que se realizan por cada sala⁷². Es útil para determinar las necesidades de contar con más salas de partos o identificar capacidad instalada ociosa.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de partos atendidos en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de salas de partos en el mismo período}}$$

Período: mensual

Registro: Libro de Sala de Partos; : Hoja de Estadística Mensual

Responsable: Médico residente; Jefe del Servicio

115. TASA DE MORTALIDAD INTRA PARTO

Sirve para obtener una apreciación sobre las muertes ocurridas e imputadas a la atención del parto, respecto al total de partos realizados⁷³.

⁷¹ Ver indicador N° 112: Porcentaje de cesáreas primarias (cesáreas primarias y repetidas).

⁷² Ver indicador N° 108: Número de partos hospitalarios.

⁷³ Ver indicador N° 108: Número de partos hospitalarios.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de defunciones maternas durante el parto en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de partos atendidos en el mismo período}} \times 100$$

Período: anual

Registro: Sistema Informático del Comité Materno Perinatal

Responsable: Jefe del Servicio

116. TASA DE MORTALIDAD POST PARTO INMEDIATO

Permite conocer la magnitud de las muertes maternas asociadas a complicaciones propias del parto inmediato. Puede reflejar además, limitaciones en los cuidados de las púerperas de parte del personal asistencial⁷⁴ y/o ausencia de un adecuado control prenatal.

Es frecuente que el servicio de emergencia de hospitales con alta capacidad resolutive, reciba pacientes derivadas de otros establecimientos con complicaciones graves médicas u obstétricas. En este caso, se debe consignar la muerte materna como ocurrida en el hospital; pero su interpretación varía, ya que es probable que las condiciones en que llegan las pacientes, sea el factor más importante de su muerte, muchas veces inevitable a pesar de la competencia técnica y la tecnología con que se cuenta.

Número de defunciones maternas en el post parto inmediato, se refiere a aquellas que ocurren antes de las dos horas que siguen al alumbramiento. Este período es considerado como crítico debido a que existe mayor probabilidad de que se presenten hemorragias puerperales por hipotonía uterina.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de defunciones maternas en el post parto inmediato en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de partos atendidos en el mismo período}} \times 100$$

Período: anual

Registro: Sistema Informático del Comité Materno Perinatal

Responsable: Jefe del Servicio

117. PORCENTAJE EXTENSION DE EPISIOTOMIA: LACERACION DE CUARTO GRADO

Permite apreciar la calidad técnica del procedimiento de episiotomía en las pacientes durante la atención del parto.

⁷⁴ Ver indicador N° 108: Número de partos hospitalarios.

Episiotomía, en sentido estricto, es la incisión de la región pudenda, mientras que la perineotomía es la incisión del perineo. Sin embargo, en el lenguaje corriente estos dos términos se utilizan como sinónimos. La incisión puede hacerse e (episiotomía mediana) o iniciarse en esta y dirigirse lateralmente y hacia abajo separándose del recto (episiotomía mediolateral). El es la suma de todas las realizadas en un período.

Laceración de cuarto grado, se extiende a través de la piel, membrana mucosa y cuerpo perineal, y afecta el esfínter anal y mucosa rectal dejando descubierta la luz del recto. El **número de laceraciones de cuarto grado**, resulta de sumar todas las ocurridas en un período.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de laceraciones de IV grado en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de episiotomías en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Hoja de Estadística Mensual

Responsable: Jefe del Servicio

-
-
121. Porcentaje de ocupación de incubadoras en áreas críticas del servicio de neonatología
 122. Porcentaje de sepsis neonatal
 123. Porcentaje de complicaciones no infecciosas en neonatología
 124. Porcentaje de prematuridad
 125. Tasa de mortalidad perinatal hospitalaria
 126. Tasa de mortalidad perinatal hospitalaria específica por peso
 127. Tasa de mortalidad neonatal precoz
 128. Tasa de mortalidad neonatal precoz específica por peso
 129. Tasa de mortalidad neonatal tardía en prematuros de muy bajo peso
 130. Porcentaje de mortalidad por grupos de peso
 131. Porcentaje de malformaciones complejas incompatibles con la vida
 132. Mortalidad por edad al fallecer en el servicio de neonatología
 133. Índice del recién nacidos con depresión respiratoria al minuto
 134. Índice del recién nacidos con depresión respiratoria a los cinco minutos
 135. Porcentaje de transferencias

X. NEONATOLOGIA

Es el área funcional dedicada a la atención del recién nacido que requiere cuidados constantes y especializados de personal médico y de enfermería.

118. NUMERO DE EGRESOS DE NEONATOLOGIA

Egreso en neonatología, es la salida de un neonato del servicio de neonatología luego de haber estado hospitalizado, al cual se le ha brindado los servicios del hospital y para quien se ha llevado una historia clínica durante su estancia. Los egresos pueden ser por alta o por defunción.

El **número de egresos en neonatología**, resulta de sumar los egresos de dicho servicio, incluyendo los pacientes vivos y fallecidos en un período determinado.

Período: mensual

Registro: Libro de Enfermería

Responsable: Enfermera Jefa de la Unidad

119. PROMEDIO DE PERMANENCIA EN NEONATOLOGIA

Este indicador sirve para evaluar el grado de aprovechamiento de las camas del servicio de neonatología e indirectamente la eficiencia de los servicios.

Establece el promedio de días de asistencia que recibe cada neonato en un período de tiempo⁷⁵, en cada una de las áreas de hospitalización del servicio: UCI, Intermedios, Infectados, Alojamiento Conjunto y de Alto Riesgo.

Días estancia en neonatología, es el número de días que un recién nacido ha permanecido hospitalizado en el servicio de neonatología.

Los días estancia sólo se deben contar cuando el neonato ha egresado (a diferencia de los *pacientes día en neonatología*, que se registran diariamente)⁷⁶. Por lo tanto, en el momento de hacer el cálculo del **número de días estancia**, no se cuenta a los neonatos que aún permanecen hospitalizados en el servicio.

Para determinar el número de días estancia se cuenta el día de ingreso y se excluye el del egreso. Los neonatos que ingresan y egresan el mismo día se contabilizan como

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de días estancia de los neonatos egresados}}{\text{(según área) en un período}} \\ \text{N}^{\circ} \text{ de egresos (según área) en el mismo período}$$

Período: mensual

Registro: Fichas de Estadística de Neonatología

Responsable: Técnica de estadística

⁷⁵ Ver indicador N° 118: Número de egresos en neonatología.

⁷⁶ Ver indicador N° 120: Intervalo de sustitución de incubadoras en áreas críticas del servicio de neonatología (paciente día en neonatología).

120. INTERVALO DE SUSTITUCION DE INCUBADORAS EN AREAS CRITICAS DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA

Mide el tiempo que permanece una incubadora desocupada entre el egreso de un neonato y el ingreso de otro a la misma incubadora, en alguna de la siguientes áreas críticas: UCI, Intermedios e Infectados.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de incubadoras disponibles} - \text{N}^{\circ} \text{ de pacientes día de un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de egresos en el mismo período}}$$

Número de días incubadora disponibles en neonatología, es el número total de incubadoras habilitadas para internamiento en dicha área, ocupadas o vacantes, dotadas de personal para su atención, que pueden prestar servicio durante las 24

Si la cantidad diaria de incubadoras es la misma durante un período, el número de incubadora disponibles se obtendrá multiplicando esa cantidad de incubadoras

Paciente día en neonatología, es la unidad de medida de hospitalización. Establece los días en que las incubadoras de neonatología se encuentran ocupadas (una incubadora ocupada genera un paciente día).

Si bien un paciente día se registra como cada lapso de 24 horas en el que una incubadora se encuentra ocupada, en la práctica, cuando un neonato ingresa y egresa el mismo día, se debe contar como una unidad paciente día, siempre que ocupe una incubadora y se prepare una historia clínica; mientras que para neonatos hospitalizados por más de un día y otro período menor de 24 horas, no debe registrarse este último como unidad paciente-día adicional.

El **número de pacientes día en neonatología** del mes se obtienen sumando todos los censados durante ese período. El conteo para el censo diario está a cargo del ealiza a las 8.00 de la mañana de cada día.

Período: mensual

Registro: Fichas de Estadística de Neonatología

Responsable: Técnica de estadística

121. PORCENTAJE DE OCUPACION DE INCUBADORAS EN AREAS CRITICAS DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA

Sirve para establecer el grado de utilización de incubadoras en las siguientes áreas críticas del servicio de neonatología: UCI, Intermedios e Infectados, durante un período determinado. Establece la relación que existe entre neonatos que ingresan y la capacidad real de las incubadoras del servicio de neonatología. La forma más exacta y útil para su obtención, es a través del censo diario⁷⁷.

⁷⁷ Ver indicador N° 120: Intervalo de sustitución de incubadoras en áreas críticas del servicio de neonatología (pacientes día en neonatología, días incubadoras disponibles y censo diario).

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes día en neonatología en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de días incubadora s disponibles en neonatología en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Fichas de Estadística de Neonatología

Responsable: Técnica de estadística

122. PORCENTAJE DE SEPSIS NEONATAL

El porcentaje de sepsis neonatal tardía sirve para evaluar la calidad de la atención en el servicio de neonatología, no así el porcentaje de sepsis neonatal temprana, ya que generalmente es la condición en que se recibe a neonatos derivados de otros establecimientos⁷⁸.

Sepsis neonatal, es un cuadro clínico que se caracteriza por signos sistémicos de infección y hemocultivo positivo. La sepsis clínica se caracteriza por factores de riesgo y signos sistémicos de infección sin hemocultivo positivo. Puede haber sepsis neonatal temprana (antes de las 72 horas) y sepsis neonatal tardía (después de 72 horas). **El número de neonatos hospitalizados con sepsis**, es el resultado de sumar todos los casos definidos como tales durante un período.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de neonatos hospitalizados con sepsis en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos en el mismo período}} \times 100$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de neonatos hospitalizados con sepsis neonatal tardía en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Base de Datos del Servicio de Neonatología

Responsable: Médico asistente del Servicio

123. PORCENTAJE DE COMPLICACIONES NO INFECCIOSAS EN NEONATOLOGIA

Sirve para evaluar la calidad de la atención en el servicio de neonatología⁷⁹.

⁷⁸ Ver indicador N° 118: Número de egresos en neonatología.

⁷⁹ Ver indicador N° 118: Número de egresos en neonatología.

Complicación no infecciosa en neonatología, es la producción de un daño no relacionado con un agente infeccioso, adquirido en un neonato hospitalizado, después de 48 horas de su hospitalización y antes de cumplirse 72 horas de su egreso. Se incluyen en este rubro caídas, escaras, reacciones medicamentosas y lesiones debidas a procedimientos diagnósticos y de tratamiento.

El **número de neonatos con complicaciones intrahospitalarias no infecciosas**, es el resultado de sumar todos los casos definidos como tales durante un período.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de neonatos con complicaciones intrahospitalarias no infecciosas en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de egresos en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Base de Datos del Servicio de Neonatología

Responsable: Médico asistente del Servicio

124. PORCENTAJE DE PREMATURIDAD

Permite identificar las necesidades en el servicio de neonatología, en términos de personal, equipamiento y tecnología.

El **número de prematuros**, es el resultado de sumar a los neonatos nacidos antes de las 37 semanas de gestación en un período determinado.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de prematuros nacidos en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de egresos en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Base de Datos del Servicio de Neonatología

Responsable: Médico asistente del Servicio

125. TASA DE MORTALIDAD PERINATAL HOSPITALARIA

Permite conocer el número de muertes perinatales (desde la 22^o semana completa de gestación hasta los 7 días completos después del nacimiento).

Número de muertes fetales, es la suma de las muertes del producto del embarazo producidas a partir de la 22 semana de gestación.

Número de muertes neonatales precoces, es la suma de las muertes del producto del embarazo ocurridas entre su nacimiento y los 7 primeros días de vida.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de egresos por muerte fetal} + \text{N}^\circ \text{ de egresos por muerte neonatal precoz}}{\text{N}^\circ \text{ de recién nacidos vivos} + \text{N}^\circ \text{ de muertes fetales en el hospital}} \times 1000$$

Período: mensual

Registro: Base de Datos del Servicio de Neonatología

Responsable: Médico asistente del Servicio

126. TASA DE MORTALIDAD PERINATAL HOSPITALARIA ESPECIFICA POR PESO

Permite conocer el número de muertes perinatales (desde la 22° semana completa de gestación hasta los 7 días completos después del nacimiento), en fetos o recién nacidos con peso mayor de 1,000 gr.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de egresos por muerte fetal} > \text{de } 1000 \text{ gr.} + \text{N}^\circ \text{ de egresos por muerte neonatal precoz} > \text{de } 1000 \text{ gr.}}{\text{N}^\circ \text{ de recién nacidos vivos} + \text{N}^\circ \text{ de muertes fetales en el hospital}} \times 1000$$

Período: mensual

Registro: Base de Datos del Servicio de Neonatología

Responsable: Médico asistente del Servicio

127. TASA DE MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ (TMNP)

Permite evaluar la calidad de la atención brindada al recién nacido y la capacidad del servicio de resolver oportunamente las afecciones potencialmente mortales en esa edad. Establece la proporción de fallecidos menores de 7 días en relación al total de nacidos vivos en el hospital durante un período.

Nacido vivo, es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la co que después de estar fuera del cuerpo materno respira o manifiesta cualquier otra señal de vida como palpitations del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y está desprendida o no la placenta.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de neonatos fallecidos menores de 7 días en el hospital en un período}}{\text{N}^\circ \text{ total de nacidos vivos en el hospital en el mismo período}} \times 1000$$

Período: mensual

Registro: Base de Datos del Servicio de Neonatología

Responsable: Médico asistente del Servicio

128. TASA DE MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ ESPECIFICA POR PESO (TMNEP)

Permite evaluar la capacidad del servicio de resolver oportunamente las afecciones potencialmente mortales del período neonatal precoz en recién nacidos mayores de un kilo de peso. En ese sentido resulta más sensible que la TMNP, ya que se excluye a los neonatos con pesos menores a 1000 grs. debido a las escasas posibilidades que tienen de sobrevivir.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de nacidos vivos fallecidos menores de 7 días con peso de 1000 gr. o más en un período}}{\text{N}^\circ \text{ total de nacidos vivos en el hospital con peso de 1000 gr. o más en el mismo período}} \times 100 \quad 0$$

Período: mensual

Registro: Base de Datos del Servicio de Neonatología

Responsable: Médico asistente del Servicio

129. TASA DE MORTALIDAD NEONATAL TARDIA EN PREMATUROS DE MUY BAJO PESO

Este indicador sirve para evaluar la eficacia en el manejo de prematuros con peso menor de 1,500 gr., una vez superada la etapa neonatal precoz.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de prematuros nacidos vivos fallecidos de 7 - 28 días con peso < de 1500 gr. en un período}}{\text{N}^\circ \text{ total de prematuros nacidos vivos con peso < de 1500 gr. que permanecen en el hospital en el mismo período}} \times 100 \quad 0$$

Período: mensual

Registro: Base de Datos del Servicio de Neonatología

Responsable: Médico asistente del Servicio

130. PORCENTAJE DE MORTALIDAD POR GRUPOS DE PESO EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA

Este indicador permite evaluar la mortalidad neonatal, considerando los aspectos relacionados a las condiciones del paciente según su peso, y no sólo las asociadas a la capacidad resolutoria del servicio. Existe mayor riesgo de muerte neonatal mientras menor peso tenga el paciente.

Los grupos de peso se clasifican en la siguiente distribución de frecuencia:

- 500 - 749 gr.
- 750 - 999 gr.
- 1000 - 1299 gr.
- 1250 - 1499 gr.
- 1500 - 2499 gr.
- 2500 - 3999 gr.
- 4000 gr. o más

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de nacidos vivos fallecidos con peso X en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ total de nacidos vivos en el hospital con peso X en el mismo periodo}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Base de Datos del Servicio de Neonatología

Responsable: Médico asistente del Servicio

131. PORCENTAJE DE MALFORMACIONES COMPLEJAS INCOMPATIBLES CON LA VIDA

Este indicador muestra el porcentaje de recién nacidos en el hospital, que presentan malformaciones complejas incompatibles con la vida, tales como: anencefalia, agenesia renal bilateral, hipoplasia pulmonar, malformaciones cardíacas complejas y otras⁸⁰.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de recién nacidos con malformaciones incompatibles con la vida en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de recién nacidos vivos en el mismo periodo}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Base de Datos del Servicio de Neonatología

Responsable: Médico asistente del Servicio

132. MORTALIDAD POR EDAD AL FALLECER EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA

Este indicador permite evaluar la eficiencia del servicio de neonatología en el manejo del recién nacido. Evalúa la idoneidad del proceso integral en el manejo del neonato, ya que en él participan un conjunto de recursos humanos, físicos y de equipamiento.

Los grupos de edad se clasifican en la siguiente distribución de frecuencia:

⁸⁰Si este tipo de casos no se consideraran en el cálculo de la tasa de mortalidad neonatal precoz, éstos resultados estarían en relación sólo a causas de muerte "evitables".

- Menores de 1 hora
- De 1 hora - < de 24 horas
- De 1-6 días
- De 7-27 días
- De 28 días a más

En el grupo mayores de 28 días se consideraran a los *prematuros de bajo peso* y *muy bajo peso*, que permanecen en el servicio durante ese período (a pesar de que ya no son considerados neonatos).

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de nacidos vivos fallecidos de 7 - 28 días según grupo de edad X en un período}}{\text{N}^\circ \text{ total de nacidos vivos fallecidos de 7 - 28 días en el hospital en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Base de Datos del Servicio de Neonatología

Responsable: Médico asistente del Servicio

133. INDICE DE RECIEN NACIDO CON DEPRESIÓN RESPIRATORIA AL MINUTO

Este indicador muestra el porcentaje de recién nacidos en el hospital que presentan depresión respiratoria al minuto de nacer (calificación de Apgar menor o igual a 6 al minuto), lo cual está asociado a mayor morbilidad y mortalidad. Evalúa las condiciones en que el servicio de neonatología recibe al neonato.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de recién nacidos con apgar al minuto menor o igual a 6 en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de recién nacidos vivos en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Base de Datos del Servicio de Neonatología

Responsable: Médico asistente del Servicio

134. INDICE DE RECIEN NACIDO CON DEPRESIÓN RESPIRATORIA A LOS CINCO MINUTOS

Este indicador muestra el porcentaje de recién nacidos en el hospital que presentan depresión respiratoria a los cinco minutos del nacimiento (calificación de Apgar menor o igual a 6 al minuto a los cinco minutos), lo cual está asociado a mayor morbilidad y mortalidad y tiene valor pronóstico. Evalúa la eficacia de la reanimación del recién nacido.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de recién nacidos con apgar a los cinco minutos menor o igual a 6 en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de recién nacidos vivos en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Base de Datos del Servicio de Neonatología

Responsable: Médico asistente del Servicio

135. PORCENTAJE DE TRANSFERENCIAS

Este indicador evalúa la capacidad resolutive del servicio.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de recién nacidos transferidos en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de recién nacidos vivos en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Base de Datos del Servicio de Neonatología

Responsable: Médico asistente del Servicio

XI. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS GENERALES

- 136. Número de egresos en UCIG
- 137. Número de interconsultas a UCIG
- 138. Promedio de permanencia en UCIG
- 139. Intervalo de sustitución de camas en UCIG
- 140. Porcentaje de ocupación de camas en UCIG
- 141. Rendimiento cama en UCIG
- 142. Porcentaje de utilización de ventiladores
- 143. Porcentaje de traslados de pacientes de UCIG
- 144. Tasa de mortalidad bruta en UCIG
- 145. Tasa de mortalidad neta en UCIG
- 146. Tasa de admisión a UCIG
- 147. Promedio de procedimientos por médico
- 148. Promedio de evaluaciones por médico
- 149. Promedio de severidad de enfermedad
- 150. Promedio de dependencia asistencial
- 151. Porcentaje de reingresos precoces a UCIG
- 152. Porcentaje de infecciones intrahospitalarias en UCIG
- 153. Porcentaje de reintubación precoz
- 154. Porcentaje de autoextubación
- 155. Porcentaje de neumotórax producidos por cateterismo
- 156. Porcentaje de neumotórax producidos por barotrauma
- 157. Porcentaje de úlceras por presión en pacientes de UCIG
- 158. Porcentaje de necropsias en pacientes de UCIG

Establece el promedio de días de asistencia que recibe cada paciente en un período de tiempo. Los días de internamiento varían según las patologías.

Días estancia en UCIG, es el número de días que un paciente ha permanecido hospitalizado en dicha unidad. Los días estancia sólo se deben contar cuando el paciente ha egresado (a diferencia de los *pacientes día en UCIG*, que se registran diariamente)⁸². Por lo tanto, en el momento de hacer el cálculo del **estancia en UCIG**, no se cuenta a los pacientes que aún permanecen hospitalizados en el servicio.

⁸¹ Ver indicador N° 136: Número de egresos en UCIG.

⁸² Ver indicador N° 139: Intervalo de sustitución de camas en UCIG (paciente día en UCIG).

Para determinar el número de días estancia en UCIG se cuenta el día de ingreso y se excluye el del egreso. Los pacientes que ingresan y egresan el mismo día se contabilizan como un día estancia.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de días estancia de los pacientes egresados de UCIG (vivos o fallecidos) en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos de UCIG (vivos o fallecidos) en el mismo período}}$$

Período: mensual

Registro: Hoja de Reporte de Guardia

Responsable: Médico encargado del área de estadística

139. INTERVALO DE SUSTITUCION DE CAMAS EN UCIG

Mide el tiempo que permanece una cama desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro a la misma cama⁸³.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de días cama disponibles de UCIG} - \text{N}^\circ \text{ de pacientes día de UCIG en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos de UCIG en el mismo período}}$$

Número de días cama disponibles en UCIG, es el número total de camas habilitadas para internamiento en dicha unidad, ocupadas o vacantes, dotadas de personal para su atención, que pueden prestar servicio durante las 24 horas del día.

Si la cantidad diaria de camas es la misma durante un período, el número de días cama disponibles se obtendrá multiplicando esa cantidad de camas por los días de dicho período; si la cantidad diaria de camas varía, deberá número de camas de hospitalización, situación que se presenta con frecuencia debido a que en determinados días, algunas camas no están disponibles, ya sea por desinfección, reparación u otra causa.

Paciente día en UCIG, es la unidad de medida de hospitalización. Establece los días en que las camas de este servicio se encuentran ocupadas (una cama ocupada genera un paciente día).

Si bien un paciente día se registra como cada lapso de 24 horas en el que una cama se encuentra ocupada, en la práctica, cuando un paciente ingresa y egresa el mismo día, se debe contar como una unidad paciente día, siempre que ocupe una cama y se prepare una historia clínica; mientras que para pacientes hospitalizados por más de un r de 24 horas, no debe registrarse este último como unidad paciente-día adicional.

⁸³ Ver indicador N° 136: Número de egresos en UCIG.

El **número de pacientes día en UCIG** del mes se obtienen sumando todos los censados durante ese período. El conteo para el censo diario está a cargo de enfermeras y se realiza a las 12 de la noche de cada día.

Período: mensual

Registro: Hoja de Reporte de Guardia; Libro de Admisión

Responsable: Médico encargado del área de estadística; Enfermera Jefa de la Unidad

140. PORCENTAJE DE OCUPACION DE CAMAS EN UCIG

Este indicador sirve para establecer el grado de utilización de camas en un período determinado. Establece la relación que existe entre los pacientes que ingresan y la capacidad real de las camas de la UCIG. La forma más exacta y útil para su obtención, censo diario⁸⁴.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes día en UCIG en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de días cama disponible s en UCIG en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Hoja de Reporte de Guardia; Libro de Admisión

Responsable: Médico encargado del área de estadística; Enfermera Jefa de la Unidad

141. RENDIMIENTO CAMA EN UCIG (Índice de rotación, coeficiente de renovación, promedio de egresos por cama)

Sirve para mostrar el número de enfermos tratados en cada cama hospitalaria, es decir, los egresos que dicha cama ha producido durante un período⁸⁵.

Este indicador está influenciado por el promedio de estadía y por el intervalo de sustitución, siendo el rendimiento inversamente proporcional a estos. Es decir, a menor estadía e intervalo de sustitución, mayor rendimiento⁸⁶. Por lo tanto, resulta más útil establecer la relación entre estos indicadores que considerarlos en forma aislada.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de egresos de UCIG en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de camas disponibles promedio de UCIG en el mismo período}}$$

Período: mensual

Registro: Hoja de Reporte de Guardia; Libro de Admisión

Responsable: Médico encargado del área de estadística; Enfermera Jefa de la Unidad

⁸⁴ Ver indicador N° 139: Intervalo de sustitución de camas en UCIG (pacientes día en UCIG, días cama disponibles en UCIG y censo diario).

⁸⁵ Ver indicador N° 136: Número de egresos en UCIG.

⁸⁶ Ver indicador N° 138: Promedio de permanencia en UCIG; ver indicador N° 139: intervalo de sustitución de camas.

142. PORCENTAJE DE UTILIZACION DE VENTILADORES

Sirve para establecer el grado de utilización de los ventiladores de la UCIG. La diferencia entre la máxima capacidad instalada y el grado de utilización, permite establecer la capacidad instalada ociosa.

Número de horas de utilización de ventiladores, es el tiempo que cada ventilador mecánico está en operación. Se obtiene multiplicando las horas diarias de funcionamiento por el período de estudio.

Número de horas disponibles de utilización de ventiladores, es el tiempo de funcionamiento estandarizado o normado para que cada equipo, que se encuentre operativo, cumpla con el volumen de trabajo que le corresponde.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de horas diarias de utilización de ventiladores en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de horas disponibles de utilización de ventiladores en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Hoja de Procedimientos

Responsable: Enfermera de guardia

143. PORCENTAJE DE TRASLADOS DE PACIENTES DE UCIG

Este indicador sirve para establecer la capacidad resolutive de la UCIG, en relación al tipo de patología que tiene capacidad para atender⁸⁷, y también para establecer las causas por las que el paciente es trasladado, las que podrían estar relacionadas con el equipamiento o el recurso humano que se requiere. Esta información permite identificar las medidas correctivas que deben llevarse a cabo para mejorar el servicio.

Número de traslados, se refiere al total de pacientes que son enviados a otro centro hospitalario con el fin de continuar su atención. No debe confundirse con *transferencia*, que está relacionada con el movimiento intrahospitalario de un paciente.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de egresos de UCIG por traslado según causa a otro hospital en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de egresos de UCIG en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Hoja de Reporte de Guardia

Responsable: Médico de guardia

⁸⁷ Ver indicador N° 136: Número de egresos de UCIG.

144. TASA DE MORTALIDAD BRUTA EN UCIG

Sirve para obtener una apreciación global de la situación de mortalidad de los pacientes de UCIG, sin que se pueda discriminar las causas relacionadas con el estado de salud de los pacientes de las asociadas a la calidad de los servicios de salud⁸⁸.

Tasa bruta de mortalidad en UCIG, es la proporción de fallecidos en dicho servicio respecto al total de egresos durante un mismo período, sin considerar si las muertes ocurrieron antes o después de las 48 horas de ingresado el paciente.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de defunciones en UCIG en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de egresos de UCIG en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Libro de Admisión

Responsable: Médico de guardia

145. TASA DE MORTALIDAD NETA EN UCIG

Sirve para evaluar la calidad de atención que se brinda a los pacientes de UCI, permitiendo un mayor nivel de precisión que la tasa de mortalidad bruta, ya que se presume que las muertes ocurridas están asociadas con la atención hospitalaria.

La evaluación sobre calidad debe profundizarse clasificando a los pacientes según la gravedad de los casos, ya que muchos de ellos acuden en situaciones difíciles de revertir.

Tasa neta de mortalidad en UCI, es la proporción de fallecidos en dicho servicio respecto al total de egresos en UCI durante un mismo período⁸⁹, considerando sólo las muertes que ocurrieron después de las 48 horas de ingresado el paciente.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de fallecidos en UCI después de 48 horas de su admisión en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de egresos en UCI en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Libro de Admisión

Responsable: Médico de guardia

⁸⁸ Ver indicador N° 136: Número de egresos en UCIG.

⁸⁹ Ver indicador N° 136: Número de egresos de UCIG.

146. TASA DE ADMISION A LA UCIG

Este indicador establece la proporción de pacientes que ingresan a la UCIG como resultado de una Interconsulta. Permite identificar los diversos motivos por los cuales no son admitidos (estado de gravedad, condición del paciente, falta de camas o equipos, etc.).⁹⁰

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de ingresos a UCIG en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de interconsultas a UCIG en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Hoja de Reporte Diario

Responsable: Médico de guardia

147. PROMEDIO DE PROCEDIMIENTOS POR MEDICO

Este indicador sirve para establecer el número promedio de procedimientos propios de la especialidad, que son realizados por cada médico del servicio.

Número de procedimientos realizados por intensivistas de UCIG, es el total de los que se efectúan en el hospital, tanto en el propio servicio como en todos aquellos donde se solicitan. Se consignan los procedimientos ejecutados durante las horas regulares de trabajo y los que corresponden a las guardias de cada médico. Se consideran los siguientes: inserción de catéteres, intubaciones, reanimación cardiopulmonar (RCP), inserción de línea arterial y traqueotomías.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de procedimientos realizados por intensivistas de UCIG en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de intensivistas de UCIG en el mismo período}}$$

Período: mensual

Registro: Hoja de Reporte Diario

Responsable: Médico de guardia

148. PROMEDIO DE EVALUACIONES POR MEDICO

Este indicador sirve para establecer el número promedio de evaluaciones clínicas que realiza cada médico intensivista que labora en el servicio.

Número de evaluaciones realizadas por intensivistas de UCIG, es el total de las que se efectúan en el hospital, tanto en el propio servicio como en todos aquellos donde se solicitan (interconsultas). Se consignan las evaluaciones ejecutadas durante las horas regulares de trabajo y las que corresponden a las guardias de cada médico.

⁹⁰ Ver indicador N° 137: Número de interconsultas de UCIG.

En la fórmula de cálculo no figura el número de pacientes, si no el número de evaluaciones, ya que un paciente puede ser sujetos de evaluaciones repetidas.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de evaluacion es realizadas por intensivistas de UCIG en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de intensivistas de UCIG en el mismo periodo}}$$

Período: mensual

Registro: Hoja de Reporte Diario

Responsable: Médico de guardia

149. PROMEDIO DE SEVERIDAD DE ENFERMEDAD

Este indicador es útil para lograr una apreciación de estado de gravedad promedio de los pacientes internados en UCIG durante un período. Se utiliza como parámetro el sistema APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation). Este es un método para la evaluación de pacientes críticos, en los cuales se cuantifica 12 variables fisiológicas, la edad, y la existencia de enfermedad crónica.

Debe existir correspondencia de los valores de este indicador con la tasa de mortalidad en el mismo período.

$$\frac{\sum \text{valores de APACHE de los pacientes internados en UCIG en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes de UCIG en el mismo periodo}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Hoja APACHE

Responsable: Médico residente

150. PROMEDIO DE DEPENDENCIA ASISTENCIAL

Este indicador sirve para evaluar el grado de demanda asistencial (especialmente la relación enfermera/paciente) y tecnológica (equipos/paciente) que exigen los pacientes según su gravedad. Se utiliza como parámetro el sistema TISS (Therapeutic Intervention Score System).

$$\frac{\sum \text{valores de TISS de los pacientes internados en UCIG en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes de UCIG en el mismo periodo}} \times 100$$

Período: mensual
Registro: Hoja TISS
Responsable: Médico residente

151. PORCENTAJE DE REINGRESOS PRECOSES A UCIG

Sirve para evaluar la pertinencia del alta, transferencia o tratamiento de los pacientes egresados de UCIG⁹¹, acorde al cuadro clínico que presentaron.

Número de reingresos precoces, es el total de pacientes que son hospitalizados en la UCIG por segunda vez dentro de las siguientes 48 horas después de su egreso, por el mismo evento por el que fueron internados la primera vez (o por las complicaciones de este).

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de reingresos precoces de pacientes de UCIG en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de egresos de UCIG en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual
Registro: Hoja de Reporte de Guardia
Responsable: Médico de guardia

152. PORCENTAJE DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN UCIG

Sirve para evaluar la calidad de la atención hospitalaria⁹².

Número de infecciones intrahospitalarias en UCIG, es el total de pacientes con procesos infecciosos adquiridos durante su estadía en la UCIG. Incluye infecciones que se manifiestan después del alta y excluye las que se encuentran presentes o en incubación al momento del ingreso.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes con infecciones intrahospitalarias en UCIG en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de egresos de UCIG en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual
Registro: Historia Clínica (Hoja de Problemas)
Responsable: Médico de guardia

153. PORCENTAJE DE REINTUBACION PRECOZ

Este indicador sirve para evaluar la calidad técnica de la atención en UCIG, respecto a la correcta aplicación de los criterios establecidos para realizar la extubación. Es decir, permite establecer si la decisión de retirar el tubo endotraqueal en un paciente fue oportuna.

⁹¹ Ver indicador N° 136: Número de egresos de UCI.

⁹² Ver indicador N° 136: Número de egresos en UCIG.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de Pacientes reintubados dentro de las 48 horas después de la extubación en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes extubados en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Hoja de Reporte Diario

Responsable: Médico de guardia

154. PORCENTAJE DE AUTOEXTUBACION

Mide la calidad de del personal de UCIG respecto a la atención de pacientes intubados, en quienes es necesario mantener la posición correcta del tubo endotraqueal, ya que de lo contrario se pone en riesgo su vida.

Número de pacientes intubados, es el total de aquellos a quienes se les ha colocado un tubo endotraqueal para permitir una vía aérea permeable.

Número de pacientes con autoextubación, es el total de aquellos en quienes se produce el retiro parcial o total del tubo endotraqueal que les ha sido colocado, como consecuencia de la movilización o fijación inadecuada.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes que se autoextubaron en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes intubados en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Hoja de Reporte Diario

Responsable: Médico de guardia

155. PORCENTAJE DE NEUMOTORAX PRODUCIDOS POR CATETERISMO

Este indicador evalúa la calidad de la atención en UCIG, respecto a la inserción de

Número de pacientes con neumotórax producidos por CVC, es la suma de todos aquellos que, debido a la colocación de un catéter venoso central, presentan un cuadro de neumotórax. No se consideran el neumotórax que se origina como parte de la evolución de una enfermedad.

Número de pacientes con CVC, es el total de aquellos que tienen colocado algún tipo de catéter venoso central.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con neumotorax producidos por CVC en un período}}{\text{Numero de pacientes con CVC en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Hoja de Reporte Diario

Responsable: Médico de guardia

156. PORCENTAJE DE NEUMOTORAX PRODUCIDOS POR BAROTRAUMA

Este indicador evalúa la calidad de la atención en UCIG, respecto al manejo de

Número de pacientes con neumotórax producidos por barotrauma, es la suma de todos aquellos que, debido a la presión ejercida por un ventilador mecánico, presentan un cuadro de neumotórax. No se consideran el neumotórax que se origina como parte de la evolución de una enfermedad.

Número de pacientes con ventilación mecánica, es el total de aquellos que se encuentran conectados a un ventilador mecánico.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con neumotorax producidos por barotrauma en un período}}{\text{Numero de pacientes con ventilación mecánica en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Hoja de Reporte Diario

Responsable: Médico de guardia

157. PORCENTAJE DE ULCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES DE UCIG

Mide la calidad de la intervención del personal de UCIG, respecto a la adecuada aplicación de las medidas generales de atención a los pacientes, para evitar la formación de úlceras por presión.

Paciente con úlceras de presión, es aquel que durante su internamiento presenta piel esfacelada, debido a su escasa movilización. Contribuyen a su formación la presión, la tensión, la fricción y la humedad. No se deben considerar a los pacientes que ingresan con este tipo de úlceras ya formadas o con evidentes zonas de presión.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes hospitalizados con úlceras de presión en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes de UCIG en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Hoja de Reporte Diario

Responsable: Médico de guardia

158. PORCENTAJE DE NECROPSIAS DE PACIENTES DE UCIG

Mide la proporción de necropsias realizadas sobre el total de fallecidos en el la UCIG. Este índice permite un mejor conocimiento del nivel técnico del se

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de fallecidos en hospitalizaci3n en quienes se realiz3 autopsia en un per3odo}}{\text{N}^\circ \text{ de fallecidos en hospitalizaci3n en el mismo per3odo}} \times 1000$$

Período: mensual

Registro: Hoja de Reporte Diario

Responsable: Médico de guardia

XII. REHABILITACION

- 159. Número de atenciones en rehabilitación
- 160. Número de atendidos en rehabilitación
- 161. Número de interconsultas a rehabilitación
- 162. Promedio de atenciones por atendidos en rehabilitación
- 163. Porcentaje de atenciones por servicio o especialidad
- 164. Porcentaje de atenciones según tipo de rehabilitación
- 165. Porcentaje de utilización de equipos
- 166. Porcentaje de pacientes de alta integrados

XII. REHABILITACION

Es el área funcional encargada de restaurar a su nivel máximo las potencialidades físicas, mentales y sociales de pacientes con discapacidades.

159. NUMERO DE ATENCIONES EN REHABILITACION

Atención en rehabilitación, es la actividad que comprende un conjunto de acciones dirigidas a formular el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico del estado de discapacidad de un paciente que acude al servicio de rehabilitación. Mide la producción del servicio.

Número de atenciones en rehabilitación, es el resultado de sumar las atenciones realizadas en los consultorios de rehabilitación del hospital. Incluye a pacientes que provienen de la consulta externa y de los servicios de hospitalización.

Período: mensual

Registro: Hoja HIS DIS

Responsable: Médico asistente

160. NUMERO DE ATENDIDOS EN REHABILITACION

Atendido en rehabilitación, es aquel que acude a un consultorio de rehabilitación del hospital donde recibe atención por una causa específica.

- **Paciente nuevo en rehabilitación**, es el que acude por primera vez en su vida al servicio de rehabilitación.
- **Paciente reingresante en rehabilitación**, es el que acude al servicio de rehabilitación por primera vez en el año calendario, pero que acudió en años anteriores.
- **Paciente continuador en rehabilitación**, es el que acude por segunda o más veces al servicio de rehabilitación durante el año calendario.

El **número de atendidos en el servicio de rehabilitación**, es la suma de los pacientes nuevos y reingresantes a dicho servicio, ya sea que provengan de consulta externa o de hospitalización.

Período: mensual

Registro: Hoja HIS DIS

Responsable: Médico asistente

161. NUMERO DE INTERCONSULTAS A REHABILITACION

Número de interconsultas a rehabilitación, es la suma de todas aquellas que se demandan en dicha unidad. Es frecuente que algunos pacientes de otros servicios requieran ser evaluados por médicos especializados en rehabilitación. Los profesionales que responden a la interconsulta deben evaluar a dichos pacientes y dejar por escrito su impresión diagnóstica, sus indicaciones y recomendaciones. Esta actividad debe ser registrada como parte de la producción del servicio.

Período: mensual

Registro: Hoja HIS DIS

Responsable: Médico asistente

162. PROMEDIO DE ATENCIONES POR ATENDIDOS EN REHABILITACION

Sirve para obtener el promedio de atenciones que se han otorgado a cada paciente en el servicio de rehabilitación, en un período determinado⁹³. En el denominador de la fórmula, sólo se debe considerar a los pacientes nuevos y reingresantes al servicio, no así a los continuadores, ya que de lo contrario se estaría registrando a los mismos individuos.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de atenciones en consultorios de rehabilitación en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de atendidos en consultorios de rehabilitación en el mismo período}}$$

Período: mensual

Registro: Hoja HIS DIS

Responsable: Médico asistente

163. PORCENTAJE DE ATENCIONES POR SERVICIO O ESPECIALIDAD

Este indicador muestra la distribución porcentual de las atenciones de rehabilitación según los servicios o especialidades de donde proceden los pacientes. Es importante porque permite orientar y canalizar los recursos del servicio de acuerdo a las necesidades específicas según los tipos de patología. Existen algunas especialidades que demandan terapia rehabilitadora con mayor frecuencia como traumatología, geriatría, neurología y neurocirugía⁹⁴.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de atenciones en rehabilitación por servicio o especialidad solicitante en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de atenciones en rehabilitación en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Hoja HIS DIS

Responsable: Médico asistente

164. PORCENTAJE DE ATENCIONES SEGÚN TIPO DE REHABILITACION

Este indicador permite contar con información sobre la distribución de la demanda atendida de los diversos tipos de rehabilitación que brinda el servicio⁹⁵.

Número de atenciones en rehabilitación según tipo, es la suma por separado de cada tipo de atención que brinda el servicio de rehabilitación: terapias con agentes físicos, ejercicios terapéuticos, gimnasio, terapia ocupacional, terapia de lenguaje.

⁹³ Ver indicador N° 159: Número de atenciones en rehabilitación; ver indicador N° 152: Número de

⁹⁴ Ver indicador N° 159: Número de atenciones en rehabilitación; ver indicador N° 152: Número de

⁹⁵ Ver indicador N° 159: Número de atenciones en rehabilitación.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de atenciones en rehabilitación según tipo en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de atenciones en rehabilitación en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: formato de Tipos de Tratamiento

Responsable: Técnico de rehabilitación

165. PORCENTAJE DE UTILIZACION DE EQUIPOS

Sirve para establecer el grado de utilización de la capacidad instalada de un equipo de rehabilitación. La diferencia entre la máxima capacidad instalada y el grado de utilización, permite establecer la capacidad instalada ociosa.

Número de horas de utilización de equipos, se refiere al tiempo que cada equipo del servicio está en operación. Se obtiene multiplicando las horas diarias de funcionamiento de determinado equipo por el período de estudio.

Número de horas disponibles de utilización de equipos, es el tiempo de funcionamiento estandarizado o normado para que cada equipo, que se encuentre operativo, cumpla con el volumen de trabajo que le corresponde.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de horas utilizadas por un equipo en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de horas disponibles de utilización del equipo en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Ficha de Monitoreo de Uso, Operación y Conservación de Equipos

Responsable: Técnico de rehabilitación

166. PORCENTAJE DE PACIENTES DE ALTA INTEGRADOS

Sirve para evaluar la calidad de la atención del servicio de rehabilitación.

Número de pacientes integrados, es el total de aquellos dados de alta e integrados a la sociedad (escuela o trabajo) como resultado del tratamiento recibido.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes integrados en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Hoja HIS DIS

Responsable: Médico asistente

XIII. PATOLOGÍA CLÍNICA

- 167. Número de exámenes de laboratorio
- 168. Porcentaje de exámenes de laboratorio por servicio
- 169. Porcentaje de exámenes de laboratorio según tipo
- 170. Porcentaje de exámenes de laboratorio extramuro
- 171. Porcentaje de solicitudes de exámenes de laboratorio por servicio atendidas
- 172. Porcentaje de exámenes no informados en el tiempo previsto, por servicio
- 173. Rendimiento hora laboratorista
- 174. Porcentaje de exámenes de laboratorio sin resultado por error técnico

XIII. PATOLOGIA CLINICA

Es el área funcional encargada de realizar estudios analíticos adecuados para las determinaciones bioquímicas, microbiológicas, inmunológicas y hematológicas, garantizando su calidad y oportunidad.

167. NUMERO DE EXAMENES DE LABORATORIO

Número de exámenes de laboratorio, es el resultado de sumar todos los realizados en el laboratorio de patología clínica del hospital en un período dado. Este indicador servicio, además de ser útil para programar y asignar los recursos cuando se clasifican los exámenes según tipo.

Período: mensual

Registro: Sistema Informático de Laboratorio

Responsable: Técnico procesador del análisis

168. PORCENTAJE DE EXAMENES DE LABORATORIO POR SERVICIO

Mide la distribución de la demanda atendida de exámenes de laboratorio⁹⁶ de cada servicio solicitante del hospital, es decir de hospitalización, consulta externa y emergencia durante un período. De acuerdo a la distribución de la demanda es posible orientar la programación y asignación de los recursos del servicio de patología clínica.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de exámenes de laboratorio realizados por indicación del servicio de consulta externa (u hospitalización o emergencia) en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de exámenes de laboratorio realizados en el servicio de patología clínica en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Sistema Informático de Laboratorio

Responsable: Coordinador del área de informática del Laboratorio

169. PORCENTAJE DE EXAMENES DE LABORATORIO SEGÚN TIPO

Este indicador permite contar con información sobre la distribución de la demanda de los diversos tipos de exámenes de laboratorio que brinda el servicio⁹⁷, para orientar la programación y asignación de recursos.

Número de exámenes de laboratorio según tipo, es la suma por separado de cada tipo de exámenes que produce el servicio: bioquímica, microbiología, inmunología o

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de exámenes de laboratorio realizados según tipo (bioquímica, microbiología, inmunología o hematología) en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de exámenes de laboratorio realizados en el mismo período}} \times 100$$

⁹⁶ Ver indicador N° 167: Número de exámenes de laboratorio.

⁹⁷ Ver indicador N° 167: Número de exámenes de laboratorio.

Período: mensual

Registro: Sistema Informático de Laboratorio

Responsable: Coordinador del área de informática del Laboratorio

170. PORCENTAJE DE EXAMENES DE LABORATORIO EXTRAMURO

Este indicador sirve para establecer la proporción de exámenes de laboratorio que corresponde a pacientes sin Historia Clínica derivados de otras instituciones (convenios) y a quienes acuden al hospital por cuenta propia con las indicaciones de otros profesionales. Refleja por un lado, el grado de conocimiento de pacientes, profesionales e instituciones respecto al servicio de laboratorio que ofrece el Hospital; y por otro, la calidad percibida por los usuarios.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de exámenes de laboratorio o realizados extramuro en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de exámenes de laboratorio o realizados en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Sistema Informático de Laboratorio

Responsable: Coordinador del área de informática del Laboratorio

171. PORCENTAJE DE SOLICITUDES DE EXAMENES DE LABORATORIO POR SERVICIO ATENDIDAS

Determina el porcentaje de exámenes de laboratorio⁹⁸ que se realizan en relación a los que se solicitan. Refleja, por un lado, la capacidad instalada, la capacidad de respuesta y la disponibilidad del conjunto de recursos necesarios para la oferta de este servicio; y por otro, la disposición y posibilidades de los pacientes de cumplir con los exámenes indicados por el médico.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de exámenes de laboratorio realizados en consulta externa, hospitalización o emergencia en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de exámenes de laboratorio solicitados en consulta externa, hospitalización o emergencia en el mismo período}} \times 100$$

Período: semestral

Registro: Sistema Informático de Laboratorio

Responsable: Coordinador del área de informática del Laboratorio

⁹⁸ Ver indicador N° 167: Número de exámenes de laboratorio.

172. PORCENTAJE DE EXAMENES NO INFORMADOS EN EL TIEMPO PREVISTO, POR SERVICIO

Permite establecer la capacidad de respuesta y la oportunidad de entrega de los resultados del servicio de patología clínica. Dado que las prioridades son distintas en los servicios de emergencia, hospitalización y consulta externa, los cálculos deben realizarse separadamente según el servicio que solicita los exámenes⁹⁹.

Para el cálculo de este indicador se debe contabilizar los exámenes que después de haber sido realizados, no se informaron en el tiempo previsto, el cual está determinado para cada tipo de examen.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de exámenes de laboratorio no informados en el tiempo previsto de emergencia, hospitalización o consulta externa en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de exámenes de laboratorio o realizados de emergencia, hospitalización o consulta externa en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Sistema Informático de Laboratorio

Responsable: Coordinador del área de informática del Laboratorio

173. RENDIMIENTO HORA LABORATORISTA

Permite conocer el número de análisis clínicos que se realizan por cada hora efectiva de trabajo en el laboratorio. Puede utilizarse para medir el rendimiento individual, el de un grupo de laboratoristas (técnicos y/o médicos), o el promedio de rendimiento del conjunto del personal. Es más útil cuando se realizan los cálculos por tipos de examen: hematología, bioquímica, microbiología e inmunología¹⁰⁰.

Horas laboratorista efectivas, se refieren al tiempo que realmente se utiliza en la producción de análisis de laboratorio.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de exámenes de laboratorio realizados de hematología, bioquímica, microbiología o inmunología en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de horas laboratorista efectivas en hematología, bioquímica, microbiología o inmunología en el mismo período}}$$

Período: mensual

Registro: Sistema Informático de Laboratorio

Responsable: Jefe del Servicio de Laboratorio

⁹⁹ Ver indicador N° 167: Número de exámenes de laboratorio.

¹⁰⁰ Ver indicador N° 167: Número de exámenes de laboratorio.

174. PORCENTAJE DE EXAMENES DE LABORATORIO SIN RESULTADO POR ERROR TECNICO

Este indicador muestra la proporción de exámenes de laboratorio sin resultado debido a errores técnicos del personal del servicio de patología clínica. Mide indirectamente la calidad técnica de los profesionales y el uso eficiente de los recursos.

Número de exámenes de laboratorio sin resultado por error técnico, es el total de aquellos que han sido procesados o no, en los que por deficiencias en la toma de muestra o en la ejecución de algún procedimiento, no se logra resultados.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de exámenes de laboratorio sin resultado por error técnico en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de exámenes de laboratorio realizados en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Sistema Informático de Laboratorio

Responsable: Coordinador del área de informática del Laboratorio

XIV. BANCO DE SANGRE

- 175. Número de paquetes globulares
- 176. Porcentaje de unidades tamizadas
- 177. Porcentaje de postulantes reactivos
- 178. Porcentaje de unidades transfundidas
- 179. Porcentaje de solicitudes de urgencia atendidas
- 180. Porcentaje de solicitudes atendidas
- 181. Porcentaje de uso apropiado de unidades fraccionadas

XIV. BANCO DE SANGRE

Es el área funcional dedicada a la atención de donantes y receptores de sangre, así como de la realización de las pruebas de compatibilidad, despistaje de enfermedades en los donantes y otras, garantizando la obtención, procesamiento, almacenamiento y suministro de sangre segura, oportuna y de uso racional.

175. NUMERO DE PAQUETES GLOBULARES

Este indicador es útil para conocer la producción del servicio, ya que la elaboración de la fracción paquete globular, constituye la actividad principal del Banco de Sangre.

Número de paquetes globulares, es la suma de todos aquellos procesados en el Banco de Sangre. **Paquete globular**, es la fracción del concentrado de hematíes proveniente de la sangre total.

Nota: Otras fracciones que se obtienen de la sangre total son el plasma fresco congelado y las plaquetas. Sin embargo, cuando no se cuenta con una máquina de aféresis, que produce plaquetas en unidades de mayor cantidad que la obtenida de una sola sangre total, la unidad de producción principal sigue siendo el paquete globular.

Período: trimestral

Registro: Cuaderno de Fraccionamiento

Responsable: Técnico del área de fraccionamiento

Estándar: 99.5%

176. PORCENTAJE DE UNIDADES TAMIZADAS

Este es un indicador de sangre segura, es decir, permite evaluar el riesgo de reacciones postransfusionales, de tal manera que se garantice la calidad de la sangre.

La norma internacional de la OMS- OPS, exige las 7 pruebas obligatorias para el tamizaje de sangre: VIH(sida); HTLV I-II (oncovirus o retrovirus); Antígeno Australiano (hepatitis B); Anticore (hepatitis B); Anti-VHC (hepatitis C); Detección de infección por *Tripanosoma cruzi* (enfermedad de Chagas); Detección de infección de *Treponema*

Unidad tamizada, se refiere a la sangre que ha sido sometida a las 7 pruebas de laboratorio según norma internacional. Una unidad de sangre total que es tamizada parcialmente, no se considera sangre segura y por lo tanto no se incluye en el conteo de unidades tamizadas.

Unidad recolectada, se refiere a aquellas que corresponden al número de postulantes que llegaron a donar sangre.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de unidades tamizadas según enfermedad tipo en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de unidades recolectadas en el mismo período}} \times 100$$

Período: trimestral

Registro: Cuaderno de Tamizaje Inmunoserológico; Libro de Donantes

Responsable: Técnico del área de tamizaje inmunoserológico; Técnico del área de

Estándar: 100%

177. PORCENTAJE DE POSTULANTES REACTIVOS

Este indicador epidemiológico estima el riesgo de infección anual, mide la magnitud del problema y es útil para fines de programación, en el sentido de no incluir a los grupos sociales de alto riesgo (p.e. presos, trabajadoras sexuales, homosexuales, etc.).

Postulantes reactivos, se refiere a todos aquellos que después de realizar los exámenes serológicos de las enfermedades normadas internacionalmente, sus resultados indican la posibilidad de portar una determinada enfermedad.

Postulante, es toda persona que se presenta al Banco de sangre con la intención de donar sangre. Si pasa las pruebas de tamizaje clínico, hematológico y serológico se convierte en donante.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de postulante s reactivos según enfermedad tipo en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de postulante s en el mismo período}} \times 100$$

Período: trimestral

Registro: Cuaderno de Tamizaje Inmunoserológico

Responsable: Técnico del área de tamizaje inmunoserológico

Estándar: 8%

178. PORCENTAJE DE UNIDADES TRANSFUNDIDAS

Este indicador sirve para determinar si la sangre o sus componentes cubrieron la demanda y necesidades en forma oportuna.

Unidad transfundida, es una fracción de la sangre total que ha sido administrada a un determinado paciente. Se incluyen paquete globular, plasma, plaquetas y crioprecipitados.

Donante apto, es aquel que se somete a las pruebas internacionales con resultados satisfactorios y por lo tanto, está en condiciones de ser transfundida su sangre. No confundir con donante inmediato que es aquel que dona y luego se tamiza, en este caso, si la sangre es reactiva se elimina (campañas).

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de unidades transfundidas según fracción en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de donantes aptos en el mismo período}} \times 100$$

Período: trimestral

Registro: Cuaderno de Egresos (Libro de Transfusiones)

Responsable: Técnico del área de pruebas de compatibilidad, almacenamiento y despacho

179. PORCENTAJE DE SOLICITUDES DE URGENCIA ATENDIDAS

Evalúa la capacidad del Banco de sangre de atender en forma oportuna las solicitudes de urgencia. Esta en relación a la cobertura y a la disponibilidad.

Solicitudes de urgencia, son aquellas que se requieren una respuesta inmediata de sangre o algún componente.

Solicitudes de urgencia atendida, son aquellas que se entregan al momento de la solicitud, sin realizar prueba de compatibilidad inmediatamente.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de solicitudes de urgencia atendidas en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de solicitudes de urgencia en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Cuaderno Pruebas de Compatibilidad, Almacenamiento y Despacho

Responsable: Técnico del área de pruebas de compatibilidad, almacenamiento y despacho

Estándar: 99.8%

180. PORCENTAJE DE SOLICITUDES ATENDIDAS

Evalúa la capacidad del servicio de responder con efectividad a las solicitudes de entrega de sangre. Está relacionado con la cobertura que alcanza respecto a los servicios del hospital.

Solicitudes, se refiere al conjunto de pedidos provenientes de todos los servicios (incluyendo urgencias).

Solicitudes atendida, se refiere a aquellas unidades o componentes que se entregan por la indicación respectiva.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de solicitudes atendidas en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de solicitudes en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Cuaderno de Egresos (Libro de Transfusiones)

Responsable: Técnico del área de pruebas de compatibilidad, almacenamiento y despacho

Estándar: 90%

181. PORCENTAJE DE USO APROPIADO DE UNIDADES FRACCIONADAS

Este indicador refleja, al mismo tiempo que la producción del servicio, el uso racional y la calidad de la sangre que se ofrece.

Unidad fraccionada según tipo, es el componente de la sangre total que corresponde a paquete globular, plasma, plaquetas, o crioprecipitados que luego de un proceso constituyen por sí mismos una unidad.

Unidad tamizada apta, es la que proviene de un donante apto.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de unidades fraccionadas transfundidas en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de unidades tamizadas aptas en el mismo período}} \times 100$$

Período: trimestral

Registro: Cuaderno de Egresos (Libro de Transfusiones)

Responsable: Técnico del área de pruebas de compatibilidad, almacenamiento y despacho

Estándar: 100%

XV. ANATOMIA PATOLOGICA

- 182. Número de exámenes de anatomía patológica
- 183. Porcentaje de exámenes anatomo - patológicos según tipo
- 184. Tasa de necropsias

XV. ANATOMIA PATOLOGICA

Es el área funcional encargada de realizar exámenes cito e histopatológicos de fluidos y secreciones orgánicas; biopsias de órganos, tejidos y especímenes quirúrgicos; necropsias para confirmar, esclarecer o definir diagnósticos garantizando la calidad y oportunidad de los informes.

182. NUMERO DE EXAMENES DE ANATOMIA PATOLOGICA

Este indicador permite evaluar la producción del servicio de Anatomía Patológica, cuyos resultados están en función de la demanda y de la provisión adecuada de recursos. Además, es útil para programar y asignar los recursos según el tipo de

Número de exámenes de anatomía patológica, es el resultado de sumar todos los procedimientos realizados en dicha área del hospital. Se incluyen los exámenes de histopatología (biopsias, piezas quirúrgicas y biopsias por congelación), de citología (cervico-vaginal y otros aspirados) y necropsias.

Período: mensual

Registro: formato Estadístico de Producción del Servicio

Responsable: Técnico administrativo del Servicio

183. PORCENTAJE DE EXAMENES ANATOMO-PATOLOGICOS SEGÚN TIPO

Este indicador permite contar con información sobre la distribución de la demanda atendida de los diversos tipos de exámenes de anatomía patológica que brinda el I para orientar la programación y el uso eficiente de los recursos.

Número de exámenes de anatomía patológica según tipo, es la suma por separado de cada tipo de exámenes que produce el servicio: citología, biopsias, exámenes de piezas quirúrgicas y necropsias.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de exámenes de anatomía patológica según tipo en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de exámenes de anatomía patológica en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: formato Estadístico de Producción del Servicio

Responsable: Técnico administrativo del Servicio

184. TASA DE NECROPSIAS

Permite apreciar indirectamente la calidad diagnóstica que brinda el establecimiento, ya que las autopsias ofrecen un valioso conocimiento no sólo al que las realiza sino a los médicos que trataron al paciente en vida. Además, sirve de base para la realización de conversatorios clínico patológicos que benefician a un conjunto de médicos, y si se trata de un hospital docente, también a los estudiantes de medicina. Esclarece las causas de muerte y complicaciones, constituyendo un insumo para las auditorías médicas.

Tasa de necropsias, es la proporción de necropsias realizadas por el servicio de anatomía patológica, respecto al total de muertes ocurridas en el hospital.

Necropsia de Hospital, es el examen postmortem, efectuado por un anatomopatólogo del hospital. Se realiza a los pacientes fallecidos con un internamiento mayor de 24 horas, a solicitud del médico tratante o jefe del servicio, previa autorización del familiar más cercano. El informe debe registrarse en la historia clínica del paciente y en el servicio de anatomía patológica, donde se conservan las muestras de tejido seleccionadas hasta su procesamiento e informe final.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de necropsias realizadas en pacientes fallecidos} \\ \text{en el hospital en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de defunciones ocurridas en el hospital en el mismo período}} \times 100$$

Período: anual

Registro: Cuaderno de Necropsias; formato de Mortalidad Hospitalaria

Responsable: Médico Asistente; Técnico de estadística

-
-
195. Número de exámenes ecográficos
 196. Porcentaje de exámenes ecográficos por servicio
 197. Porcentaje de exámenes ecográficos según tipo
 198. Porcentaje de solicitudes de exámenes ecográficos por servicio atendidas
 199. Productividad hora ecografista
 200. Porcentaje de utilización de ecógrafos

XVI. IMAGENES

Es el área dedicada a la realización, procesamiento e interpretación de los estudios realizados por métodos de radiación y/o ultrasonido, organizada y dirigida de manera apropiada para garantizar la calidad y oportunidad de sus resultados.

RADIOLOGIA

185. NUMERO DE EXAMENES RADIOLOGICOS

Número de exámenes radiológicos, es el resultado de sumar todos los realizados en dicha área del hospital. Este indicador muestra la producción del servicio en un más de ser útil para programar y asignar los recursos cuando se clasifican

Período: mensual

Registro: Parte Diario de Radiología

Responsable: Técnico administrativo

186. PORCENTAJE DE EXAMENES RADIOLOGICOS POR SERVICIOS

Mide la distribución de la demanda atendida de exámenes radiológicos¹⁰¹ de cada servicio solicitante del hospital, es decir de hospitalización, consulta externa, emergencia y centro quirúrgico. De acuerdo a la distribución de la demanda es posible orientar la programación y asignación de los recursos del servicio de radiología.

N ° de exámenes radiológicos efectuados por indicación del servicio de consulta externa (hospitalización, emergencia o centro quirúrgico) en un período	x 100
$\frac{\text{N }^{\circ} \text{ de exámenes radiológicos efectuados en el servicio de radiología en el mismo período}}{\text{N }^{\circ} \text{ de exámenes radiológicos efectuados en el mismo período}} \times 100$	

Período: mensual

Registro: Orden de Pedido; Parte Diario de Radiología

Responsable: Técnico administrativo

187. PORCENTAJE DE EXAMENES RADIOLOGICOS SEGÚN TIPO

Este indicador permite contar con información sobre la distribución de la demanda atendida de los diversos tipos de exámenes de radiología que brinda el servicio¹⁰², lo que es útil para orientar la programación de los recursos.

Número de exámenes radiológicos según tipo, es la suma por separado de cada tipo de exámenes que produce el servicio: radiografías óseas, arteriografías, aortografías, flebografías, cavografías, portografías indirectas, uretrocistografías, dacriocistografías, sialografías, histerosalpingografías, etc.

¹⁰¹ Ver indicador N° 185: Número de exámenes radiológicos.

¹⁰² Ver indicador N° 185: Número de exámenes radiológicos.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de exámenes radiológicos según tipo en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de exámenes radiológicos en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Parte Diario de Radiología

Responsable: Técnico administrativo

188. PORCENTAJE DE SOLICITUDES DE EXAMENES RADIOLOGICOS POR SERVICIO ATENDIDAS

Determina el porcentaje de exámenes radiológicos que se realizan en relación a los que se solicitan. Refleja, por un lado, la capacidad instalada, la capacidad de respuesta y la disponibilidad del conjunto de recursos necesarios para la oferta de este servicio; y por otro, la disposición y posibilidades de los pacientes de cumplir con las indicaciones del médico¹⁰³.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de exámenes radiológicos realizados por indicación de consulta externa, hospitalización, emergencia o centro quirúrgico en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de exámenes radiológicos solicitados en consulta externa, hospitalización, emergencia o centro quirúrgico en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Parte Diario de Radiología

Responsable: Técnico administrativo

189. PROMEDIO DE PLACAS RADIOLOGICAS POR TIPO DE EXAMEN

Permite conocer el número de placas radiológicas utilizadas, en promedio, por cada examen realizado¹⁰⁴. Como el número de placas varía según el tipo de examen, es conveniente agruparlos para realizar los cálculos. Mide indirectamente el uso eficiente de los recursos.

Placa radiológica, es una plancha, lámina o película radiológica que se obtiene como resultado de un estudio radiológico en el que se ha utilizado o no medios de contraste.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de placas utilizadas para exámenes radiológicos según tipo en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de exámenes radiológicos efectuados según tipo en el mismo período}}$$

¹⁰³ Ver indicador N° 185: Número de exámenes radiológicos.

¹⁰⁴ Ver indicador N° 185: Número de exámenes radiológicos.

Período: mensual

Registro: Parte Diario de Radiología

Responsable: Técnico administrativo

190. PORCENTAJE DE PLACAS NO ÚTILES PARA EL DIAGNOSTICO

Determina la proporción de placas radiológicas que no son útiles para el diagnóstico por falta de claridad en la imagen. Si el resultado de este indicador es alto, debe investigarse las causas para mejorar la eficacia y eficiencia del servicio.

Placa radiológica no útil para el diagnóstico, es aquella que ha sido utilizada para realizar un examen radiológico en un paciente, pero ofrece una imagen defectuosa debido a una inadecuada exposición a los rayos X, deficiencias técnicas del personal, defectos de procesamiento o del equipo de radiología.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de placas radiológicas no útiles para el diagnóstico o en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de placas radiológicas utilizadas en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Cuaderno de Control de Uso de Placas; Parte Diario de Radiología

Responsable: Técnico administrativo

191. NUMERO DE PACIENTES CON PREPARACION INADECUADA PARA EL EXAMEN RADIOLOGICO

Este indicador estima la proporción de pacientes que no se han preparado adecuadamente para el examen radiológico, lo que podría originar una nueva prueba causando un uso ineficiente de los recursos e insatisfacción del usuario.

Número de pacientes con preparación inadecuada para examen radiológico, se refiere al registro de aquellos que incumplieron con las indicaciones recibidas para la realización de determinado examen radiológico, sea por negligencia del propio paciente, por su falta de entendimiento o por limitada comunicación del médico o personal de citas. El resultado de la preparación inadecuada del paciente, trae como consecuencia interferencias en las imágenes radiológicas que ocasionan dificultades para realizar o interpretar una prueba.

Período: mensual

Registro: formato de Suspensión de Exámenes Radiológicos

Responsable: Técnico administrativo

192. PORCENTAJE DE REACCIONES ADVERSAS

Este indicador muestra la proporción de pacientes que presentan reacciones adversas a cualquiera de las sustancias utilizadas para pruebas radiológicas, frente al total de pacientes que las recibieron. Estas reacciones adversas pueden ser de tipo alérgico, shock anafiláctico, hipotensión arterial, etc.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con reacciones adversas a sustancias de contraste en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes en quienes se utilizó sustancias de contraste en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: formato de Ocurrencia de Reacciones Adversas

Responsable: Enfermera del Servicio de Radiología

193. PRODUCTIVIDAD HORA RADIOLOGO

Permite conocer el número de exámenes radiológicos que se realizan por cada hora programada de trabajo en el servicio. Puede utilizarse para medir la productividad individual, el de un grupo de radiólogos (técnicos y/o médicos), o el promedio de rendimiento del conjunto del personal¹⁰⁵.

Horas personal de radiología programadas, se refieren a los turnos de trabajo que se utiliza en la producción de radiografías.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de exámenes radiológicos informados en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de horas personal de radiología programadas en el mismo período}}$$

Período: mensual

Registro: Parte Diario de Radiología; Hoja HIS

Responsable: Técnico administrativo

194. PORCENTAJE DE UTILIZACION DE EQUIPOS DE RADIOLOGIA

Sirve para establecer el grado de utilización de la capacidad instalada de un equipo de radiología. La diferencia entre la máxima capacidad instalada y el grado de utilización, permite establecer la capacidad instalada ociosa.

Número de horas de utilización de equipos, se refiere al tiempo que cada equipo del servicio está en operación. Se obtiene multiplicando las horas diarias de funcionamiento de determinado equipo por el período de estudio.

Número de horas disponibles de utilización de equipos, es el tiempo de funcionamiento estandarizado o normado para que cada equipo, que se encuentre operativo, cumpla con el volumen de trabajo que le corresponde.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de horas utilizadas por equipos de radiología en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de horas disponibles de utilización de equipos de radiología en el mismo período}} \times 100$$

¹⁰⁵ Ver indicador N° 185: Número de exámenes radiológicos.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de exámenes ecográficos efectuados por indicación del servicio de consulta externa (u hospitalización o emergencia) en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de exámenes ecográficos efectuados en el servicio de ecografía en el mismo período}} \times 100$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de exámenes ecográficos según tipo en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de exámenes ecográficos en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Parte Diario

Responsable: Técnico de enfermería

198. PORCENTAJE DE SOLICITUDES DE EXAMENES ECOGRAFICOS POR SERVICIOS ATENDIDAS

Determina el porcentaje de exámenes ecográficos que se realizan en relación a los que se solicitan. Refleja, por un lado, la capacidad instalada, la capacidad de respuesta y la disponibilidad del conjunto de recursos necesarios para la oferta de este servicio; y por otro, la disposición y posibilidades de los pacientes de cumplir con las

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de exámenes ecográficos realizados por indicación de consulta externa, hospitalización o emergencia en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de exámenes ecográficos solicitados en consulta externa, hospitalización o emergencia en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Parte Diario

Responsable: Técnico de enfermería

199. PRODUCTIVIDAD HORA ECOGRAFISTA

Permite conocer el número de exámenes ecográficos que se realizan por cada hora programada de trabajo en el servicio. Puede utilizarse para medir la productividad individual, la de un grupo de médicos radiólogos ecografistas¹⁰⁶.

Horas ecografista programadas, se refieren a los turnos de trabajo que se utilizan en la producción de ecografías.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de exámenes ecográficos realizados en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de horas ecografista programadas en el mismo período}}$$

¹⁰⁶ Ver indicador N° 195: Número de exámenes ecográficos.

Período: mensual

Registro: Parte Diario

Responsable: Técnico de enfermería

200. PORCENTAJE DE UTILIZACION DE ECOGRAFOS

Sirve para establecer el grado de utilización de la capacidad instalada de un equipo de ecografía. La diferencia entre la máxima capacidad instalada y el grado de utilización, permite establecer la capacidad instalada ociosa.

Número de horas de utilización de equipos de ecografía, se refiere al tiempo que cada equipo del servicio está en operación. Se obtiene multiplicando las horas diarias de funcionamiento de determinado equipo por el período de estudio.

Número de horas disponibles de utilización de equipos de ecografía, es el tiempo de funcionamiento estandarizado o normado para que cada equipo, que se encuentre operativo, cumpla con el volumen de trabajo que le corresponde.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de horas utilizadas por equipos de ecografía en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de horas disponibles de utilización del equipos de ecografía en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Parte Diario

Responsable: Técnico de enfermería

XVII. RADIOTERAPIA

- 201. Número de atenciones en radioterapia
- 202. Número de atendidos en radioterapia
- 203. Promedio de atenciones por atendido en radioterapia
- 204. Porcentaje de atenciones de radioterapia según procedencia
- 205. Porcentaje de solicitudes de radioterapia atendidas

XVII. RADIOTERAPIA

Es el área funcional dedicada a las diversas aplicaciones de las radiaciones, garantizando la adecuación y calidad de las mismas.

201. NUMERO DE ATENCIONES EN RADIOTERAPIA

Atención en radioterapia, es la actividad que comprende un conjunto de procedimientos dirigidos al tratamiento de algunas enfermedades no neoplásicas susceptibles de recibir radioterapia y de neoplasias de aquellos pacientes que acuden a dicho servicio.

El **número de atenciones en radioterapia**, resulta de sumar las atenciones realizadas en los ambientes de radioterapia del hospital. Representa la producción del servicio.

Período: mensual

Registro: Historia Clínica; Cuaderno de Atención Diaria

Responsable: Médico radioterapista; Técnico de radioterapia

202. NUMERO DE ATENDIDOS EN RADIOTERAPIA

Atendido en radioterapia, es aquel que acude a un ambiente del servicio de radioterapia del hospital donde recibe atención especializada de la misma.

- **Paciente nuevo en radioterapia**, es el que acude por primera vez en su vida al servicio de radioterapia.
- **Paciente reingresante en radioterapia**, es el que acude al servicio de radioterapia por primera vez en el año calendario, pero que acudió en años anteriores.
- **Paciente continuador en radioterapia**, es el que acude por segunda o más veces al servicio de radioterapia durante el año calendario.

El **número de atendidos en el servicio de radioterapia**, se relaciona con los pacientes nuevos y reingresantes a dicho servicio

Período: mensual

Registro: Informe de Atendidos

Responsable: Médico radioterapista

203. PROMEDIO DE ATENCIONES POR ATENDIDO EN RADIOTERAPIA

Sirve para obtener el promedio de atenciones que se han otorgado a cada paciente en el servicio de radioterapia, en un período determinado¹⁰⁷.

¹⁰⁷ Ver indicador N° 201: Número de atenciones en radioterapia; ver indicador N° 202: Número de atendidos en radioterapia.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de atenciones en radioterapia en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de atendidos en radioterapia en el mismo período}}$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de atenciones de radioterapia efectuadas según indicación (intrahospitalaria o extrahospitalaria) en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de atenciones de radioterapia efectuadas en el servicio en el mismo período}} \times 100$$

¹⁰⁹. Además, permite establecer el grado de información que se tiene acerca del tipo de radioterapia que se brinda.

¹⁰⁸ Ver indicador N° 201: Número de atenciones en radioterapia.

¹⁰⁹ Ver indicador N° 201: Número de atenciones en radioterapia.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de atenciones de radioterapia realizados en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de atenciones de radioterapia solicitadas en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: formato de Solicitudes de Atención

Responsable: Secretaria

XVIII. MEDICINA NUCLEAR

- 206. Número de atenciones en medicina nuclear
- 207. Número de atendidos en medicina nuclear
- 208. Promedio de atenciones por atendido en medicina nuclear
- 209. Porcentaje de atenciones de medicina nuclear según procedencia
- 210. Porcentaje de atenciones de medicina nuclear según tipo
- 211. Porcentaje de utilización de cámara gamma

XVIII. MEDICINA NUCLEAR

Es el área funcional dedicada a las diversas aplicaciones diagnósticas y terapéuticas de los radioisótopos, garantizando calidad de las mismas.

206. NUMERO DE ATENCIONES O ESTUDIOS EN MEDICINA NUCLEAR

Atención en medicina nuclear, es la actividad que comprende un conjunto de procedimientos dirigidos al diagnóstico y tratamiento de enfermedades por medio de la utilización de radioisótopos, de aquellos pacientes que acuden a dicho servicio. Los procedimientos o estudios diagnósticos comprenden gammagrafías y captación de yodo radiactivo.

El **número de atenciones en medicina nuclear**, resulta de sumar las atenciones realizadas en los ambientes de medicina nuclear del hospital.

Período: mensual

Registro: Sistema Informático del Servicio

Responsable: Secretaria

207. NUMERO DE ATENDIDOS EN MEDICINA NUCLEAR

Atendido en medicina nuclear, es aquel que acude a un ambiente del servicio de medicina nuclear del hospital donde recibe atención con fines diagnósticos y

- **Paciente nuevo en medicina nuclear**, es el que acude por primera vez en su vida al servicio de medicina nuclear.
- **Paciente reingresante en medicina nuclear**, es el que acude al servicio de medicina nuclear por primera vez en el año calendario, pero que ac anteriores.
- **Paciente continuador en medicina nuclear**, es el que acude por segunda o más veces al servicio de medicina nuclear durante el año calendario. Estos pacientes son poco frecuentes ya que los controles se realizan luego de uno o dos años.

El **número de atendidos en el servicio de medicina nuclear**, se relaciona con los pacientes nuevos y reingresantes a dicho servicio

Período: mensual

Registro: Sistema Informático del Servicio

Responsable: Secretaria

208. PROMEDIO DE ATENCIONES O ESTUDIOS POR ATENDIDO EN MEDICINA NUCLEAR

Sirve para obtener el promedio de atenciones que se han otorgado a cada paciente en el servicio de medicina nuclear, en un período determinado¹¹⁰.

¹¹⁰ Ver indicador N° 206: Número de atenciones en medicina nuclear; ver indicador N° 207: Número de atendidos en medicina nuclear.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de atenciones en medicina nuclear en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de atendidos en medicina nuclear en el mismo período}}$$

En el denominador de la fórmula, sólo se debe considerar a los pacientes nuevos y reingresantes al servicio, no así a los continuadores, ya que de lo contrario se estaría registrando a los mismos individuos.

Período: mensual

Registro: Sistema Informático del Servicio

Responsable: Secretaria

209. PORCENTAJE DE ATENCIONES O ESTUDIOS DE MEDICINA NUCLEAR SEGÚN PROCEDENCIA

Mide la distribución de la demanda atendida de medicina nuclear de pacientes del Hospital y de aquellos que acuden al servicio por indicación de otros profesionales o instituciones. De acuerdo a la distribución de la demanda es posible programar y asignar los recursos del servicio¹¹¹.

Atención en medicina nuclear, en el campo diagnóstico, es la aplicación de un fármaco radioactivo que se administra al paciente como trazador para diferenciar estructuras anatómicas o funciones bioquímicas o fisiológicas normales y anormales; en el campo terapéutico, es la administración de un fármaco radioactivo para el control temporal o definitivo de enfermedades o sus síntomas.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de atenciones de medicina nuclear efectuadas según indicación (intrahospitalaria o extrahospitalaria) en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de atenciones de medicina nuclear efectuadas en el servicio en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Sistema Informático del Servicio

Responsable: Secretaria

210. PORCENTAJE DE ATENCIONES O ESTUDIOS DE MEDICINA NUCLEAR SEGÚN TIPO

Este indicador permite contar con información sobre la distribución de la demanda de los diversos tipos de estudios que brinda el servicio, las cuales están en relación a las diversas patologías de los pacientes¹¹². Está dirigido a evaluar las necesidades del servicio según el tiempo empleado para cada tipo de estudio.

¹¹¹ Ver indicador N° 206: Número de atenciones de medicina nuclear.

¹¹² Ver indicador N° 206: Número de atenciones en medicina nuclear.

Número de atenciones de medicina nuclear según tipo, es la suma por separado de cada tipo de estudio de medicina nuclear: morfológico funcional, funcional y tomográfico de cada uno de los órganos o sistemas por separado, así como de los tratamientos efectuados.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de atenciones de medicina nuclear según tipo en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de atenciones de medicina nuclear en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Sistema Informático del Servicio

Responsable: Secretaria

211. PORCENTAJE DE UTILIZACION DE CAMARA GAMMA

Sirve para establecer el grado de utilización de la capacidad instalada de un equipo de medicina nuclear. La diferencia entre la máxima capacidad instalada y el grado de utilización, permite establecer la capacidad instalada ociosa.

Número de horas de utilización de cámara gamma, se refiere al tiempo que este equipo está en operación. Se obtiene del registro computarizado automático.

Número de horas disponibles de utilización de cámara gamma, es el tiempo de funcionamiento estandarizado o normado para este equipo.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de horas utilizadas por por la cámara gamma en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de horas disponibles de utilización de la cámara gamma en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Sistema Informático del Servicio

Responsable: Secretaria

XIX. ENFERMERIA

- 212. Porcentaje de diagnósticos de enfermería registrados
- 213. Calidad del registro de enfermería
- 214. Porcentaje de autoextubación
- 215. Porcentaje de flebitis
- 216. Porcentaje de úlceras por presión
- 217. Porcentaje de obstrucción del tubo endotraqueal
- 218. Porcentaje de eritema de piel por uso de pañal
- 219. Promedio de procedimientos especiales suspendidos en hospitalización
- 220. Porcentaje de onfalitis en el servicio de neonatología

XIX. ENFERMERIA

Es el área funcional dedicada a prestar cuidados directos al paciente ambulatorio y hospitalizado del establecimiento proyectando sus acciones a la familia y comunidad.

212. PORCENTAJE DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA REGISTRADOS

Este indicador sirve para establecer el grado de cumplimiento del llenado de la hoja de registro correspondiente, donde debe figurar el diagnóstico de enfermería.

Diagnóstico de enfermería, es la interpretación de los problemas y necesidades del paciente basada en una valoración (subjetiva y objetiva), que permite planear la intervención de enfermería. Este diagnóstico, realizado por la enfermera a cargo, debe consignarse en la **hoja de registro de enfermería**, contenida en las historias clínicas de los pacientes hospitalizados. Los diagnósticos de enfermería deben elaborarse tomando como referencia el sistema de clasificación de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), adaptado a las características particulares del Hospital.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de H.C. de pacientes hospitalizados con diagnósticos de enfermería consignados en su hoja de registro en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de H.C. de pacientes hospitalizados en el mismo periodo}} \times 100$$

Período: trimestral

Registro: Formato por Auditoría de Enfermería

Responsable: Jefa de la Unidad

213. CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERIA

Sirve para medir la calidad de los registros de enfermería. Esta medición se debe basar en la existencia de un plan de atención de enfermería estructurado según las normas establecidas en el SOAPIE.

SOAPIE,. Es un método sistemático para el registro e interpretación de los problemas y necesidades del paciente, así como las acciones y observaciones, garantizando la continuidad y seguridad en su atención (S: datos subjetivos; O: datos objetivos; A: análisis o diagnóstico; P: plan de acción; I: intervención; E: evaluación).

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de registros de enfermería de las H.C. de pacientes hospitalizados, que aplican el SOAPIE en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de hojas de registro de enfermería de las H.C. de pacientes hospitalizados en el mismo periodo}} \times 100$$

Período: trimestral

Registro: Formato por Auditoría de Enfermería

Responsable: Jefa de la Unidad

214. PORCENTAJE DE AUTOEXTUBACION

Mide la calidad de la atención de enfermería en pacientes intubados, en quienes es necesario mantener la posición correcta del tubo endotraqueal, ya que de lo contrario se pone en riesgo su vida.

Número de pacientes intubados, es el total de aquellos a quienes se les ha colocado un tubo endotraqueal para permitir una vía aérea permeable.

Número de pacientes con autoextubación, es el total de aquellos en quienes se produce el retiro parcial o total del tubo endotraqueal que les ha sido colocado, como consecuencia de la movilización o fijación inadecuada.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes que se autoextubaron en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes intubados en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Hoja de Complicaciones de Enfermería

Responsable: Jefa de la Unidad

215. PORCENTAJE DE FLEBITIS

Mide la calidad de la intervención de enfermería respecto a la correcta aplicación de catéteres venosos periféricos, en pacientes hospitalizados.

Paciente con flebitis, es aquel que presenta inflamación de una vena relacionada con irritación química y mecánica, caracterizada por una región enrojecida y tibia en torno

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes hospitalizados con flebitis en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes hospitalizados con cateter venoso periferico en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Hoja de Complicaciones de Enfermería

Responsable: Jefa de Unidad

216. PORCENTAJE DE ULCERAS POR PRESIÓN

Mide la calidad de la intervención de enfermería respecto a la adecuada movilización de los pacientes hospitalizados, que presentan limitaciones de la movilidad, para evitar la formación de úlceras por presión.

Paciente con úlceras de presión, es aquel que durante su internamiento presenta piel esfacelada, debido a su escasa movilización. Contribuyen a su formación la presión, la tensión, la fricción y la humedad. No se deben considerar a los pacientes que ingresan con este tipo de úlceras ya formadas o con evidentes zonas de presión.

Paciente con movilización limitada, es aquel con grado de dependencia II y III (II: 3 a 5 horas de atención directa de enfermería; III: 6 a 8 horas de atención directa de

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes hospitalizados con úlceras de presión en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes hospitalizados con movilización limitada en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Hoja de Complicaciones de Enfermería

Responsable: Jefa de la Unidad

217. PORCENTAJE DE OBSTRUCCION DEL TUBO ENDOTRAQUEAL

Sirve para medir la calidad de la intervención de enfermería, respecto al mantenimiento de la permeabilidad de tubos endotraqueales en pacientes hospitalizados.

Paciente con obstrucción deL tubo endotraqueal, complicación grave de posibles consecuencias mortales, en donde la luz del tubo se obstruye en forma parcial o total, debido a inadecuada aspiración y deficiente humidificación del oxígeno, dificultando la respiración del paciente, pudiendo llegar a la asfixia.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes hospitalizados con obstrucción de tubo endotraqueal en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes hospitalizados con tubo endotraqueal en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Hoja de Complicaciones de Enfermería

Responsable: Jefa de la Unidad

218. PORCENTAJE DE ERITEMA DE PIEL POR USO DE PAÑAL

Sirve para medir la calidad de la intervención de enfermería en el cambio oportuno de pañales en los pacientes que lo necesitan (neonatos, adultos graves y gerontos).

Paciente con eritema de pañal, es aquel que presenta una lesión cutánea producida por el contacto prolongado entre la piel y una combinación de orina y heces con sus

sustancias químicas irritantes, como la urea y enzimas intestinales, caracterizada por enrojecimiento y engrosamiento de la piel de la región perineal.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes hospitalizados con eritema de pañal en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes hospitalizados que utilizan pañal en el servicio en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Hoja de Complicaciones de Enfermería

Responsable: Jefa de la Unidad

219. PROMEDIO DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES SUSPENDIDOS EN HOSPITALIZACION

Mide la eficacia del trabajo de enfermería respecto a la preparación de los pacientes hospitalizados que requieren procedimientos especiales. Establece el promedio de este tipo de procedimientos que son suspendidos por inadecuada preparación del paciente. Es útil para tomar las medidas correctivas y así evitar la demora innecesaria en el diagnóstico, que repercute en la mayor estancia hospitalaria.

Procedimientos especiales suspendidos, son aquellos que estando programados no se pueden realizar por la mala preparación del paciente. Dentro de estos procedimientos se considera: endoscopia digestiva, laparoscopia, biopsia renal, colonoscopia, placa de columna sacra, urografia, radiografia de colon a doble contraste, radiografia de abdomen simple, pancreatocolangiografía endoscópica, proctosigmoidoscopia.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de procedimientos especiales suspendidos por inadecuada preparación en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes hospitalizados programados para procedimientos especiales en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Hoja de Complicaciones de Enfermería

Responsable: Jefa de la Unidad

220. PORCENTAJE DE ONFALITIS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA

Permite evaluar la calidad de la atención de enfermería respecto al cuidado nacido. Es útil para tomar medidas correctivas y evitar estancias prolongadas por complicaciones.

Recién nacido con onfalitis, es aquel que presenta una infección del cordón umbilical, caracterizado por enrojecimiento y edema de la piel alrededor del ombligo, seguida de secreción sanguinolenta o purulenta. Esta infección puede prevenirse con la higiene adecuada, la cual está a cargo del personal de enfermería.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de recién nacidos con onfalitis en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de recién nacidos en neonatología en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Hoja de Complicaciones de Enfermería

Responsable: Jefa de la Unidad

XX. FARMACIA

- 221. Número de fármacos o medicamentos atendidos
- 222. Porcentaje de medicamentos atendidos
- 223. Distribución del consumo de medicamentos por servicio
- 224. Porcentaje de medicamentos no atendidos
- 225. Porcentaje de devoluciones por error de dispensación
- 226. Existencia en stock de medicamentos indispensables para la reanimación cardiorrespiratoria básica

XX. FARMACIA

Es el área funcional encargada de suministrar a los servicios de hospitalización, ambulatorios y otros, los medicamentos y productos afines.

221. NUMERO DE FARMACOS O MEDICAMENTOS ATENDIDOS

En los hospitales del Ministerio de Salud las recetas constituyen un documento donde se listan los medicamentos, la cantidad y sus indicaciones.

El **número de medicamentos atendidos**, resulta de sumar todos aquellos que han sido prescritos y despachados por la farmacia del hospital. Representa la producción del servicio y permiten calcular el rendimiento de la farmacia.

Adicionalmente, es conveniente registrar los medicamentos solicitados que no fueron atendidos, para su reposición en el petitorio farmacológico.

Período: mensual

Registro: Sistema Informático de Farmacia

Responsable: Técnico administrativo

222. PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS ATENDIDOS

Determina el porcentaje de medicamentos atendidos en relación a los que se solicitan. Mide la capacidad de la farmacia para satisfacer las necesidades de los usuarios en lo que a productos farmacéuticos se refiere (disponibilidad); y al mismo tiempo, las posibilidades de los pacientes (poder adquisitivo) de cumplir con su tratamiento. Puede calcularse en general o por cada servicio solicitante.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de medicamentos atendidos en consulta externa, hospitalización o emergencia en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de medicamentos prescritos en consulta externa, hospitalización o emergencia en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Sistema Informático de Farmacia; formato de Recetas Atendidas

Responsable: Técnico administrativo; Jefe de Servicio

223. DISTRIBUCION DEL CONSUMO DE MEDICAMENTOS POR SERVICIO

Este indicador permite establecer la demanda atendida de productos farmacéuticos por cada servicio solicitante. Es útil para establecer los puntos donde se generan los gastos de mayor cuantía en medicamentos.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de medicamentos atendidos por servicio en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de medicamentos atendidos en farmacia en el mismo período}} \times 100$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de medicamentos no atendidos en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de medicamentos prescritos presentados en la farmacia del hospital en el mismo periodo}} \times 100$$

ipción, facturación manual o informatizada, descargo de anaqueles y entrega final.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de facturas devueltas por error en la dispensación en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ total de facturas atendidas el mismo periodo}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Cuaderno de Devoluciones; Sistema Informático de Farmacia

Responsable: Jefe de Servicio; Técnico administrativo

226. EXISTENCIA EN STOCK DE MEDICAMENTOS INDISPENSABLES PARA LA REANIMACION CARDIORESPIRATORIA BASICA

Este indicador permite conocer la eficiencia en la reposición de los medicamentos considerados indispensables para la reanimación cardiopulmonar básica, los cuales deben estar siempre disponibles, ya que su falta puede poner en riesgo la vida de los pacientes que los necesitan.

Los medicamentos cuya existencia debe registrarse diariamente son adrenalina, atropina y lidocaína (sin preservante y sin epinefrina).

Período: mensual

Registro: Sistema Informático de Farmacia; Kardex Computarizado

Responsable: Técnico administrativo; Jefe de Servicio

XXI. TRABAJO SOCIAL

- 227. Porcentaje de distribución de las actividades de trabajo social según tipo
- 228. Porcentaje de visitas, entrevistas, gestiones y reuniones ejecutadas en relación a lo programado
- 229. Porcentaje de pacientes exonerados de pago
- 230. Porcentaje de pacientes en extrema pobreza

XXI. TRABAJO SOCIAL

Es el área funcional encargada del estudio, diagnóstico, tratamiento e investigación de los factores sociales que favorecen o interfieren en la salud de la persona, familia y comunidad.

227. PORCENTAJE DE DISTRIBUCION DE LAS ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL SEGÚN TIPO

Este indicador permite conocer la distribución de actividades que son realizadas por el personal que se desempeña en el área de trabajo social, y por lo tanto, elaborar una mejor programación de los recursos humanos y posteriormente evaluar su rendimiento.

Número de actividades de trabajo social según tipo, es la suma por separado de cada tipo de actividad desarrollada en esta unidad. Las actividades que se realizan son las siguientes: visitas domiciliarias, entrevistas, gestiones y reuniones.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de actividades de trabajo social realizadas según tipo en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de actividades de trabajo social en el mismo periodo}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Hoja HIS

Responsable: Trabajadora Social

228. PORCENTAJE DE VISITAS, ENTREVISTAS, GESTIONES Y REUNIONES EJECUTADAS EN RELACION A LO PROGRAMADO

Este indicador determina cómo se vienen cumpliendo las actividades de esta área con respecto a lo programado. Puede ser calculado por cada una de las actividades que se realizan en este servicio. Muestra el grado de avance o cumplimiento de las metas programadas durante un período¹¹³.

Entrevista, es una técnica de comunicación verbal y de observación que busca obtener información veraz del caso de estudio, ya sea del paciente o de sus familiares.

Visita domiciliaria, es una actividad extramural que consiste en el desplazamiento de la trabajadora social al domicilio del usuario, con el fin de conocer su situación familiar (verificar *in situ* aspectos socioeconómicos y la relación entre sus miembros y su entorno).

Gestiones, son todas aquellas acciones orientadas a solucionar determinado problema de los usuarios, lo que implica coordinaciones con otros servicios del hospital u otras instituciones.

Reuniones, son las que se realizan con la familia del paciente en un caso; y con grupos de pacientes con enfermedades comunes en otros caso (*grupos de ayuda mutua*).

¹¹³ Ver indicador N° 227: Porcentaje de distribución de las actividades de trabajo social según tipo (número de actividades de trabajo social según tipo).

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de actividades de trabajo social según tipo ejecutadas en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de actividades de trabajo social según tipo programadas en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Hoja HIS

Responsable: Trabajadora Social

229. PORCENTAJE DE PACIENTES EXONERADOS DE PAGO

Indica la proporción de pacientes que acudieron a la unidad de trabajo social, que fueron exonerados del pago total o parcial por los servicios recibidos en un determinado período, en las diferentes unidades funcionales del hospital.

Número de pacientes exonerados del pago total, es la suma de todos aquellos que reciben apoyo económico del hospital, correspondiente al 100% de los costos de sus servicios donde fue atendido.

Número de pacientes exonerados del pago parcial, es el total de aquellos que reciben apoyo económico del hospital, correspondiente a un determinado porcentaje (menor al 100%) de los costos de su atención en los diferentes servicios donde fue atendido.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes exonerados del pago total (o parcial) en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que solicitaron exoneración del pago total (o parcial) en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Hoja HIS

Responsable: Trabajadora Social

230. PORCENTAJE DE PACIENTES EN EXTREMA POBREZA

Este indicador permite conocer la proporción de pacientes en la condición de extrema pobreza que acuden al hospital y que requieren sea subsidiada su atención.

Número de pacientes en extrema pobreza, es la suma de aquellos que acuden a atenderse al hospital pero no tienen posibilidades de pagar los servicios que solicitan. Su situación debe ser verificada por los trabajadores sociales del centro asistencial, quienes deben constatar la incapacidad del paciente y su familia para satisfacer sus necesidades básicas.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes en extrema pobreza en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Hoja HIS

Responsable: Trabajadora Social

XXII. NUTRICION Y DIETETICA

- 231. Número de raciones atendidas
- 232. Número de dietas especiales
- 233. Número de fórmulas lácteas
- 234. Número de fórmulas enterales
- 235. Número de raciones para el personal
- 236. Porcentaje de raciones según tipo
- 237. Porcentaje de quejas y reclamos de los usuarios por la alimentación recibida
- 238. Número de consultas nutricionales

XXII. NUTRICION Y DIETETICA

Es el área funcional dedicada a la preparación y dispensa de regímenes dietéticos, garantizando su calidad y oportunidad.

231. NUMERO DE RACIONES ATENDIDAS

Este indicador muestra la producción del servicio de nutrición y dietética en términos de *raciones atendidas* para los pacientes que se encuentran hospitalizados. Este rubro incluye desayuno, almuerzo y cena de los pacientes, pero no la del personal. Para efectos de cálculo se consignan los diferentes tipos de dieta que produce el servicio, a excepción de las fórmulas lácteas que se registran por separado. El número de raciones atendidas se puede contrastar con el número de pacientes día con el fin de determinar la eficiencia del servicio.

Período: mensual

Registro: formato de Estadística Mensual de Raciones Atendidas

Responsable: Secretaria

232. NUMERO DE DIETAS ESPECIALES

Este indicador muestra el número de dietas especiales diarias que el servicio produce, es decir, aquellas relacionadas con determinadas patologías (diabetes, síndrome nefrótico, post operados, etc.). No se incluye en este rubro las dietas normales, les, etc.), con las cuales puede establecerse comparaciones porcentuales.

Período: mensual

Registro: formato de Estadística Mensual de Raciones Atendidas

Responsable: Secretaria

233. NUMERO DE FORMULAS LACTEAS

Este indicador muestra la producción del servicio de nutrición y dietética en términos de fórmulas lácteas para los pacientes de neonatología y pediatría. Estas se miden en número de biberones, de los cuales varios pueden ser consumidos por un solo paciente. En el análisis debe considerarse la justificación de la indicación de fórmulas lácteas, debido a la importancia que tiene la promoción de la lactancia materna.

Período: mensual

Registro: formato de Estadística Mensual de Raciones Atendidas

Responsable: Secretaria

234. NUMERO DE FORMULAS ENTERALES

Son preparados alimenticios licuados para brindar apoyo nutricional a pacientes con problemas de desnutrición o neurológicos que requieren este tipo de alimentación ya sea por vía oral (ponches, jugos o sopas licuadas) o a través de sonda nasogástrica (no se consideran como dietas especiales). Mide parte de la producción del servicio.

Período: mensual

Registro: formato de Estadística Mensual de Raciones Atendidas

Responsable: Secretaria

235. NUMERO DE RACIONES PARA EL PERSONAL

Incluye desayuno, almuerzo y cena para el personal de guardia que labora en el hospital, y almuerzo para el personal en general. Se debe registrar por separado de otros tipos de raciones que son destinadas a los pacientes.

Período: mensual

Registro: formato de Estadística Mensual de Raciones Atendidas

Responsable: Secretaria

236. PORCENTAJE DE RACIONES ATENDIDAS SEGÚN TIPO

Este indicador permite establecer las relaciones porcentuales entre los distintos tipos de dietas que produce el servicio (dietas normales, dietas especiales, fórmulas lácteas, fórmulas enterales, raciones para el personal)

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de raciones atendidas según tipo en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de raciones atendidas en el msmo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: formato de Estadística Mensual de Raciones Atendidas

Responsable: Secretaria

237. PORCENTAJE DE QUEJAS Y RECLAMOS DE LOS USUARIOS POR LA ALIMENTACION RECIBIDA

Según la patología por la cual están hospitalizados, los pacientes reciben dietas específicas prescritas por el médico, o en su defecto alimentación normal, por las cuales pueden estar disconformes. El conocer el porcentaje de pacientes que no están de acuerdo con la alimentación respecto al total de egresos permite tener conocimiento acerca del grado de satisfacción de los usuarios.

Para operativizar este indicador es necesario contar con mecanismos para recoger las quejas de los pacientes (buzones, encuestas, etc.). También debe incluirse al personal del hospital en la evaluación del servicio que reciben.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de quejas por alimentaci ón en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de egresos en el mismo período}} \times 100$$

Período: bimensual

Registro: buzón de quejas; formato de Encuestas (pacientes personal)

Responsable: Jefa de la Unidad

238. NUMERO DE CONSULTAS NUTRICIONALES

El personal de la unidad de nutrición resuelve consultas nutricionales para el área de consulta externa recuperativa o de programas preventivo promocionales. Además, es frecuente que se requiera su participación en los servicios que contribuyen en las indicaciones del régimen dietético de los pacientes. Estas actividades deben ser registradas como un indicador de producción del servicio de nutrición y dietética (consultas y consejería).

Período: mensual

Registro: Hoja HIS

Responsable: Lic. nutricionista

XXIII. REGISTROS MEDICOS Y ESTADISTICOS

- 239. Porcentaje de auditorías médicas en casos de complicaciones graves y fallecidos
- 240. Tasa de cumplimiento de entrega de historias clínicas
- 241. Porcentaje de egresos por servicio
- 242. Porcentaje de pacientes citados
- 243. Porcentaje de citas adicionales

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de auditorías médicas de complicaciones graves en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de casos de complicaciones graves en el mismo período}} \times 100$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de auditorías médicas de fallecidos en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de casos de fallecidos en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: formato de Complicaciones Graves y Fallecidos

Responsable: Comité de Muertes y Complicaciones

240. TASA DE INCUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE HISTORIAS CLINICAS

Mide la eficiencia de los procedimientos de archivo y del trabajo del personal de registros médicos, respecto a la localización y entrega oportuna de las historias clínicas para la atención de los pacientes. Para realizar los cálculos de este indicador, debe registrarse diariamente el número de historias clínicas que por diversos motivos no fueron identificadas.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de historias clínicas no localizadas en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de historias clínicas solicitadas durante el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Cuaderno de Producción Porcentual del Archivo

Responsable: Técnico de Archivo

241. PORCENTAJE DE EGRESOS POR SERVICIO

Permite conocer la distribución de los pacientes de hospitalización en los diversos servicios o especialidades. Identifica los servicios de mayor demanda en hospitalización, lo que sirve para adecuar la oferta. Complementariamente, esta información debe correlacionarse con los diagnósticos para poder elaborar las estrategias administrativas, asistenciales y financieras frente a determinada demanda.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de egresos por servicio en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de egresos en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: formato de Ingresos y Egresos

Responsable: Técnico de Admisión de hospitalización

242. PORCENTAJE DE PACIENTES CITADOS

Para la atención posterior de los pacientes se suele otorgar citas, las cuales ocupan turnos para días subsiguientes. En muchos casos los pacientes citados copan los turnos de atención por varios días y/o meses limitando la atención de otros pacientes. El análisis de los resultados de este indicador permite hacer ajustes en la organización de las citas.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de citas del servicio o especialidad en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de atenciones del servicio o especialidad el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Sistema Informático de Consulta Externa

Responsable: Técnico de Admisión

243. PORCENTAJE DE CITAS ADICIONALES

Este indicador mide la proporción del total de citas otorgadas que corresponde a las citas adicionales, es decir a las que estando programadas, se hacen efectivas diariamente en beneficio de los pacientes.

Número de citas médicas programadas para consulta, es el número de citas previstas para un determinado día. No incluye citas adicionales.

Número de citas adicionales, es el número de citas emitidas en el día a los pacientes que no alcanzaron una cita, previa autorización del médico.

Número de citas otorgadas, son las citas emitidas a los pacientes más las citas adicionales.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de citas adicionales en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de citas otorgadas durante el mismo periodo}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: formato de Citas Otorgadas

Responsable: Conserje de consulta externa

XXIV. LAVANDERIA

- 244. Porcentaje de ropa lavada por servicios
- 245. Porcentaje de reposición de ropa
- 246. Porcentaje de utilización de máquinas lavadoras
- 247. Porcentaje de utilización de máquinas secadoras

XXIV. LAVANDERIA

Es el área funcional encargada de abastecer de ropa a los diferentes servicios del hospital, asegurando su limpieza, buenas condiciones de uso y oportunidad en su dotación.

244. PORCENTAJE DE ROPA LAVADA POR SERVICIOS

Indica la distribución porcentual de la demanda de ropa para lavado de los diferentes servicios del hospital.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de kilos de ropa recibida por servicio en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de kilos de ropa recibida en la lavandería en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: formato de Control Diario de Pesado de Ropa Sucia; formato de Volumen de Ropa lavada por Servicio

Responsable: Coordinador de la Planta de lavado; Jefa de la Unidad de Lavandería

245. PORCENTAJE DE REPOSICION DE ROPA

Por el deterioro de la ropa hospitalaria ésta debe ser repuesta. Este indicador mide el porcentaje de ropa que es repuesta respecto al total de ropa deteriorada (solicitudes de reposición) en un determinado período, por la Unidad de Costura del hospital.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de unidades de ropa repuesta en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de unidades de ropa deteriorada en el mismo período}} \times 100$$

Período: semestral

Registro: formato de Reposición de Ropa Ropa de Baja

Responsable: Jefa de la Unidad de Costura

246. PORCENTAJE DE UTILIZACIÓN DE MAQUINAS LAVADORAS

Sirve para establecer el grado de utilización de la capacidad instalada de las máquinas lavadoras. La diferencia entre la máxima capacidad instalada y el grado de utilización, permite establecer la capacidad instalada ociosa. También permite establecer si existe uso excesivo de dichos equipos.

Número de horas de utilización de máquinas lavadoras, es el tiempo total que este tipo de equipos se encuentran en operación. Se obtiene sumando las horas diarias de funcionamiento de cada uno y multiplicando el resultado por el período de estudio.

Número de horas disponibles de utilización de máquinas lavadoras, es el tiempo de funcionamiento estandarizado o normado para que cada equipo, que se encuentre operativo, cumpla con el volumen de trabajo que le corresponde.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de horas de utilización de máquinas lavadoras en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de horas disponibles de utilización de máquinas lavadoras en el mismo período}} \times 100$$

Período: semestral

Registro: formato de Control de Horas de Funcionamiento de Máquinas

Responsable: Coordinador de la planta de lavado

247. PORCENTAJE DE UTILIZACIÓN DE MAQUINAS SECADORAS

Sirve para establecer el grado de utilización de las máquinas secadoras. Determina si su uso es adecuado, así como si son subutilizadas o sobreutilizadas.

Número de horas de utilización de máquinas secadoras, es el tiempo total que este tipo de equipos se encuentran en operación. Se obtiene sumando las horas diarias de funcionamiento de cada uno y multiplicando el resultado por el período de estudio.

Número de horas disponibles de utilización de máquinas secadoras, es el tiempo de funcionamiento estandarizado o normado para que cada equipo, que se encuentre operativo, cumpla con el volumen de trabajo que le corresponde.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de horas de utilización de máquinas secadoras en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de horas disponibles de utilización de máquinas secadoras en el mismo período}} \times 100$$

Período: semestral

Registro: formato de Control de Horas de Funcionamiento de Máquinas

Responsable: Coordinador de la planta de lavado

XXV. MANTENIMIENTO Y TRANSPORTE

- 248. Porcentaje de mantenimiento de equipos, mobiliario e infraestructura
- 249. Porcentaje de ordenes de mantenimiento no atendidas
- 250. Porcentaje de equipos no operativos
- 251. Consumo de petróleo y similares
- 252. Consumo de gasolina por ambulancia
- 253. Consumo de gasolina por servicio de transporte (no ambulancias)
- 254. Porcentaje de ordenes de salida no atendidas

XXV. MANTENIMIENTO Y TRANSPORTE

Es el área funcional encargada de la conservación de la infraestructura, del cuidado de las instalaciones, de los equipos y mobiliario (y su fabricación), y de los medios de

transporte del hospital, garantizando su utilización en forma oportuna y condiciones

MANTENIMIENTO

248. PORCENTAJE DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS, MOBILIARIO E INFRAESTRUCTURA

Los equipos electromédicos, el mobiliario y la planta física del hospital, deben tener mantenimiento preventivo o correctivo, ya sea para evitar que estos se malogren o deterioren. Este indicador muestra que porcentaje de estos elementos han recibido realizado mantenimiento de tipo correctivo y preventivo.

Para calcular la proporción de los equipos a los que se les ha realizado mantenimiento preventivo se utiliza la siguiente fórmula

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de equipos con mantenimiento preventivo en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de equipos sujetos a mantenimiento en el mismo período}} \times 100$$

Para el caso de aquellos equipos a los cuales se les ha realizado mantenimiento correctivo se utiliza la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de equipos con mantenimiento correctivo en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de equipos sujetos a mantenimiento en el mismo período}} \times 100$$

Este indicador, como los que a continuación se presentan, deberá ser aplicado para cada uno de los talleres de mantenimiento: albañilería, carpintería, casa de fuerza, electricidad, electromédico, gasfitería, mecánica, pintura, tapicería y tratamiento de agua.

Período: trimestral

Registro: Sistema Informático de la Unidad

Responsable: Digitador

249. PORCENTAJE DE ORDENES DE MANTENIMIENTO NO ATENDIDAS

Las diferentes unidades funcionales de un hospital para que se realice un mantenimiento correctivo de sus equipos e instalaciones solicitan al área de

mantenimiento, a través de órdenes de trabajo que realicen el requerimiento respectivo. En muchos casos estas órdenes de trabajo no son atendidas. Refleja la capacidad instalada y la disponibilidad del conjunto de recursos necesarios para la oferta de este servicio y la capacidad de respuesta oportuna de esta área.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de ordenes de mantenimie nto no atendidas en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de ordenes de mantenimie nto solicitada s en el mismo período}} \times 100$$

Período: trimestral

Registro: Orden de Trabajo de Mantenimiento

Responsable: Solicitante de cada servicio

250. PORCENTAJE DE EQUIPOS NO OPERATIVOS

Los equipos biomédicos pueden fallar por múltiples causas, entre ellas la falta de mantenimiento, su uso excesivo o inadecuado, o caer en desuso por obsolescencia tecnológica. Este indicador muestra que porcentaje de los equipos existentes se encuentran no operativos y por lo tanto sirve de base para su reposición. El análisis de resultados debe considerar el tiempo que los equipos se hallan no operativos dentro del período de estudio.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de equipos biomédicos no operativos en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de equipos biomédicos en el mismo período}} \times 100$$

Período: trimestral

Registro: formato de Equipos Biomédicos por Servicio

Responsable: Jefe de la Unidad

TRANSPORTE

251. CONSUMO DE PETROLEO Y SIMILARES

Este indicador muestra el consumo de petróleo y similares (kerosene, bencina, tinner, etc.) en un determinado período, para cumplir con los requerimientos de los diferentes servicios del hospital.

Período: mensual

Registro: Cuaderno de Consumo de Combustible

Responsable: Jefe de la Unidad

252. CONSUMO DE GASOLINA POR AMBULANCIA

Este indicador muestra el promedio de galones de gasolina consumida por ambulancia en un determinado período.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de galones de gasolina consumidos correspondientes a ambulancias en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de ambulancias operativas en el mismo período}}$$

Período: mensual

Registro: Cuaderno de Consumo de Combustible

Responsable: Jefe de la Unidad

253. CONSUMO DE GASOLINA POR SERVICIO DE TRANSPORTE (NO AMBULANCIAS)

Este indicador permite conocer el promedio de gasolina consumida por los diversos vehículos del hospital (excluyendo las ambulancias) en un determinado período.

Período: mensual

Registro: Cuaderno de Consumo de Combustible

Responsable: Jefe de la Unidad

254. PORCENTAJE DE ORDENES DE SALIDA NO ATENDIDAS

La disponibilidad de vehículos pueden variar por diversas causas, entre ellas su falta de operatividad por deficiencias en el mantenimiento, su uso excesivo o inadecuado, o debido al número insuficiente de unidades. Este indicador mide el porcentaje de ordenes de salida no atendidas en relación al total de órdenes recibidas. Indica la eficiencia y la oportunidad del servicio.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de ordenes de salida no atendidas en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de ordenes de salida solicitadas en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Memorando de Salida; formato de Ordenes de Salida (autorización)

Responsable: Solicitante; Jefe de la Unidad

XXVI. LIMPIEZA

- 255. Porcentaje de consultorios externos y ambientes de hospitalización baldeados – lustrados por semana
- 256. Porcentaje de utilización de máquinas industriales de baldeo lustrado
- 257. Productividad hora personal de limpieza
- 258. Porcentaje de ausentismo laboral de trabajadores de limpieza

XXVI. LIMPIEZA

Es el área funcional encargada de la remoción, recolección y disposición final de residuos y basuras, manteniendo adecuadas condiciones higiénicas en los ambientes del hospital; además cuida de las áreas verdes.

255. PORCENTAJE DE CONSULTORIOS EXTERNOS Y AMBIENTES DE HOSPITALIZACIÓN BALDEADOS – LUSTRADOS POR SEMANA

Este indicador mide parte de la producción de la Unidad de Limpieza. Es útil para evaluar su capacidad operativa, ya que a través del porcentaje de ambientes que han sido baldeados y lustrados, se puede detectar si cumple con el aseo de los consultorios externos y áreas de hospitalización.

Se ha tomado como referencia períodos semanales para obtener resultados de este indicador, ya que en este lapso de tiempo lo mínimo que se puede esperar es que los ambientes señalados hayan sido aseados adecuadamente. Si esto no se cumple, es probable que se deba al insuficiente número de trabajadores, de máquinas y/o a problemas de organización del personal.

Sin embargo, es posible que en términos de rendimiento, el número de máquinas sea suficiente; pero si los horarios de atención de la consulta externa son los mismos que los del personal, a éste le queda poco tiempo para eje puede hacerlo antes de que se inicie la atención o cuando ya no hay pacientes. En esta situación, si no existen brigadas de limpieza nocturnas, la cantidad de máquinas puede resultar insuficiente en términos del escaso tiempo que son utilizadas. En este caso, sería necesario contar con un mayor número de máquinas, de manera tal que funcionando simultáneamente, pudieran cubrir el área de atención ambulatoria.

Lo mismo puede suceder con el área de hospitalización, donde la visi horas de la visita familiar a los pacientes y las horas de descanso de los enfermos, constituyen restricciones que determinan el horario de limpieza.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de consultorios externos baldeados} + \text{N}^{\circ} \text{ de ambientes de hospitalización lustrados por semana}}{\text{N}^{\circ} \text{ de consultorios externos} + \text{N}^{\circ} \text{ de ambientes de hospitalización}} \times 100$$

Período: semanal

Registro: formato de Programación y Ejecución de Limpieza

Responsable: Jefe de la Unidad de Limpieza

256. PORCENTAJE DE UTILIZACIÓN DE MÁQUINAS INDUSTRIALES DE BALDEO – LUSTRADO

Sirve para establecer el grado de utilización de la capacidad instalada de las máquinas industriales de baldeado - lustrado. La diferencia entre la máxima capacidad instalada y el grado de utilización, permite establecer la capacidad instalada ociosa. También permite establecer si existe uso excesivo de dichos equipos.

Número de horas de utilización de máquinas industriales de baldeado - lustrado, es el tiempo total que este tipo de equipos se encuentran en operación. Se obtiene sumando las horas diarias de funcionamiento de cada uno y multiplicando el resultado por el período de estudio.

Número de horas disponibles de utilización de máquinas industriales de baldeado - lustrado, es el tiempo de funcionamiento estandarizado o normado para que cada equipo, que se encuentre operativo, cumpla con el volumen de trabajo que le corresponde.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de horas de utilización de máquinas industriales de baldeado - lustrado en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de horas disponibles de utilización de máquinas industriales en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: formato de Programación y Ejecución de Limpieza

Responsable: Jefe de la Unidad de Limpieza

257. PRODUCTIVIDAD HORA PERSONAL DE LIMPIEZA

Permite conocer el promedio de metros cuadrados aseados, por cada hora programada de trabajo del personal de limpieza. Puede utilizarse también para medir la productividad individual o el de un grupo de trabajadores en particular. Es útil para calcular los requerimientos de personal.

Horas personal de limpieza programadas, se refieren a los turnos de trabajo que se utilizan para la limpieza. No se consideran las horas dedicadas a otras actividades ni las de alimentación.

Número de metros cuadrados aseados, se refiere a la medida de la superficie que ha sido limpiada en un período. Se toma el metro cuadrado plano como referencia, pero supone la limpieza de paredes, mobiliario, equipos y todo aquello que esté incluido en ese espacio.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de metros cuadrados aseados en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de horas personal de limpieza programadas en el mismo período}}$$

Período: mensual

Registro: formato de Control de Limpieza por Servicios; formato de Programación de Turnos, Guardias y Horarios de la Unidad de Limpieza

Responsable: Jefe de la Unidad de Limpieza

258. PORCENTAJE DE AUSENTISMO LABORAL DEL PERSONAL DE LIMPIEZA

Permite hacer inferencias sobre el clima laboral (condiciones de trabajo) y sobre la aplicación de normas administrativas en el manejo del personal de limpieza. Es importante investigar las causas o factores asociados a su ausentismo. Determina el

total de días de ausencia al trabajo del personal de limpieza con respecto al total de días disponibles de este recurso humano en el mismo período.

Número de días personal de limpieza disponible, es la suma de aquellos que la Unidad de Limpieza tiene programados, para llevar a cabo sus actividades durante un determinado período.

Número de días ausencia del personal de limpieza, es la suma de los días de inasistencia de dicho personal durante un período, en el cual estaba programado cumplir con actividades.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de días ausencia personal del limpieza en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de días personal de limpieza disponibles en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: formato de Programación de Turnos, Guardias y Horarios de la Unidad de Limpieza

Responsable: Jefe de la Unidad de Limpieza

XXVII. SEGURIDAD

- 259. Porcentaje de extintores con fecha de uso vigente
- 260. Porcentaje de robos y pérdidas en el establecimiento
- 261. Número de simulacros de evacuación periódicos

XXVII. SEGURIDAD

Es el área funcional responsable de la preservación del patrimonio, la protección de los trabajadores y usuarios de los riesgos que pueden afectar su integridad física.

259. PORCENTAJE DE EXTINTORES CON FECHA DE USO VIGENTE

Este indicador mide la proporción de extintores de incendios que presentan fecha de uso vigente, lo cual garantiza su disponibilidad operativa para casos de siniestros.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de extintores con fecha de uso vigente en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de extintores en el mismo período}} \times 100$$

o *perdidos* que forman parte del patrimonio del hospital. Es la base para valorizar el monto de las pérdidas.

Número de bienes, es el total de aquellos que se encuentran inventariados y registrados como patrimonio del establecimiento.

Número de bienes no habidos, es el total de aquellos que forman parte del inventario del hospital que han sido sustraídos o perdidos.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de bienes no habidos en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de bienes en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Archivo de Ocurrencias; Informe Mensual de Ocurrencias

Responsable: Coordinador de Turno; Jefe de la Unidad

261. NUMERO DE SIMULACROS DE EVACUACION PERIODICOS

Sirve para constatar las medidas preventivas de seguridad, a través de la cantidad de simulacros de evacuación realizados en un período. Deben contrastarse con el número de simulacros programados.

Es importante debido a que el personal del hospital debe estar preparado para responder adecuadamente frente a la eventualidad de un desastre (terremotos, incendios, inundaciones, etc.).

Período: anual

Registro: Memorando de simulacros de evacuaciones

Responsable: Dirección general

Estándar: 3 simulacros al año

INDICADORES DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS

n arterial) por atendido en consulta externa de cardiología.

266. Productividad hora médico ecocardiografía.

267. Productividad hora médico prueba de esfuerzo

268. Productividad hora médico Holter

SERVICIO DE CARDIOLOGIA

262. PORCENTAJE DE EXAMENES ECOCARDIOGRAFICOS POR ATENDIDO EN CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA

Este indicador permite conocer el porcentaje de exámenes ecocardiográficos que se han realizado, en relación al total de pacientes ambulatorios atendidos durante un periodo determinado en el servicio de cardiología. Es útil para organizar el servicio, ya que indirectamente mide su producción, y para estimar los recursos necesarios involucrados en la oferta de este tipo de examen.

Ecocardiografía, estudio de imagenología de ayuda diagnóstica para valorar la función y estructura del corazón.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de ecocardiografías realizadas por la especialidad en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de atendidos (nuevos y reingresantes) en consultorio externo de cardiología en el mismo período}} \times 100$$

Periodo: trimestral

Registro: Hoja HIS

Responsable: Médico asistente

263. PORCENTAJE DE PRUEBAS DE ESFUERZO POR ATENDIDO EN CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGÍA

Establece el porcentaje de pruebas de esfuerzo que se han realizado, en relación al total de pacientes atendidos en consultorios de cardiología durante un período. Sirve para organizar el servicio, ya que indirectamente mide la producción de esta actividad, y para estimar los recursos que se necesitan para ofertar este tipo de examen.

Prueba de esfuerzo, evaluación cardiológico de la respuesta miocárdica al ejercicio para detectar cardiopatía isquémica.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pruebas de esfuerzo realizadas por la especialidad en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de atendidos (nuevos y reingresantes) en consultorio externo de cardiología en el mismo período}} \times 100$$

Período: Trimestral

Registro: Hoja HIS

Responsable: Médico asistente

264. PORCENTAJE DE EXAMENES HOLTER POR ATENDIDO EN CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGÍA

Establece el porcentaje de exámenes Holter llevados al cabo, respecto al conjunto de los atendidos en consultorios de cardiología durante un período. Como en los casos organizar el servicio y para calcular los registros necesarios para realizar este examen.

Holter, evaluación electromiográfica continua para valorar arritmias y/o isquemia

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de exámenes Holter realizados por la especialidad en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de atendidos (nuevos y reingresantes) en consultorio o externo de cardiología en el mismo período}} \times 100$$

Período: trimestral

Registro: Hoja HIS

Responsable: Médico asistente

265. PORCENTAJE DE EXAMENES MAPA (MONITOREO AMBULATORIO DE LA PRESION ARTERIAL) POR ATENDIDO EN CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGÍA.

Establece el porcentaje de exámenes de Monitoreo Ambulatorio de la Presión Arterial realizados de los atendidos en consultorios de cardiología durante un período. Es útil para medir el alcance de esta actividad en la población a la cual está dirigida.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de exámenes MAPA realizados por la especialidad en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de atendidos (nuevos y reingresantes) en consultorio o externo de cardiología en el mismo período}} \times 100$$

Período: trimestral

Registro: Hoja HIS

Responsable: Médico asistente

266. PRODUCTIVIDAD HORA MEDICO ECOCARDIOGRAFIA

este indicador permite conocer el promedio de ecografías realizadas por cada hora de trabajo programada para esta actividad en el Laboratorio de Cardiología. Puede utilizarse para medir la productividad individual o el de un grupo de especialistas. Es útil para calcular los requerimientos de personal.

Horas médico ecocardiografista programada, se refiere a los turnos de trabajo que se utilizan para esta actividad.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de ecocardiografías realizadas por la especialidad en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de horas médico ecocardiografista programadas en el mismo período}}$$

Período: mensual

Registro: Hoja HIS

Responsable: Médico asistente

267. PRODUCTIVIDAD HORA MEDICO HOLTER

Este indicador permite conocer el promedio de pruebas de esfuerzo realizadas por cada hora de trabajo programada para esta actividad en el laboratorio de Cardiología. Puede utilizarse para medir la productividad individual o el de un grupo de especialistas. Es útil para calcular los requerimientos del personal.

N ° de pruebas de esfuerzo realizadas por la especialidad en un periodo						
<hr/>						
N ° de horas	médico	pruebas	de esfuerzo	programada	s	en el mismo periodo

Período: mensual

Registro: Hoja HIS

Responsable: Médico asistente

268. PRODUCTIVIDAD HORA MEDICO HOLTER

Este indicador permite conocer el promedio de Holter realizados por cada hora de trabajo programada para esta actividad en el Laboratorio de Cardiología. Puede utilizarse para medir la productividad individual o la de un grupo de especialistas. Es útil para calcular los requerimientos de personal.

N ° de Holter realizados por la especialidad en un periodo						
<hr/>						
N ° de horas	médico	Holter	programada	s	en el mismo	periodo

Período: mensual

Registro: Hoja HIS

Responsable: Médico asistente

II. DERMATOLOGIA

- 269. Promedio de procedimientos por médico.
- 270. Rendimiento de la sala de procedimientos.
- 271. Porcentaje de procedimientos suspendidos.
- 272. Rendimiento hora médico dermatólogo.
- 273. Promedio de minutos por atención en pacientes

SERVICIO DE DERMATOLOGIA

269. PROMEDIO DE PROCEDIMIENTOS POR DERMATOLOGO

Este indicador sirve para conocer la producción de procedimientos dermatológicos y al mismo tiempo, para organizar el uso de recursos relacionados con este tipo de examen. Establece el número promedio de procedimientos propios de la especialidad, que son realizados por cada médico del servicio.

Número de procedimientos realizados por dermatólogo, es el total de los que se efectúan en el hospital, tanto en el propio servicio como en todos aquellos donde se

solicitan. Se consignan los procedimientos ejecutados durante las horas regulares de trabajo.

Se consideran los siguientes: aplicación de nieve carbónica, biopsia de piel y/o tejido del subcutáneo, destrucción de lesiones de la piel con electrocauterio, ablación de uñas, extirpación de lesión local o glandular de la piel, extirpación de tumor de tejido celular subcutáneo y lipomas, infiltraciones y crioterapia.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de procedimientos realizados por dermatólogos en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de dermatólogos del servicio en el mismo período}}$$

Período: mensual

Registro: Hoja HIS

Responsable: Médico asistente

270. RENDIMIENTO DE SALAS DE PROCEDIMIENTOS DERMATOLÓGICOS

Este indicador sirve para conocer el promedio de procedimientos dermatológicos que se realizan en cada sala del Servicio. Permite identificar el grado de uso de las salas de procedimientos.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de procedimientos dermatológicos en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de salas de procedimientos utilizadas en el mismo período}}$$

Período: mensual

Registro: Hoja HIS

Responsable: Médico asistente

271. PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS DERMATOLÓGICOS SUSPENDIDOS

Mide la proporción de procedimientos dermatológicos programados que fueron suspendidas respecto al total de programados. Permite identificar problemas en los procesos relacionados con dichas intervenciones

Procedimientos dermatológicos suspendidos, son aquellos que habiendo estado programados no se han llevado a cabo por causas relacionadas al personal, al establecimiento o al paciente.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de procedimientos dermatológicos suspendidos en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de procedimientos dermatológicos programados en el mismo período}} \times 100$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de atenciones dermatológicas en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de horas dermatólogo o efectivas en el mismo periodo}}$$

Sirve para estimar el promedio de tiempo en minutos, que se dedica en la atención de cada paciente que acude al Servicio de Dermatología.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de horas médico efectivas de atención de pacientes en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de atenciones de pacientes dermatológicos en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Hoja HIS; formato de Tiempo de Atención

Responsable: Médico asistente; Técnica de enfermería

III. ENDOCRINOLOGIA

- 274. Número de exámenes del laboratorio de endocrinología
- 275. Porcentaje de exámenes de laboratorio visados
- 276. Número de procedimientos de endocrinología
- 277. Productividad hora médico por procedimiento
- 278. Porcentaje de procedimientos según tipo
- 279. Número de sesiones educativas del Programa de Educación Básica para el Paciente Diabético
- 280. Número de pacientes atendidos en Programa de Educación Básica para el Paciente Diabético
- 281. Porcentaje de pacientes que cumplen el ciclo básico del Programa de Educación Básica para el Paciente Di
- 282. Porcentaje de captación de pacientes diabéticos al PEBADIM
- 283. Número de módulos educativos del Programa de Obesidad
- 284. Número de talleres conductuales del Programa de Obesidad
- 285. Número de talleres de actividad física del Programa de Obesidad
- 286. Porcentaje de pacientes nuevos en talleres del programa de Obesidad.

SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA

274. NUMERO DE EXAMENES DE LABORATORIO DE ENDOCRINOLOGIA

Número de exámenes de laboratorio de endocrinología, es el resultado de sumar todos los realizados en dicho laboratorio especializado. Se consideran las determinaciones de hormonas, glicemia, colesterol y triglicéridos. Este indicador muestra la producción del laboratorio, además de ser útil para programar y asignar los recursos cuando se clasifican los exám

Período: mensual

Registro: Cuaderno de Ensayo
Responsable: Técnico de laboratorio

275. PORCENTAJE DE EXAMENES DE LABORATORIO VISADOS

Este indicador mide el control de calidad de los exámenes hormonales realizados en el laboratorio. Consiste en la revisión por el médico endocrinólogo de cada resultado emitido por el laboratorio, para establecer la coherencia técnica y detectar errores de

N ° de resultados	de exámenes	hormales	visados	en un período
<hr/>				
N ° de exámenes	hormonales	realizados	en el mismo	período

Período: mensual
Registro: Cuaderno de Control de Exámenes Visados
Responsable: Secretaria
Estándar: 100%

276. NUMERO DE PROCEDIMIENTOS DE ENDOCRINOLOGIA

Número de procedimientos de endocrinología, es el resultado de sumar todos los realizados en el servicio. Se consideran las pruebas de sensibilidad a la insulina, las pruebas de reserva pituitaria con insulina, las biopsias de tiroides con aguja fina, las curaciones de pies diabéticos y los procedimientos podológicos. Muestra la producción del servicio respecto a este tipo de actividades, además de ser útil para programar y asignar los recursos cuando se clasifican los procedimientos según tipo.

Período: mensual
Registro: Cuaderno de Procedimientos
Responsable: Enfermera Jefe de la Unidad

277. PRODUCTIVIDAD HORA MEDICO POR PROCEDIMIENTOS

Este indicador permite conocer el promedio de procedimientos realizados por cada hora de trabajo programada para esta actividad en el Servicio de Endocrinología. Puede utilizarse para medir la productividad individual o el de un grupo de médicos de especialistas. Es útil para calcular los requerimientos de personal.

Horas médico por procedimientos programadas, se refieren a los turnos de trabajo que se utilizan para esta actividad. Se incluye todos los procedimientos que se realizan en el Servicio.

N ° de procedimie	ntos	realizados	en un período
<hr/>			
N ° de horas	médico	procedimie	nto programada
			s en el mismo período

Período: mensual

Registro: Cuaderno de Programación de Actividades Médicas

Responsable: Jefe del Servicio de Endocrinología

278. PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS SEGÚN TIPO

Este indicador permite contar con información para la distribución de la demanda de los diversos tipos de procedimiento que brinda el servicio.

Número de procedimientos según tipo, es la suma por separado de cada uno de los tipos de procedimientos que ofrece el servicio.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de procedimientos realizados según tipo en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de procedimientos realizados en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Cuaderno de Procedimientos

Responsable: Enfermera jefe de la Unidad

279. NUMERO DE SESIONES EDUCATIVAS DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN BASICA PARA EL PACIENTE DIABÉTICO (PEBADIM)

Número de sesiones educativas del PEBADIM, es el resultado de sumar todas las realizadas en dicho programa. Constituye un conjunto de acciones dirigidas a educar, entrenar y motivar para el cambio de estilos de vida al paciente diabético, básicas para su tratamiento. Este indicador muestra la producción del servicio respecto a este tipo de actividades, además de ser útil para programar y asignar los recursos.

Período: mensual

Registro: Cuaderno de Sesiones Educativas

Responsable: Enfermera jefe de la Unidad

280. NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN BASICA PARA EL PACIENTE DIABÉTICO (PEBADIM)

Número de pacientes atendidos en el PEBADIM, es el total de pacientes diabéticos que acuden por primera vez a recibir alguna sesión educativa.

Período: mensual

Registro: Cuaderno de Sesiones Educativas; Cuaderno de Asistentes

Responsable: Enfermera jefe de la Unidad

281. PORCENTJE DE PACIENTES QUE CUMPLEN EL CICLO EDUCATIVO DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN BASICA PARA EL PACIENTE DIABETICO

Ciclo educativo del PEBADIM, consta de 3 sesiones de 90 minutos cada una, donde se imparte contenidos educativos a los pacientes diabéticos.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes diabéticos nuevos que cumplen el ciclo educativo del PEBADIM en un periodo}}{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes diabéticos nuevos en el mismo periodo}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Cuaderno de Sesiones Educativas; Cuaderno de Asistentes

Responsable: Enfermera jefe de la Unidad

282. PORCENTAJE DE CAPTACIÓN DE PACIENTES DIABÉTICOS AL PEBADIM

Este indicador mide la captación de pacientes diabéticos al programa, diagnosticados en el total de servicios del Hospital.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes diabéticos nuevos que acuden al PEBADIM en un periodo}}{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes diabéticos nuevos del Hospital en el mismo periodo}} \times 100$$

Período: semestral

Registro: Cuaderno de Sesiones Educativas; Cuaderno de Asistentes, Sistema Información HIS

Responsable: Enfermera jefe de la Unidad; Jefe de la Unidad de Estadística

283. NUMERO DE MODULOS EDUCATIVOS DEL PROGRAMA DE OBESIDAD

Número de módulos educativos, es el resultado de sumar todos los realizados en dicho Programa. Cada módulo consta de 2 sesiones, dirigidas al cambio de estilos de vida de pacientes con obesidad. Este indicador muestra la producción del servicio respecto a este tipo de actividades, además de ser útil para programar y asignar los recursos.

Período: mensual

Registro: Cuaderno de Programa de Obesidad

Responsable: Enfermera jefe de la Unidad

284. NUMERO DE TALLERES CONDUCTUALES DEL PROGRAMA DE OBESIDAD

Número de talleres conductuales, es el resultado de sumar todos los realizados en dicho Programa. Cada taller consta de 14 sesiones dirigidas a problemas específicos de pacientes con obesidad.

Período: mensual

Registro: Cuaderno de Programa de Obesidad

Responsable: Enfermera jefe de la Unidad

285. NUMERO DE TALLERES DE ACTIVIDAD FÍSICA DEL PROGRAMA DE OBESIDAD

Número de talleres de actividad física, es el resultado de sumar todos los realizados en dicho Programa. Estos talleres están dirigidas a disminuir el peso de pacientes con obesidad.

Período: mensual

Registro: Cuaderno de Programa de Obesidad

Responsable: Enfermera jefe de la Unidad

286. PORCENTAJE DE PACIENTES NUEVOS EN TALLERES DEL PROGRAMA DE OBESIDAD

Este indicador mide la capacitación de pacientes obesos a los diversos talleres que brinda el programa.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes nuevos que acuden a talleres del Programa de Obesidad en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes que acuden a los talleres del Programa de Obesidad en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Cuaderno de Programa de Obesidad

Responsable: Enfermera jefe de la Unidad

IV. GASTROENTEROLOGIA

- 287. Rendimiento de la sala de procedimientos endoscópicos
- 288. Porcentaje de procedimientos endoscópicos suspendidos
- 289. Porcentaje de utilización de endoscopios según modelo
- 290. Porcentaje de órdenes de mantenimiento de endoscopios atendidas
- 291. Promedio de endoscopías por médico
- 292. Productividad hora médico endoscopista
- 293. Porcentaje de complicaciones por endoscopia
- 294. Porcentaje de quejas y reclamos de los usuarios por la atención recibida.

SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA

287. RENDIMIENTO DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS

Este indicador sirve para conocer el promedio de procedimientos que se realizan en cada sala de endoscopia. Permite identificar el grado de uso de las salas de procedimientos. Se consideran los siguientes:

Endoscopia Digestiva Alta

Diagnóstica : Esofagogastroduodenoscopia

Terapéutica: Polipectomía

Dilataciones esofágicas

Escleroterapia de varices esofagogastricas
 Endoligadura de varices esofágicas
 Inyectoterapia en hemorragias digestiva.

Endoscopía Digestiva Baja

Diagnóstica : Proctosigmoidoscopia
 Sigmoidoscopia
 Colonoscopia
 Terapéutica: Polipectomía
 Ligadura hemorroidal

Biliopancriática

Diagnóstica : Pancreatocolangiografía endoscópica retrógrada
 Terapéutica : Papiloesfinterotomía
 Drenaje biliar interno (instalación de prótesis)
 Drenaje biliar externo (nasobiliar)

Laparoscopia

Diagnóstica : Biopsia hepática y peritoneal

N ° de procedimie ntos endoscópícos en un período					

N ° de salas deprocedim ientos endoscópícos utilizadas	en el mismo período				

Período: mensual

Registro: Hoja de HIS

Responsable: Médico Asistente

288. PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS SUSPENDIDOS

Mide la proporción de procedimientos endoscópicos que fueron suspendidas respecto al total de los programados. Permite identificar problemas en los procesos relacionados con dichas suspensiones.

Procedimientos endoscópicos suspendidos, son aquellos que habiendo estado programados no se han llevado a cabo por causas relacionadas al personal, al establecimiento o al paciente.

N ° de procedimie ntos endoscópícos suspendido s en un período						

N ° de procedimie ntos endoscópícos programado s	en el mismo período					
x 100						

Período: mensual

Registro: Reporte de Enfermería

Responsable: Enfermera de sala de procedimientos

289. PORCENTAJE DE UTILIZACIÓN DE ENDOSCOPIOS SEGÚN MODELO

Sirve para establecer el grado de utilización de los diversos endoscopios con que cuenta el servicio. Es útil para establecer medidas de mantenimiento y reposición, relacionadas con las especificaciones técnicas según el tipo de endoscopio. Además permite evaluar el cuidado que se tiene en el manejo de estos equipos.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de endoscopias realizadas según modelo de endoscopio en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de endoscopios utilizados del mismo modelo en el mismo período}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Reporte de Enfermería

Responsable: Enfermera de sala de procedimientos

290. PORCENTAJE DE ORDENES DE MANTENIMIENTO ATENDIDAS

Determina la proporción de ordenes de mantenimiento de endoscopios que se realizan en relación a las que se solicitan. Refleja las condiciones en que se utilizan dichos equipos.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de solicitudes de mantenimiento de endoscopios atendidas en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de solicitudes de mantenimiento de endoscopios en el mismo período}} \times 100$$

Período: anual

Registro: Memorando de Jefatura

Responsable: Jefe de Servicio

291. PROMEDIO DE ENDOSCOPIAS POR MEDICO

Este indicador sirve para conocer la producción de endoscopías y al mismo tiempo, para organizar el uso de recursos relacionados con este tipo de examen. Establece el número promedio de endoscopías que son realizadas por cada médico del servicio.

Número de endoscopías realizadas por médico, es el total de las que se efectúan en el Servicio de Gastroenterología. Se consignan los procedimientos ejecutados durante las horas regulares de trabajo.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de endoscópias realizadas por médico en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de médicos del servicio en el mismo periodo}}$$

Período: mensual

Registro: Hoja HIS

Responsable: Médico asistente

292. PRODUCTIVIDAD HORA MEDICO ENDOSCOPISTA

Este indicador permite conocer el promedio de endoscopías realizadas por cada hora de trabajo programada para esta actividad en la sala de procedimientos. Puede utilizarse para medir la productividad individual o el de un grupo de especialistas.

Horas médico endoscopista programadas, se refieren al tiempo correspondiente a los turnos previstos para realizar endoscopías.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de endoscópias realizadas en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de horas médico endoscopista programadas en el mismo periodo}}$$

Período: mensual

Registro: Hoja HIS

Responsable: Médico asistente

Estándar: 3-4 por hora

293. PORCENTAJE DE COMPLICACIONES POR ENDOSCOPIAS

Sirve para evaluar la calidad de la atención en endoscopia digestiva. Este indicador puede aplicarse de manera general o específica para cada una de las complicaciones que se presentan. Se consideran las causadas por reacciones adversas a medicamentos o por el mismo procedimiento (hemorragias y perforación del tubo digestivo).

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con complicaciones por endoscopia en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos sometidos a endoscopia en el mismo periodo}} \times 100$$

Período: anual

Registro: Cuaderno de Informes Endoscópicos ; Cuadernos de Reporte de Enfermería

Responsable: Médico asistente; Enfermera de sala de procedimientos.

294. NUMERO DE QUEJAS Y RECLAMOS DE LOS USUARIOS POR LA ATENCION RECIBIDA

Sirve para evaluar la satisfacción de los pacientes en quienes se realiza endoscopías. El servicio cuenta con un buzón para este fin.

Período: mensual

Registro: Buzón de Quejas

Responsable: Secretaria

V. NEFROLOGÍA

- 295. Tasa de mortalidad por paciente año riesgo en el Hospital
- 296. Tasa bruta de mortalidad en hemodiálisis
- 297. Porcentaje de pacientes dializados adecuadamente
- 298. Número de hemodiálisis
- 299. Porcentaje de utilización horas máquina de hemodiálisis
- 300. Concentración de hemodiálisis
- 301. Número de interconsultas nefrológicas
- 302. Número de interconsultas nefrológicas de seguimiento
- 303. Productividad hora médico nefrólogo por interconsulta

SERVICIO DE NEFROLOGÍA

295. TASA DE MORTALIDAD POR PACIENTE AÑO RIESGO EN EL HOSPITAL

Este indicador es útil para evaluar la calidad del tratamiento de hemodiálisis en los pacientes con insuficiencia renal crónica.

Paciente año riesgo (PAR), es el número de años que un paciente está en tratamiento en un determinado Centro de Hemodiálisis. **El número de pacientes año riesgo (PAR) en hemodiálisis regular**, es el producto de sumar los años de hemodiálisis de cada uno de ellos y dividir el resultado entre el total de pacientes, incluyéndose sólo a los que se someten a este tratamiento 3 veces por semana.

N ° de pacientes	año	riesgo	(PAR)	fallecidos	en el Centro	de Diálisis	del Hospital
N ° de pacientes	año	riesgo	(PAR)	en hemodialis	is regular	en el Centro	de Diálisis del Hospital

Período: anual

Registro: Libro de Diálisis; Libro de Mortalidad del Centro de Hemodiálisis

Responsable: Enfermera Jefe de la Unidad

296. TASA BRUTA DE MORTALIDAD EN HEMODIÁLISIS

Sirve para tener una visión general de la mortalidad en el Centro de Hemodiálisis en de tiempo.

N ° de pacientes	fallecidos	que se dializan	en el Centro	del HAL	en un período	x 100
N ° de pacientes		hemodializ	ados	en el mismo	período	

Período: anual

Registro: Libro de Diálisis; Libro de Mortalidad del Centro de Hemodiálisis

Responsable: Enfermera Jefe de la Unidad

297. PORCENTAJE DE PACIENTES DIALIZADOS ADECUADAMENTE

Establece la proporción de pacientes cuya diálisis ha sido realizada satisfactoriamente. Se define como tal, a aquella que alcanza un KT/V (fórmula de Daugirdas) mayor de 1.2, medio tomando un examen de urea y post diálisis.

K, depuración del filtro de hemodiálisis

T, tiempo de hemodiálisis

V, volumen de agua corporal

$$\frac{KT}{V}$$

Período: mensual

Registro: Cuaderno de Análisis de Laboratorio

Responsable: Secretaria

Estándar: 100%

298. NUMERO DE HEMODIÁLISIS

Sirve para conocer el número de sesiones de hemodiálisis que se realizan mensualmente en el Centro. Permite valorar las variaciones mensuales del procedimiento y programar los requerimientos de insumos y materiales respectivos. Mide parte de la producción del servicio.

Período: mensual

Registro: Libro de Diálisis

Responsable: Enfermera Jefe de la Unidad

299. PORCENTAJE DE UTILIZACIÓN HORAS MAQUINA DE HEMODIÁLISIS

Sirve para establecer el grado de utilización de las máquinas de hemodiálisis con que cuenta el Centro. Es útil para establecer la capacidad instalada ociosa o, en su defecto, la sobreutilización, y para tomar medidas de mantenimiento y reposición.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de horas máquina de hemodialis utilizadas en un periodo}}{\text{N}^{\circ} \text{ de horas máquina de hemodialis disponibles en el mismo periodo}} \times 100$$

Período: mensual

Registro: Hoja de Diálisis, formato de consolidación de Hora Máquina Utilizada

Responsable: Enfermera asistencial; Enfermera Jefe de Unidad

300. CONCENTRACIÓN DE HEMODIALISIS

Este indicador sirve para obtener el promedio de hemodiálisis que se han realizado a cada paciente con diagnóstico de insuficiencia renal crónica que se atendió en el Centro de Hemodiálisis del Hospital en un período. Permite investigar los factores de deserción de hemodiálisis si su valor está por debajo del estándar.

Hemodiálisis, procedimiento por el que se retira la sangre de un paciente, la misma que es depurada de toxinas a través de un filtro semipermeable, completando el procedimiento al retornar la sangre al paciente. La duración del procedimiento varia entre 3 a 4 horas, con una frecuencia de dos a tres veces por semana.

Paciente con insuficiencia renal crónica, es aquel que presenta pérdida progresiva e inexorable de la función renal (en su estadio final se denomina Terminal). En esta circunstancia estos pacientes fallecen a menos que ingresen a un programa de diálisis (hemodiálisis, peritoneodiálisis) o trasplante renal.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de hemodialis en pacientes con IRC en un periodo (a partir de Enero)}}{\text{N}^{\circ} \text{ de atendidos hemodializados (nuevos o reingresantes) con IRC en el mismo periodo}}$$

El concepto de concentración equivale a brindar atenciones a cada individuo, por lo tanto en el denominador de la fórmula, sólo se debe considerar a los pacientes nuevos y reingresantes al establecimiento, no así a los continuadores, ya que de lo contrario se estaría registrando a los mismos individuos.

Período: anual

Registro: Libro de Diálisis; Hoja de Diálisis.

Responsable: Enfermera Jefe de Unidad; Enfermera asistencial.

Estándar : 156 hemodiálisis por paciente al año

301. NUMERO DE INTERCONSULTAS NEFROLOGICAS

Es el resultado de sumar todas las realizadas por los especialistas del servicio. Sirve para medir la producción de este tipo de actividad. Determinar las variaciones mensuales en el número de interconsultas solicitadas a nefrología.

Período: mensual

Registro: Cuaderno de interconsultas

Responsable: Médico residente; Médico asistente.

302. NUMERO DE INTERCONSULTAS NEFROLÓGICAS DE SEGUIMIENTO

Sirve para determinar las veces que el paciente es reevaluado luego de la primera interconsulta.

Período: mensual

Registro: Cuaderno de interconsultas

Responsable: Médico residente; Médico asistente

303. PRODUCTIVIDAD HORA MÉDICO NEFRÓLOGO POR INTERCONSULTA

Este indicador permite conocer el promedio de interconsultas realizadas por cada hora de trabajo programada para esta actividad. Puede utilizarse para medir la productividad individual o el de un grupo de especialistas. Es útil para calcular los requerimientos de personal.

Horas nefrólogo por interconsulta programadas, se refiere a los turnos de trabajo que se utilizan para esta actividad. Se incluyen tanto las interconsultas de primera vez como las de seguimiento.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de interconsultas realizadas en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de horas nefrólogo por interconsultas programadas en el mismo período}}$$

Período: mensual

Registro: Cuaderno de interconsultas

Responsable: Médico residente; Médico asistente

VI. NEUMOLOGIA

- 304. Porcentaje de toracocentésis
- 305. Porcentaje de biopsias pleurales
- 306. Porcentaje de broncofibroscopías

SERVICIO DE NEUMOLOGIA

304. PORCENTAJE DE TORACOCENTESIS

Este indicador permite conocer la proporción de pacientes que son sometidos al procedimiento de toracocentésis, respecto al total de atendidos en consulta externa y al total de atendidos en el servicio de neumología. Este procedimiento se realiza en pacientes con diagnóstico de derrame pleural, para dilucidar la etiología y mejorar la diseño o los síntomas respiratorios si están presentes.

Toracocentésis, es una técnica que se utiliza para el diagnóstico de los procesos pleurales, que consiste en la introducción de una aguja en la cavidad pleural, previa anestesia de la pared torácica, para obtener el contenido y ser analizado en el laboratorio (citoquímico, bacteriológico, prueba de adenosina de aminasa y papanicolaou).

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de toracocentesis realizadas en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de atendidos en consultorios externos en el mismo período}} \times 100$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de toracocentesis realizadas en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de atendidos en neumología en el mismo período}} \times 100$$

Periodo: mensual

Registro: Hoja HIS

Responsable: Médico asistente

305. PORCENTAJE DE BIOPSIAS PLEURALES

Este indicador permite conocer la proporción de pacientes que son sometidos al procedimiento de biopsia pleural, respecto al total de atendidos en consulta externa y al total de atendidos en el servicio de neumología. Este procedimiento se realiza cuando el análisis de líquido pleural no puede establecer la etiología de un derrame exudativo.

Biopsia pleural, es la toma de una muestra de la pleura parietal con una aguja especial (aguja de Abraham) para ser enviada al laboratorio de anatomía patológica

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de biopsias pleurales realizadas en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de atendidos en consultorios externos en el mismo período}} \times 100$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de biopsias pleurales realizadas en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de atendidos en neumología en el mismo período}} \times 100$$

Periodo: mensual

Registro: Hoja HIS

Responsable: Médico asistente

306. PORCENTAJE DE BRONCOFIBROSCOPIAS

Permite conocer la proporción de pacientes que son sometidos al procedimiento de broncoscopia, respecto al total de los atendidos en consulta externa y al total de atendidos en el servicio de neumología. Este procedimiento sirve para examinar las vías aéreas por visión directa a través de un tubo flexible, que proporciona una imagen de alta resolución para detectar anomalías endobronquiales, además de evaluar las zonas de la periferie del pulmón.

Broncoscopia, procedimiento que consiste en la introducción de un aparato denominado broncofibroscopio, vía árbol bronquial, previa anestesia, para la visualización u observación directa de los bronquios, aspirac de una muestra o biopsia.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de broncoscopias realizadas en un periodo}}{\text{N}^{\circ} \text{ de atendidos en consultorios externos en el mismo periodo}} \times 100$$

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de broncoscopias realizadas en un periodo}}{\text{N}^{\circ} \text{ de atendidos en neumología en el mismo periodo}} \times 100$$

Periodo: mensual

Registro: Hoja HIS

Responsable: Médico asistente

VII. NEUROLOGIA

- 307. Concentración de atenciones de pacientes con epilepsia
- 308. Porcentaje de electroencefalogramas
- 309. Porcentaje de electromiografías

SERVICIO DE NEUROLOGÍA

307. CONCENTRACION DE ATENCIONES EN PACIENTES CON EPILEPSIA

Este indicador sirve para obtener el promedio de consultas que se han otorgado a cada paciente con diagnóstico de epilepsia que se atendió en el servicio de neurología

Este período debe iniciarse a partir del primer mes del año, ya que el registro de las variables a utilizar es acumulativo. Es decir, los primeros meses del año pacientes, por definición, son nuevos o reingresantes, luego su número disminuirá y durante el resto del año aumentarán los continuadores. Por lo tanto, no es adecuado

obtener promedios para cada mes en forma aislada, sino más bien para por lo menos seis meses o de un año.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de atenciones de pacientes con epilepsia en un período (a partir de Enero)}}{\text{N}^\circ \text{ de atendidos (nuevos y reingresantes) con epilepsia en el mismo período}}$$

El concepto de concentración equivale a brindar atenciones a cada individuo, por lo tanto en el denominador de la fórmula, sólo se debe considerar a los pacientes nuevos y reingresantes al establecimiento, no así a los continuadores, ya que de lo contrario se estaría registrando a los mismos individuos.

Período: semestral

Registro: Hoja HIS

Responsable: Médico asistente

308. PORCENTAJE DE ELECTROENCEFALOGRAMAS

Este indicador permite conocer la proporción de pacientes que son sometidos al procedimiento de electroencefalograma, respecto al total de los atendidos en consulta externa y al total de atendidos en el servicio de neurología.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de electroencefalogramas realizados en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de atendidos en consultorios externos en el mismo período}} \times 100$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de electroencefalogramas realizados en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de atendidos en neurología en el mismo período}} \times 100$$

Periodo: mensual

Registro: Hoja HIS

Responsable: Médico asistente

309. PORCENTAJE DE ELECTROMIOGRAFIAS

Este indicador permite conocer la proporción de pacientes que son sometidos al procedimiento de electromiografía, respecto al total de los atendidos en consulta externa y al total de atendidos en el servicio de neurología.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de electromiografías realizadas en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de atendidos en consultorios externos en el mismo período}} \times 100$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de electromio grafías realizadas en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de atendidos en neurología en el mismo período}} \times 100$$

Periodo: mensual

Registro: Hoja HIS

Responsable: Médico asistente

VIII. REUMATOLOGIA

- 310. Concentración de atenciones de pacientes con osteoartritis
- 311. Concentración de atenciones de pacientes con artritis reumatoidea
- 312. Promedio de minutos por atención en pacientes con enfermedades difusas del tejido conectivo
- 313. Promedio de fármacos prescritos en pacientes con artritis reumatoidea
- 314. Promedio de exámenes de laboratorio por paciente atendido con diagnóstico de osteoporosis

SERVICIO DE REUMATOLOGIA

310. CONCENTRACION DE ATENCIONES DE PACIENTES CON OSTEOARTRITIS

Este indicador sirve para obtener el promedio de consultas que se han otorgado a cada paciente con diagnóstico de osteoartritis que se atendió en el servicio de reumatología en un período determinado.

Este período debe iniciarse a partir del primer mes del año, ya que el registro de las variables a utilizar es acumulativo. Es decir, los primeros meses del año, pacientes, por definición, son nuevos o reingresantes, luego su número disminuirá y durante el resto del año aumentarán los continuadores. Por lo tanto, no es adecuado obtener promedios para cada mes en forma aislada, sino más bien para períodos de por lo menos seis meses o de un año.

Paciente con osteoartritis, es el que presenta una enfermedad del cartílago hialino articular, como consecuencia de un grupo heterogéneo de factores mecánicos, metabólicos, congénitos, sistémicos, traumáticos, infecciosos y esenciales que provocan un trastorno del metabolismo enzimático que se inicia en el condrocito.

N ° de atenciones	de pacientes	con osteoartri	tis en un período
(a partir de Enero)			
<hr/>			
N ° de atendido	s (nuevos	y reingresan	tes) con osteoartri
en el mismo período			

El concepto de concentración equivale a brindar atenciones a cada individuo, por lo tanto en el denominador de la fórmula, sólo se debe considerar a los pacientes nuevos y reingresantes al establecimiento, no así a los continuadores, ya que de lo contrario se estaría registrando a los mismos individuos.

Período: semestral

Registro: Hoja HIS

Responsable: Médico asistente

311. CONCENTRACION DE ATENCIONES DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Este indicador sirve para obtener el promedio de consultas que se han otorgado a cada paciente con diagnóstico de artritis reumatoidea que se atendió en el servicio de minado.

Paciente con artritis reumatoidea, es aquel que padece de una enfermedad sistémica de etiología desconocida, caracterizada por provocar inflamación crónica de las articulaciones diartrosicas, que produce destrucción progresiva con distintos grados de deformidad e incapacidad funcional.

N ° de atenciones	de pacientes	con artritis	reumatoide	a en un período
(a partir de Enero)				
<hr/>				
N ° de atendido	s (nuevos	y reingresan	tes) con artritis	reumatoide a
en el mismo período				

Período: semestral

Registro: Hoja HIS

Responsable: Médico asistente

312. PROMEDIO DE MINUTOS POR ATENCIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDADES DIFUSAS DEL TEJIDO CONECTIVO

Sirve para estimar el promedio de tiempo en minutos, que se dedica en la atención de cada paciente que presenta alguna de las siguientes enfermedades difusas del tejido conectivo: vasculitis, artritis reumatoidea, lupus eritematoso sistémico, miopatías u otras.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de horas médico efectivas de atención de pacientes con enfermedad es difusas del tejido conectivo en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de atenciones de pacientes con enfermedad es difusas del tejido conectivo en el mismo período}} \times 60$$

Período: mensual

Registro: Hoja HIS; formato de Tiempo de Atención

Responsable: Médico asistente; Técnica de enfermería

313. PROMEDIO DE FÁRMACOS PRESCRITOS POR ATENDIDO CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Permite conocer el número promedio de medicamentos recetados a cada paciente atendido con diagnóstico de artritis reumatoidea. Sirve para establecer el uso racional de medicamentos.

Número de fármacos recetados, es la suma de las prescripciones médicas, por cada una de las cuales se indica un solo medicamento. Cuando una receta contiene varios fármacos, éstos deben contarse individualmente para calcular el numerador de al

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de fármacos totales recetados en consulta externa en pacientes con artritis reumatoide a en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de atendidos con artritis reumatoide a en el mismo período}}$$

Período: trimestral

Registro: Hoja HIS; formato de fármacos Recetados a Pacientes con A.R.

Responsable: Médico asistente

314. PROMEDIO DE EXAMENES DE LABORATORIO POR PACIENTE ATENDIDO CON DIAGNOSTICO DE OSTEOPOROSIS

Permite conocer el número de exámenes de laboratorio que se han realizado durante un período por cada paciente con diagnóstico de osteoporosis. Sirve para establecer el uso adecuado de los recursos. Sus resultados permiten establecer la importancia que se otorga al laboratorio como apoyo al diagnóstico de los pacientes, por lo que está relacionado a la calidad de la atención.

Paciente con osteoporosis, es aquel que presenta disminución de la masa ósea y alteración de la microarquitectura, debilitando el hueso y exponiéndolo al riesgo de fracturas.

N ° de exámenes	de laborator	o en consulta	externa	de pacientes
con osteoporosis en un período				
N ° de atendidos				
con osteoporosis en el mismo período				
en el servicio de reumatología				

Período: trimestral

Registro: Hoja HIS; formato de Exámenes de Laboratorio Indicados a Pacientes con Osteoporosis

Responsable: Médico asistente

FORMULAS DE INDICADORES

FORMULAS DE INDICADORES

	INDICADOR	NUMERADOR	
	INDICADORES GENERALES		
	I. DE ESTRUCTURA		
1	ACCESIBILIDAD		
2	DISPONIBILIDAD	Cantidad de recursos existentes según tipo en un	
3	ADECUACION		
	* ADECUACION DE VOLUMEN	Cantidad de recursos existentes según tipo en un	
	* ADECUACION DE DISTRIBUCION	Cantidad de recursos existentes según tipo por servicio o especialidad en un período	
	* ADECUACION DE OPERACIÓN	N° de recursos existentes - N° de recursos que no están funcionando según tipo en un período	
	II. DE PROCESO		
4	ACTIVIDADES		
5	USO		
	* INTENSIDAD DE USO	N° de actividades realizadas según tipo por servicio o especialidad en un período	
	* EXTENSION DE USO	N° de usuarios sujetos de determinada act tipo por servicio o especialidad en un período x 1000	Población objetivo de la misma actividad según tipo por servicio o especialidad en el mismo período
6	UTILIZACIÓN	Cantidad de recursos utilizados según tipo por servicio o especialidad en un período	Cantidad de recursos disponibles según tipo por servicio o especialidad en el mismo período
7	PRODUCTIVIDAD	Cantidad de productos alcanzados según tipo por servicio o especialidad en un período	Cantidad de recursos disponibles según tipo por servicio o especialidad en el mismo período
8	RENDIMIENTO	Cantidad de actividades realizadas o productos alcanzados según tipo en un período	Cantidad de recursos utilizados según tipo en el mismo
9	CALIDAD		
	III. DE RESULTADO		
10	COBERTURA	N° de personas que utilizan un servicio en un período x 100	N° de personas que necesitan el mismo servicio en el mismo
11	EFICACIA	Objetivo o meta alcanzada en un período x 100	Objetivo o meta programada en el mismo período
12	EFICIENCIA	Costo global de un servicio en un período	N° de unidades del mismo servicio en el mismo período
13	EFFECTIVIDAD		

INDICADORES POR UNIDADES FUNCIONALES			
I. DIRECCION			
14	PORCENTAJE DE EJECUCION PRESUPUESTAL	Presupuesto operativo ejecutado total o por partidas por toda fuente en un período x 100	Presupuesto asignado total o por partidas por toda fuente en el mismo período
15	GRADO DE CUMPLIMIENTO DE METAS DEL PLAN OPERATIVO	N° de metas del plan operativo cumplidas según área funcional en un período x 100	N° de metas del plan operativo según área funcional en el
16	PORCENTAJE DE QUEJAS DE LOS USUARIOS RESUELTAS	N° de quejas de los usuarios resueltas en un período x 100	N° de quejas de los usuarios en el mismo período
17	PORCENTAJE DE SUBSIDIO PRESUPUESTAL	Recursos ordinarios en un período x 100	Presupuesto operativo ejecutado en el mismo período
18	EFICIENCIA DEL GASTO	Gasto por meta programada durante un período	Cantidad de meta obtenida el mismo período
II. ADMINISTRACION			
19	TASA DE ROTACION DE PERSONAL	N° de personal total o según tipo y servicio con rotación del puesto en un período x 100	N° de personal de la institución según tipo y servicio en el
20	TASA DE AUSENTISMO LABORAL	N° de días ausencia del personal del hospital o del servicio en un período x 100	N° de días hombre disponibles del hospital o del servicio en el
21	RAZON PERSONAL ADMINISTRATIVO/ PERSONAL ASISTENCIAL	N° de personal administrativo en un período	N° de personal asistencial en el mismo período
22	PORCENTAJE DE REMUNERACIONES POR HORAS EXTRAORDINARIAS	Presupuesto ejecutado por pago de horas extraordinarias en un período x 100	Presupuesto ejecutado en remuneraciones en el mismo período
23	DISTRIBUCION DEL PRESUPUESTO	Presupuesto total por partida x 100	Presupuesto total asignado
24	DISTRIBUCION DE INGRESOS PROPIOS POR SERVICIOS	Ingresos propios por servicios en un período x 100	Ingresos propios del hospital en el mismo período
25	PORCENTAJE DE PEDIDOS ATENDIDOS	N° de pedidos atendidas en un período x 100	N° de pedidos en el mismo período
26	TIEMPO DE REPOSICION DEL STOCK DE PRODUCTOS CRITICOS		
III. EPIDEMIOLOGIA			
27	EXISTENCIA DE ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD DEL AREA DE INFLUENCIA		
28	EXISTENCIA DE ANALISIS DEL PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LA DEMANDA ATENDIDA		
29	PORCENTAJE DE BROTES INTRAHOSPITALARIOS IDENTIFICADOS - INVESTIGADOS	N° de brotes intrahospitalarios identificados - investigados en un período x 100	N° de brotes identificados en el mismo período
30	COBERTURA DE NOTIFICACION DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS	N° de servicios que notifican según el período establecido x 100	N° de servicios que deben notificar en el mismo período
31	PORCENTAJE DE NOTIFICACION OPORTUNA DE LA OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA	N° de notificaciones oportunas a la OGE al mes x 100	4
32	TASA DE ACCIDENTES DEL PERSONAL HOSPITALARIO RELACIONADOS CON LA BIOSEGURIDAD	N° de accidentes de trabajo relacionados con la bioseguridad (según servicio y tipo de trabajador) ocurridos en un período x 100	N° de trabajadores según tipo en el mismo período

33	PORCENTAJE DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO CONFIRMADO DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA	N° de pacientes derivados de otros servicios con firmado de enfermedad de notificación obligatoria en un período x 100	N° de pacientes derivados de otros servicios en el mismo
34	PORCENTAJE DE TANQUES DE AGUA CONTAMINADOS	N° de tanques con cloro residual > de 0.6 mg/l. x 100	N° de tanques
	IV. CONSULTA EXTERNA		
35	NUMERO DE ATENCIONES - NUMERO DE ATENCIONES POR SERVICIO O ESPECIALIDAD		
36	NUMERO DE ATENDIDOS EN EL ESTABLECIMIENTO - NUMERO DE ATENDIDOS EN EL SERVICIO O ESPECIALIDAD		
37	PORCENTAJE DE PACIENTES NUEVOS - PORCENTAJE DE PACIENTES NUEVOS DEL SERVICIO O ESPECIALIDAD	N° de pacientes nuevos del establecimiento, del servicio o especialidad en un período x 100	N° de pacientes atendidos en el establecimiento, servicio o especialidad en el mismo período
38	N° DE PACIENTES NUEVOS NO ATENDIDOS	N° de pacientes nuevos no atendidos en un período x 100	N° de pacientes nuevos en el mismo período
39	PROMEDIO DE DIAS DE ESPERA PARA LA ATENCION	N° total de días de espera para atención en consulta externa (por servicio o especialidad) en un período	N° de pacientes citados en el mismo período
40	PROMEDIO DE MINUTOS DE ESPERA PARA EL INICIO DE LA ATENCION	N° total de minutos de espera de los atendidos en consultorios externos (por servicio o especialidad) en un período	N° de atendidos continuadores (por servicio o especialidad) en el mismo período
41	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE CITAS	N° de pacientes que no acuden a su cita en la fecha indicada en un período x 100	N° de pacientes citados en el mismo período
42	CONCENTRACION DE ATENCIONES DEL ESTABLECIMIENTO	N° de atenciones médicas en un período (a partir de Enero)	N° de atendidos que recibieron atención médica (nuevos y reingresos) en el establecimiento en el mismo período
	CONCENTRACION DE ATENCIONES POR SERVICIO O ESPECIALIDAD	N° de atenciones en el servicio o especialidad en un período (a partir de Enero)	N° de atendidos (nuevos o reingresos) en el servicio o especialidad en el mismo período
43	PRODUCTIVIDAD HORA MEDICO - PRODUCTIVIDAD HORA MEDICO POR SERVICIO O ESPECIALIDAD	N° de atenciones del hospital, servicio o especialidad	N° de horas médico programadas del hospital, del servicio o especialidad en el mismo período
44	TASA DE ATENCIONES ESPECIALIZADAS	N° de atenciones de especialidad en un período X 100	N° de atenciones de consulta externa en el mismo período
45	PROMEDIO DIARIO DE ATENCIONES	N° de atenciones del hospital, servicio o especialidad	N° de días útiles de atención en el mismo período
46	PROMEDIO DE RECETA POR ATENCION	N° de recetas atendidas en consulta externa en un período	N° de atenciones en el mismo período
47	PROMEDIO DE EXAMENES DE LABORATORIO POR ATENCION	N° de exámenes de laboratorio indicados en consulta externa en un período	N° de atenciones en el mismo período
48	PROMEDIO DE EXAMENES RADIOLOGICOS POR ATENCION	N° de exámenes radiológicos indicados en consulta externa en un período	N° de atenciones en el mismo período
49	PROMEDIO DE EXAMENES ECOGRAFICOS POR ATENCION	N° de exámenes ecográficos indicados en consulta externa en un período	N° de atenciones en el mismo período
50	RAZON CONSULTAS EXTERNAS / EGRESOS	N° de egresos en un período	N° de atendidos en el mismo período
51	TRABAJOS ODONTOLOGICO POR SESION	N° de trabajos odontológicas en un período	N° de sesiones odontológicas en el mismo período
52	N° DE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE ODONTOLOGIA		
53	CONCENTRACION DE SESIONES ODONTOLOGICAS	N° de sesiones odontológicas en un período (a partir de Enero)	N° de atendidos (nuevos y reingresos) al servicio en el mismo do
54	PRODUCTIVIDAD HORA ODONTOLOGO	N° de sesiones odontológicas en un período	N° de horas odontólogo programadas en el mismo período

	V. EMERGENCIA		
55	PORCENTAJE DE PACIENTES SIN DIAGNOSTICO REGISTRADO EN EL LIBRO DE EMERGENCIA	N° de pacientes del libro de emergencia sin diagnóstico registrado en un período x 100	
56	NUMERO DE ATENCIONES EN EMERGENCIA		
57	PROMEDIO DE PERMANENCIA EN OBSERVACION DE EMERGENCIA	N° de días estancia de los egresados (vivos o fallecidos) de emergencia en un período	
58	INTERVALO DE SUSTITUCION DE CAMAS EN EMERGENCIA	N° de días cama disponibles en emergencia - N° de pacientes día en emergencia en un período	
59	PORCENTAJE DE OCUPACION DE CAMAS DE EMERGENCIA	N° de pacientes día en emergencia en un período x 100	
60	PORCENTAJE DE PACIENTES EN SALA DE OBSERVACION DE EMERGENCIA	N° de pacientes que pasan a sala de observación de emergencia en un período x 100	
61	RAZON ATENCIONES EN EMERGENCIA / ATENCIONES EN CONSULTA EXTERNA	N° de atenciones en emergencia en un período x 100	
62	PORCENTAJE DE HOSPITALIZADOS POR ATENCIONES DE EMERGENCIA	N° de pacientes hospitalizados por emergencia en un período	
63	NUMERO DE ABORTOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL		
64	RAZON ABORTOS INCOMPLETOS COMPLICADOS / ABORTOS INCOMPLETOS NO COMPLICADOS	N° de abortos incompletos complicados en un período	
65	PROMEDIO DE EXAMENES DE LABORATORIO POR ATENCION DE EMERGENCIA	N° de exámenes de laboratorio atendidos en emergencia en un período	
66	PROMEDIO DE EXAMENES RADIOLOGICOS POR ATENCION DE EMERGENCIA	N° de exámenes radiológicos atendidos en emergencia en un período	
67	NUMERO DE TRASLADOS A OTRO CENTRO ASISTENCIAL		
68	TASA BRUTA DE MORTALIDAD EN EMERGENCIA	N° de defunciones en emergencia en un período x 100	
69	TASA NETA DE MORTALIDAD NETA EN EMERGENCIA	N° de fallecidos en emergencia después de 48 horas de su admisión en un período x 100	
70	PORCENTAJE DE RESUCITACION CARDIOPULMONAR CON ÉXITO	N° de procedimientos de reanimación cardiopulmonar realizadas con éxito en emergencia en un período x 100	
	VI. HOSPITALIZACION		
71	PROMEDIO DIARIO DE CAMAS HOSPITALARIAS	N° de camas diarias disponibles en un período	N° de días del mismo período
72	N° DE EGRESOS - N° DE EGRESOS POR SERVICIO O ESPECIALIDAD		
73	PROMEDIO DE PERMANENCIA O ESTADIA	N° de días estancia de los egresados (vivos o fallecidos) en un período	N° de egresos (vivos o fallecidos) en el mismo período
	PROMEDIO DE PERMANENCIA POR SERVICIO O ESPECIALIDAD	N° de días estancia de los egresados (vivos o fallecidos) del servicio o especialidad en un período	Total de egresos (vivos o fallecidos) del mismo servicio o especialidad en el mismo período
74	INTERVALO DE SUSTITUCION DE CAMAS	N° de días cama disponibles - N° de pacientes día de un período	N° de egresos en el mismo período
75	PORCENTAJE DE OCUPACION DE CAMAS	N° de pacientes día en un período x 100	N° de días cama disponibles en el mismo período

	PORCENTAJE DE OCUPACION DE CAMAS POR SERVICIOS O ESPECIALIDADES		
76	RENDIMIENTO CAMA		N° de camas disponibles promedio en ese período
	RENDIMIENTO CAMA POR SERVICIO O ESPECIALIDAD		N° de camas disponibles promedio del servicio o especialidad en el mismo período
77	PORCENTAJE DE DISTRIBUCION DE CAMAS		N° de camas disponibles del hospital
78	PROMEDIO DIARIO DE INGRESOS		N° de días del período
79	PROMEDIO DIARIO DE EGRESOS		N° de días del período
80	TASA DE INTERCONSULTA EN HOSPITALIZADOS		N° de egresos del servicio en el mismo período
81	PROMEDIO DE EXAMENES DE LABORATORIO POR PACIENTE DIA		N° de pacientes día del mismo per
82	PROMEDIO DE EXAMENES RADIOLOGICOS POR PACIENTE DIA		N° de pacientes día del mismo período
83	PORCENTAJE DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS		N° de egresos en el mismo período
84	TASA DE RECAIDAS		N° de egresos del hospital, servicio o especialidad en el
85	TASA BRUTA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA		N° de egresos en el mismo período
86	TASA NETA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA		N° de egresos del hospital, servicio o especialidad en el
87	TASA DE LETALIDAD HOSPITALARIA		N° de casos nuevos de la enfermedad admitidos en el período
88	PORCENTAJE DE NECROPSIAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS	N° de fallecidos en hospitalización en quienes se realizó autopsia en un período x 1000	N° de fallecidos en hospitalización en el mismo período
	VII. CENTRO QUIRURGICO		
89	N° DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS - N° DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS POR SERVICIO O ESPECIALIDAD		
90	N° DE PACIENTES OPERADOS		
91	APROVECHAMIENTO DE SALAS DE OPERACIONES	N° de horas quirúrgicas efectivas en un período x 100	N° de horas quirúrgicas disponibles en el
92	GRADO DE CUMPLIMIENTO DE OPERACIONES PROGRAMADAS	N° de intervenciones quirúrgicas programadas ejecutadas en un período x 100	N° de intervenciones quirúrgicas programadas en el mismo
93	RENDIMIENTO QUIROFANO	N° de intervenciones quirúrgicas en un período	N° de salas de operaciones utilizadas en el mismo período
94	PORCENTAJE DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS SUSPENDIDAS	N° de intervenciones quirúrgicas suspendidas en un	N° de intervenciones quirúrgicas programadas en el mismo período
95	NUMERO DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS PENDIENTES		
96	PROMEDIO DE DIAS PREOPERATORIOS	N° de días preoperatorios de pacientes operados	N° de pacientes operados en el mismo período
97	PORCENTAJE DE INFECCIONES POST QUIRURGICAS	N° de infecciones post operatorias en un período x 100	N° de intervenciones quirúrgicos en el mismo período

98	PORCENTAJE DE COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS		
99	PORCENTAJE DE COMPLICACIONES POST OPERATORIAS		
100	PORCENTAJE DE COMPLICACIONES ANESTESICAS		
101	PORCENTAJE DE COMPLICACIONES EN RECUPERACIÓN		
102	PORCENTAJE DE DISCREPANCIAS ENTRE DIAGNOSTICO PRE Y POST QUIRURGICO		
103	TASA DE MORTALIDAD EN EL CENTRO QUIRURGICO		
	VIII. ESTERILIZACION CENTRAL		
104	NUMERO DE PAQUETES ESTERILIZADOS		
105	PORCENTAJE DE PAQUETES ESTERILIZADOS SEGÚN METODO UTILIZADO		
106	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE SOLICITUDES DE ESTERILIZACION EN 24 HORAS, SEGÚN METODO UTILIZADO		
107	PORCENTAJE DE SOLICITUDES DE ESTERILIZACION ATENDIDAS POR SERVICIOS		
	IX. CENTRO OBSTETRICO		
108	NUMERO DE PARTOS HOSPITALARIOS		
109	PORCENTAJE DE PARTOS ATENDIDOS	N° de partos atendidos en gestantes controladas en el hospital en un período x 100	
110	PORCENTAJE DE PARTOS COMPLICADOS	N° de partos complicados en un período x 100	
111	TASA DE CESAREAS	N° de cesáreas realizadas en un período x 100	
112	PORCENTAJE DE CESAREAS PRIMARIAS	N° de cesáreas primarias en un p	
113	INDICE CESAREAS PRIMARIAS / CESAREAS REPETIDAS	N° de cesáreas primarias en un período	
114	RENDIMIENTO SALA DE PARTOS	N° de partos atendidos en un período	
115	TASA DE MORTALIDAD INTRAPARTO	N° de defunciones maternas durante el parto en un	
116	TASA DE MORTALIDAD POST PARTO INMEDIATO	N° de defunciones maternas en el post parto inmediato en un período x 100	
117	PORCENTAJE DE EXTENSION DE EPISIOTOMIA: LACERACION DE IV GRADO	N° de laceraciones de cuarto grado en un período x 100	
	X. NEONATOLOGIA		
118	N° DE EGRESOS DE NEONATOLOGIA		

119	PROMEDIO DE PERMANENCIA EN NEONATOLOGIA	N° de días estancia de los neonatos egresados (según área) en un período	
120	INTERVALO DE SUSTITUCION DE INCUBADORAS EN AREAS CRITICAS DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	N° de días incubadora disponibles - N° de pacientes día de un período	
121	PORCENTAJE DE OCUPACION DE INCUBADORAS EN AREAS CRITICAS DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	N° de pacientes día en neonatología en un período x 100	
122	PORCENTAJE DE SEPSIS NEONATAL	N° de neonatos hospitalizados con sepsis en un	
123	PORCENTAJE DE COMPLICACIONES NO INFECCIOSAS EN NEONATOLOGIA	N° de neonatos con complicaciones intrahospitalarias no infecciosas en un período x 100	
124	PORCENTAJE DE PREMATURIDAD	N° de prematuros en un período x 100	
125	TASA DE MORTALIDAD PERINATAL HOSPITALARIA	N° de egresos por muerte fetal + N° de egresos por muerte neonatal precoz ocurrida en el hospital en un período X 1000	
126	TASA DE MORTALIDAD PERINATAL HOSPITALARIA ESPECIFICA POR PESO	N° de egresos por muerte fetal > de 1000 gr. + N° de egresos por muerte neonatal precoz > de 1000 gr. Ocurridas en el hospital en un período x 1000	
127	TASA DE MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ	N° de neonatos fallecidos menores de 7 días en el hospital en un período x 1000	
128	TASA DE MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ ESPECIFICA POR PESO	N° de nacidos vivos fallecidos menores de 7 días con peso de 1000 gr o más en un período x 1000	
129	TASA DE MORTALIDAD NEONATAL TARDIA EN PREMATUROS DE MUY BAJO PESO	N° de prematuros nacidos vivos fallecidos de 7 - 28 días con peso < de 1,500 gr en un período x 1000	
130	PORCENTAJE DE MORTALIDAD POR GRUPOS DE PESO EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	N° de nacidos vivos fallecidos con peso X en un	
131	PORCENTAJE DE MALFORMACIONES COMPLEJAS INCOMPATIBLES CON LA VIDA	N° de recién nacidos con malformaciones complejas incompatibles con la vida x 100	
132	MORTALIDAD POR EDADS AL FALLECER EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	N° de nacidos vivos fallecidos de 7 - 28 días según grupo de edad X en un período x 100	hospital en el mismo período
133	INDICE DE RECIEN NACIDO CON DEPRESION RESPIRATORIA AL MINUTO	N° de recién nacidos con apgar al minuto < o igual a 6 en un período x 100	N° de recién nacidos vivos en el hospital en el mismo período
134	INDICE DE RECIEN NACIDO CON DEPRESION RESPIRATORIA A LOS CINCO MINUTOS	N° de recién nacidos con apgar a los cinco minutos < o igual a 6 en un período x 100	N° de recién nacidos vivos en el hospital en el mismo período
135	PORCENTAJE DE TRANSFERENCIAS	N° de recién nacidos transferidos en un período x 100	N° de recién nacidos vivos en el mismo período
	XI. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS GENERALES		
136	N° DE EGRESOS DE UCIG		
137	N° DE INTERCONSULTAS EN UCIG		
138	PROMEDIO DE PERMANENCIA EN UCIG	N° de días estancia de los pacientes egresados de UCIG (vivos o fallecidos) en un período	N° de egresos de UCIG (vivos o fallecidos) en el mismo período
139	INTERVALO DE SUSTITUCION DE CAMA EN UCIG	N° de días cama disponibles en UCIG - N° de pacientes día en UCIG de un período	N° de egresos de UCIG en el mismo período
140	PORCENTAJE DE OCUPACION DE CAMAS EN UCIG	N° de pacientes día en UCIG en un período x 100	N° de días cama disponibles en UCIG en el mismo período

141	RENDIMIENTO CAMA EN UCIG	N° de egresos en UCIG en un período	N° de camas disponibles en UCIG en el mismo período
142	PORCENTAJE DE UTILIZACION DE VENTILADORES	N° de horas diarias de utilización de ventiladores en un	N° de horas disponibles de utilización de ventiladores en el
143	PORCENTAJE DE TRASLADOS DE PACIENTES DE UCIG	N° de egresos de UCI por traslado a otro hospital en un período x 100	N° de egresos de UCIG en el mismo período
144	TASA DE MORTALIDAD BRUTA EN UCIG	N° de defunciones en UCIG en un período x 100	N° de egresos de UCIG en el mismo período
145	TASA DE MORTALIDAD NETA EN UCIG	N° de fallecidos en UCIG después de 48 horas de su admisión en un período x 100	N° de egresos de UCIG en el mismo período
146	TASA DE ADMISION A UCIG	N° de ingresos a UCIG en un período x 100	N° de interconsultas a UCIG en el mismo período
147	PROMEDIO DE PROCEDIMIENTOS POR MEDICO	N° de procedimientos realizados por intensivistas de UCIG en un período	N° de intensivistas de UCIG en el mismo período
148	PROMEDIO DE EVALUACIONES POR MEDICO	N° de evaluaciones por intensivista de UCIG en un	N° de intensivistas de UCIG en el mismo pe
149	PROMEDIO DE SEVERIDAD DE ENFERMEDAD	Suma de valores APACHE de los pacientes internados en UCIG en un período x 100	N° de pacientes de UCIG en el mismo período
150	PROMEDIO DE DEPENDENCIA ASISTENCIAL	Suma de valores TISS de los pacientes internados en UCIG en un período x 100	N° de pacientes de UCIG en el mismo período
151	PORCENTAJE DE REINGRESOS PRECOCES A UCIG	N° de reingresos precoces a UCIG en un período x 100	N° de egresos de UCIG en el mismo período
152	PORCENTAJE DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN UCIG	N° de pacientes con infecciones intrahospitalarias en UCIG en un período x 100	N° de egresos de UCIG en el mismo período
153	PORCENTAJE DE REINTUBACION PRECOZ	N° de pacientes reintubados dentro de las 48 horas después de la extubación en un período por 100	N° de pacientes extubados en el mismo período
154	PORCENTAJE DE AUTOEXTUBACION	N° de pacientes que se extubaron en un período x 100	N° de pacientes intubados en el mismo período
155	PORCENTAJE DE NEUMOTORAX PRODUCIDO POR CATETERISMO	N° de pacientes con neumotorax producidos por CVC en un período x 100	N° de pacientes con CVC en el mismo período
156	PORCENTAJE DE NEUMOTORAX PRODUCIDO POR BAROTRAUMA	N° de pacientes con neumotorax producidos por barotrauma en un período x 100	N° de pacientes con ventilación mecánica en el mismo período
157	PORCENTAJE DE PACIENTES CON ULCERAS POR PRESION	N° de pacientes hospitalizados con úlceras de presión en un período x 100	N° de pacientes de UCIG en el mismo período
158	PORCENTAJE DE NECROPSIAS DE PACIENTES DE UCIG	N° de fallecidos en UCIG en quienes se realizó necropsia en un período x 100	N° de fallecidos en UCIG en el mismo período
	XII. REHABILITACION		
159	N° DE ATENCIONES EN REHABILITACION		
160	N° DE ATENDIDOS EN REHABILITACION		
161	NUMERO DE INTERCONSULTAS EN REHABILITACION		
162	PROMEDIO DE ATENCIONES POR ATENDIDO EN REHABILITACION	N° de atenciones en rehabilitación en un período	N° de atendidos en rehabilitación en el mismo período
163	PORCENTAJE DE ATENCIONES POR SERVICIO O ESPECIALIDAD	N° de atenciones en rehabilitación por servicio o especialidad en un período x 100	N° de atenciones en rehabilitación en el mismo período
164	PORCENTAJE DE ATENCION SEGUN TIPO DE REHABILITACION	N° de atenciones en rehabilitación se	N° de atenciones en rehabilitación en el mismo período

165	PORCENTAJE DE UTILIZACION DE EQUIPOS	
166	PORCENTAJE DE PACIENTES DE ALTA INTEGRADOS	
	XIII. PATOLOGIA CLINICA	
167	NUMERO DE EXAMENES DE LABORATORIO	
168	POCENTAJE DE EXAMENES DE LABORATORIO POR SERVICIO	
169	PORCENTAJE DE EXAMENES DE LABORATORIO SEGÚN TIPO	
170	PORCENTAJE DE EXAMENES DE LABORATORIO EXTRAMURO	
171	PORCENTAJE DE SOLICITUDES DE EXAMENES DE LABORATORIO POR SERVICIO ATENDIDAS	
172	PORCENTAJE DE EXAMENES NO INFORMADOS ANTES DE 24 HORAS POR SERVICIO	
173	RENDIMIENTO HORA LABORATORISTA	
174	PORCENTAJE DE EXAMENES DE LABORATORIO SIN RESULTADOS POR ERROR TECNICO	
	XIV. BANCO DE SANGRE	
175	N° DE PAQUETES GLOBULARES	
176	PORCENTAJE DE UNIDADES TAMIZADAS	N° de unidades recolectadas en el mismo período
177	PORCENTAJE DE POSTULANTES REACTIVOS	N° de postulantes en el mismo período
178	PORCENTAJE DE UNIDADES TRANSFUNDIDAS	N° de donantes aptos en el mismo período
179	PORCENTAJE DE SOLICITUDES DE URGENCIA ATENDIDAS	N° de solicitudes de urgencia en el mismo período
180	PORCENTAJE DE SOLICITUDES ATENDIDAS	N° de solicitudes en el mismo período
181	PORCENTAJE DE USO APROPIADO DE UNIDADES FRACCIONADAS	N° de unidades tamizadas aptas en el mismo período
	XV. ANATOMIA PATOLOGICA	
182	NUMERO DE EXAMENES DE ANATOMIA PATOLOGICA	
183	PORCENTAJE DE EXAMENES ANATOMO PATOLOGICOS SEGÚN TIPO	N° de exámenes de anatomía patológica en el mismo período

184	TASA DE NECROPSIAS	N° de necropsias realizadas en pacientes fallecidos en el hospital en un período x 100	N° de defunciones ocurridas en el hospital en el mismo período
	XVI. IMÁGENES		
	RADIOLOGIA		
185	NUMERO DE EXAMENES RADIOLOGICOS		
186	PORCENTAJE DE EXAMENES RADIOLOGICOS POR SERVICIO	N° de exámenes radiológicos efectuados por indicación del servicio de consulta externa (u hospitalización o emergencia) en el mismo período x 100	N° de exámenes radiológicos efectuados en el servicio de radiología en un período
187	PORCENTAJE DE EXAMENES RADIOLOGICOS SEGÚN TIPO	N° de exámenes radiológicos según tipo en un período X 100	N° de exámenes radiológicos en el mismo período
188	PORCENTAJE DE SOLICITUDES DE EXAMENES RADIOLOGICOS POR SERVICIO ATENDIDAS	N° de exámenes radiológicos realizados por indicación de consulta externa, hospitalización o emergencia en	N° de exámenes radiológicos solicitados en consulta externa, hospitalización o emergencia en el mismo período
189	PROMEDIO DE PLACAS RADIOLOGICAS POR TIPO DE EXAMEN	N° de placas utilizadas para exámenes radiológicos en	N° de exámenes radiológicos efectuados en el mismo período
190	PORCENTAJE DE PLACAS NO UTILES PARA EL DIAGNOSTICO	N° de placas radiológicas no útiles para el diagnóstico x 100	N° de placas radiológicas utilizadas en el mismo período
191	NUMERO DE PACIENTES CON PREPARACION INADECUADA PARA EXAMENES RADIOLOGICOS		
192	PORCENTAJE DE REACCIONES ADVERSAS	N° de pacientes con reacciones adversas a sustancias de contraste en un período x 100	N° de pacientes en quienes se utilizó sustancias de contraste en el mismo período
193	PRODUCTIVIDAD HORA RADIOLOGO	N° de exámenes de radiológicos realizados por tipo en	N° de horas radiólogo efectivas en el mismo período
194	PORCENTAJE DE UTILIZACION DE EQUIPOS DE RADIOLOGIA	N° de horas utilizadas por un equipos de radiología en	N° de horas disponibles de utilización de equipos de radiología
	ECOGRAFIA		
195	NUMERO DE EXAMENES ECOGRAFICOS		
196	PORCENTAJE DE EXAMENES ECOGRAFICOS POR SERVICIO	N° de exámenes ecográficos efectuados por indicación del servicio de consulta externa (u hospitalización o emergencia) en el mismo período X 100	N° de exámenes ecográficos efectuados en el servicio de radiología en el mismo período
197	PORCENTAJE DE EXAMENES ECOGRAFICOS SEGÚN TIPO	N° de exámenes ecográficos según tipo en un período x 100	N° de exámenes ecográficos en el mismo período
198	PORCENTAJE DE SOLICITUDES DE EXAMENES ECOGRAFICOS POR SERVICIO ATENDIDAS	N° de exámenes ecográficos realizados por indicación de consulta externa, hospitalización o emergencia en	N° de exámenes solicitados en consulta externa, hospitalización o emergencia en el mismo período
199	PRODUCTIVIDAD HORA ECOGRAFISTA	N° de exámenes ecograficos realizadas en un período	N° de horas ecografista programadas en el mismo período
200	PORCENTAJE DE UTILIZACION DE ECOGRAFOS	N° de horas utilizadas por un equipo de ecografía en	N° de horas disponibles de utilización de equipos de ecografía en el mismo período
	XVII. RADIOTERAPIA		
201	NUMERO DE ATENCIONES EN RADIOTERAPIA		
202	NUMERO DE ATENDIDOS EN RADIOTERAPIA		
203	PROMEDIO DE ATENCIONES POR ATENDIDO EN RADIOTERAPIA	N° de atenciones en radioterapia en un período	N° de atendidos en radioterapia en el mismo período

204	PORCENTAJE DE ATENCIONES DE RADIOTERAPIA SEGÚN PROCEDENCIA		
205	PORCENTAJE DE SOLICITUDES DE ATENCIONES DE RADIOTERAPIA ATENDIDAS		
	XVIII. MEDICINA NUCLEAR		
206	NUMERO DE ATENCIONES O ESTUDIOS EN MEDICINA NUCLEAR		
207	NUMERO DE ATENDIDOS EN MEDICINA NUCLEAR		
208	PROMEDIO DE ATENCIONES O ESTUDIOS POR ATENDIDO EN MEDICINA NUCLEAR		
209	PORCENTAJE DE ATENCIONES O ESTUDIOS DE MEDICINA NUCLEAR SEGÚN PROCEDENCIA		
210	PORCENTAJE DE ATENCIONES O ESTUDIOS DE MEDICINA NUCLEAR SEGÚN TIPO		
211	PORCENTAJE DE UTILIZACION DE CAMARA GAMMA	Nº de horas utilizadas por la cámara gamma en un	
	XIX. ENFERMERIA		
212	PORCENTAJE DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA REGISTRADOS	Nº de H.C. De pacientes hospitalizados con diagnóstico de enfermería consignado en su hoja de registro en un período x 100	
213	CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERIA	Nº de registros de enfermería de las H.C. De pacientes hospitalizados que aplican el SOAPI en un período x 100	
214	PORCENTAJE DE AUTOEXTUBACION	Nº de pacientes que se autoextubaron en un período x100	
215	PORCENTAJE DE FLEBITIS	Nº de pacientes hospitalizados con flebitis x 100	
216	PORCENTAJE DE ULCERAS POR PRESION	Nº de pacientes hospitalizados con úlceras por presión en un período x 100	
217	PORCENTAJE DE OBSTRUCCION DEL TUBO ENDOTRAQUEAL	Nº de pacientes hospitalizados con obstrucción del tubo endotraqueal en un período x 100	
218	PORCENTAJE DE ERITEMA DE PIEL POR USO DE PAÑAL	Nº de pacientes hospitalizados con eritema de piel por uso de pañal en un período x 100	Nº de pacientes hospitalizados que usan pañal en un período x 100
219	PROMEDIO DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES SUSPENDIDOS EN HOSPITALIZACION	Nº de procedimientos especiales suspendidos por inadecuada preparacion en un período x 100	Nº de pacientes hospitalizados programados para procedimientos especiales en el mismo período
220	PORCENTAJE DE ONFALITIS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	Nº de recién nacidos con onfalitis en un período x 100	Nº de recién nacidos en neonatología en el mismo período
	XX. FARMACIA		
221	NUMERO DE FARMACOS ATENDIDOS		
222	PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS ATENDIDOS	Nº de medicamentos atendidos en consulta externa, hospitalización o emergencia en un período x 100	Nº de medicamentos solicitados en consulta externa, hospitalización o emergencia en el mismo período

223	DISTRIBUCION DEL CONSUMO MEDICAMENTOS POR SERVICIO		
224	PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS NO ATENDIDOS		
225	PORCENTAJE DE DEVOLUCIONES POR ERROR DE DISPENSACION		
226	EXISTENCIA EN STOCK DE MEDICAMENTOS INDISPENSABLES PARA LA REANIMACION CARDIORESPIRATORIA BASICA		
	XXI. TRABAJO SOCIAL		
227	PORCENTAJE DE DISTRIBUCION DE LAS ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL SEGUN TIPO		
228	PORCENTAJE DE VISITAS, ENTREVISTAS, GESTIONES Y REUNIONES EJECUTADAS EN RELACION A LO PROGRAMADO	Nº de actividades de trabajo social según tipo ejecutadas en un período x 100	
229	PORCENTAJE DE PACIENTES EXONERADOS DE PAGO	Nº de pacientes exonerados del pago total en un	
230	PORCENTAJE DE PACIENTES EN EXTREMA POBREZA	Nº de pacientes en extrema pobreza en un período x 100	Nº de pacientes en el mismo período
	XXII. NUTRICION Y DIETETICA		
231	NUMERO DE RACIONES ATENDIDAS		
232	NUMERO DE DIETAS ESPECIALES		
233	NUMERO DE FORMULAS LACTEAS		
234	NUMERO DE FORMULAS ENTERALES		
235	NUMERO DE RACIONES PARA EL PERSONAL		
236	PORCENTAJE DE RACIONES ATENDIDAS SEGÚN TIPO	Nº de raciones atendidas según tipo en un período x 100	Nº de raciones atendidas en el mismo período
237	PORCENTAJE DE QUEJAS Y RECLAMOS DE LOS USUARIOS POR LA ALIMENTACION RECIBIDA	Nº de quejas por alimentación en un período x 100	Nº de egresos en el mismo período
238	NUMERO DE CONSULTAS NUTRICIONALES		
	XXIII. REGISTROS MEDICOS Y ESTADISTICOS		
239	PORCENTAJE DE AUDITORIAS MEDICAS EN CASOS DE COMPLICACIONES GRAVES Y DE FALLECIDOS	Nº de auditorías médicas de complicaciones graves y fallecidos en un período x 100	Nº de casos de complicaciones graves y fallecidos en el
240	TASA DE INCUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE HISTORIAS CLINICAS	Nº de historias clínicas no localizadas en un período x 100	Nº de historias clínicas solicitadas en el mismo período
241	PORCENTAJE DE INGRESOS POR SERVICIO	Nº de ingresos por servicio en un período x 100	Nº de ingresos en el mismo período
242	PORCENTAJE DE PACIENTES CITADOS	Nº de citas del servicio o especialidad en un período x 100	Nº de atenciones del servicio o especialidad en el mismo
243	PORCENTAJE DE CITAS ADICIONALES	Nº de citas adicionales en un período x 100	Nº de citas otorgadas durante el mismo período

	XXIV. LAVANDERIA		
244	PORCENTAJE DE ROPA LAVADA POR SERVICIO		
245	PORCENTAJE DE REPOSICION DE ROPA		
246	PORCENTAJE DE UTILIZACION DE MAQUINAS LAVADORAS		
247	PORCENTAJE DE UTILIZACION DE MAQUINAS SECADORAS		
	XXV. MANTENIMIENTO		
248	PORCENTAJE DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS, MOBILIARIO E INFRAESTRUCTURA		
	* MANTENIMIENTO PREVENTIVO		
	* MANTENIMIENTO CORRECTIVO		
249	PORCENTAJE DE ORDENES DE MANTENIMIENTO NO ATENDIDAS	N° de ordenes de mantenimiento no atendidas en un período x 100	
250	PORCENTAJE DE EQUIPOS NO OPERATIVOS	N° de equipos no operativos en un período x 100	
251	CONSUMO DE PETROLEO Y SIMILARES		
252	CONSUMO DE GASOLINA POR AMBULANCIA	N° de galones de gasolina consumidos correspondiente a ambulancias en un período	
253	CONSUMO DE GASOLINA POR TRANSPORTES (EXCEPTO AMBULANCIAS)		
254	PORCENTAJE DE ORDENES DE SALIDA NO ATENDIDAS	N° de ordenes de salida no atendidas en un período x 100	
	XXVI. LIMPIEZA		
255	PORCENTAJE DE CONSULTORIOS EXTERNOS Y AMBIENTES DE HOSPITALIZACION BALDEADOS - LUSTRADOS POR SEMANA	N° de consultorios externos + N° de ambientes de hospitalización baldeados - lustrados por semana x 100	
256	PORCENTAJE DE UTILIZACION DE MAQUINAS INDUSTRIALES DE BALDEO - LUSTRADO	N° de horas de utilización de máquinas industriales de baldeo - lustrado en un período x 100	
257	PRODUCTIVIDAD HORA PERSONAL DE LIMPIEZA (POR METRO CUADRADO)	N° de metros cuadrados aseados en un período	
258	PORCENTAJE DE AUSENTISMO LABORAL DEL PERSONAL DE LIMPIEZA	N° de días ausencia del personal de limpieza en un período x 100	
	XXVII. SEGURIDAD		
259	PORCENTAJE DE EXTINTORES CON FECHA DE USO VIGENTE	N° de extintores con fecha de uso vigente en un	N° de extintores en el mismo período
260	PORCENTAJE DE PERDIDAS Y ROBOS EN EL ESTABLECIMIENTO	N° de bienes no habidos en un período x 100	N° de bienes en el mismo período

261	N° DE SIMULACROS DE EVACUACION PERIODICOS		
INDICADORES DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS			
I. CARDIOLOGIA			
262	PORCENTAJE DE EXAMENES ECOCARDIOGRAFICOS POR ATENDIDO EN CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA	N° de ecocardiografías realizadas por la especialidad en un período x 100	
263	PORCENTAJE DE PRUEBAS DE ESFUERZO POR ATENDIDO EN CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA	N° de pruebas de esfuerzo realizadas por la especialidad en un período x 100	
264	PORCENTAJE DE EXAMENES HOLTER POR ATENDIDO EN CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGÍA	N° de exámenes Holter realizados por la especialidad en un período x 100	
265	PORCENTAJE DE EXAMENES MAPA (MONITOREO AMBULATORIO DE PRESION ARTERIAL) POR ATENDIDO EN CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGÍA	N° de exámenes MAPA realizados por la especialidad en un período x 100	
266	PRODUCTIVIDAD HORA MEDICO ECOCARDIOGRAFISTA	N° de ecocardiografías realizadas en un período x 100	
267	PRODUCTIVIDAD HORA MEDICO PRUEBA DE ESFUERZO	N° de pruebas de esfuerzo realizadas en un período x 100	
268	PRODUCTIVIDAD HORA MEDICO HOLTER	N° de exámenesa Holter realizados en un período x 100	
II. DERMATOLOGÍA			
269	PROMEDIO DE PROCEDIMIENTOS POR MEDICO	N° de procedimientos realizados por dermatólogos en	
270	RENDIMIENTO DE SALA DE PROCEDIMIENTOS	N° de procedimientos dermatológicos en un período	
271	PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS DERMATROLOGICOS SUSPENDIDOS	N° de procedimientos dermatológicos suspendidos en un período x 100	
272	RENDIMIENTO HORA MEDICO DERMATOLOGO	N° de atenciones dermatológicas en un período	
273	PROMEDIO DE MINUTOS POR ATENCUION EN PACIENTES DERMATOLOGICOS	N° de horas médico efectivas de atención de pacientes en un período x 60	N° de atenciones de pacientes dermatológjcos en el mismo
III. ENDOCRINOLOGIA			
274	NUMERO DE EXAMENES DE LABORATORIO DE ENDOCRINOLOGIA		
275	PORCENTAJE DE EXAMENES DE LABORATORIO VISADOS	N° de resultados de exámenes hormanles visados en	N° de exámenes hormonales realizados en el mismo período
276	NUMERO DE PROCEDIMIENTOS DE ENDOCRINOLOGIA		
277	PRODUCTIVIDAD HORA MEDICO PROCEDIMIENTO	N° de procedimientos realizados en un período	N° de horas médico procedimiento programadas en el mismo

278	PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS SEGÚN TIPO	N° de procedimientos realizados según tipo en un período x 100	N° de procedimientos realizados en el mismo período
279	NUMERO DE SESIONES EDUCATIVAS DEL PROGRAMA DE EDUCACION BASICA PARA EL PACIENTE DIABETICO		
280	NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL PROGRAMA DE EDUCACION BASICA PARA EL PACIENTE DIABETICO		
281	PORCENTAJE DE PACIENTES QUE CUMPLEN CON EL CICLO BASICO DEL PROGRAMA DE EDUCACION BASICA PARA EL PACIENTE DIABETICO	N° de pacientes diabéticos nuevos que cumplen el ciclo educativo del PEBADIM en un período x 100	N° de pacientes diabéticos nuevos en el mismo período
282	PORCENTAJE DE CAPTACION DE PACIENTES DIABETICOS AL PEBADIIM	N° de pacientes diabéticos nuevos que acuden al PEBADIM en un período x 100	N° de pacientes diabéticos nuevos que acuden al Hospital en el mismo período
283	NUMERO DE MODULOS EDUCATIVOS DEL PROGRAMA DE OBESIDAD		
284	NUMERO DE TALLERES CONDUCTUALES DEL PROGRAMA DE OBESIDAD		
285	NUMERO DE TALLERES DE ACTIVIDAD FISICA DEL PROGRAMA DE OBESIDAD		
286	PORCENTAJE DE PACIENTES NUEVOS EN TALLERES DEL PROGRAMA DE OBESIDAD	N° de pacientes nuevos que acuden a talleres del Programa de Obesidad en un período x 100	N° de pacientes que acuden a talleres del Programa de Obesidad en el mismo período
	IV. GASTROENTEROLOGIA		
287	RENDIMIENTO DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS	N° de procedimientos endoscópicos en un período	N° de salas de procedimientos endoscópicos utilizados en el
288	PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS SUSPENDIDOS	N° de procedimientos endoscópicos suspendidos en un período x 100	N° de procedimientos endoscópicos programados en el mismo
289	PORCENTAJE DE UTILIZACION DE ENDOSCOPIOS SEGÚN MODELO	N° de endoscopías realizadas según modelo de endoscopio en un período x 100	N° de endoscopios utilizados en del mismo modelo en el mismo período
290	PORCENTAJE DE ORDENES DE MANTENIMIENTO ATENDIDAS	N° de solicitudes de mantenimiento de endoscopios atendidas en un período x 100	N° de solicitudes de mantenimiento de endoscopios en el
291	PROMEDIO DE ENDOSCOPIAS POR MEDICO	N° de endoscopías realizadas por médico en un	N° de médicos del servicio en el mismo período
292	PRODUCTIVIDAD HORA MEDICO ENDOSCOPISTA	N° de endoscopías realizadas en un período	N° de horas médico endoscopista programadas en el mismo período
293	PORCENTAJE DE COMPLICACIONES POR ENDOSCOPIA	N° de pacientes con complicaciones por endoscopia en un período x 100	N° de pacientes atendidos sometidos a endoscopia en el
294	PORCENTAJE DE QUEJAS Y RECLAMOS DE LOS USUARIOS POR LA ATENCION RECIBIDA		
	V. NEFROLOGIA		
295	TASA DE MORTALIDAD POR PACIENTE AÑO RIESGO EN EL HOSPITAL	N° de pacientes año riesgo (PAR) fallecidos en el Centro de Diálisis del Hospital	N° de pacientes años riesgo (PAR) en hemodiálisis regular en el Centro de Diálisis del Hospital
296	TASA BRUTA DE MORTALIDAD EN HEMODIALISIS	N° de pacientes fallecidos que se dializan en el Centro de HAL en un período	N° de pacientes hemodializados en el mismo período
297	PORCENTAJE DE PACIENTES DIALIZADOS ADECUADAMENTE	KT	V
298	NUMERO DE HEMODIALISIS		

299	PORCENTAJE DE UTILIZACION HORAS MAQUINA DE HEMODIÁLISIS		
300	CONCENTRACION DE HEMODIALISIS	N° de hemodiálisis en pacientes con IRC en un período (a partir de Enero)	
301	NUMERO DE INTERCONSULTAS NEFROLOGICAS		
302	NUMERO DE INTERCONSULTAS NEFROLOGICAS DE SEGUIMIENTO		
303	PRODUCTIVIDAD HORA MEDICO NEFROLOGO POR INTERCONSULTA	N° de interconsultas realizadas en un período	
	VI. NEUMOLOGIA		
304	PORCENTAJE DE TORACOCENTESIS	N° de toracocentésis realizadas en un período x 100	
		N° de toracocentésis realizadas en un período x 100	
305	PORCENTAJE DE BIOPSIAS PLEURALES	N° de biopsias pleurales realizadas en un período x 100	
		N° de biopsias pleurales realizadas en un período x 100	
306	PORCETAJE DE BRONCOFIBROSCOPIAS	N° de broncofibroscopías realizadas en un período x 100	
		N° de broncofibroscopías realizadas en un período x 100	
	VII. NEUROLOGIA		
307	CONCENTRACION DE ATENCIONES DE PACIENTES CON EPILEPSIA	N° de atenciones de pacientes con epilepsia en un período (a partir de Enero)	
308	PORCENTAJE DE ELECTROENCEFALOGRAMA	N de electroencefalogramas realizados en un período x 100	
		N de electroencefalogramas realizados en un período x 100	
309	PORCENTAJE DE ELECTROMIOGRAFIAS	N de electromiografías realizadas en un período x 100	
		N de electromiografías realizadas en un período x 100	
	VIII. REUMATOLOGIA		
310	CONCENTRACION DE PACIENTES CON OSTEOARTRITIS	N° de atenciones de pacientes con osteoartritis en un período (a partir de Enero)	
311	CONCENTRACION DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA	N° de atenciones de pacientes con artritis reumatoidea en un período (a partir de Enero)	
312	PROMEDIO DE MINUTOS POR ATENCION EN PACIENTES CON ENFERMEDADES DIFUSAS DEL TEJIDO CONECTIVO	N° de horas médico efectivas de atención de pacientes con enfermedades difusas del tejido conectivo en un período x 100	
313	PROMEDIO DE FARMACOS PRESCRITOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA	N° de fármacos recetados en consulta externa en pacientes con artritis reumatoidea en un período	
314	PROMEDIO DE EXAMENES DE LABORATORIO POR PACIENTE CON OSTEOPOROSIS	N° de exámenes de laboratorio en consulta externa de pacientes con osteoporosis en un período	N° de atendidos con osteoporosis en el servicio de reumatología en el mismo período

REPRESENTANTES DE LOS SERVICIOS PARTICIPANTES

REPRESENTANTES DE LOS SERVICIOS PARTICIPANTES

Dr. Maximiliano Cárdenas Díaz
Director General

Dra. Zarela Solís Vásquez
Directora Adjunta

Eco. Nilo Vargas Gil
Asesor de la Dirección

Dr. Luis Aranguena Necochea
Jefe del Departamento de Medicina

Dr. Pedro Lizarzaburu Lizarzaburu
Jefe del Servicio de Medicina 3-I

Dr. Luis Osnayo Delgado
Jefe de Servicio de Medicina 1-I

Dr. Juan Carrasco Escobedo
Jefe del Servicio de Medicina 3-II

Dr. Jorge Casas Castañeda
Jefe del Servicio de Medicina 1-II

Dr. Juan Lema Osoreo
Jefe del Servicio de Medicina 4-I

Dr. Fernando Román D'alessio
Jefe del Servicio de Medicina 2-I

De. Jorge Gutierrez Campos
Jefe del Servicio de Medicina 4-II

Dr. Luis Sánchez Hurtado
Jefe del Servicio de Medicina 2-II

Dra. Juana Cohaila Flores
Jefe del Servicio de Medicina 8-II

Dr. Alberto Llerena Paz
Jefe del Departamento de Cirugía

Dr. Jorge Altamirano Bautista
Jefe del Servicio de Cirugía 6-II

Dr. Lino Conroy Luna
Jefe del Servicio de Cirugía 6-I

Dr. Pedro García Collantes
Jefe del Servicio de Cirugía 6-III

Dr. Benjamín Wong Marticorena
Jefe de Dpto. de Anestesiología

Dr. Carlos Siu Wong
Jefe del Servicio de Anestesiología

Dr. Alexander Espinoza Vargas
Jefe del Dpto. de Emergencia y C.I.G

Dr. Carlos Hidalgo Quevedo
Jefe del Servicio de Emergencia

Dr. César Torres Ruiz
Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos Generales

Dr. Mauro Morillo Matos
Jefe del Departamento de Pediatría

Dra. María Isayama Okamoto
Jefe del Servicio de Neonatología

Dr. Walter Calderón Santillán
**Jefe del Servicio de Consulta Externa y
Emergencia Pediátrica**

Dr. Eloy Saravia Sandoval
**Jefe del Servicio de Hospitalización de
Pediatría**

Dr. Rufo Postigo Díaz
Jefe del Dpto. de Medic. Especialidades

Dr. Javier Pinto Concha
Jefe del Servicio de Cardiología

Dr. Aldo Ayaipoma Nicolini
Jefe del Servicio de Dermatología

Dr. Abdías Hurtado Aréstegui
Jefe del Servicio de Nefrología

Dr. José Solís Villanueva
Jefe del Servicio de Endocrinología

Dra. Lucia Llosa Isenrich
Jefe del Servicio de Hematología Clínica

Dra. Gloria Vargas Cárdenas
Jefe del Servicio de Gastroenterología

Dr. Juan Barreto Montalvo
Jefe del Servicio de Neurología

Dr. Francisco Amado Asmat
Jefe del Servicio de Geriatría

Dr. Amador Vargas Guerra
Jefe del Servicio de Rehabilitación

Dr. Carlos Cornejo Luyo
Jefe del Servicio de Neumología

Dr. Félix Romero Peña
Jefe del Servicio de Reumatología

Dra. Luz Jefferson Cortéz
Jefe del Dpto. de Ginecología y Obstetricia

Dr. Javier Bacini Colán
Jefe del Servicio de Ginecología

Dr. Juan Mere Del Castillo
Jefe del Servicio de Obstetricia

Dr. Carlos Vicentello Paredes
Jefe de la Oficina de Epidemiología y Saneamiento Ambiental

Dra. Irma Carlos Soto
Jefe del Departamento de Odontología

Dr. Jorge Casaverde Hermoza
**Jefe del Servicio de Odontología
Quirúrgica**

Dr. Carlos Espinoza Andrade
**Jefe del Servicio de Odontología
Clínica**

Dra. Lidia Díaz Diburga
Jefe del Servicio de Psicología

Dr. Froilán Morón Ramos
Jefe del Dpto. de Patología Clínica

Dra. Bertha Torres Gallo
Jefe del Servicio de Inmunodiagnóstico

Dr. Juan Urbina Vargas
Jefe del Servicio de Hematología

Dr. Walter Wong Fong
Jefe del Servicio de Microbiología

Dr. Alejandro Barbarán Arévalo
Jefe del Servicio de Banco de Sangre

Dr. Carlos Nava Carrión
Jefe del Dpto. de Anatomía Patológica

Dra. Gloria Bravo Muro
Jefe del Serv. de Anatomía Patológica

Dr. Adalid Cavero Cercedo
Jefe del Servicio de Radiología

Dr. Guillermo Valladares Heredia
Jefe del Servicio de Ecografía

Dr. Miguel Cáceres Loyola
Jefe del Servicio de Medicina Nuclear

Dr. Julio Ormeño del Pino
Asesor del Servicio de Radioterapia

Lic. Enf. Ruth Echevarría Mendoza
Jefe del Departamento de Enfermería

Lic. Enf. Maria Elena Franco Cortéz
Sub Jefe del Servicio de Enfermería

Dr. Manuel Ige Afuso
Jefe de la Oficina de Costos

Sr. Wilfredo Navarro Mancilla
Jefe de la Oficina de Planificación

Lic. T.S. Magda Lavado Tantalean
Jefe del Departamento de Servicio Social

Dr. Máximo Ramírez Chuquillanqui
Jefe del Departamento de Farmacia

Lic. Patricia Burga Coronado
Jefe de la Central de Esterilización

Sra. Maria Luisa Sánchez Leveau
Jefe del Departamento de Nutrición y Dietética

Ing. Leoncio Terreros Inga
Jefe de la Oficina de Serv. Generales

Ing. Luis Paredes Miranda
Jefe de la Unidad de Mantenimiento

Sr. César Vásquez Sánchez
Jefe de la Unidad de Transporte

Sra. Avelina Zárate Daga
Jefe de la Unidad de Limpieza y Jardines

Sra. Gloria Mango Cortabrazo
Jefe de la Unidad de Lavandería

Sr. Hugo Alvarado Huanca
Jefe de la Unidad de Vigilancia

Sra. Adela Román Aramburú
Jefe de la Unidad de Costura

Sr. Oscar Cubas Fernández
Jefe de la Oficina de Personal

Sra. Avelina Castro Rueda
Jefe de la Oficina de Logística

Sr. Pablo Díaz Tello
Jefe de la Oficina de Economía

Sra. Esperanza Tanta Luna
Jefa de la Unidad de Estadística

Lic. Enf. Olga Castañeda Vásquez
Coordinadora de la Unidad de Garantía de la Calidad

AGRADECIMIENTO

AGRADECIMIENTO

La Oficina General de Epidemiología expresa su agradecimiento al **García Cabrera**, por su colaboración en la discusión del *documento de trabajo* original (1998); y a las siguientes personas por su participación en la revisión del mismo documento:

Eco. José Luis Acevedo Palma

Dr. Nestor Cevallos Mendoza

Dr. Jaime Chang Neyra

Dr. Danilo Fernández Borja

Eco. Flor García Grados

Dra. Cecilia Lengua Hinojoza

Dra. Doris Lituma Aguirre

Dr. Fernando Llanos Zavalaga

Dr. Juan Matzumura Kasano

Dr. Guido Merea Longa

Dr. Leonardo Rubio Bazán

BIBLIOGRAFIA

- . Revista de Salud Pública de México, Enero - Febrero 1992, Vol.34, N° 1. México.
5. Bouchet – Cuilleret. Anatomía descriptiva, topográfica y funcional. 1975.
 6. Barquín M. *Dirección de Hospitales*. 6ta edición. Editorial Interamericana -McGraw - Hill. México, 1992.
 7. Bioseguridad en Centros y Puestos de Salud. Programa Salud Básica Para Todos. Ministerio de Salud. Lima, 1997
 8. Bobenrieth M. *Indicadores Útiles para la Evaluación del Hospital*. Ministerio de Salud (MINSA). Lima - Perú, 1971.
 9. Bohigas L. *Control de la Gestión en el Hospital*. Fundación Avedis Donabedian. 1° edición. Barcelona - España, 1987.
 10. Carpenito L.J. Diagnóstico de Enfermería. Edit. Interamericana – Mc Graw – Hill.
 11. Carrera J.M. *Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal*. Instituto Dexeus de Barcelona - España, 1986.
 12. CIE – 10. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. OPS- OMS. 1995.
 13. *Conceptos Hospitalarios*. Dirección de Estadística e Informática del Ministerio de Salud (MINSA). Lima – Perú.
 14. *Curso de Administración en Salud*. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Programa de Maestría en Salud Pública. Lima, 1995.
 15. *Diccionario de Medicina*. Oceano Mosby, 1994.
 16. Dever A. *Epidemiología y Administración de Servicios de Salud*. Oficina Sanitaria Panamericana (OPS), 1991.
 17. Donabedian A. *Prioridades para el Progreso de la Evaluación y Monitoreo de la Calidad de la Atención*. Revista de Salud Pública de México, Enero Febrero 1993. Vol. 35, N° 1. México.
 18. Dussault G. *La Epidemiología y la Gestión de los Servicios de Salud*. Departamento de Administración de Salud. Facultad de Medicina de la Universidad de Montreal. Boletín Epidemiológico de la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS), Vol. 16, N° 2. Julio 1995. Quebec - Canadá.
 19. *Emergencias Obstétricas y Neonatales*. Módulos de capacitación de la Dirección General de Salud de las Personas - Dirección General de Programas Sociales - Programa de Salud Materno Perinatal - Proyecto 2000 - Oficina Sanitaria Panamericana (OPS), Lima - Perú, 1997.
 20. *Epidemiología*. Curso de Salud Colectiva, Módulo II. Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud - Ministerio de Salud - Banco Interamericano de Desarrollo (MINSA - BID) - Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). Lima - Perú, 1996.
 21. *Estándares de Calidad en la Atención de Salud*. Ministerio de Salud - Dirección General de Salud de las Personas - Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud. Lima, Perú 1997.
 22. Estévez J.L. *Cómo Nace un Hospital*. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, 1987.

- editores. Buenos Aires - Argentina, 1978.
26. García A. *Cómo Calcular el Personal para los Establecimientos de Salud y su Rendimiento*. Imprenta del Hospital Centro de Salud de Huaraz. Ancash - Perú, 1968.
 27. *Gerencia de la Calidad*. Curso Básico de Gerencia en Salud. Módulo V. Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud - Development Group International (DGI) - Ministerio de Salud. Lima - Perú, 1996.
 28. *Glosario en Salud*. Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP). Lima
 29. *Glosario de Definiciones de los Productos que Integran la Estructura de Producción*. Documento interno del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), Lima - Perú, 1998.
 30. *Glosario de Términos de Estadística Médica*. Documento interno del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), Sub Gerencia de Estadística. Lima - Perú, 1998.
 31. Gutierrez R. *Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria*. Instituto Nacional de Salud (INSALUD) - Subdirección General de Atención Hospitalaria del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid - España, 1984.
 32. *Indicadores de Evaluación de Programas Nacionales*. Dirección General de salud de las personas del Ministerio de Salud (MINSA). Lima - Perú, 1997.
 33. *Indicadores Hospitalarios*. Documento de trabajo del Hospital María Auxiliadora. Lima - Perú, 1998.
 34. Last J. *Diccionario de Epidemiología*. Salvat Editores S.A. Barcelona, España 1989.
 35. López R. *Redimensionamiento del Hospital III IPSS de Cusco*. Informe de Consultoría. Lima - Perú, 1995.
 36. *Manual de Acreditación de Hospitales*. Ministerio de Salud (MINSA), Dirección General de Salud de las Personas, Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud. Lima - Perú, 1996.
 37. *Manual de Vigilancia Epidemiológica*. Oficina General de Epidemiología. Guía para el Nivel Local. Lima, 1997.
 38. *Manual Metodológico para la Identificación, Preparación y Evaluación de Proyectos de Atención de Primer Nivel de Salud*. Serie de metodologías N° 028. Banco de Programas y Proyectos de inversión Nacional. Departamento Nacional de
 39. *Modernización de la Gestión Hospitalaria*. Documento de trabajo del Acuerdo de Gestión con el Instituto de Salud del Niño. Lima - Perú, 1998.
 40. *Normas y Procedimientos para Evaluación de los Centros Asistenciales del Instituto Peruano de Seguridad Social*. Resolución N° 807-DE-IPSS-93. Directiva N° 031-DE-IPSS-93.23-08-93. Lima - Perú, 1993.
 41. Ochoa H. - Sánchez H. - Martínez L. *Modelo para la Evaluación y Monitoreo del Desempeño de Servicios de Atención Primaria a nivel de Sistemas Locales de Salud*. Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), N° 33. 5.
 42. Ortiz M - Tapia G. - French C. - Bermejo G. *Indicadores de Salud*. Gerencia Central de Producción de Servicios de Salud. Oficina de Mejoramiento de Gestión y Procesos del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS). Lima - Perú, 1995.
 43. Pait S. - Flit I. *Monitoreo y Evaluación de Impacto para Proyectos de Desarrollo*. 1era edición. Editorial Galois. Lima - Perú, 1995.

44. Pebe T. - Swayne J. *Indicadores para la Evaluación Hospitalaria*. Documento de trabajo de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP). Lima - Perú, 1998.
45. *Planificación y Programación*. Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud MINSA - BID. Universidad Peruana Cayetano Heredia Centro de Salud Pública. Marzo 1996.
46. *Reporte Epidemiológico Semanal*. Oficina General de Epidemiología. N° 1, Enero, 1999.
47. Ruelas E. *Calidad, Productividad y Costos*. Revista de Salud Pública de México, Mayo – Junio 1993. Vol. 35, N° 3. México, 1993.
48. Robbins S. - Icoulper M. *Administración*. Fundamentos del Control. 5ta edición.
49. Rossi P. - Freeman H. *Evaluación - Un Enfoque Sistémico para Programas Sociales*. Editorial Trillas S.A. México, 1° edición. México, 1989.
50. Schwarcz R. - Duverges C. - Díaz G. - Fescina R. *Obstetricia*. El Ateneo. 4ta edición, Argentina, 1986.
51. Taller Latinoamericano de Epidemiología Aplicada a Servicios de Salud. Segunda Edición, 1991. Organización Panamericana de Salud (OPS), Sociedad Alemana para la Cooperación Técnica (GTZ), UNMSM (Perú), UPCH (Perú), UNSAAC (Perú), Universidad de Buenos Aires y del Norte (Argentina), UNAM (México), Heidelberg (Alemania).
52. Torres W. *Manual de Análisis y Uso de Información en Salud*. 3era edición. Grupo Quipus - The Development Group. Inc. Lima - Perú, 1998.
53. Vanormelingen K. - Pineda H. - Salazar F. *La Gerencia de la Calidad Total en Salud*. Oficina Sanitaria Panamericana (OPS) - Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 1994.
54. Villa A. - López M - Lozano R. *La Epidemiología en la Evaluación de los servicios de Salud*. Boletín Mensual de Epidemiología, volumen 4. México, 1989.
55. Williams - Pritchard J. - MacDonald P. - Gant N. *Tratado de Obstetricia*. 3era edición, Salvat Editores, México, 1986.
56. Zlatar M. *Administración en Atención de Salud*. Tomo II.