



INDICADORES DE GESTIÓN Y EVALUACIÓN HOSPITALARIA, PARA HOSPITALES, INSTITUTOS Y DIRESA



PERÚ

Ministerio
de Salud

Oficina General
de Estadística e Informática



INDICADORES DE GESTIÓN Y EVALUACIÓN HOSPITALARIA, PARA HOSPITALES, INSTITUTOS Y DIRESA

DOCUMENTO DE TRABAJO AÑO 2013

Ministerio de Salud del Perú
Oficina General de Estadística e Informática

Dr. Walter Humberto Curioso Vílchez
Director General
Oficina General de Estadística e Informática

Dra. Karim Pardo Ruiz
Directora Ejecutiva
Oficina Ejecutiva de Estadística

Lidia Mendoza Lara
Jefe de Equipo
Área de Investigación y Análisis

Equipo Técnico
Área de Investigación y Análisis

Lidia Mendoza Lara
William Anchiraico Agudo
Janett Cuadros Oria
Celia Oviedo Rodriguez
Carlos Avila Guerra
Mario Aparcana Carrasco

Colaboración
Dr. Manuel Loayza Alarico
Jefe de Equipo
Área de Producción

Equipo Técnico
Área de Producción
Griselda Vera Núñez
Marco Polo Bardales Espinoza

Diseño Gráfico
Liz Rodríguez Zea

Colaboración Técnica y Revisión

Ayasta Rodriguez, Maria del Carmen

DISA V – Lima Ciudad

Adrian Yupanqui, Arturo

Hospital Arzobispo Loayza

Aquino Dolorier, Sara

DISA V – Lima Ciudad

Cabrera Peche, Elva Rosa

Hospital Cayetano Heredia

Cavero F., Carlos

Hospital Sergio Bernales

Chamorro Mallque, Vilma

Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas

Chavez Acosta, Evelin Ruth

Hospital San Bartolomé

García Ortega, Fredy

Hospital Sergio Bernales

Horna Roque, Marcos

Hospital Dos De Mayo

Lindo Castro, José

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

Neira Avalos, Jorge Dante

Hospital Loayza

Rodriguez Cabrera, Dalia Stefany

Hospital Cayetano Heredia

Vargas Pérez, Juan

Hospital Dos De Mayo

Presentación

La Gestión Hospitalaria es la función básica del proceso administrativo hospitalario que permite optimizar la oferta hospitalaria a una demanda de necesidades de atención de salud, en la que una gestión objetiva y una adecuada planeación, posibilita la toma de decisiones y gestión administrativa de manera eficiente y oportuna.

Por ello, las actividades de gestión de la calidad, su medición y mejora deben considerarse como una de las líneas estratégicas más importantes a desarrollar en los servicios de salud, para conocer el nivel de calidad alcanzado por los servicios que presta el sistema de salud y orientar así las acciones de mejora continua.

Una selección de indicadores con marcos conceptuales y metodológicos unificados con objetivos estandarizados posibilitará la identificación de oportunidades de mejora en Hospitales e Institutos de salud, involucrando las áreas y procesos clínicos relevantes atendidos en los centros hospitalarios, en el que la participación y compromiso de todos los profesionales es indiscutible para la medición de la calidad.

En ese sentido, la Oficina General de Estadística e Informática-OGEI, presenta el **MÓDULO DE CAPACITACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN Y EVALUACIÓN HOSPITALARIA, PARA HOSPITALES, INSTITUTOS Y GERESA/DIRESA**, dirigido al personal del Sistema Estadístico del sector Salud, con el objetivo de fortalecer las capacidades del personal del sector, en el procesamiento y análisis de indicadores con la finalidad de que sirvan de herramientas metodológicas para una adecuada gestión de los recursos hospitalarios a partir de la óptima evaluación y valoración de los procesos administrativos asistenciales, el uso racional de los recursos y el cumplimiento de resultados, bajo criterios de eficiencia, equidad y calidad en los servicios de salud.

Atentamente,

DR. WALTER CURIOSO VILCHEZ

Director General

Oficina General de Estadística e Informática

Introducción

El pensar en la medición de la gestión, como una herramienta que permite a los responsables de programas, proyectos, procesos, áreas, departamentos y organizaciones, hacer productivo su conocimiento, logrando los objetivos de permanencia, crecimiento y desarrollo, no es una reflexión nueva, pero si en constante evolución. Los altos niveles competitivos que deben alcanzarse en las organizaciones de todos los sectores, obliga a sus responsables a apoyarse para la toma de decisiones en información directa, real, veraz y demostrable que evidencie la gestión realizada por cada uno de los miembros de la institución.

En ese entender, los indicadores de gestión en el sector salud, son herramientas que permiten medir la administración de servicios, o calcular el logro de sus objetivos sociales e institucionales, mientras que los indicadores de evaluación de directores de hospitales e institutos integra además juicios valorativos basados en atributos que deberán ser definidos con claridad, conceptual y operativamente. De esta manera, los indicadores de gestión y evaluación, valorarán a partir del cumplimiento o no de determinados estándares, la satisfacción de las necesidades y/o el logro de metas.

Por ello, los indicadores de gestión y evaluación del desempeño en hospitales, institutos y DIRESA, constituye una herramienta que ayudará a evaluar y corregir la gestión acorde a los objetivos fundamentales del sector salud, que es una atención de calidad a sus usuarios.

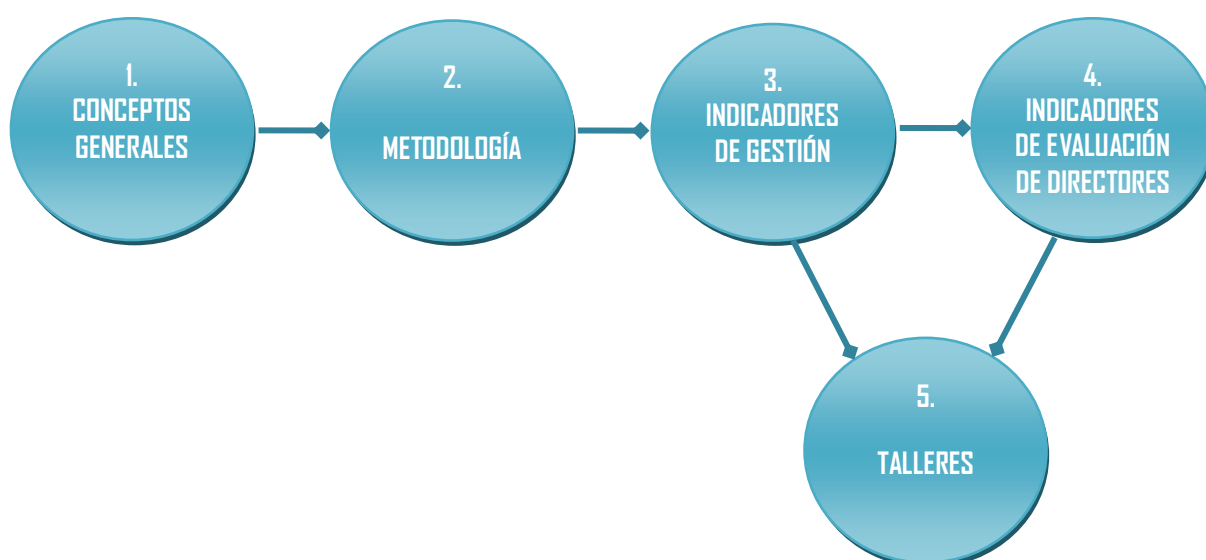
De allí la necesidad de contar con profesionales con habilidades para procesar y analizar indicadores de gestión y evaluación hospitalarios, requeridos para establecer fehacientemente los resultados obtenidos, posibilitando a los tomadores de decisión, reforzar y/o modificar las acciones orientada al logro del objetivo propuesto.

En ese sentido el **MÓDULO DE CAPACITACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN Y EVALUACIÓN HOSPITALARIA, PARA HOSPITALES, INSTITUTOS, GERESA Y DIRESA**, viene a cubrir un vacío en el empoderamiento de capacidades del personal del Sistema Estadístico de Hospitales, Institutos y DIRESA del sector Salud, al desarrollar los conceptos básicos necesarios para que el personal del Sistema Estadístico acreciente sus habilidades en el procesamiento y análisis de indicadores, como herramientas metodológicas para determinar la eficacia, eficiencia, equidad y calidad de los procesos en los servicios de salud.

CONTENIDO DEL MÓDULO

El módulo de Indicadores de Gestión y Evaluación incorpora diversos tópicos, establecidos para el desarrollo y/o reforzamiento de las capacidades de los participantes en la formulación y procesamiento de indicadores hospitalarios.

Los temas a desarrollar en el módulo son:



- 1. Conceptos generales sobre Indicadores y su formulación**, en el que se desarrollará los conceptos básicos sobre indicadores (definición, qué es lo que miden, fórmulas y fuentes de las que se pueden obtener).
- 2. Metodología**, referido a los pasos a seguir y los parámetros a considerar para el procesamiento de los indicadores que se requieran obtener.
- 3. Indicadores de gestión**, en el que se desarrollarán las variables que permiten medir o comparar el nivel o estado de una situación determinada, incidiendo en las características de Calidad, Disponibilidad, Confiabilidad, Utilidad y Especificidad que deben tener, a su vez que se establecerán indicadores de gestión estandarizados y adecuados.
- 4. Indicadores de evaluación de directores generales de hospitales e institutos**, los que se presentarán teniendo en cuenta que la evaluación es una herramienta para la toma de decisiones, ya que posibilita una valoración sistemática y objetiva de la eficiencia de una actividad o servicio que se esté desarrollando, se establecerán indicadores de evaluación estandarizados y adecuados.
- 5. Talleres**. Se desarrollarán ejemplos orientados a ejercitar y reforzar los conocimientos y destrezas prácticas de los participantes sobre formulación, procesamiento y análisis de los **Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalarios** desarrollados teóricamente.

Índice

Características del Módulo

1.	ALCANCE	11
2.	FINALIDAD.....	11
3.	OBJETIVOS	11
4.	CONCEPTOS GENERALES.....	11
5.	METODOLOGÍA.....	21
5.1	Selección de los indicadores	21
5.2	Definición de indicador	22
5.3	Tipo de indicadores	23
5.4	Requisitos y características de los indicadores de gestión.....	24
5.5	Ventajas del diseño y cálculo de los indicadores	25
5.6	Fuente de datos.....	25
5.7	Definir los estándares o metas	26
5.8	Ficha técnica de los indicadores	27
5.9	Acciones producto de indicadores	29

FICHAS TÉCNICAS

Indicadores de Gestión Hospitalaria	33
Indicadores Hospitalarios de Evaluación	57

Taller I

1. INDICADORES DE GESTIÓN.....	81
--------------------------------	----

Taller II

2. INDICADOES DE EVALUACION DE DIRECTORES	91
---	----

Características del Módulo

I. ALCANCE

El presente Módulo de Capacitación está dirigido al personal del Sistema Estadístico de Hospitales, Institutos y DIRESA.

II. FINALIDAD

Generar capacidades en el personal del Sistema Estadístico del Sector Salud para el procesamiento y análisis de indicadores hospitalarios de gestión y evaluación que faciliten el desarrollo de estrategias para una adecuada gestión de los recursos hospitalarios mediante la óptima evaluación y valoración de los procesos administrativos asistenciales, el uso racional de los recursos y el cumplimiento de resultados.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Dotar al personal del Sistema Estadístico del Sector Salud de los procedimientos básicos para la elaboración de Indicadores Hospitalarios de Gestión y Evaluación y la adecuada determinación de las fuentes de información de los indicadores.

3.2 Objetivos Específicos

- ❖ Describir y procesar los Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria.
- ❖ Operacionalizar los Indicadores de Gestión y evaluación requeridos para el mejoramiento de la calidad de la gestión hospitalaria.
- ❖ Delimitar y definir las fuentes de obtención de información para la elaboración de los indicadores hospitalarios.
- ❖ Interpretar los resultados de los indicadores calculados.

IV. CONCEPTOS GENERALES

4.1 Alta

Es el egreso de un paciente vivo del establecimiento de salud, cuando culmina el período de hospitalización o internamiento. La razón del alta puede ser por haber concluido el proceso de tratamiento, por traslado a otro establecimiento o a solicitud del paciente o personal responsable, requiriendo en todos los casos de la decisión del profesional médico.

Las razones de alta, pueden ser por:

- Alta por indicación médica.

- Alta voluntaria o contra indicación médica.
- Fuga.

4.2 Atención Ambulatoria

Es la atención de salud impartida por personal calificado a una persona no hospitalizada, que no pernocta en el centro de atención.

4.3 Análisis de Laboratorio

Se le denomina así a las mediciones, determinaciones y cuantificaciones de diversas sustancias en algún producto biológico como: sangre, orina, sudor, saliva, heces, jugo gástrico, expectoración, semen líquido cefalorraquídeo, líquido pleural, exudados, líquido amniótico, líquido sinovial.

4.4 Atención Médica

Es el acto médico realizado a través de consultas o procedimientos que comprende la consulta médica más los procedimientos que se realizan en la consulta externa.

4.5 Cama Hospitalaria

Es la cama instalada para el uso regular de los pacientes hospitalizados (que no sean recién nacidos en el hospital) durante su estadía en el establecimiento.

Se cuenta como cama de hospital: todas las camas de adultos y de niños (con o sin barandillas), las cunas de recién nacidos enfermos, las incubadoras, las camas de cuidados intensivos.

No deben contarse como camas de hospital aquellas que se usan sólo temporalmente con fines de diagnóstico o tratamiento (rayos X, fisioterapia, cama de trabajo de parto, camas de recuperación postoperatoria, camillas ubicadas en la sala de emergencia donde los pacientes esperan su atención definitiva), camas para acompañantes, camas en el depósito y camas para el personal.

4.6 Camas Disponibles

El número de camas realmente instaladas en el hospital, en condiciones de uso inmediato para la atención de pacientes hospitalizados, independiente de que estén ocupados o no.

El número de camas disponibles pueden variar diariamente debido a:

- ❖ Que se aumente el número de camas en la sala por aumento de la demanda, estados de emergencia, etc.
- ❖ Que se retiren camas para reparación, desinfección, pintura del local, clausura temporal del servicio.

4.7 Capacidad Resolutiva

Es la capacidad que tiene la oferta de servicios, para satisfacer las necesidades de salud de la población en términos:

- ❖ **Cuantitativos:** Es la capacidad que tienen los recursos de un establecimiento para producir la cantidad de servicios suficientes para satisfacer el volumen de necesidades existentes en la población. (Depende de la cantidad de sus recursos disponibles).

- ❖ **Cualitativa:** Es la capacidad que tienen los recursos del establecimiento para producir el tipo de servicios necesarios para solucionar la severidad de las necesidades de la población. (Depende de la especialización y tecnificación de sus recursos).

4.8 Cesárea

Procedimiento quirúrgico que consiste en la extracción de uno o varios fetos (vivo o muerto) y placenta a través de una incisión abdominal.

4.9 Centro Quirúrgico

Es el conjunto de ambientes donde se encuentra ubicada la sala de cirugía; y, cuya función gira alrededor de las salas de operaciones y que proporciona al equipo quirúrgico las facilidades necesarias para efectuar procedimientos quirúrgicos en forma eficaz, eficiente y en condiciones de máxima seguridad con respecto a contaminaciones.

4.10 Cirugías Electivas (Programada)

Es la cirugía programada por el especialista en las unidades productoras de servicios de consulta externa. Considere las intervenciones que se hacen en centro quirúrgico.

4.11 Consultorios Médicos Funcionales

Son los ambientes físicos utilizados en varios turnos de atención.

4.12 Consultorios Médicos Físicos

Son los ambientes físicos utilizados destinados a brindar la atención médica.

4.13 Consulta Externa

Es la atención regular de salud impartida por personal calificado a una persona no hospitalizada ni en el Servicio de Urgencias. El cliente tiene que pedir cita con el médico general y esperar a que este lo refiera al especialista. Es el servicio más voluminoso de la atención de salud. Implica apertura y uso de expediente individual de salud.

4.14 Consulta Médica

Es la consulta realizada por el médico en la consulta externa para formular el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de una persona que acude como paciente ambulatorio al hospital.

4.15 Contrarreferencia

Una contrarreferencia es el informe del médico especialista al que se le requirió opinión por medio de una referencia emitida por el médico de un establecimiento de menor complejidad.

4.16 Defunción Materna

Es la muerte de una mujer en estado de embarazo, parto o puerperio, hospitalizada (se considera también las muertes ocurridas en hospitalización y emergencia) por cualquier causa .

4.17 Defunción de antes de las 48 horas de hospitalización

Conocida también como muerte no institucional, es la sucedida antes de cumplir 48 horas de internación, contadas desde el momento de ingreso al hospital. Se dice no institucional o “no de

responsabilidad del hospital”, porque en ese periodo no se logra recuperar a pacientes en estados críticos que llegan al nosocomio, pese a todo tipo de atenciones prestadas.

4.18 Defunción después de las 48 horas de hospitalización

Es aquella producida después de haber cumplido 48 horas o más de internación. SE conoce como muerte institucional, donde el hospital “es responsable” de estas defunciones, pues se considera que en períodos superiores a las 48 horas de hospitalización, el paciente tuvo la oportunidad de recibir tratamiento médico completo.

4.19 Defunción Fetal

Es la muerte ocurrida con anterioridad a la expulsión completa o extracción del cuerpo de la madre de un producto de la concepción, cualquiera que haya sido la duración del embarazo; la defunción se señala por el hecho de que, después de tal separación, el feto no respira ni muestra cualquier otro signo de vida, tal como el latido del corazón, la pulsación del cordón umbilical o el movimiento efectivo de músculos voluntarios.

4.20 Días Camas Disponibles

Total de camas habilitados para hospitalización en un período.

4.21 Días de Estancia Hospitalaria

Es el número de días de permanencia en el hospital de un paciente egresado, comprendido entre la fecha de ingreso y la fecha de egreso. Para el cálculo del indicador se cuenta el día de ingreso pero no el de egreso. A los pacientes ingresados y egresados el mismo día se les computa un día de permanencia.

4.22 Días Paciente o Camas Ocupadas

Es la permanencia de un paciente hospitalizado ocupando una cama de hospital durante el período comprendido entre las 0 horas y las 24 horas de un mismo día.

Para calcular indicadores de la actividad hospitalaria de un período se multiplica el número de camas ocupadas o días-pacientes por los días de ese período y así se obtiene el número de día-cama ocupados o días-pacientes del período. Si en el mismo día una cama es ocupada por dos pacientes en momentos diferentes, deben considerar dos días –pacientes. El ingreso y egreso de un paciente en el mismo día debe ser considerado como un día ocupado o un día paciente.

4.23 Dotación Normal de Camas

Es el número de camas de hospital regularmente mantenido, durante períodos de operación normal, en áreas destinadas para el alojamiento y cuidado permanente de pacientes internados.

4.24 Estándar de Indicadores

Si bien lo ideal en una evaluación es comparar los resultados de los indicadores con estándares nacionales o internacionales, 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 cada seis o doce meses, es decir observar y analizar los cambios que han ocurrido en un determinado indicador a través del tiempo.

El estándar dependerá de las metas propuestas por lo tanto los valores pueden ser referenciales

4.25 Egreso Hospitalario

Es la salida de un paciente hospitalizado de los servicios de internamiento del hospital. Un egreso implica siempre la conclusión del período de hospitalización y la desocupación de una cama de hospital, ya sea por alta, fallecimiento o transferencia a otro establecimiento de salud (mayor complejidad).

4.26 Horas Médico Programadas

Es el tiempo en horas de atención en los consultorios externos, programadas para cada mes en el servicio o especialidad. Se consideran los turnos médicos regulares previstos en cada consultorio y las horas extraordinarias programadas.

4.27 Horas Médico Efectivas

Se refiere al tiempo que realmente se utiliza en la atención de pacientes en consulta médica 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 médica por cada médico tratante es decir por turnos de atención.

4.28 Hospital

Es un establecimiento donde ingresan pacientes que padecen o se supone que padecen de enfermedades o traumatismos, así como parturientas, a los que puede dispensárseles asistencia médica de corta o larga duración, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. El hospital además, puede o no tener servicio de asistencia para pacientes ambulatorios y de asistencia domiciliaria.

4.29 Hospital General

Establecimiento que brinda servicios de internamiento, tratamiento y rehabilitación a personas de todas las edades, que padecen o son sospechosas de padecer ciertas enfermedades. Un hospital general no necesariamente tiene todos los servicios de atención médica a todas las edades, pero provee al menos los servicios básicos de clínica médica, cirugía, obstetricia y pediatría; además de un número variable de servicios especializados.

4.30 Instituto Especializado

Es un establecimiento reservado primariamente, para el diagnóstico y tratamiento de pacientes que padecen una enfermedad específica o una afección de un sistema reservado para el diagnóstico y tratamiento de condiciones que afectan a un grupo de edad específica. Comprenden los Agudos y Crónicos.

4.31 Indicador De Gestión

Es la relación entre las variables cuantitativas o cualitativas, que permite observar la situación y las tendencias de cambio generadas en el objeto o fenómeno observado, respecto de objetivos y metas previstas e influencias esperadas.

4.32 Intervención Quirúrgica

Conjunto de procedimientos quirúrgicos realizado a un paciente en un Quirófano (Pabellón Quirúrgico), bajo anestesia, para un tratamiento determinado, (efectuadas por uno o más equipos de cirujanos, médico anestesiólogo, cardiólogo y otros según corresponda).

Esta definición se aplicará a todos los problemas de salud que involucren cirugía.

4.33 Intervención Quirúrgica Programada

Es la intervención quirúrgica programada por el médico tratante o especialista quirúrgico, una vez concluidos sus estudios diagnósticos, aceptada por el paciente, y para cuya realización el hospital tiene previsto la utilización de quirófano independientemente de que esta se realice con ingreso o de forma ambulatoria, sea diagnóstica o terapéutica.

4.34 Infección Intrahospitalaria

Es toda aquella infección que se produce luego de 48 horas de internamiento del paciente de hospitalización en el Hospital y de la cual no existían evidencias clínicas o de laboratorio al momento del ingreso. Se consideran también aquellos procesos infecciosos que ocurren hasta 30 días luego del alta. Entre ellas tenemos:

- ❖ Infección urinaria sintomática
- ❖ Infección de herida operatoria
- ❖ Neumonía
- ❖ Bacteremia
- ❖ Gastroenteritis
- ❖ Bronquitis
- ❖ Bronquiolitis
- ❖ Endometritis puerperal
- ❖ Infección de episiotomía
- ❖ Infección de muñon vaginal
- ❖ Flebitis
- ❖ Infección superficial de piel
- ❖ Infección profunda de piel y partes blandas
- ❖ Úlcera de decúbito
- ❖ Quemaduras
- ❖ Onfalitis
- ❖ Meningitis o ventriculitis
- ❖ Varicela
- ❖ Otras infecciones del tracto urinario
- ❖ Absceso espinal sin meningitis
- ❖ Hepatitis

4.35 Mortalidad bruta

Se define a la ocurrencia del fallecimiento de todos los pacientes que llegan vivos al establecimiento y que fallecen en este.

4.36 Mortalidad Neta

Son las muertes de los pacientes hospitalizados que ocurren a partir de las 48 horas. Considere el servicio hospitalización y servicio de emergencia.

4.37 Mortalidad Perinatal

Es aquella muerte que ocurre en el periodo comprendido entre las 22 semanas de gestación y los siete primeros días de vida, o muerte del feto que alcanza mayor o igual a 500 gramos de peso.

4.38 Mortalidad Neonatal Precoz

Son las que ocurren a partir del primer día de nacimiento hasta los siete días de vida

4.39 Mortalidad Neonatal Tardía

Es la ocurrencia del fallecimiento a partir de los ocho días del recién nacido vivo hasta los 28 días de vida.

4.40 Mortalidad Materna Intra-Parto

Se define a la muerte de la madre ocurrida durante el parto hasta la expulsión del feto.

4.41 Mortalidad Materna Post-Parto

Se define a la muerte materna ocurrida después del parto (hasta los 40 días).

4.42 Mortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Es la ocurrencia del fallecimiento del paciente en la unidad de cuidados críticos.

4.43 Número de Atendidos en Consulta Externa

Es la suma de pacientes nuevos atendidos y reingresantes en el mismo período.

4.44 Paciente Hospitalizado

Es el paciente que ocupa una cama operativa del hospital para la atención y/o tratamiento de una determinada enfermedad.

4.45 Referencia

Es la derivación o el traslado de un paciente de un establecimiento a otro de mayor grado de capacidad resolutive.

4.46 Urgencia Médica

Son todas aquellas situaciones en las que, si bien no existe riesgo inminente de muerte, se requiere una rápida intervención Médica, ya sea para calmar el síntoma o para prevenir complicaciones mayores. Son ejemplos los traumatismos menores, quemaduras leves, las palpitations, la hipertensión arterial sintomática, la pérdida de conocimiento recuperada, problemas relacionados con la diabetes, taquicardia, traumatismo de cráneo, abdomen y tórax, etc.

4.47 Ventilación Mecánica

Estrategia terapéutica que consiste en reemplazar o asistir mecánicamente la ventilación pulmonar espontánea cuando ésta es inexistente o ineficaz para la vida y como prevención de un colapso inminente de las funciones fisiológicas, o por un intercambio gaseoso deficiente.

V. METODOLOGÍA

La metodología empleada se basa en el diseñar un módulo de construcción y análisis de los indicadores hospitalarios que nos permitan dar respuesta de forma estructurada, fiable y sencilla a las necesidades de conocimiento para la evaluación y seguimiento de la atención sanitaria en el ámbito de la hospitalización.

La metodología se divide en tres fases:

5.1 Selección de los Indicadores:

• Indicadores Hospitalarios

La obtención del conjunto de indicadores hospitalarios, se ha realizado mediante la conformación de un grupo de expertos entre directivos y profesionales del MINSA. El proceso se ha llevado a cabo en varias etapas que comprendieron reuniones con el grupo de especialistas (unidad de estadística y personal de DGSP). Los participantes fueron profesionales con experiencia en sistemas de información y utilización de indicadores de eficiencia.

Las reuniones tuvieron como objetivo principal elegir al grupo de indicadores para medir el desempeño de un hospital que proporcione un marco global para la toma de decisiones.

La pregunta diseñada para dar respuesta a los objetivos fue: ¿Qué indicadores debemos considerar para evaluar la eficiencia de los hospitales e institutos especializados?

Relevancia para valorar Eficiencia Hospitalaria.

Bajo el criterio de relevancia para la valoración de la Eficiencia Hospitalaria, el equipo seleccionó una lista de 22 indicadores:

1. Productividad Hora Medico
2. Rendimiento Hora Medico
3. Concentración
4. Utilización de los Consultorios (Médicos)
5. Promedio de Análisis de Laboratorio por Consulta Externa
6. Promedio de Permanencia
7. Intervalo de Sustitución cama
8. Porcentaje Ocupación de Camas
9. Rendimiento Cama
10. Razón de Emergencias por Consulta Médicas
11. Razón de Urgencias por Consulta Médicas
12. Rendimiento de Sala de Operaciones
13. Rendimiento de Sala de Operaciones (para Salas de Emergencia)
14. Rendimiento de Sala de Operaciones (para Salas de Cirugías Electivas)
15. Grado de Resolutividad del Establecimiento de Salud
16. Porcentaje de Infecciones Intrahospitalarias
17. Tasa Neta de Mortalidad
18. Tasa de Cesárea
19. Tasa de Mortalidad Perinatal
20. Mortalidad Neonatal Precoz
21. Mortalidad Neonatal Tardía
22. Porcentaje de Cirugías suspendidas

- [Indicadores para la Evaluación de la Gestión de Directores de hospitales e Institutos Especializados](#)

Este grupo comprende 16 indicadores que han sido seleccionados:

1. Promedio rendimiento hora-médico
2. Promedio concentración de consulta
3. Promedio de Permanencia
4. Intervalo de Sustitución cama
5. Porcentaje de Ocupación Cama
6. Rendimiento Cama
7. Razón de Emergencias por Consultas Médicas
8. Rendimiento de sala de operaciones programadas
9. Tasa de Cesárea
10. Tasa de Mortalidad INTRA y POSTPARTO
11. Intervenciones quirúrgicas programadas suspendidas
12. Porcentaje de pacientes en sala de observación con estancia mayor a 12 horas
13. Rendimiento de sala de parto
14. Promedio de Permanencia en UCI
15. Porcentaje de utilización de ventiladores en UCI
16. Tasa de Mortalidad en UCI

Los mismos que han sido trabajados por el equipo técnico de la Oficina General de Estadística, cuyo encargo fue el de proponer los estándares para los mismos, de esta manera el grupo de trabajo efectuó las siguientes tareas:

- Reuniones de trabajo para la presentación de los objetivos.
- Revisión de la normatividad nacional e internacional
- Revisión bibliográfica
- Debate en torno a los estándares
- Visitas a Hospitales para consensuar los resultados propuestos
- Elaboración de Fichas Técnicas para cada Indicador
- Presentación de los estándares propuestos según parámetros evaluados

5.2 Definición de Indicador

Son instrumentos de evaluación que pueden determinar, directa o indirectamente, modificaciones. Así, brindan una idea del estado que guarda una condición de salud, por ejemplo, la ocurrencia de una enfermedad u otro evento relacionado con la salud o de un factor asociado con la misma. De esta manera este instrumento permite cuantificar las relaciones entre dos o más variables, de un mismo o diferente fenómeno.

Muestra tendencias y desviaciones de una actividad sujeta a influencias internas y externas con respecto a una unidad de medida convencional, permitiendo el control y seguimiento del grado de avance del cumplimiento de las metas programadas.

Adquieren importancia cuando se les compara con otros de la misma naturaleza, correspondiente a periodos anteriores y con indicadores preestablecidos que se consideren adecuados.

- Indicador numérico

Definiremos como indicador numérico cualquier cifra absoluta o relativa que describa parcial o totalmente una situación determinada y que, por comparación con metas, épocas anteriores o con otras regiones, permita medir los logros o cambios en dicha situación.

Aplicados a un programa específico, los indicadores son instrumentos diseñados y utilizados para conocer el grado de instrumentación de una actividad o grupo de actividades relacionadas, así como el logro de los objetivos del programa, lo que facilita así la toma de decisiones al respecto.

Un indicador común es el porcentaje de ocupación de las camas calculando todos los días por servicio, para la Unidad de Admisión.

Requisitos ideales de un indicador:

Los indicadores ideales deben reunir por lo menos cuatro requisitos básicos:

1. Ser válidos (medir realmente lo que se supone que miden).
2. Ser objetivos (dar el mismo resultado cuando lo aplican diferentes personas en situaciones similares).
3. Ser sensibles (tener la capacidad de captar cambios).
4. Ser específicos (reflejar los cambios realmente ocurridos en determinada situación)

Aunque en la literatura se mencionan otros requisitos más para los indicadores, en la práctica muy pocos reúnen los cuatro mencionados; la mayor parte de ellos son sólo medidas parciales de más de una situación determinada y deben utilizarse en conjunto con otros para describir situaciones diferentes. En otras palabras, en la práctica, un indicador X combinado con otros Z y Y, puede medir cambios en la situación A; pero ese mismo indicador X, combinado con el mismo Y y con otro tercero W, servirá para medir cambios en la situación B, que es diferente a A, aunque a veces se relacione con ella. El concepto de indicador es aplicable en cualquier campo: administración de un hospital, de una empresa, de un proyecto, etc.

5.3 Tipo de Indicadores

Donabedian fue el primero en plantear que los métodos para evaluar la calidad de la atención sanitaria pueden aplicarse a tres elementos básicos del sistema: la estructura, el proceso y los resultados. Este enfoque se mantiene hasta el día de hoy soliendo ser el leit motiv de los trabajos que monitorizan la calidad de la atención hospitalaria.

Indicadores de estructura: son los relacionados con las condiciones físicas e institucionales en las que se brinda la atención, incluyendo aspectos como portafolio de servicios, oferta de servicios, tipos de servicios y de programas de atención, recursos materiales, aspectos organizacionales y de cultura institucional.

De manera general estos indicadores, miden la calidad de las características del marco en que se prestan los servicios y el estado de los recursos para prestarlos.

Indicadores de proceso: caracterizan las condiciones que constituyen una atención con calidad en salud. Evalúa los procesos y procedimientos operacionales, en otras palabras, los momentos de contacto con el usuario, evaluada como una interacción eficaz o no, con o sin calidad, con o sin riesgo.

De esta manera, los indicadores de la calidad del proceso (indicadores de proceso) miden, de forma directa o indirecta, la calidad de las actividades llevadas a cabo durante la atención al paciente.

Indicadores de resultados: son la evaluación final del servicio y su impacto sobre las necesidades y expectativas de la población. Por tanto, concita dos subgrupos: i) indicadores de impacto sobre la salud de la población; y ii) indicadores que miden percepción del usuario sobre su experiencia en los servicios de salud.

Los indicadores basados en resultados o indicadores de resultados miden el nivel de éxito alcanzado en el paciente, es decir, si se ha conseguido lo que se pretendía con las actividades realizadas durante el proceso de atención.

5.4 Requisitos y Características de los Indicadores de Gestión

Los indicadores de gestión deben ser generados en un ambiente participativo, que involucre en el proceso de elaboración a todos los actores relevantes, como una forma de asegurar la legitimidad y reforzar el compromiso con las metas e indicadores resultantes.

Los indicadores deben ser conceptualmente claros, directos, inequívocos y comprensibles, que signifiquen lo mismo tanto a quienes hacen uso de ellos con fines de toma de decisiones, como a quienes simplemente los observan como referencia.

La pertinencia es un requisito básico que deben reunir los indicadores de gestión, pues deben referirse a los procesos y productos esenciales de la institución, de modo que reflejen integralmente el grado de cumplimiento de sus objetivos institucionales.

Los indicadores deben ser mensurables, expresados en unidades de medida que se entiendan fácilmente, lo que significa la posibilidad de validarlos o de verificarlos de manera independiente.

Los indicadores deben ser confiables y válidos para garantizar que lo que se está midiendo en un momento dado sea lo que también se va a medir en un momento posterior, y de otro lado que lo que se está midiendo sea realmente lo que se buscaba medir.

La información que sirva de base para la elaboración de los indicadores de gestión debe ser recolectada a un costo razonable y con la garantía de confiabilidad necesaria, vale decir que los resultados deben ser independientes de quien efectúe la medición.

Los indicadores deben ser sensibles, en el sentido de que reflejen los cambios de las situaciones y los diversos grados de complejidad de las organizaciones.

Los indicadores deben ser periódicos y consistentes en el tiempo, para que se puedan realizar comparaciones en distintos momentos.

Los indicadores deben ser públicos; es decir, conocidos y accesibles a todos los niveles y estamentos de la institución, así como al público usuario y al resto de la administración pública.

5.5 Ventajas del Diseño y Cálculo de los Indicadores

Existen razones de orden técnico, jurídico y de política institucional que justifican el seguimiento y la evaluación a partir de los indicadores de gestión, dentro de las cuales se encuentran:

- Apoya el proceso de planeación y de formulación de políticas de mediano y largo plazo.
- Permite adecuar los procesos internos, detectando inconsistencias entre los objetivos de la institución y su quehacer cotidiano.
- Posibilita mayor eficiencia en la asignación de recursos físicos, humanos y financieros.

- Facilita el proceso de toma de decisiones a partir de los impactos generados.
- Ayuda a mejorar la coordinación entre los diferentes niveles administrativos y áreas de trabajo de la institución.
- Permite orientar de mejor manera los objetivos del sistema a la consecución de la satisfacción del cliente.
- Muestra permanentemente cómo se desarrollan los procesos y permite implementar los correctivos necesarios en forma oportuna.
- Incrementa la autonomía y responsabilidad de los directivos.
- Proporciona una base de seguridad y confianza en su desempeño al conjunto de los funcionarios implicados en su implementación.
- Estimula y promueve el trabajo en equipo.
- Induce un proceso de participación en la responsabilidad que implica prestar el servicio, así como compartir el mérito que significa alcanzar niveles superiores de eficiencia

5.6 Fuente de Datos

La necesidad de disponer de una fuente de información como condición “sine qua non” para ser considerados.

Fiabilidad. Disponibles en fuentes de información fiables.

Se enuncian los referentes legales y constitucionales en los cuales se enmarcan los indicadores de acuerdo a la normatividad.

Base Legal

1. Ley N° 26842, Ley General de Salud.
2. Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
3. Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
4. Ley N° 27658 - Ley Marco de la Modernización de la Gestión del Estado.
5. Ley 27806 - Ley de Transparencia y Acceso a la información Pública.
6. DS 013-2002-SA, Reglamento de la Ley N°27657: "Ley del Ministerio de Salud".
7. DS N° 004-2003 Reglamento de la Ley N°27813 "Ley del Sistema Coordinado y Descentralizado de Salud".
8. Decreto Supremo N° 023-2005-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
9. DS N°083-2004-PCM Modificado por Ley N°28267: Texto Único Ordenado de la Ley de Contrataciones y Adquisiciones del Estado. Documento Técnico Modelo de Gestión Hospitalaria
10. DS-024-2005, que aprueba DT OGEI/ODT N° 1: "Identificación Estándar de Dato en Salud".
11. RM 1942-2002 SA/DM, que aprobó la Directiva N°001-2002 OGEI "Normas Generales sobre acciones de Sistemas de Información, Estadística e Informática en el Ministerio de Salud".
12. RM N°575-2003-SA/DM, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de las Direcciones de Salud y de las Direcciones de Redes de Salud.
13. RM 751-2004-MINSA/DGSP, que aprueba la NT N° 018-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud".
14. RM 826-2005-MINSA, que aprueba "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
15. RM 386-2006/MINSA que aprueba la NTS N° 042-MINSA-DGSP V.01: "Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia".
16. RM 519-2006-MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de Calidad en Salud".

17. RM 597-2006-MINSA, que aprueba la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
18. RM 603-2006-MINSA, que aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02: "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional. Documento Técnico
19. RM 1138-2006 MINSA - Directiva Administrativa N° 103 "Evaluación del Desempeño de Directores de Hospitales e Institutos"

Los elementos que se utilizan en su análisis estén avalados por literatura científica que pueda ser referenciada.

5.7 Definir los Estándares o Metas

Un estándar o meta es un valor determinado a alcanzar, se considera significativo para cada nivel concreto de actividad esperada y para cada resultado a obtener como producto del proceso.

En nuestro caso lo tomaremos como un piso por debajo del cual, al menos a priori, es inaceptable el nivel de desempeño alcanzado.

En este paso se deberán establecer los Estándares o metas para cada una de las formas de medición.

Las características más importantes del planteamiento desarrollado en este punto para la elaboración de formas de medición, son:

Están inducidas por el producto. Esto supone que las metas y formas de medición estén establecidas para lograr un producto de calidad; es decir que no se establecen esas metas porque son fáciles de medir o esas medidas porque son las que se utilizan corrientemente.

Están centradas en el paciente y en la misión y objetivos de la organización. Los productos y las dimensiones críticas a considerar están determinados en alto grado por las exigencias de la población y por la misión y objetivos de la organización.

Son reflejo del hecho real de que la mayoría de los productos tienen varias dimensiones críticas a considerar y de que en la mayoría de los casos las formas de medición deben ser multidimensionales. No se puede seguir con el razonamiento de "podemos obtener cantidad o podemos obtener calidad pero no podemos obtener ambas a la vez". Se deben obtener ambas y, además, lograr alcanzar el impacto esperado (mejora en la salud de la población infantil como consecuencia del plan de vacunación) y cumplir los requerimientos de los destinatarios (por ejemplo, accesibilidad y rapidez para vacunar a los niños).

Durante el proceso de definición de estándares se han tomado en cuenta los siguientes criterios:

- Rango de valores aceptables que se pretenden obtener al aplicar cada indicador.
- Deben estar íntimamente ligados con la evolución de los resultados.
- Deben Medir un resultado que se compara con las normas de referencias.

5.8 Ficha Técnica de los Indicadores

Tras un trabajo después de varias reuniones del equipo de trabajo, se elaboró fichas técnicas, que contiene la identificación y el cálculo de cada indicador, en la cual se consignan los indicadores para cada proceso y con los cuales se va a obtener las acciones que permitan el mejoramiento continuo del Sistema de Gestión Hospitalaria.

Los campos que componen esta ficha técnica estarán divididos en cuatro grandes grupos:

1. Campos de descripción del indicador
 - Numeral y Nombre

2. Campos para la presentación del indicador
 - Definición/Concepto
 - Objetivo
 - Relación Operacional
 - Fuente de Datos
 - Periodicidad

3. Campos para el análisis del indicador
 - Interpretación

4. Campos para el análisis del resultado del indicador.
 - Estándar propuesto

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	
CAMPO	CONTENIDO
Nombre del indicador	Literal por el que se identifica
Definición	Explica de qué se trata el indicador, lo que quiere medir.
Objetivo	Descripción del objetivo(s) de conocimiento que pretende alcanzar
Fórmula de cálculo (Relación Operacional)	Se describe, el método de cálculo para la obtención del indicador
Fuente de Datos	Es el documento que proporciona evidencia de la actividad desarrollada y su medio de soporte. Se menciona la fuente de datos que sean necesarios para su cálculo en el Numerador y Denominador.
Periodicidad	Señala la frecuencia con que se realizará la medición del indicador.
Interpretación	Es la interpretación que se hace de los resultados y representan el potencial de mejora para el proceso. Explica el resultado que se obtiene con el indicador. Ejm: Si fuera porcentaje, si el indicador se acerca a 1 implica que lo que se mide tiene una pequeña incidencia, pero si se acerca a 100 tiene una gran incidencia.
Estándar	Se orienta a la mejor situación posible, con los recursos disponibles.

Como continuidad al proceso, se socializó con un grupo de profesionales las fichas técnicas elaboradas. Se les pidió opinión acerca de los resultados obtenidos, y su aporte respectivo.

5.9 Acciones Producto de Indicadores

Producto del no cumplimiento del estándar establecido para cada indicador se esperaría una acción la cual depende del rango de gestión en que se encuentre el resultado de la medición del indicador, de la siguiente manera:

Acción preventiva:

Esta acción se genera cuando la medición del indicador se encuentra en el rango de gestión ACEPTABLE.

Acción correctiva:

Esta acción se genera cuando la medición del indicador se encuentra en el rango de gestión DEFICIENTE.

Los indicadores son variables que intentan medir en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos (especialmente sucesos biodemográficos) para así, poder respaldar acciones políticas, evaluar logros y metas. La OMS los ha definido como "variables que sirven para medir los cambios"



FICHAS TÉCNICAS

Gestión Hospitalaria.- Es la función básica del proceso administrativo hospitalario que permite optimizar la oferta hospitalaria a una demanda de necesidades de atención de salud utilizando las herramientas de gestión de manera objetiva lo que permite una adecuada planeación, toma de decisiones y gestión administrativa de manera eficiente y oportuna.



Indicadores De Gestión Hospitalaria

1. PRODUCTIVIDAD HORA MÉDICO

CONCEPTO	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 externo.
OBJETIVO	Conocer la productividad hora médico por número de pacientes atendidos por hora por el profesional médico en consultorio externo.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{N° de Atenciones Médicas realizadas en un período}}{\text{N° de horas médico Programadas en el mismo período}}$
FUENTE DE DATOS	<p>Numerador: Reporte Registro HIS de Consulta Externa</p> <p>Denominador: Programación Médica Mensual para Consulta Externa, Reporte del Servicio/Control del Personal, Rol Mensual.</p>
PERIODICIDAD	Mensual
INTERPRETACIÓN	La relación representa la productividad hora médico de pacientes atendidos en consultorio externo.
ESTÁNDAR PROPUESTO	<p>Hospital: Entre 3 - 4 Consultas por hora (según servicio o especialidad)* *Considerar Salud Mental, Geriatría.</p> <p>Instituto: 2 - 3 Consultas por hora (según servicio o especialidad) *Considerar Salud Mental.</p>

2. RENDIMIENTO HORA MÉDICO

CONCEPTO	Es el número de productos alcanzados, en relación al recurso utilizado por unidad de tiempo.
OBJETIVO	Conocer el promedio de pacientes atendidos por hora, por el profesional médico.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{N° de Atenciones Médicas Realizadas}}{\text{N° de Horas Médico Efectivas}}$
FUENTE DE DATOS	Numerador: Reporte HIS de Consulta Externa Denominador: Reporte del Servicio.
PERIODICIDAD	Mensual.
INTERPRETACIÓN	La relación representa el número de pacientes atendidos en una hora.
ESTÁNDAR PROPUESTO	HOSPITAL: Entre 3 y 4 Consultas por hora. INSTITUTO: Entre 2 y 3 Consultas por hora.

3. CONCENTRACIÓN DE CONSULTAS

CONCEPTO	Sirve para establecer el promedio de consultas que se ha otorgado a cada paciente que acudió al hospital durante un periodo.
OBJETIVO	Conocer el promedio de atenciones por cada paciente.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Atenciones Médicas}^*}{\text{N}^\circ \text{ de Atendidos (nuevos y reingresos)}^*}$ <p>*Considerar solo atenciones médicas.</p>
FUENTE DE DATOS	<p>Numerador: Reporte HIS de Consulta Externa.</p> <p>Denominador: Reporte HIS de Consulta Externa.</p>
PERIODICIDAD	Anual (puede obtenerse con periodos cortos para ser utilizados de forma referencial).
INTERPRETACIÓN	El resultado indica el número de consultas en promedio que se le ha otorgado a cada paciente.
ESTÁNDAR PROPUESTO	<p>HOSPITAL: Entre 3 y 4 Consultas en promedio.</p> <p>INSTITUTO: Entre 4 y 5 Consultas en promedio.</p>

4. UTILIZACIÓN DE LOS CONSULTORIOS (MÉDICOS)

CONCEPTO	Es la relación de los consultorios funcionales y físicos.
OBJETIVO	Conocer el grado de uso de los consultorios en consulta externa médica, determinada por el número de turnos que se viene otorgando para la atención en la consulta, comprendiendo cada turno con un tiempo de 4 horas.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Consultorios Médicos Funcionales}}{\text{N}^\circ \text{ de Consultorios Médicos Físicos}}$
FUENTE DE DATOS	<p>Numerador: Departamento de Consulta Externa, Inventario de Consultorios.</p> <p>Denominador: Departamento de Consulta Externa, Inventario de Consultorios.</p>
PERIODICIDAD	Mensual.
INTERPRETACIÓN	Determina el número de turnos que se viene otorgando para la atención en la consulta externa, comprendiendo cada turno con un tiempo de 4 horas.
ESTÁNDAR PROPUESTO	<p>HOSPITAL: 2 turnos</p> <p>INSTITUTO: 2 turnos.</p>

5. PROMEDIO DE ANÁLISIS DE LABORATORIO POR CONSULTA EXTERNA

CONCEPTO	Indicador que refleja la utilización de los recursos de laboratorio por cada atención de consulta externa. Está relacionado a la calidad de la atención.
OBJETIVO	Obtener resultados que permitan establecer la importancia que se otorga al laboratorio como apoyo al diagnóstico de los pacientes.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Análisis de Laboratorio indicados en Consulta Externa}^*}{\text{N}^\circ \text{ de Atenciones Médicas en el mismo período}}$ <p>*En un período en el Establecimiento</p>
FUENTE DE DATOS	Numerador: Informe mensual de Laboratorio Denominador: Reporte Registro HIS (Sistema de Consulta Externa)
PERIODICIDAD	Mensual – Trimestral
INTERPRETACIÓN	Mide el número de análisis de laboratorio que se otorga por cada consulta médica.
ESTÁNDAR PROPUESTO	Hospital- I : 0.4 Hospital- II : 0.7 Hospital- III : 1.0 Instituto : 1.0

6. PROMEDIO DE PERMANENCIA

CONCEPTO	Indicador para evaluar el grado de aprovechamiento de las camas del hospital e indirectamente la calidad de los servicios, ya que en tiempos excesivos de hospitalización puede reflejar, entre otras causas deficiencias técnicas. Establece también el promedio de días de asistencia que recibe cada paciente hospitalizado en un periodo de tiempo.
OBJETIVO	Determinar el promedio de días de permanencia de los pacientes que egresaron en un periodo.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{Total días estancias de egresos}}{\text{N° egresos hospitalarios}}$
FUENTE DE DATOS	Numerador: Registro de Egresos Hospitalarios. Denominador: Registro de Egresos Hospitalarios.
PERIODICIDAD	Mensual.
INTERPRETACIÓN	Es el promedio de días de permanencia de los pacientes.
ESTÁNDAR PROPUESTO	HOSPITAL: Entre 6 a 8 días. INSTITUTO: De 6 días a más.

7. INTERVALO DE SUSTITUCIÓN CAMA

CONCEPTO	Se describe este indicador como el tiempo promedio (en días o fracción día), que una cama hospitalaria permanece desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro. Se indica que el valor del Intervalo de sustitución es ideal, cuando es mayor que cero y menor que uno, expresando que, si un paciente egresa, esa cama es ocupada por otro paciente en un período menor de un día.
OBJETIVO	Determinar el tiempo en que permanece la cama vacía entre un egreso y el subsiguiente ingreso a la misma cama.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Días cama disponibles} - \text{N}^\circ \text{ pacientes día}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos hospitalarios}}$
FUENTE DE DATOS	<p>Numerador: Censo Diario de Enfermeras, Registro Hospitalario.</p> <p>Denominador: Registro de Egresos Hospitalarios.</p>
PERIODICIDAD	Anual.
INTERPRETACIÓN	Mide el tiempo en que permanece la cama vacía entre un egreso y el subsiguiente ingreso a la misma cama.
ESTÁNDAR PROPUESTO	<p>HOSPITAL: 0.6 hasta 1 día</p> <p>INSTITUTO: 0.6 hasta 1 día.</p>

8. PORCENTAJE DE OCUPACIÓN CAMA

CONCEPTO	<p>Conocido también como grado de uso o índice ocupacional. Es un índice que mide el porcentaje de camas ocupadas, en relación al total de las disponibles en un determinado período (día, semana, mes o año).</p> <p>Por ejemplo, si un hospital tiene 100 camas, y en una están ocupadas 81 camas, significa que tiene una ocupación del 81% en ese día.</p>
OBJETIVO	Evaluar el nivel de ocupación de las camas.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Pacientes-día}}{\text{N}^\circ \text{ Días-camas disponibles}} \times 100$
FUENTE DE DATOS	<p>Numerador: Censo Diario de Enfermeras, Módulo de Egresos Hospitalarios</p> <p>Denominador: Registro Hospitalario.</p>
PERIODICIDAD	Mensual.
INTERPRETACIÓN	Mide el grado de ocupación de cada cama hospitalaria expresado en porcentaje.
ESTÁNDAR PROPUESTO	<p>HOSPITAL: 85 - 90%</p> <p>INSTITUTO: 85 - 90%.</p>

9. RENDIMIENTO CAMA

CONCEPTO	Sirve para mostrar el número de enfermos tratados en cada cama hospitalaria, es decir los egresos que dicha cama ha producido durante un periodo.
OBJETIVO	Conocer el promedio de uso de una cama.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{N}^\circ \text{ egresos}}{\text{N}^\circ \text{ camas disponibles promedio}}$
FUENTE DE DATOS	<p>Numerador: Módulo de Egresos Hospitalarios.</p> <p>Denominador: Registro Hospitalario.</p>
PERIODICIDAD	Anual.
INTERPRETACIÓN	El valor representa el número de pacientes que usaron una misma cama en un periodo determinado.
ESTÁNDAR PROPUESTO	<p>HOSPITAL: No menos de 48 egresos al año y un promedio de 04 al mes.</p> <p>INSTITUTO: No menos de 40 egresos al año.</p>

10. RAZÓN DE EMERGENCIAS POR CONSULTAS MÉDICAS

CONCEPTO	Sirve para conocer y evaluar la magnitud de las atenciones de emergencia en relación a las atenciones de consulta externa en un periodo.
OBJETIVO	Conocer y evaluar la magnitud de las atenciones de emergencia en relación a las atenciones de consulta externa en un período.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{Nº de Atenciones en Emergencia}}{\text{Nº de Atenciones Médicas en Consulta Externa}}$
FUENTE DE DATOS	<p>Numerador: Reporte de Emergencia.</p> <p>Denominador: Reporte HIS de Consulta Externa.</p>
PERIODICIDAD	Mensual.
INTERPRETACIÓN	Mide el número de atenciones de emergencia en relación a las atenciones de consulta externa.
ESTÁNDAR PROPUESTO	<p>HOSPITAL: 1/10</p> <p>INSTITUTO: 1/5</p>

11. RAZÓN DE URGENCIA POR CONSULTA MÉDICA

CONCEPTO	Relación entre el número de atenciones médicas en urgencias y el número total de atenciones médicas en consulta externa. Cuantifica la ocurrencia de las atenciones médicas en urgencias en un determinado periodo de tiempo.
OBJETIVO	Evaluar la magnitud de las atenciones de urgencia en relación a las atenciones de consulta externa en un período determinado.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{N° de Atenciones Médicas en Urgencias en un período}}{\text{Total de Atenciones Médicas en Consulta Externa*}}$ <p>*En el mismo período</p>
FUENTE DE DATOS	Numerador: Cuaderno de Registro de emergencia, planillón de registro. Denominador: Reporte Registro HIS.
PERIODICIDAD	Mensual.
INTERPRETACIÓN	Es la relación entre las atenciones médicas en urgencias, respecto al número de atenciones médicas en consulta externa.
ESTÁNDAR PROPUESTO	Sin estándar.

12. RENDIMIENTO DE SALA DE OPERACIONES

CONCEPTO	Este Indicador sirve para conocer el promedio de intervenciones quirúrgicas que se realizan, en cada sala de centro quirúrgico. Permite identificar el grado de uso de las salas quirúrgicas (puede calcularse por separado el promedio de las salas de emergencia y de las destinadas para operaciones electivas).
OBJETIVO	Determinar el número promedio de intervenciones quirúrgicas realizadas por cada sala de operación.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ Intervenciones Quirúrgicas Ejecutadas}}{\text{N}^{\circ} \text{ de Salas de Operaciones}}$
FUENTE DE DATOS	<p>Numerador: Reporte/ Libro de Programación de Intervenciones Quirúrgicas.</p> <p>Denominador: Reporte de Centro Quirúrgico, Departamento de Anestesiología.</p>
PERIODICIDAD	Mensual.
INTERPRETACIÓN	Mide el número promedio de intervenciones quirúrgicas realizadas en cada turno.
ESTÁNDAR PROPUESTO	<p>HOSPITAL: 80 a 100 por sala en el mes</p> <p>INSTITUTO:(variable de acuerdo a la especialidad del Instituto)</p>

13. RENDIMIENTO SALA DE OPERACIONES (Cirugías de Emergencia)

CONCEPTO	Es el número de Intervenciones quirúrgicas(en sala de emergencia), en relación a los turnos quirúrgicos ejecutados por unidad de tiempo (mes)
OBJETIVO	Conocer el rendimiento de la sala de operaciones del hospital en el servicio de emergencia.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ Intervenciones Quirúrgicas de Emergencia}}{\text{N}^{\circ} \text{ Salas de Operaciones}}$
FUENTE DE DATOS	<p>Numerador: Reporte/ Libro de Programación de Intervenciones Quirúrgicas.</p> <p>Denominador: Reporte de Centro Quirúrgico, Departamento de Anestesiología.</p>
PERIODICIDAD	Mensual
INTERPRETACIÓN	Representa el número de intervenciones quirúrgicas, por cada turno quirúrgico ejecutado en un mes.
ESTÁNDAR PROPUESTO	Sin estándar.

14. RENDIMIENTO SALA DE OPERACIONES (Cirugías Electivas)

CONCEPTO	Es el número de Intervenciones quirúrgicas (en sala de cirugías lectivas), en relación a los turnos quirúrgicos ejecutados por unidad de tiempo (mes).
OBJETIVO	Conocer el rendimiento de la sala de operaciones en sala de cirugías electivas de un hospital o instituto.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{Nº Intervenciones Quirúrgicas Programas Ejecutadas}}{\text{Nº de Salas de Operaciones}}$
FUENTE DE DATOS	<p>Numerador: Reporte/ Libro de Programación de Intervenciones Quirúrgicas.</p> <p>Denominador: Reporte de Centro Quirúrgico, Libro o Planillón de Centro Quirúrgico.</p>
PERIODICIDAD	Mensual.
INTERPRETACIÓN	Representa el número de intervenciones quirúrgicas programadas en sala de cirugías electivas por cada turno quirúrgico ejecutado en un mes.
ESTÁNDAR PROPUESTO	Sin estándar.

15. GRADO DE RESOLUTIVIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

CONCEPTO	Es el número de referencias ejecutadas por un establecimiento de salud, en relación a las consultas médicas ejecutadas en el mismo periodo de tiempo
OBJETIVO	Conocer el grado resolutividad de los servicios ambulatorios en un establecimiento de salud.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de solicitudes de Referencias enviadas para atención médica en consulta externa (en un período)}}{\text{N}^\circ \text{ de Atenciones Médicas (en el mismo período)}} \times 100$
FUENTE DE DATOS	Numerador: SIS, Formatos de Referencia y Contra referencia. Denominador: Registro HIS.
PERIODICIDAD	Mensual.
INTERPRETACIÓN	La relación representa el número de referencias, por el total de consultas médicas en el mismo periodo.
ESTÁNDAR PROPUESTO	Sin estándar.

16. PORCENTAJE DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

CONCEPTO	<p>Se define como infecciones intrahospitalarias a aquellos procesos infecciosos que ocurren durante la hospitalización de un paciente entre las (48-72 horas postingreso) o después del egreso que no se encontraban presentes ni en incubación en el momento de la admisión; cualquiera sea la causa que motivó la hospitalización.</p> <p>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. También se 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.</p>
OBJETIVO	<p>Evaluar la calidad de la atención hospitalaria y medir la magnitud y causas que originan las infecciones intrahospitalarias.</p>
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{Total de pacientes con Infecciones Intrahospitalarias}}{\text{N}^{\circ} \text{ de Egresos}} \times 100$
FUENTE DE DATOS	<p>Numerador: Reporte Epidemiológico, Formatos de registros de infecciones intrahospitalarias.</p> <p>Denominador: Reporte de Egresos.</p>
PERIODICIDAD	<p>Mensual.</p>
INTERPRETACIÓN	<p>Es el porcentaje de pacientes que presentan un proceso infeccioso adquirido luego de las 48 horas de permanecer hospitalizados, el mismo que no portaba a su ingreso.</p>
ESTÁNDAR PROPUESTO	<p>Hospital: I: 0 a 0,7%. II: 0 a 0,7%. III: 0 a 0,7%.</p>

17. TASA NETA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA

CONCEPTO	Proporción de fallecidos en el hospital respecto al total de egresos durante un mismo período, considerando sólo las muertes que ocurrieron a partir de las 48 horas de ingresado el paciente.
OBJETIVO	Evaluar la calidad de atención que se brinda a los pacientes hospitalizados.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{N}^\circ \text{ defunciones hospitalarias}^*}{\text{N}^\circ \text{ de egresos en el mismo período}} \times 100$ <p>* Fallecidos a partir de 48 horas de admisión al hospital, servicio o especialidad en un período.</p>
FUENTE DE DATOS	<p>Numerador: Historia Clínica, Epicrisis.</p> <p>Denominador: Reporte Egresos de Pacientes.</p>
PERIODICIDAD	Anual.
INTERPRETACIÓN	Es la relación porcentual entre el número de egresos por defunción hospitalaria en un periodo y el número de egresos en el mismo período. Cuantificados a partir de las 48 y más horas de admisión al hospital, servicio o especialidad en un período.
ESTÁNDAR PROPUESTO	<p>HOSPITAL: 3% a 4%.</p> <p>INSTITUTO: 3% a 4%.</p>

18. TASA DE CESÁREA

CONCEPTO	Establece la cantidad de cesáreas que se realizan en relación al total de partos atendidos en un hospital durante un periodo.
OBJETIVO	Conocer la proporción de partos que ocurren por Cesárea.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ Total de Cesáreas realizadas}}{\text{N}^{\circ} \text{ Total de Partos}} \times 100$
FUENTE DE DATOS	<p>Numerador: Reporte de Centro Quirúrgico.</p> <p>Denominador: Reporte de Centro Quirúrgico.</p>
PERIODICIDAD	Mensual.
INTERPRETACIÓN	Mide la proporción de partos que ocurren por Cesárea.
ESTÁNDAR PROPUESTO	<p>HOSPITAL: 20% - 25%</p> <p>INSTITUTO: 25% - 35%</p>

19. TASA DE MORTALIDAD PERINATAL (Factor: 1000)

CONCEPTO	Es aquella que ocurre en el periodo comprendido entre la 22° semana completa de gestación y hasta los siete días completos de vida, o muerte del feto por cada 1000.
OBJETIVO	Conocer el número de muertes perinatales (desde la 22° semana completa de gestación hasta los 7 días completos después del nacimiento).
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de egresos por muerte fetal (22 semanas) + N}^\circ \text{ de egresos por muerte neonatal precoz ocurrida en hospital (en un periodo)}}{\text{N}^\circ \text{ de recién nacidos vivos en el establecimiento + N}^\circ \text{ de muertes fetales en el establecimiento (en igual periodo)}} \times 1000$
FUENTE DE DATOS	<p>Numerador: Servicio de Neonatología / Obstetricia Historia Clínica/Epicrisis materno perinatal, Sistema Informático Perinatal.</p> <p>Denominador: Servicio de Neonatología / Obstetricia Historia Clínica/Epicrisis materno perinatal, Sistema Informático Perinatal.</p>
PERIODICIDAD	Mensual
INTERPRETACIÓN	Es el número de muertes perinatales por cada mil nacidos (vivos y muertos).
ESTÁNDAR PROPUESTO	Sin estándar

20. MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ (Factor: 1000)

CONCEPTO	La Mortalidad Neonatal Precoz indica los fallecidos durante la primera semana por cada 1.000 recién nacidos vivos.
OBJETIVO	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.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de recién nacidos fallecidos en los primeros 7 días}}{\text{N}^\circ \text{ de recién nacidos vivos en el establecimiento}} \times 1000$
FUENTE DE DATOS	<p>Numerador: Neonatología / Obstetría Historia Clínica/Epicrisis materno perinatal, Sistema Informático Perinatal.</p> <p>Denominador: Neonatología/ Obstetría Historia Clínica/Epicrisis materno perinatal, Sistema Informático Perinatal.</p>
PERIODICIDAD	Mensual.
INTERPRETACIÓN	Corresponde al número de fallecidos menores de 7 días por cada 1000 nacidos vivos en el hospital durante un período.
ESTÁNDAR PROPUESTO	Sin estándar

21. MORTALIDAD NEONATAL TARDÍA (Factor: 1000)

CONCEPTO	Es la relación entre el número de fallecidos entre 8 y 28 días y el número de nacidos vivos de un período por 1.000 nacidos vivos.
OBJETIVO	Medir las muertes ocurridas entre el octavo y el vigésimo octavo día después del nacimiento.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de recién nacidos fallecidos entre los 8 a 28 días}}{\text{N}^\circ \text{ de recién nacidos vivos en el establecimiento}} \times 1000$
FUENTE DE DATOS	<p>Numerador: Neonatología/Obstetricia, Historia Clínica/Epicrisis materno perinatal, Sistema Informático Perinatal.</p> <p>Denominador: Neonatología/Obstetricia, Historia Clínica/Epicrisis materno perinatal, Sistema Informático Perinatal.</p>
PERIODICIDAD	Mensual.
INTERPRETACIÓN	Es el número de recién nacidos fallecidos en la primera semana de vida por cada 1000 nacidos vivos en la institución.
ESTÁNDAR PROPUESTO	Sin estándar.

22. PORCENTAJE DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS

CONCEPTO	<p>Mide la proporción de intervenciones quirúrgicas programadas que fueron suspendidas.</p> <p>Permite identificar problemas, en los procesos relacionados con las intervenciones quirúrgicas.</p>
OBJETIVO	Determinar el promedio de cirugías canceladas en el periodo.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Intervenciones Quirúrgicas suspendidas}}{\text{N}^\circ \text{ Intervenciones Quirúrgicas programadas}} \times 100$
FUENTE DE DATOS	<p>Numerador: Reporte/ Libro de Programación de Intervenciones Quirúrgicas.</p> <p>Denominador: Reporte/ Libro de Programación de Intervenciones Quirúrgicas.</p>
PERIODICIDAD	Mensual.
INTERPRETACIÓN	Porcentaje de cirugías canceladas de las programadas.
ESTÁNDAR PROPUESTO	<p>HOSPITAL: 5%</p> <p>INSTITUTO: 5%.</p>

Los Indicadores de evaluación constituyen una herramienta eficaz que ayuda a valorar y corregir los objetivos fundamentales en los servicios de salud, "atención de calidad a sus usuarios".

Como herramienta metodológica implica el desarrollo de juicios basados en atributos que deberán ser definidos con claridad, conceptual y operativamente a fin de valorar, a partir de su cumplimiento o no, la satisfacción de las necesidades y/o el logro de metas.



Indicadores Hospitalarios De Evaluación

1. RENDIMIENTO HORA MÉDICO

CONCEPTO	Es el número de productos alcanzados, en relación al recurso utilizado por unidad de tiempo.
OBJETIVO	Conocer el promedio de pacientes atendidos por hora, por el profesional médico.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Atenciones Médicas Realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de Horas Médico Efectivas}}$
FUENTE DE DATOS	Numerador: Reporte HIS de Consulta Externa Denominador: Reporte del Servicio.
PERIODICIDAD	Mensual.
INTERPRETACIÓN	La relación representa el número de pacientes atendidos en una hora.
ESTÁNDAR PROPUESTO	HOSPITAL: Entre 3 y 4 Consultas por hora. INSTITUTO: Entre 2 y 3 Consultas por hora.

Comentario:

En los Servicios Médicos, se mide la productividad del recurso, relacionando las horas contratadas o trabajadas con las actividades realizadas para así determinar el grado de productividad alcanzado.

Para la determinación del estándar en la norma, están previstos los tiempos para la atención de pacientes nuevos y continuadores. El paciente nuevo demanda tiempo adicional al médico en relación con el continuador o re-consultante, al realizar por primera vez, la anamnesis y examen físico; asentar observaciones en los respectivos formularios de la Historia Clínica, además de adicionar el llenado de formularios administrativos y programas de salud habituales en caso de pacientes nuevos

Si en períodos, de hasta seis meses consecutivos, el rendimiento de la hora médico alcanza niveles bajos en relación con la norma, el tema es motivo de investigación.

Una observación al indicador se podría dar al estar afectado por demasiadas horas médico asignadas con relación a la demanda o a la población protegida asignada; problemas de tipo administrativo o suspicacia de los pacientes con el médico.

Si el indicador calculado supera a la norma, significa que el médico atiende mayor cantidad de pacientes que lo asignado en sus horas de trabajo, disminuyendo la calidad de la atención médica. Esto podría significar demanda excesiva, deficiente asignación de horas de trabajo, inmoderada cantidad de población protegida asignada.

Si en períodos de hasta seis meses consecutivos los rendimientos siguen por encima de lo reglamentario, necesariamente se tomarán medidas administrativas hasta conseguir la normalidad.

2. CONCENTRACIÓN DE CONSULTAS

CONCEPTO	Sirve para establecer el promedio de consultas que se ha otorgado a cada paciente que acudió al hospital durante un periodo.
OBJETIVO	Conocer el promedio de atenciones por cada paciente.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{N° de Atenciones Médicas*}}{\text{N° de Atendidos (nuevos y reingresos)*}}$ <p>*Considerar solo atenciones médicas.</p>
FUENTE DE DATOS	<p>Numerador: Reporte HIS de Consulta Externa.</p> <p>Denominador: Reporte HIS de Consulta Externa.</p>
PERIODICIDAD	Anual (puede obtenerse con periodos cortos para ser utilizados de forma referencial).
INTERPRETACIÓN	El resultado indica el número de consultas en promedio que se le ha otorgado a cada paciente.
ESTÁNDAR PROPUESTO	<p>HOSPITAL: Entre 3 y 4 Consultas en promedio.</p> <p>INSTITUTO: Entre 4 y 5 Consultas en promedio.</p>

3. PROMEDIO DE PERMANENCIA

CONCEPTO	<p>Indicador para evaluar el grado de aprovechamiento de las camas del hospital e indirectamente la calidad de los servicios, ya que en tiempos excesivos de hospitalización puede reflejar, entre otras causas deficiencias técnicas.</p> <p>Establece también el promedio de días de asistencia que recibe cada paciente hospitalizado en un periodo de tiempo.</p>
OBJETIVO	Determinar el promedio de días de permanencia de los pacientes que egresaron en un periodo.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{Total días estancias de egresos}}{\text{N° egresos hospitalarios}}$
FUENTE DE DATOS	<p>Numerador: Registro de Egresos Hospitalarios.</p> <p>Denominador: Registro de Egresos Hospitalarios.</p>
PERIODICIDAD	Mensual.
INTERPRETACIÓN	Es el promedio de días de permanencia de los pacientes.
ESTÁNDAR PROPUESTO	<p>HOSPITAL: Entre 6 a 8 días.</p> <p>INSTITUTO: De 6 días a más.</p>

4. INTERVALO DE SUSTITUCIÓN CAMA

CONCEPTO	Mide el tiempo que permanece una cama desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro a la misma cama.
OBJETIVO	Determinar el tiempo en que permanece la cama vacía entre un egreso y el subsiguiente ingreso a la misma cama.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Días cama disponibles} - \text{N}^\circ \text{ pacientes día}}{\text{N}^\circ \text{ egresos}}$
FUENTE DE DATOS	Numerador: Registro Hospitalario Denominador: Registro de Egresos Hospitalarios
PERIODICIDAD	Anual.
INTERPRETACIÓN	Mide el tiempo en que permanece la cama vacía entre un egreso y el subsiguiente ingreso a la misma cama.
ESTÁNDAR PROPUESTO	HOSPITAL: 0.6 hasta 1 día INSTITUTO: 0.6 hasta 1 día.

5. PORCENTAJE DE OCUPACIÓN CAMA

CONCEPTO	Este Indicador sirve para establecer el grado de utilización de camas en periodo 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 diario).
OBJETIVO	Evaluar el nivel de ocupación de las camas.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes-día}}{\text{N}^\circ \text{ días cama disponibles}} \times 100$
FUENTE DE DATOS	Numerador: Módulo de Egresos Hospitalarios Denominador: Registro Hospitalario.
PERIODICIDAD	Mensual.
INTERPRETACIÓN	Mide el grado de ocupación de cada cama hospitalaria expresado en porcentaje.
ESTÁNDAR PROPUESTO	HOSPITAL: 85-90% INSTITUTO: 85-90%.

6. RENDIMIENTO CAMA

CONCEPTO	Sirve para mostrar el número de enfermos tratados en cada cama hospitalaria, es decir los egresos que dicha cama ha producido durante un periodo.
OBJETIVO	Conocer el promedio de uso de una cama.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{N}^\circ \text{ egresos}}{\text{N}^\circ \text{ camas disponibles promedio}}$
FUENTE DE DATOS	<p>Numerador: Módulo de Egresos Hospitalarios.</p> <p>Denominador: Registro Hospitalario.</p>
PERIODICIDAD	Anual.
INTERPRETACIÓN	El valor representa el número de pacientes que usaron una misma cama en un periodo determinado.
ESTÁNDAR PROPUESTO	<p>HOSPITAL: No menos de 48 egresos al año y un promedio de 04 al mes.</p> <p>INSTITUTO: No menos de 40 egresos al año.</p>

7. RAZÓN DE EMERGENCIAS POR CONSULTAS MÉDICAS

CONCEPTO	Sirve para conocer y evaluar la magnitud de las atenciones de emergencia en relación a las atenciones de consulta externa en un periodo.
OBJETIVO	Conocer y evaluar la magnitud de las atenciones de emergencia en relación a las atenciones de consulta externa en un período.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{Nº de Atenciones en Emergencia}}{\text{Nº de Atenciones Médicas en Consulta Médica}}$
FUENTE DE DATOS	Numerador: Reporte de Emergencia Denominador: Reporte HIS de Consulta Médica.
PERIODICIDAD	Mensual.
INTERPRETACIÓN	Mide el número de atenciones de emergencia en relación a las atenciones de consulta externa.
ESTÁNDAR PROPUESTO	HOSPITAL: 1/10 INSTITUTO: 1/5

8. RENDIMIENTO DE SALA DE OPERACIONES

CONCEPTO	Este Indicador sirve para conocer el promedio de intervenciones quirúrgicas que se realizan, en cada sala de centro quirúrgico. Permite identificar el grado de uso de las salas quirúrgicas (puede calcularse el promedio de las salas de emergencia y de las destinadas para operaciones electivas).
OBJETIVO	Determinar el número promedio de intervenciones quirúrgicas realizadas por cada Sala de Operación.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ Intervenciones Quirúrgicas}}{\text{N}^{\circ} \text{ de Salas de Operaciones utilizados}}$
FUENTE DE DATOS	Numerador: Libro / Planillón de Sala de Operaciones, Reporte de Centro Quirúrgico Denominador: Reporte de Centro Quirúrgico
PERIODICIDAD	Mensual.
INTERPRETACIÓN	Mide el número promedio de intervenciones quirúrgicas realizadas en cada Sala de Operación.
ESTÁNDAR PROPUESTO	HOSPITAL: 80 a 100 por sala en el mes INSTITUTO: (variable de acuerdo a la especialidad del Instituto)

9. TASA DE CESÁREA

CONCEPTO	Establece la cantidad de cesáreas que se realizan en relación al total de partos atendidos en un hospital durante un periodo.
OBJETIVO	Conocer la proporción de partos que ocurren por Cesárea.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{Nº Total de Cesáreas realizadas}}{\text{Nº Total de Partos}} \times 100$
FUENTE DE DATOS	Numerador: Reporte de Centro Quirúrgico Denominador: Reporte de Centro Quirúrgico
PERIODICIDAD	Mensual.
INTERPRETACIÓN	Mide la proporción de partos que ocurren por Cesárea.
ESTÁNDAR PROPUESTO	HOSPITAL: 20% - 25% INSTITUTO: 25% - 35%

10. TASA DE MORTALIDAD INTRA Y POSTPARTO

CONCEPTO	Sirve para obtener una apreciación sobre las muertes ocurridas e imputadas a la atención del parto y a las complicaciones del mismo.
OBJETIVO	Medir el riesgo de morir durante la atención del parto o postparto inmediato.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{N}^\circ \text{ defunciones maternas durante el parto o en el post parto}}{\text{N}^\circ \text{ de partos atendidos}} \times 1000$
FUENTE DE DATOS	<p>Numerador: Sistema Informático del Comité Materno, Obstetricia, Reporte de Centro Quirúrgico.</p> <p>Denominador: Obstetricia, Reporte de Centro Quirúrgico.</p>
PERIODICIDAD	Anual.
INTERPRETACIÓN	Riesgo de morir durante el parto o en el post parto.
ESTÁNDAR PROPUESTO	<p>HOSPITAL: Sin estándar</p> <p>INSTITUTO: Sin estándar</p>

11. PORCENTAJE DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS

CONCEPTO	<p>Mide la proporción de intervenciones quirúrgicas programadas que fueron suspendidas.</p> <p>Permite identificar problemas, en los procesos relacionados con las intervenciones quirúrgicas.</p>
OBJETIVO	Determinar el promedio de cirugías canceladas en el periodo.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Intervenciones Quirúrgicas suspendidas}}{\text{N}^\circ \text{ Intervenciones Quirúrgicas programadas}} \times 100$
FUENTE DE DATOS	<p>Numerador: Reporte de Centro Quirúrgico</p> <p>Denominador: Reporte de Centro Quirúrgico</p>
PERIODICIDAD	Mensual.
INTERPRETACIÓN	Porcentaje de cirugías canceladas de las programadas.
ESTÁNDAR PROPUESTO	<p>HOSPITAL: 5%</p> <p>INSTITUTO: 5%</p>

12. PORCENTAJE DE PACIENTES EN SALA DE OBSERVACIÓN CON ESTANCIA MAYOR A 12 HORAS

CONCEPTO	Permite evaluar el tiempo de permanencia del paciente en Sala de Observación, así como la disponibilidad de camas en Sala de Observación de Emergencia.
OBJETIVO	Evaluar el tiempo de permanencia del paciente en Sala de Observación de Emergencia.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{Estancias en Sala de Observación mayores a 12 horas}}{\text{Nº Pacientes en Sala de Observación}} \times 100$
FUENTE DE DATOS	<p>Numerador: Censo Diario de Enfermeras, Reporte de Emergencias.</p> <p>Denominador: Censo Diario de Enfermeras, Reporte de Emergencias.</p>
PERIODICIDAD	Mensual.
INTERPRETACIÓN	Porcentaje de pacientes con estancia mayor a 12 horas.
ESTÁNDAR PROPUESTO	<p>HOSPITAL: 0%</p> <p>INSTITUTO: 0%</p>

13. RENDIMIENTO DE SALA DE PARTO

CONCEPTO	Este indicador sirve para conocer el promedio de partos que se realizan por cada sala.
OBJETIVO	Conocer el promedio de partos que se atienden en cada sala.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{Nº total de partos atendidos en la sala de partos}}{\text{Nº total de salas de partos}}$
FUENTE DE DATOS	<p>Numerador: Libro de Partos / Sala de partos.</p> <p>Denominador: Centro Obstétrico Reporte de sala de partos.</p>
PERIODICIDAD	Mensual.
INTERPRETACIÓN	Promedio de partos atendidos en cada sala.
ESTÁNDAR PROPUESTO	<p>HOSPITAL: Sin Estándar.</p> <p>INSTITUTO: Sin Estándar.</p>

14. PROMEDIO DE PERMANENCIA EN UCI


CONCEPTO	<p>Indicador que sirve para evaluar el grado de aprovechamiento de las camas del servicio o del hospital y mide indirectamente la calidad del servicio, variando según patología.</p> <p>Establecer el promedio de asistencia que recibe cada paciente hospitalizado en un período de tiempo. Los días de internamiento varían según las patologías y las especialidades.</p> <p>Evalúa la adecuada utilización de los servicios de la Unidad de Cuidados Intensivos.</p>
OBJETIVO	Evaluar el grado de aprovechamiento de las camas en UCI.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Días de Estancia de Egresados (vivos o fallecidos) en UCI}}{\text{N}^\circ \text{ Total de Egresos de UCI (vivos o fallecidos)}}$
FUENTE DE DATOS	<p>Numerador: Reporte de UCI</p> <p>Denominador: Reporte de UCI.</p>
PERIODICIDAD	Mensual.
INTERPRETACIÓN	Promedio de días de asistencia que recibe cada paciente en UCI.
ESTÁNDAR PROPUESTO	<p>HOSPITAL: 10 - 15 días.</p> <p>INSTITUTO: 5 - 6 días.</p>

15. PORCENTAJE DE UTILIZACIÓN DE VENTILADORES EN UCI

CONCEPTO	Mide el grado de uso del ventilador mecánico en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
OBJETIVO	Medir el grado de uso del ventilador mecánico en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de días ventilador mecánico en UCI}}{\text{N}^\circ \text{ de días paciente en UCI}} \times 100$
FUENTE DE DATOS	<p>Numerador: Servicio de Enfermería en UCI, Reporte de UCI.</p> <p>Denominador: Censo Diario de Enfermeras, Reporte de UCI.</p>
PERIODICIDAD	Mensual.
INTERPRETACIÓN	Identifica el porcentaje de utilización del ventilador mecánico con relación al total de la población hospitalizada en UCI (adulto, pediátrico o neonatal).
ESTÁNDAR PROPUESTO	<p>HOSPITAL: Sin Estándar</p> <p>INSTITUTO: Sin Estándar.</p>

16. TASA DE MORTALIDAD EN UCI

CONCEPTO	Es la relación entre el número de defunciones ocurridas durante un período en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y el número de egresos del mismo período en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
OBJETIVO	Estimar la tasa de mortalidad en el área de cuidados intensivos.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Muertes en UCI.}}{\text{N}^\circ \text{ de Pacientes Intervenido Internados en UCI}} \times 100$
FUENTE DE DATOS	Numerador: Servicio de UCI, Reporte de UCI Denominador: Servicio de UCI, Reporte de UCI
PERIODICIDAD	Mensual.
INTERPRETACIÓN	Es el porcentaje de defunciones ocurridas durante un período en UCI respecto al número de egresos del mismo período en UCI.
ESTÁNDAR PROPUESTO	HOSPITAL: Sin Estándar INSTITUTO: Sin Estándar

A decorative graphic on the right side of the page consists of three overlapping circles of varying shades of blue, arranged vertically. Two thin, light blue lines cross the page diagonally, one from the top-left to the bottom-right, and another from the top-right to the bottom-left, intersecting near the center.

Dirección: Av. Salaverry 801 Jesús María - Lima / Perú
Horario de Atención: Lunes a Viernes 8.30 am a 4.30 pm.

Central Telefónica (51-1) 315-6600

webmaster@minsa.gob.pe