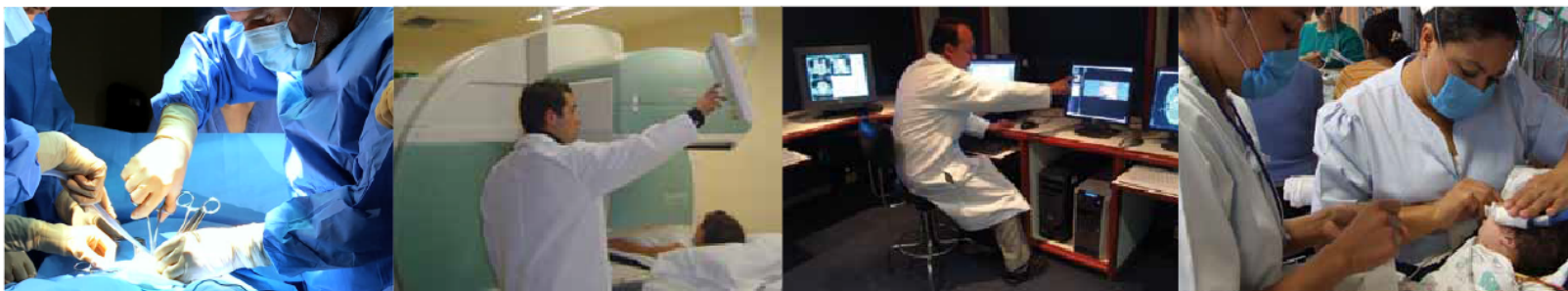


CATÁLOGO DE INDICADORES DE ATENCIÓN MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD IAMAE



CATÁLOGO DE INDICADORES DE
ATENCIÓN MÉDICA DE
ALTA ESPECIALIDAD
IAMAE

DIRECTORIO

DR. JOSÉ NARRO ROBLES
Secretario de Salud

DR. JOSÉ MELJEM MOCTEZUMA
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud

DR. PABLO ANTONIO KURI MORALES
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

LIC. MARCELA VELASCO GONZÁLEZ
Subsecretaria de Administración y Finanzas

LIC. FERNANDO GUTIÉRREZ DOMÍNGUEZ
Coordinador General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

DR. JESÚS ANCER RODRÍGUEZ
Secretario del Consejo de Salubridad General

DR. GUILLERMO MIGUEL RUIZ PALACIOS Y SANTOS
Comisionado Nacional de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

DR. MANUEL MONDRAGÓN Y KALB
Comisionado Nacional contra las Adicciones

LIC. JULIO SÁNCHEZ Y TÉPOZ
Comisionado Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios

DR. GABRIEL J. O'SHEA CUEVAS
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud/Seguro Popular

DR. MANUEL HUGO RUIZ DE CHÁVEZ GUERRERO
Presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética

DR. ONOFRE MUÑOZ HERNÁNDEZ
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

DIRECTORIO CCINSHAE

DR. GUILLERMO MIGUEL RUIZ PALACIOS Y SANTOS
Comisionado Nacional de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

DR. SIMÓN KAWA KARASIK
Director General de Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud

DR. MANUEL DE LA LLATA ROMERO
Director General de Coordinación de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad

DR. FRANCISCO P. NAVARRO REYNOSO
Director General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia

DR. JUAN JOSÉ HICKS GÓMEZ
Dirección General de Políticas de Investigación en Salud

MTRO. RICARDO LÓPEZ LOYA
Dirección General Adjunta de Administración y Finanzas

Primera edición: septiembre, 2016

**D.R. © Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de
Salud y Hospitales de Alta Especialidad**

Periférico Sur 4118, Primer piso, Edificio Zafiro 1,
Col. Jardines del Pedregal, C.P. 01900, Ciudad de México,
México.

Diseño de portada e interiores: María Isabel Virchez Villa/Carlos Alberto Alfaro Medel/Manuel
Magaña Izquierdo

Impreso en México

I PRESENTACIÓN	1
II. ANTECEDENTES	2
III. RECONOCIMIENTOS.....	6
IV. LISTADO DE INDICADORES IAMAE	7
V. CARTA DESCRIPTIVA.....	14
VI. FICHAS TÉCNICAS.....	36
VII. SISTEMA ELECTRÓNICO PARA LA CAPTURA DE INFORMACIÓN Y EL CÁLCULO AUTOMATIZADO DE INDICADORES	202
Bibliografía.....	209

I. PRESENTACIÓN

La Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) tiene como una de sus prioridades fundamentales impulsar la atención médica de excelencia a través de programas estratégicos eficientes enfocados a la solución de problemas de salud de población de extracción socioeconómica diversa y en situación de vulnerabilidad.

Bajo esta premisa, en el Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad (PAEMAE) 2013-2018 quedaron planteados, con el concurso de los grupos directivos sustantivos y de planeación de las entidades coordinadas, cinco objetivos (tres de ellos de atención médica) con los que se contribuye al cumplimiento de las metas sexenales tanto del Plan Nacional de Desarrollo (PND) como del Programa Sectorial de Salud (PROSESA) generando un sistema articulado de medicina de alta especialidad vinculado a las redes integradas de servicios, conjuntando características específicas para la atención en función de la naturaleza jurídica y vocación institucional particulares.

Sin embargo, el seguimiento al cumplimiento de los objetivos a través de los informes de autoevaluación que presentan los titulares de las entidades coordinadas a sus órganos de gobierno, se ha visto obstaculizado porque la información que se genera para alimentar los indicadores de desempeño institucional y de gestión hospitalaria proviene de mecanismos e instrumentos históricamente establecidos que, por su naturaleza y dinámica, deben ser ajustados a las condiciones actuales para proporcionar información estadística que oriente la toma de decisiones.

Con la intención de subsanar el problema que implica medir la complejidad inherente a las actividades desarrolladas para ofrecer medicina de alta especialidad, la CCINSHAE instrumentó un proyecto transversal que, con base en la revisión de los informes de autoevaluación, contemplara el desarrollo de un conjunto de indicadores que permitan evaluar y mejorar la actuación de las entidades coordinadas.

El resultado se pone ahora a disposición del cuerpo médico directivo y operativo, mediante el presente documento Catálogo de Indicadores de Atención Médica de Alta Especialidad (IAMAÉ) integrador del trabajo realizado por los grupos de expertos institucionales que con su participación lo hicieron realidad.

Dr. Guillermo Miguel Ruíz-Palacios y Santos

II. ANTECEDENTES

Para el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la CCINSHAE la Dirección General de Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud (DGCINS), dado el carácter nacional de los Institutos, propuso establecer los mecanismos que vincularan las políticas nacionales en salud con los programas federales, sectoriales e institucionales para garantizar que las entidades coordinadas otorguen medicina de alta especialidad acorde con la capacidad instalada, susceptible de ser evaluada mediante la instrumentación de indicadores reveladores de la complejidad de la actividad sustantiva desarrollada.

Históricamente, la medición del desempeño institucional se ha caracterizado por la valoración cuantitativa y cualitativa del logro de metas programáticas y de la productividad hospitalaria a través de la revisión de los Informes de Autoevaluación presentados ante las Juntas de Gobierno, con apego a la normatividad y con base en metodologías de Gestión para Resultados (GpR), Presupuesto basado e Resultados (PbR), Sistema de Evaluación del Desempeño (SED) y Metodología de Marco Lógico, que sin dejar de ser buenos por la robustez que les otorga el diseño de indicadores que van de simples a complejos madurando con el tiempo, no alcanzan a integrar del todo en su construcción la complejidad del *cómo se realizan y quiénes las hacen* inherente a las actividades de una medicina de alta especialidad conformada por servicios de atención a la salud de patologías de baja frecuencia asociada a comorbilidades que involucran el empleo de una combinación de procedimientos clínicos y quirúrgicos con tecnología de punta de alta precisión y elevado costo realizados por equipos multidisciplinarios de profesionales.

De tal modo, en el año 2015, la DGCINS realizó el *Estudio del reporte de indicadores de gestión de medicina de alta especialidad*, cuyos resultados mostraron que para subsanar los defectos de estos enfoques y asegurar el respeto mínimo a criterios de especificidad y sensibilidad no solo en cuanto a la actividad sujeto de medición, sino también en cuanto al contexto socio-epidemiológico del ente institucional, se requiere contar con un sistema de indicadores que no se limite a evaluar el uso eficiente de los recursos públicos ni a establecer mecanismos para la mejora continua de las instituciones a través de la fiscalización sino que adicione elementos de alineación de recursos, de eficacia, de calidad y de efectividad clínica que, a través de su análisis identifiquen los resultados de las intervenciones, el impacto costo-efectividad y la relación causal en la calidad de vida o en la preservación de la misma con acciones de alta complejidad.

Del estudio se desprendieron también tres líneas de trabajo a desarrollar por grupos de expertos institucionales:

1. Redimensionamiento de los indicadores que conforman la Matriz de Resultados (MIR);
2. Desarrollo de indicadores de calidad y seguridad de comparabilidad internacional acorde con la factibilidad organizacional para su instrumentación;
3. Desarrollo de indicadores propios de la medicina de alta especialidad acorde a las actividades sustantivas.

En el mismo periodo, estas líneas se oficializaron ante la Secretaría de la Función Pública mediante un proyecto al efecto con documentación periódica de los avances.

El abordaje de las mismas se transversalizó a todas las entidades coordinadas, Institutos Nacionales de Salud (INSalud), Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAE) y Hospitales Federales de Referencia (HFR) a través de acciones encaminadas a establecer los sistemas más convenientes para: a) Evaluar la gestión y el desempeño, b) Analizar el contenido y la calidad de la información de los Informes de Autoevaluación para, en su caso, poder establecer nuevos mecanismos de reporte, C) Actualizar el formato del informe de autoevaluación.

En este contexto se tomaron las decisiones conjuntas para elaborar el *Procedimiento para el Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional en los Institutos Nacionales de Salud*, el cual ordena y sistematiza la intervención de la DGCINS en el proceso de evaluación del desempeño; y para el desarrollo del *Procedimiento de validación del registro de datos para la integración de estadísticas en prestación de servicios de salud en el Sistema de Información en Salud (SIS)* con el objetivo de contribuir a la obtención de una estadística comparable, oportuna y de calidad de la prestación de servicios en las unidades médicas de alta especialidad para la planeación y toma de decisiones de los distintos programas de salud, mediante la validación de la información estadística generada en la medicina de alta especialidad para el Sistema de Información Estadística de la Secretaría de Salud.

Durante el proceso de revisión de las carpetas de Juntas de Gobierno correspondientes a la Primera Sesión Ordinaria de 2015, se instruyó a las entidades coordinadas a alinear sus programas de trabajo a las metas establecidas en el PAEMAE, verificando su integración en la Segunda Sesión Ordinaria de 2015. Asimismo fue solicitado a los

Prosecretarios la alineación de sus Programas Anuales de Trabajo a este programa institucional.

Operativamente la línea de trabajo para el **Redimensionamiento de los indicadores que conforman la Matriz de Resultados (MIR)** se agotó mediante la inclusión en la MIR 2016 del Programa Presupuestario E023 Atención a la Salud de cuatro indicadores apropiados para la medicina de alta especialidad

1. *Porcentaje de auditorías clínicas incorporadas,*
2. *Porcentaje de Procedimientos Diagnósticos ambulatorios de alta especialidad realizados,*
3. *Porcentaje de Procedimientos Terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados,*
4. *Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado)*

Elaborados conjuntamente con la DGCHRAE, la DGHFR y la Dirección de Proyectos Estratégicos, aceptados por consenso interno y de entidades evaluadoras de la Secretaría de Salud y externas como el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), Secretaría de la Función Pública (SFP) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y que serán desarrollados por las entidades coordinadas a partir del ejercicio 2016. Este resultado fue acompañado por el diseño y elaboración del Mapa conceptual del planteamiento con la alineación respectiva a los programas sexenales Plan Nacional de Desarrollo (PND), Programa Sectorial de Salud (PROSESA), Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad (PAEMAE) y Programa Anual de Trabajo 2016 (PAT).

Para la segunda línea de trabajo que aborda el **Desarrollo de indicadores de calidad y seguridad de comparabilidad internacional acorde con la factibilidad organizacional para su instrumentación**, en enero de 2015 se conformó el *Grupo de trabajo para la revisión de indicadores de atención médica en la alta especialidad CCINSHAE-INSP*, que a la fecha de esta publicación, desarrolla la *Propuesta de Indicadores para los Institutos Nacionales de salud y otros centros de alta especialidad*, constituida por dos bloques de 8 indicadores cada una, que sirvan para establecer una base sólida de monitorización para el mejoramiento de la calidad y la comparación de resultados, con el pilotaje correspondiente y el análisis de pertinencia institucional para definir su inclusión como elementos de medición acordes con la realidad organizacional.

En cuanto al cumplimiento de la tercera línea de trabajo correspondiente al **Desarrollo de indicadores propios de la medicina de alta especialidad acorde a las actividades sustantivas**, se partió de la generación de la *Propuesta para el diseño de indicadores por áreas clínicas en las entidades coordinadas por la CCINSHAE*, que contempló los servicios de

- Hospitalización,
- Cirugía,
- Áreas críticas,
- Atención ambulatoria y
- Control de infecciones intrahospitalarias,

Con el objetivo de obtener un Catálogo de Indicadores de Atención Médica de Alta Especialidad apropiados para la medición del desempeño institucional.

Para tal fin se creó bajo la coordinación general y auxiliar de los titulares de la Dirección de Coordinación de los Institutos

Nacionales de Salud (DGCINS) y de la Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia (DGCHRAE), respectivamente, el Grupo Directivo de Indicadores de Medicina de Alta Especialidad constituido por los Directores Médicos y de Operaciones de los INSalud, HFR y HRAE, en cinco subgrupos de trabajo para determinar indicadores susceptibles de aplicación en los procesos sustantivos institucionales, que por sus características, son determinantes en la evaluación del desempeño (Subgrupo de hospitalización, Subgrupo de cirugía, Subgrupo de áreas críticas, Subgrupo de atención ambulatoria de alta especialidad, y Subgrupo de control de infecciones intrahospitalarias, que validaron y aprobaron 82 indicadores, resultantes de la revisión realizada a la información de Atención Médica reportada en el Informe de Autoevaluación para Junta de Gobierno, incluidos los ocho indicadores de la *Propuesta de indicadores para los Institutos Nacionales de Salud y otros centros de alta especialidad* que solventaron las observaciones derivadas de su pilotaje institucional, así como los cuatro integrados a la MIR 2016 del Programa Presupuestario E023 Atención a la Salud.

Los resultados de las tres líneas de trabajo planteadas en líneas anteriores decantan en este documento que muestra los indicadores, inicialmente para su comprensión ejecutiva a través de un Listado por servicios y una Carta descriptiva. Secuencialmente, para su instrumentación operativa mediante la Ficha técnica de cada indicador y los Formatos para la captura de información y el cálculo automatizado.

En este encuadre, se ha dejado espacio para que el ejercicio de monitoreo bajo indicadores por parte de las unidades coordinadas, ajuste ciertos indicadores de acuerdo a las

condiciones del paciente (complejidad de atención y comorbilidad) (Shahian, 2008; Li B, 2008) y características de las instituciones, de tal forma que su utilización permita comparaciones espacio-temporales y, entre-dentro hospitales o servicios hospitalarios (Morera, 2013).

En cuanto al impacto de los resultados de la medición en el aumento en la calidad de la atención, se debe considerar que la implementación de un sistema de indicadores de gestión, no tiene un carácter punitivo dado que debe estar mediada, como en este caso, por compromisos de gestión programados y establecidos con antelación entre los encargados de la medición y los responsables de la ejecución de las medidas de corrección.

Esto bajo la consideración de que no es suficiente con aplicar un sistema de indicadores y evaluarlos, hay que hacer devoluciones de resultados e implementar otras estrategias de educación, bajo modelos específicos, a los directivos de los hospitales (De Vos, 2009; Gibberd, 2004).

Es importante mencionar también, que los informes de gestión hospitalaria que alimentan a los indicadores deben ser emitidos y publicados por cada hospital de una manera uniforme y con el consenso de que lo que se mide son actividades de procesos y procedimientos clave para el desempeño definidas por el nivel de resolución y la vocación institucional de atención médica, de modo que los interesados puedan comenzar a hacer preguntas en cuanto a la gestión y la eficiencia (Morera, 2013).

Así es posible evitar la inoperancia de indicadores que actúan en detrimento del desempeño de las unidades de alta especialidad, cuyo derrame estadístico debe

tener cabida específica en los sistemas de información en salud nacionales.

Dr. Simón Kawa Karasik

Citas bibliográficas.

Shahian D, Normand Sh. Comparison of risk-adjusted hospital outcomes. *Circulation* 2008; 117:1955-63.

Li B, Evans D, Faris P, Dean S, Quan H. Risk adjustment performance of Charlson and Elixhauser comorbidities in ICD-9 and ICD-10 administrative databases. *BMC Health Serv Res* 2008, 8:12.

Morera-Salas, Melvin, Revisión sistemática de indicadores de desempeño hospitalario. *Acta Médica Costarricense* [en línea] 2013, 55 (Abril-Junio): [Fecha de consulta: 18 de diciembre de 2015] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43427048002>, ISSN 0001-6002, págs. 75, 76

De Vos M, Graafmans W, Kooistra M, Meijboom B, Van Der Vort P, Westert G. Using quality indicators to improve hospital care: a review of the literature. *Int J Qual Health Care* 2009; 21:119-29.

Gibberd R, Hancock S, Howley P, Kay R. Using indicators to quantify the potential to improve the quality of health care. *Int J Qual Health Care* 2004; 16: i37-43.

III. RECONOCIMIENTOS

Este trabajo fue elaborado en la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en el año 2016 durante la gestión del Dr. Guillermo Miguel Ruíz-Palacios y Santos, bajo la coordinación de los doctores Simón Kawa Karasik, Manuel de la Lata Romero y Francisco Pascual Navarro Reynoso, con el apoyo del Grupo de Trabajo conformado por los doctores Manuel Magaña Izquierdo, Eugenia del Carmen Sánchez Romero, Erasto Cosme Suárez Ortíz, Ma. Rosalva Morales Campos, y el Lic. Carlos Alberto Alfaro Medel.

Los resultados no hubiesen sido posibles sin el impulso al proyecto por parte de los Directores Generales de las entidades coordinadas, la entusiasta colaboración de los directores médicos de los Institutos Nacionales de Salud, doctores Jaime Nieto Zermeño, Ángel Herrera Gómez, Juan Verdejo Paris, José Sifuentes Osornio, Patricio Javier Santillán Doherty, Miguel Ángel Celis López, José Nicolás Reynés Manzur, Rodrigo Zamora Escudero, Armando Vázquez López-Guerra, Martha Griselda del Valle Cabrera, y Juan Antonio Madinaveitia quienes desempeñaron actividades de coordinación de subgrupos de trabajo y de revisión y validación clínica de los indicadores.

En este último tenor también participaron activamente los directores y subdirectores médicos de los Hospitales Federales de Referencia, los doctores Irma Jiménez Escobar, José Manuel Conde Mercado, Felipe Fernando Sandoval Magallanes, Benjamín Orozco Zúñiga, Arturo Benítez Trejo y Gabriel García Castillo. Con sus aportaciones se significaron los directores médicos y de operación de los HRAE, especialmente los

doctores Alma Rosa Sánchez Conejo y Héctor Zavala Sánchez.

De significativa importancia fue la tarea desempeñada por los siguientes expertos institucionales: Dra. Dina Martínez Mendoza, Dra. Yolanda Villaseñor Navarro, Dr. Arturo Galindo Fraga, Dr. Eduardo Madrigal de León, Dr. Gonzalo Montalvo Esquivel, Dr. Silvio A. Namendys Silva, Lic. Ma. Isabel Sierra Colindres, Dra. Patricia Cornejo Juárez, Dra. Patricia Zavaleta Ramírez, Dr. Oscar Guido Ramires, Dra. Silvia Romero Maldonado, Dr. Paul Oliver Cruz, Dr. Rafael Galván Contreras, Dr. Raymundo Canales de la Fuente, Dra. Irma Leticia Coria Soto, Dr. Ángel Apodaca Cruz, y Dr. Marco Cano Guadiana, a quienes aunaron su aporte técnico para la revisión y validación de las fichas técnicas de los indicadores la Mtra. María Teresa Orozco Salinas, la Dra. Miriam Guadalupe Herrera Segura, la Dra. Laura Ramírez Preciado, la Dra. QFB Angélica María Hernández Fernández y la Mtra. Ma. Juana Díaz Jiménez. En este punto, de especial valor fue la entusiasta colaboración de los expertos del Centro Nacional de Trasplantes ofrecida por mano del Dr. José Salvador Aburto Morales.

El planteamiento y la integración del documento estuvieron a cargo del Dr. Manuel Magaña Izquierdo. El desarrollo en Excel del Sistema electrónico para la captura de información y el cálculo automatizado de indicadores es obra del Lic. Carlos Alberto Alfaro Medel. En el diseño editorial fue clave la participaron de la Lic. María Isabel Virchez Villa.

IV. LISTADO DE INDICADORES IAMAE

Según los expertos en métodos y herramientas de medición, la monitorización puede derivarse de tres situaciones diferentes que tienen como objetivo común la identificación de problemas con métodos semejantes en función de cómo se establezca el plan de mediciones, independientemente de la situación que da origen a los indicadores y a la medición en sí.

Estos caminos son los siguientes:

- a) Monitorizar después de la elaboración y adopción de un listado de indicadores que representen los aspectos de la atención o de los servicios brindados;
- b) Después de completar un ciclo de mejora y seleccionar indicadores sobre el aspecto o servicio mejorado;
- c) Posteriormente implantar un nuevo diseño de la forma de ofrecer un servicio reformado o añadido. (Saturno, 2015)

En nuestro caso la monitorización con fines evaluatorios se basa en la primera de las opciones:

La elaboración grupal (bajo criterios de validez y fiabilidad) y la adopción subsecuente (consensada por comprensión amplia del proceso clínico) de un listado de indicadores para la medición específica del desempeño institucional y del control de gestión en la toma de decisiones que

conduzca a la realización de medidas de intervención.

Siendo esta opción entre las más comunes como punto de partida para monitorizar, su utilización acarrea beneficios agregados. Sus resultados pueden derivar hacia actividades de gestión de la calidad o servir de base para alimentar nuevos enfoques o sistemas de indicadores establecidos por autoridades de salud federales, o bien para dirigir la evaluación de programas de acreditación de unidades hospitalarias o de certificación de servicios. (Saturno, 2015)

Como se muestra en la tabla siguiente, el listado quedó integrado por 82 indicadores clasificados por servicios sustantivos para concretar su análisis posterior a través de su agregación en indicadores compuestos:

I.	Consulta externa	(4)
II.	Urgencias	(4)
III.	Hospitalización	(14)
IV.	Cirugía	(11)
V.	Terapia intensiva	(4)
VI.	Control de infecciones	(8)
VII.	Atención ambulatoria	(5)
VIII.	Inmuni/Vacunación	(4)
IX.	Indicadores especiales	
	de atención específica	(9)
	de obstetricia y neonatología	(10)
	de personal de enfermería	(1)
	de trabajo social	(3)
	de farmacia	(5)

Citas bibliográficas.

Saturno H, Pedro J. Métodos y herramientas para la monitorización de la calidad en servicios de salud. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2015.

LISTADO DE INDICADORES

I. CONSULTA EXTERNA

1. **Índice de utilización de consultorio**
Número de consultas otorgadas x Sumatoria de tiempos de cada consulta /Número de consultorios x días laborables

2. **Porcentaje de consultas de primera vez/preconsulta**
Número de consultas de primera vez /Número de preconsultas x 100

3. **Proporción de consultas subsecuentes/primer vez**
Número de consultas subsecuentes/Número de consultas de primera vez

4. **Porcentaje de consultas programadas otorgadas**
Número de consultas realizadas/Número de consultas programadas x 100

II. URGENCIAS

5. **Razón de urgencias calificadas atendidas**
Número de urgencias calificadas/Número de urgencias no calificadas

6. **Porcentaje de internamiento a urgencias**
Número de internamientos a observación de urgencias/Total de atenciones de urgencias x 100

7. **Porcentaje de ingresos a hospitalización por urgencias**
Número de ingresos a hospitalización por urgencias/Total de atenciones en urgencias x 100

8. **Porcentaje de ocupación en urgencias**

Número de horas paciente en observación de urgencias/Número de horas cama de observación de urgencias x 100

III. HOSPITALIZACIÓN

9. **Promedio de días estancia**
Número de días estancia/Total de egresos

10. **Porcentaje de ocupación hospitalaria**
Número de días paciente/Número de días cama x 100

11. **Índice de rotación de camas**
Número de egresos/Número de camas censables

12. **Intervalo de sustitución**
Porcentaje de desocupación x promedio de días estancia/porcentaje de ocupación

13. **Porcentaje de cumplimiento de NOM SSA 004 en revisión de expedientes clínicos**
Número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004/Total de expedientes revisados por el Comité del expediente clínico institucional x 100

14. **Porcentaje de pacientes referidos para atención médica**
Número de expedientes clínicos abiertos con referencia/Total de expedientes clínicos abiertos x100

15. **Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y/o curación**
Número de egresos hospitalarios por mejoría y/o curación/Total de egresos hospitalarios x 100

16. Porcentaje de egresos hospitalarios con diagnóstico definitivo CIE

Número de pacientes con diagnóstico de egreso CIE en expediente clínico/Total de pacientes con diagnóstico de egreso en expediente clínico x 100

17. Porcentaje de pacientes admitidos por patología no resuelta extrainstitucionalmente

Número de pacientes admitidos con patología no resuelta/Total de pacientes admitidos x 100

18. Tasa de reingreso hospitalario por patología no resuelta

Número de pacientes reingresados por patología no resuelta en los 30 días posteriores al alta/Total de egresos x 1000

19. Tasa bruta de mortalidad hospitalaria

Número de defunciones hospitalarias/Total de egresos x100

20. Tasa ajustada de mortalidad hospitalaria (48 horas)

Defunciones ocurridas con más de 48 horas de estancia hospitalaria/Total de egresos x 100

21. Porcentaje de percepción de satisfacción de calidad en atención hospitalaria superior a 80 puntos

Número de usuarios en atención hospitalaria con percepción de satisfacción de calidad de atención recibida superior a 80 puntos / Total de usuarios en atención hospitalaria encuestados x 100

22. Porcentaje de auditorías clínicas incorporadas

Número de auditorías clínicas realizadas/Número de auditorías clínicas programadas x 100

IV. CIRUGÍA

23. Proporción de cirugías programadas realizadas

Número de intervenciones quirúrgicas realizadas/Total de intervenciones quirúrgicas programadas

24. Índice de utilización de salas de cirugía

Número de cirugías programadas realizadas x Sumatoria de tiempos quirúrgico de cada cirugía/Número de salas de operaciones x días laborables

25. Porcentaje de cirugías ambulatorias

Número cirugías ambulatorias /Total de cirugías realizadas x 100

26. Porcentaje de diferimiento quirúrgico por cirugía electiva

Número de cirugías electivas realizadas después de 7 días de solicitada la cirugía/Total de pacientes operados por cirugía electiva x 100

27. Porcentaje de diferimiento quirúrgico por saturación de cirugía electiva

Número de cirugías electivas realizadas después de 7 días de establecida la necesidad de cirugía/ Total de pacientes operados por cirugía electiva x 100

28. Porcentaje de uso de la hoja de cirugía segura

Número de expedientes clínicos con hoja de cirugía segura completamente requisitada/Total de expedientes clínicos de procedimientos quirúrgicos x 100

29. Porcentaje de cirugía de alta especialidad

Número de cirugías de alta especialidad realizadas/Total de cirugías realizadas x 100

30. Tasa de complicaciones quirúrgicas

Número de complicaciones quirúrgicas/Total de cirugías realizadas x 1000

31. Tasa de complicaciones anestésicas perioperatorias

Número de complicaciones anestésicas perioperatorias/Total de procedimientos anestésicos x 1000

32. Tasa de mortalidad quirúrgica

Defunciones post intervención quirúrgica/Total de cirugías practicadas x 1000

33. Tasa de mortalidad quirúrgica ajustada (72 horas)

Número de defunciones posteriores a 72 horas de realizada la intervención quirúrgica/Total de cirugías realizadas x1000

V. TERAPIA INTENSIVA

34. Porcentaje de ocupación en terapia intensiva e intermedia

Número de días paciente en terapia intensiva/Número de días cama en terapia intensiva x 100

35. Porcentaje de autopsias en defunciones en terapia intensiva realizadas

Número de autopsias realizadas por defunciones en terapia intensiva/Total de defunciones x 100

36. Porcentaje de desarrollo de úlceras por presión en pacientes de terapia intensiva

Número de pacientes con úlceras por presión durante su estancia en terapia intensiva /Total de pacientes en terapia intensiva x 100

37. Porcentaje de extubación no planificada

Número de extubaciones no planificadas/Total de pacientes intubados x 100

VI. CONTROL DE INFECCIONES

38. Tasa de infección nosocomial

Número de pacientes con infección nosocomial x 1000 días estancia

39. Tasa de infección nosocomial en terapia intensiva

No. de pacientes con infecciones nosocomial en terapia intensiva x 1000 días estancia

40. Tasa de bacteriemia asociada a catéter venoso central

Número de infecciones asociadas a catéter venoso central/Número de días catéter venoso central x 1000

41. Tasa de bacteriuria asociada a cateterismo vesical

Número de infecciones urinarias asociadas a catéter urinario/Número de días catéter urinario x 1000

42. Tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica

Número de neumonías asociadas a ventilador mecánico/ Número de días ventilador mecánico x 1000

43. Tasa de bacteriemia por Staphylococcus aureus meticilina resistente

Número de bacteriemias por Staphylococcus aureus meticilina resistente /Número de hemocultivos tomados x 10000

44. Porcentaje de infección nosocomial por bacilos gramnegativos multidrogoresistentes

Número de infecciones por bacilos gramnegativos multidrogoresistentes/Número de infecciones intrahospitalarias x 1000

45. Proporción de infección nosocomial por Clostridium difficile

Número de infecciones por Clostridium difficile/Número casos de diarrea intrahospitalaria

VII. ATENCIÓN AMBULATORIA

46. Porcentaje de sesiones rehabilitadoras especializadas realizadas

Número de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas/Total de sesiones de rehabilitación realizadas x 100

47. Porcentaje de procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad realizados

Número de procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad realizados/Total de procedimientos diagnósticos realizados x 100

48. Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados

Número de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados/Total de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados x 100

49. Porcentaje de percepción de satisfacción de calidad en atención ambulatoria superior a 80 puntos

Número de usuarios ambulatorios con percepción de satisfacción de calidad de atención recibida superior a 80 puntos/Total de usuarios en atención ambulatoria encuestados x 100

50. Porcentaje de estudios de imagen interpretados de acuerdo a estándar de tiempo

Número de estudios de imagen interpretados en tiempo estándar/Número de estudios realizados x 100

VIII. DE INMUNIZACIÓN POR VACUNACIÓN

51. Porcentaje de vacunación contra influenza en pacientes atendidos

Número de pacientes atendidos vacunados contra influenza en temporada invernal/Total de pacientes atendidos en temporada invernal x 100

52. Porcentaje de personal de salud inmunizado para hepatitis B con esquema completo de vacunación

Número de trabajadores en contacto con pacientes, inmunizados con esquema completo de hepatitis B /Total de trabajadores en contacto con pacientes x 100

53. Porcentaje de personal de salud vacunado contra influenza en temporada invernal

Número de trabajadores vacunados contra influenza en temporada invernal/Total de trabajadores x 100

54. Porcentaje de personal médico residente vacunado contra influenza en temporada invernal

Número de médicos residentes vacunados contra influenza en temporada invernal/Total de médicos residentes x 100

IX. INDICADORES ESPECIALES

DE ATENCIÓN ESPECÍFICA

55. **Porcentaje de ocupación en unidad coronaria**

Número de días paciente en unidad coronaria/Número de días cama en unidad coronaria x 100

56. **Tasa de mortalidad ajustada por evento cerebral vascular**

Defunciones ocurridas con más de 48 horas de estancia hospitalaria por accidente vascular cerebral/Total de egresos por evento vascular cerebral x 1000

57. **Tasa de mortalidad ajustada por infarto agudo al miocardio**

Defunciones ocurridas con más de 48 horas de estancia hospitalaria por infarto agudo al miocardio/Total de egresos por infarto agudo al miocardio x 1000

58. **Tasa de supervivencia posterior a trasplante renal**

Número de pacientes con supervivencia de cinco años posterior a trasplante renal/Total de pacientes trasplantados x 1000

59. **Tasa de supervivencia a posterior a cáncer cervicouterino**

Número de pacientes con supervivencia de cinco años posterior a cáncer cervicouterino/Total de pacientes tratados por cáncer cervicouterino x 1000

60. **Tasa de supervivencia posterior a cáncer mamario**

Número de pacientes con supervivencia de cinco años posterior a cáncer mamario/Total de pacientes tratados por cáncer mamario x 1000

61. **Tasa de supervivencia posterior a cáncer de próstata**

Número de pacientes con supervivencia de cinco años posterior a cáncer de próstata/Total de pacientes tratados por cáncer de próstata x 1000

62. **Tasa de supervivencia posterior a cáncer pulmonar**

Número de pacientes con supervivencia de cinco años posterior a cáncer pulmonar/Total de pacientes tratados por cáncer pulmonar x 1000

63. **Tasa de supervivencia por cáncer en menores de 18 años de edad**

Número de pacientes menores de 18 años de edad con supervivencia de cinco años posterior a cáncer /Total de pacientes menores de 18 años de edad tratados por cáncer x 1000

DE OBSTETRICIA y NEONATOLOGÍA

64. **Proporción de consultas subsecuentes-primera vez de obstetricia**

Número de consultas subsecuentes de obstetricia/Total de consultas de primera vez de obstetricia

65. **Promedio de días estancia neonatal**

Número de días estancia de neonatos/Total de egresos de neonatos

66. **Promedio de días paciente neonatal**

Número de días pacientes-neonatos/Número de días cuna

67. **Porcentaje de ocupación hospitalaria neonatal**

Número de días paciente de neonatos/Número de días cama de neonatos

68. **Índice de rotación de camas neonatal**

Número de egresos de neonatos/Número de cunas de neonatos

69. **Tasa de mortalidad materna**

Total de defunciones obstétricas/Total de egresos obstétricos x 1000

70. **Tasa de mortalidad perinatal**

Total de defunciones perinatales/Total de nacidos vivos x 1000

71. **Tasa de mortalidad neonatal**

Total de defunciones neonatales /Total de nacidos vivos x 1000

72. **Porcentaje de cesáreas**

Número de cesáreas realizadas/ Número de nacimientos x 100

73. **Porcentaje de eventos obstétricos graves**

Número de eventos obstétricos graves/Total de eventos obstétricos x 100

DE PERSONAL DE ENFERMERÍA

74. **Índice de enfermeras tituladas-técnicas**

Número de enfermeras tituladas/Número de enfermeras técnicas

DE TRABAJO SOCIAL

75. **Índice de estudios socioeconómicos por trabajadora social**

Total de estudios socioeconómicos realizados/Total de personal de trabajo social

76. **Índice de camas x trabajadora social**

Total de camas censables/Total de personal de trabajo social

77. **Índice de casos nuevos por trabajadora social**

Total de casos nuevos/Total de personal de trabajo social

DE FARMACIA

78. **Porcentaje de abasto de medicamentos**

Total de recetas surtidas en el periodo/Total de recetas solicitadas en el periodo x 100

79. **Porcentaje de medicamentos genéricos**

Total de medicamentos genéricos/Total de medicamentos x 100

80. **Porcentaje de medicamentos de patente**

Total de medicamentos de patente/Total de medicamentos x 100

81. **Porcentaje de medicamentos adquiridos por licitación**

Total de medicamentos adquiridos por licitación/Total de medicamentos x 100

82. **Porcentaje de medicamentos adquiridos por adjudicación directa**

Total de medicamentos adquiridos por adjudicación directa/Total de medicamentos x 100

V. CARTA DESCRIPTIVA

El objetivo de este apartado es exponer las principales referencias para la agrupación de los indicadores, sintetizando en un cuadro descriptivo las diferentes orientaciones técnicas con su interpretación final.

El enfoque de esta iniciativa tiene como requisito que los resultados de la medición se consideren útiles por las entidades coordinadas, pues se considera que de esta forma la propuesta de indicadores será realmente efectiva, adecuada y sostenible. Por ello se ha buscado que sirva: a) Como herramienta de gestión que permita definir e identificar indicadores comunes y prioritarios a considerar para la medición de impactos y percepción de la atención; b) Como herramienta de transparencia que define un esquema que orienta el ejercicio de rendición de cuentas frente a las distintas partes interesadas, facilitando indicadores que en el sector son considerados como prioritarios o relevantes; c) Como herramienta de comparación y aprendizaje especializada que permita no sólo entender en qué situación de madurez se está frente al sector, sino aportar conocimientos para cada uno de los actores del mismo. Sobre estas consideraciones giró la definición y planificación del proyecto, así como el proceso de diseño del cuadro de indicadores y de la herramienta electrónica.

Por tanto esta propuesta de indicadores no debe entenderse ni como completa, ni como un agrupamiento más de indicadores del sector salud, sino más bien como una herramienta inclusiva, participativa y abierta que facilita la gestión de la información para el aprovechamiento de los actores que

intervienen en la medicina de alta especialidad.

De esta manera se ponderan dos condiciones básicas, a) la orientación de los resultados, de acuerdo a las necesidades y expectativas reales de las instituciones y b) la generación de información de calidad con el fin de que siempre prevalezca la utilidad aplicada, la factibilidad de acceso a los datos y la capacidad de introducción de los mismos para la instrumentación y mejora de los indicadores.

La carta descriptiva se centra en mostrar los siguientes aspectos claves de los indicadores de atención médica de medicina de alta especialidad: Identificador, Nombre de indicador, Fórmula, Definición, Dimensión a medir, Unidad de medida e Interpretación.

CATÁLOGO DE INDICADORES DE ATENCIÓN MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
IAMAE

ID	Nombre del indicador	Fórmula	Definición	Dimensión a medir	Unidad de medida	Interpretación
1 I/C.E.	Índice de utilización de consultorio	$\frac{\text{Número de consultas otorgadas} \times \text{Sumatoria de tiempos de cada consulta}}{\text{Número de consultorios} \times \text{Número de días laborables}}$	Proporción de utilización de la capacidad física instalada de acuerdo al tiempo consumido en consulta	Eficiencia	Índice	Permite conocer el grado de optimización de la capacidad instalada en consultorios de medicina de alta especialidad en función de la demanda de atención médica especializada.
2 I/C.E.	Proporción de consultas de primera vez/ Preconsultas	$\frac{\text{Número de consultas de primera vez}}{\text{Número de preconsultas}} \times 100$	Proporción de los usuarios valorados en preconsulta a los que se les abre expediente por primera vez para su atención	Efectividad	Porcentaje	Identifica el número de personas que tienen las características para ser atendidas en los servicios de atención médica especializada en relación a las que lo solicitan.
3 I/C.E.	Proporción de consultas subsecuentes /primera vez (Índice de consultas subsecuentes especializadas)	$\frac{\text{Número de consultas subsecuentes}}{\text{Consultas de primera vez}} \times 100$	Proporción de consultas subsecuentes de especialidad que se otorgan en relación a consultas de primera vez	Efectividad	Porcentaje	Genera información para conocer el grado de casos que requiere profundizar en el tratamiento de medicina de alta especialidad en relación con pacientes que sólo necesitan atención inicial.
4 I/C.E.	Porcentaje de consultas programadas otorgadas (primera vez, subsecuente, preconsulta)	$\frac{\text{Número de consultas realizadas}}{\text{Número de consultas programadas}} \times 100$	Proporción de cumplimiento en la programación institucional de consultas a otorgar en un periodo de tiempo con base en el comportamiento histórico de la atención médica	Eficiencia	Porcentaje	Identifica el comportamiento de las variables en la demanda de atención médica especializada y favorece la distribución de los recursos en los servicios de consulta externa.
5 I/C.E.	Razón de urgencias calificadas atendidas	$\frac{\text{Número de urgencias calificadas}}{\text{Número de urgencias no calificadas}}$	Proporción de atenciones en urgencias que son calificadas como reales en relación al total de atenciones valoradas inicialmente	Efectividad	Índice	Permite identificar la distribución de recursos que se utilizan en urgencias que no cumplen las características de atención de urgencia real.

CATÁLOGO DE INDICADORES DE ATENCIÓN MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
IAMA E

ID	Nombre del indicador	Fórmula	Definición	Dimensión a medir	Unidad de medida	Interpretación
6 I/C.E.	Porcentaje de internamiento a urgencias	$\frac{\text{Número de internamientos a observación de urgencias/}}{\text{Total de atenciones de urgencias}} * 100$	Porcentaje de pacientes ingresados al área de observación u hospitalización de urgencias en relación al número de pacientes valorados	Efectividad	Porcentaje	Aporta información del grado de atenciones de urgencias que requieren observación y atención médica especializada en relación a la demanda total de atención médica de urgencias.
7 I/C.E.	Porcentaje de ingresos a hospitalización por urgencias	$\frac{\text{Número de ingresos a hospitalización por urgencias/}}{\text{Total de atenciones de urgencias}} * 100$	Proporción de ingresos a los diferentes servicios de hospitalización entre el total de pacientes que son atendidos en urgencias	Efectividad	Porcentaje	Se aplica para identificar las atenciones de urgencias que por su complejidad requirieren hospitalización en relación al total de las urgencias atendidas.
8 I/C.E.	Porcentaje de ocupación en urgencias	$\frac{\text{Número de horas paciente en observación de urgencias/}}{\text{Número de horas cama de observación de urgencias}} * 100$	Proporción del grado de utilización de las camas no censables en el servicio de urgencias	Efectividad	Porcentaje	Permite conocer el grado de utilización de los recursos destinados al área de observación, para establecer la capacidad institucional de atención.
9 III/C.E.	Promedio de días estancia	$\frac{\text{Número de días estancia/}}{\text{Total de egresos hospitalarios}}$	Promedio de estancia hospitalaria de los pacientes atendidos durante el periodo	Eficiencia	Promedio	Se aplica para conocer estándares de utilización de los servicios de hospitalización de medicina de alta especialidad.
10 II/C.E.	Porcentaje de ocupación hospitalaria	$\frac{\text{Número de días paciente/}}{\text{Número de días cama durante el período}} * 100$	Proporción del grado de ocupación de las camas censables de la unidad hospitalaria	Eficiencia	Porcentaje	Permite establecer la carga de ocupación de la capacidad instalada.

CATÁLOGO DE INDICADORES DE ATENCIÓN MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
IAMA E

ID	Nombre del indicador	Fórmula	Definición	Dimensión a medir	Unidad de medida	Interpretación
11 II/C.E.	Índice de rotación de camas	$\frac{\text{Número de egresos/}}{\text{Número de camas censables}}$	Establece el número de egresos que genera cada cama censable de la unidad hospitalaria	Eficiencia	Índice	Se aplica para conocer el grado de utilización de la cama censable y la capacidad institucional para atender la demanda en el área de hospitalización. En la atención de medicina de alta complejidad el índice de rotación suele ser más bajo respecto a unidades que por sus características es más corta la estadía.
12 II/C.E.	Intervalo de sustitución en una cama censable	$\frac{\text{Porcentaje de desocupación} \times \text{Promedio de días estancia/}}{\text{Porcentaje de ocupación.}}$	Promedio del número de días que una cama censable permanece desocupada entre un egreso (por alta médica o fallecimiento) y un ingreso hospitalario	Eficiencia	Promedio	Permite conocer las condiciones adecuadas o no, para la admisión en los servicios hospitalarios. En condiciones óptimas de operación el intervalo de sustitución será de 1, por debajo de este intervalo se compromete la capacidad de respuesta de la institución.
13 II/C.E.	Porcentaje de cumplimiento de NOM SSA 004 en revisión de expedientes clínicos	$\frac{\text{Número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004/}}{\text{Total de expedientes revisados por el Comité del expediente clínico institucional}} \times 100$	Proporción de expedientes que cumplen lo establecido en la metodología de la Norma Oficial Mexicana	Calidad	Porcentaje	Permite conocer el grado de cumplimiento de estándares de calidad en materia de seguridad del paciente.
14 II/C.E.	Porcentaje de pacientes referidos para atención médica	$\frac{\text{Número de expedientes clínicos abiertos con referencia/}}{\text{Total de expedientes clínicos abiertos}} \times 100$	Porcentaje de pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico que han sido referidos para atención médica por instituciones públicas de salud	Efectividad	Porcentaje	Se aplica para conocer el grado de funcionamiento de los esquemas de referencia institucional, así como la distribución de la demanda de servicios de alta especialidad.

CATÁLOGO DE INDICADORES DE ATENCIÓN MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
IAMAE

ID	Nombre del indicador	Fórmula	Definición	Dimensión a medir	Unidad de medida	Interpretación
15 II/C.E.	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría curación	$\frac{\text{Número de egresos hospitalarios por mejoría o curación/}}{\text{Total de egresos hospitalarios}} * 100$	Proporción del número de pacientes que terminaron su estancia por mejoría o curación en la unidad hospitalaria	Efectividad	Porcentaje	Favorece la identificación de grados de efectividad respecto al servicio integral de atención en medicina de alta especialidad.
16 II/C.E.	Porcentaje de egresos hospitalarios con diagnóstico definitivo CIE	$\frac{\text{Número de pacientes con diagnóstico de egreso CIE en expediente clínico/}}{\text{Total de pacientes con diagnóstico de egreso en expediente clínico}} * 100$	Proporción de pacientes con diagnóstico de egreso en expediente clínico conforme a los criterios de clasificación internacional de enfermedades CIE-10	Efectividad	Porcentaje	Permite conocer el cumplimiento de estándares de atención médica especializada en materia de seguridad del paciente.
17 II/C.E.	Proporción de ingresos a los diferentes servicios de hospitalización de pacientes admitidos, sin referencia, por patología no resuelta extra-institucionalmente	$\frac{\text{Número de pacientes admitidos con patología no resuelta/}}{\text{Total de pacientes admitidos}} * 100$	Proporción de ingresos a los diferentes servicios de hospitalización de pacientes admitidos, sin referencia, por patología no resuelta extra-institucionalmente	Efectividad	Porcentaje	Se aplica para conocer la demanda de servicios de medicina especializada y el grado de recursos utilizados para la atención de pacientes con patologías no resueltas por otras instancias de atención médica.
18 III/C.E.	Tasa de reingreso hospitalario por patología no resuelta	$\frac{\text{Número de pacientes reingresados por patología no resuelta en los 30 días posteriores al alta/}}{\text{Total de egresos}} * 1000$	Cociente de reingresos para recibir atención relacionada con el motivo del ingreso índice en un periodo menor a 30 días contados a partir del egreso	Efectividad	Tasa	Permite establecer estándares de efectividad de los servicios de atención médica y hospitalaria en medicina de alta especialidad.

CATÁLOGO DE INDICADORES DE ATENCIÓN MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
IAMAE

ID	Nombre del indicador	Fórmula	Definición	Dimensión a medir	Unidad de medida	Interpretación
19 III/C.E.	Tasa bruta de mortalidad hospitalaria	$\frac{\text{Número de defunciones hospitalarias}}{\text{Total de egresos}} * 1000$	Cociente de la relación entre el número de egresos por defunción y el total de egresos hospitalarios	Efectividad	Tasa	Se aplica para identificar el grado de efectividad en los servicios hospitalarios de medicina de alta especialidad. En la literatura se establece que la mortalidad hospitalaria de las primeras 48 horas de ingreso se encuentra más comprometida con los servicios médicos ambulatorios.
20 III/C.E.	Tasa ajustada de mortalidad hospitalaria (48 horas)	$\frac{\text{Defunciones ocurridas con más de 48 horas de estancia hospitalaria}}{\text{Total de egresos}} * 1000$	Proporción de defunciones ocurridas con más de 48 horas de estancia en relación al total de egresos hospitalarios	Efectividad	Tasa	Se aplica para conocer estándares de efectividad en relación a causas internas de la atención médica de alta especialidad. En la literatura establece que la muerte que acontece a las 48 horas o más de hospitalización la responsabilidad trasciende mayormente en la atención hospitalaria.
21 III/C.E.	Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de calidad de atención hospitalaria recibida superior a 80 puntos	$\frac{\text{Número de usuarios con percepción de satisfacción de calidad de atención hospitalaria recibida superior a 80 puntos}}{\text{Total de usuarios en atención hospitalaria encuestados}} * 100$	Grado de satisfacción de los receptores de la atención médica en los servicios hospitalarios de las unidades hospitalarias	Calidad	Porcentaje	Se aplica para conocer los niveles de satisfacción de los usuarios de atención médica de alta especialidad.
22 III/C.E.	Porcentaje de auditorías clínicas incorporadas	$\frac{\text{Número de auditorías clínicas realizadas}}{\text{Número de auditorías clínicas programadas}} * 100$	Grado de cumplimiento de las auditorías clínicas programadas	Efectividad	Porcentaje	Fortalece la mejora continua de los procesos de atención médica especializados, así como el seguimiento del programa anual de trabajo en materia de Auditorías Clínicas.

CATÁLOGO DE INDICADORES DE ATENCIÓN MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
IAMA E

ID	Nombre del indicador	Fórmula	Definición	Dimensión a medir	Unidad de medida	Interpretación
23 IV/C.E.	Proporción de cirugías programadas realizadas	$\frac{\text{Número de intervenciones quirúrgicas realizadas}}{\text{Total de intervenciones quirúrgicas programadas}} * 100$	Proporción de intervenciones quirúrgicas realizadas con equipo quirúrgico completo en relación con las programadas durante el periodo	Eficiencia	Porcentaje	Permite conocer grados de eficiencia en la planeación, programación y cumplimiento de las metas institucionales en materia de cirugía de alta complejidad. Así como establecer estándares en la capacidad de respuesta institucional en la materia.
24 IV/C.E.	Índice de utilización de salas de cirugía	$\frac{\text{Número de cirugías programadas realizadas} \times \text{Sumatoria de tiempo quirúrgico de cada cirugía}}{\text{Número de salas de operaciones} \times \text{Días laborables}} * 100$	Medida de la utilización de salas de operaciones en relación a la duración programada de las intervenciones quirúrgicas, durante el periodo	Eficiencia	Índice	Visualiza el grado de utilización de las salas de operaciones y genera información optimiza la programación de las cirugías.
25 IV/C.E.	Porcentaje de cirugías ambulatorias	$\frac{\text{Número de cirugías ambulatorias}}{\text{Total de cirugías realizadas}} * 100$	Proporción de intervenciones quirúrgicas mayores realizadas a pacientes ambulatorios en relación con el total de cirugías mayores realizadas durante el periodo	Eficiencia	Porcentaje	Identifica la actividad quirúrgica de alta complejidad otorgada así como los recursos destinados a la misma en relación al total de cirugías realizadas.
26 IV/C.E.	Porcentaje de diferimiento quirúrgico por cirugía electiva	$\frac{\text{Número de cirugías electivas realizadas 7 días después de solicitada}}{\text{Total de pacientes operados por cirugía electiva}} * 100$	Medición de la proporción de procedimientos quirúrgicos que se llevan a cabo 7 días después de programados	Eficiencia	Porcentaje	Se aplica para conocer la variabilidad en la programación realizada, así como para establecer parámetros de cumplimiento en la planeación de la actividad quirúrgica.

CATÁLOGO DE INDICADORES DE ATENCIÓN MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
IAMAE

ID	Nombre del indicador	Fórmula	Definición	Dimensión a medir	Unidad de medida	Interpretación
27 IV/C.E.	Porcentaje de diferimiento quirúrgico por saturación de cirugía electiva	Número de cirugías electivas realizadas después de 7 días de establecida la necesidad de cirugía/ Total de pacientes operados por cirugía electiva * 100	Proporción de cirugías electivas con diferimiento posterior a 7 días de establecida su necesidad de realización en relación al total de pacientes operados por cirugía electiva	Eficiencia	Porcentaje	Identifica el déficit de atención de cirugías electivas en relación con la programación establecida. Permite articular la programación de la actividad quirúrgica con la demanda real.
28 IV/C.E.	Porcentaje de uso de la hoja de cirugía segura	Número de expedientes clínicos con hoja de cirugía segura/ Total de expedientes clínicos de procedimientos quirúrgicos * 100	Proporción de utilización de una Check list de Cirugía Segura durante tres periodos perioperatorios: 1) el periodo previo a la administración de anestesia; 2) el periodo previo a la incisión en la piel; y 3) el periodo de cierre de incisión y previo a la salida del paciente de la sala de intervención	Calidad	Porcentaje	Visualiza el grado de cumplimiento institucional de estándares de calidad en materia de seguridad del paciente.
29 IV/C.E.	Índice de cirugía de alta especialidad	Número de procedimientos quirúrgicos de alta especialidad/ Total de procedimientos quirúrgicos	Proporción de procedimientos quirúrgicos de alta especialidad realizados con relación al total de procedimientos quirúrgicos	Eficacia	Índice	Permite conocer la complejidad de la actividad quirúrgica institucional, mediante la distinción de los procedimientos de alta especialidad efectuados en relación al total de procedimientos realizados.

CATÁLOGO DE INDICADORES DE ATENCIÓN MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
IAMA E

ID	Nombre del indicador	Fórmula	Definición	Dimensión a medir	Unidad de medida	Interpretación
30 IV/C.E.	Tasa de complicaciones quirúrgicas	$\frac{\text{Número de complicaciones quirúrgicas}}{\text{Total de cirugías realizadas} * 1000}$	Cociente del número de complicaciones quirúrgicas en relación con el total de cirugías mayores realizadas, tomando en cuenta su complejidad	Efectividad	Tasa	Se aplica para conocer el grado de efectividad en la actividad quirúrgica institucional, en relación al número de complicaciones quirúrgicas presentadas durante el periodo a reportar.
31 IV/C.E.	Tasa de complicaciones anestésicas perioperatorias	$\frac{\text{Número de complicaciones anestésicas perioperatorias}}{\text{Total de procedimientos anestésicos} * 1000}$	Cociente del número de complicaciones anestésicas en relación con el total de procedimientos anestésicos realizados, tomando en cuenta su grado de complejidad	Efectividad	Tasa	Visualiza el grado de efectividad en la actividad quirúrgica institucional, en relación al número de complicaciones anestésicas presentadas respecto a los procedimientos anestésicos realizados.
32 IV/C.E.	Tasa de mortalidad quirúrgica	$\frac{\text{Defunciones posintervención quirúrgica}}{\text{Total de cirugías Realizadas} * 1000}$	Proporción de defunciones posintervención quirúrgica en relación con el total de cirugías realizadas	Calidad	Tasa	Estimación de la calidad de los servicios de atención médica de alta especialidad respecto a la actividad quirúrgica. Permite conocer parámetros de ocurrencia e identificar acciones de mejora en los procesos de atención antes, durante o inmediatamente después del procedimiento quirúrgico.

CATÁLOGO DE INDICADORES DE ATENCIÓN MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
IAMAÉ

ID	Nombre del indicador	Fórmula	Definición	Dimensión a medir	Unidad de medida	Interpretación
33 IV/C.E.	Tasa de mortalidad quirúrgica ajustada (72 horas)	$\frac{\text{Número de defunciones posteriores a 72 horas de realizada la intervención quirúrgica}}{\text{Total de cirugías realizadas} * 1000}$	Proporción de defunciones posintervención quirúrgica ajustada (72 horas) en relación con el total de cirugías realizadas	Calidad	Tasa	Se aplica para ajustar la tasa de mortalidad postquirúrgica temprana y tardía. Las tasas deben ser equivalentes a la registrada en el conjunto de hospitales para eventos de similar complejidad. De la misma manera, permite conocer parámetros de ocurrencia e identificar acciones de mejora en los procesos de atención antes, durante o inmediatamente después del procedimiento quirúrgico.
34 V/C.E.	Porcentaje de ocupación en terapia intensiva e intermedia	$\frac{\text{Número de días paciente en terapia intensiva/}}{\text{Número de días cama en terapia intensiva} * 100}$	Proporción de ocupación de las camas de terapia intensiva e intermedia de la unidad hospitalaria	Eficiencia	Porcentaje	Se aplica para conocer la utilización de la capacidad instalada en terapia intensiva.
35 V/C.E.	Porcentaje de autopsias en defunciones en terapia intensiva realizadas	$\frac{\text{Número de autopsias realizadas por defunciones en terapia intensiva/}}{\text{Total de defunciones} * 100}$	Proporción de autopsias realizadas a defunciones ocurridas en terapia intensiva de la unidad hospitalaria	Calidad	Porcentaje	Refiere a estándares de calidad y al grado de cumplimiento de preceptos en materia de atención médica en el área de terapia intensiva.
36 V/C.E.	Porcentaje de pacientes que desarrollan úlceras de decúbito durante estancia en terapia intensiva	$\frac{\text{Número de pacientes que desarrollan úlcera de presión o decúbito durante estancia en UTI/}}{\text{Número de pacientes egresados de UTI durante el periodo} * 100}$	Proporción de pacientes afectados por úlceras de presión (o decúbito) durante su estancia en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), en relación al total de pacientes egresados	Calidad	Porcentaje	Identifica el número de eventos su relación con el parámetro institucional y el grado de cumplimiento de cumplimiento para disminuir la presencia de UPP en el paciente hospitalizado.

CATÁLOGO DE INDICADORES DE ATENCIÓN MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
IAMAE

ID	Nombre del indicador	Fórmula	Definición	Dimensión a medir	Unidad de medida	Interpretación
37 V/C.E.	Porcentaje de extubación no planificada	$\frac{\text{Número de extubaciones no planificadas}}{\text{Número de pacientes intubados}} \times 100$	Proporción de pacientes que sufren extubación no planificada (extubación espontánea o accidental) del total de paciente/día sometidos a ventilación mecánica (estatus de intubación)	Calidad	Porcentaje	Identifica el número de eventos su relación con el parámetro institucional y el grado de cumplimiento de los estándares y protocolos de atención de pacientes críticos.
38 VI/C.I.	Tasa de infección nosocomial	$\frac{\text{Número de pacientes con infección nosocomial}}{\text{Total de días estancia en el periodo}} \times 1000$	Cociente de pacientes con infección nosocomial durante su estancia hospitalaria	Calidad	Tasa	Identifica el número de eventos su relación con el parámetro institucional y el grado de cumplimiento de las normas y protocolos para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
39 VI/C.I.	Tasa de infección nosocomial en terapia intensiva	$\frac{\text{Número de pacientes con infección nosocomial}}{\text{Total de días estancia en el periodo}} \times 1000$	Cociente de egresos de presentar una infección nosocomial por cada mil días estancia en terapia intensiva	Calidad	Tasa	Indicador ajustado para conocer el número de eventos su relación con el parámetro institucional y el grado de cumplimiento de las normas y protocolos para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
40 VI/C.I.	Tasa de bacteriemia asociada a catéter venoso central	$\frac{\text{Número de infecciones asociadas a catéter venoso central}}{\text{Número de días-catéter venoso central}} \times 1000$	Cociente de infecciones asociadas a terapia intravenosa por aislamientos en hemocultivo detectadas por laboratorio	Calidad	Tasa	Identifica el número de eventos su relación con el parámetro institucional y el grado de cumplimiento de las normas y protocolos para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

CATÁLOGO DE INDICADORES DE ATENCIÓN MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
IAMA E

ID	Nombre del indicador	Fórmula	Definición	Dimensión a medir	Unidad de medida	Interpretación
41 VI/C.I.	Tasa de bacteriuria asociada a cateterismo vesical.	Número de infecciones urinarias asociadas a catéter urinario/ Número de días-catéter urinario * 1000	Cociente de bacteriurias detectadas en el laboratorio en pacientes con más de 3 días de estancia hospitalaria	Calidad	Tasa	Se aplica para conocer el número de casos, su proporción con el parámetro institucional, así como el grado de atención a las normas y protocolos en materia de prevención y control de las infecciones nosocomiales.
42 VI/C.I.	Tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica	Número de neumonías asociadas a ventilador mecánico/ Número de días ventilador mecánico * 1000	Tasa de infecciones asociadas a la exposición a procedimientos de ventilación mecánica durante la estancia hospitalaria del paciente	Calidad	Tasa	Permite conocer la prevalencia de casos en relación a los estándares admitidos, así como el grado de atención a las normas y protocolos en materia de prevención y control de las infecciones nosocomiales.
43 VI/C.I.	Tasa de bacteriemia por Staphylococcus aureus meticilina resistente.	Número de bacteriemias por Staphylococcus aureus meticilina resistente/ Número de hemocultivos tomados * 1000	Cociente de infecciones invasivas por Staphylococcus aureus resistente a meticilina asociadas a la atención médica, detectadas en el laboratorio en pacientes con más de 3 días de estancia hospitalaria	Calidad	Tasa	Identifica el número de eventos su relación con el parámetro institucional y el grado de cumplimiento de las normas y protocolos para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
44 VI/C.I.	Tasa de infección nosocomial por bacilos gramnegativos multidrogoresistentes	Número de infecciones por bacilos gramnegativos multi-drogoresistentes / Número de infecciones intrahospitalarias * 1000	Cociente de infecciones invasivas por bacilos gramnegativos multi-drogoresistentes asociadas a la atención médica detectadas en el laboratorio en pacientes con más de 3 días de estancia hospitalaria durante el periodo	Calidad	Tasa	Identifica el número de eventos su relación con el parámetro institucional y el grado de cumplimiento de las normas y protocolos para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

CATÁLOGO DE INDICADORES DE ATENCIÓN MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
IAMAÉ

ID	Nombre del indicador	Fórmula	Definición	Dimensión a medir	Unidad de medida	Interpretación
45 VI/C.I.	Proporción de infección nosocomial por Clostridium-difficile	$\frac{\text{Número de infecciones por Clostridium difficile}}{\text{Número de casos de diarrea intrahospitalaria}} * 100$	Proporción de infecciones invasivas por Clostridium-difficile asociadas a la atención médica detectadas en el laboratorio en pacientes con más de 3 días de estancia hospitalaria durante el periodo	Calidad	Tasa	Se aplica para conocer el número de casos, su proporción con el parámetro institucional, así como el grado de atención a las normas y protocolos en materia de prevención y control de las infecciones nosocomiales.
46 VII/A.A.	Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado	$\frac{\text{Número de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas}}{\text{Total de sesiones de rehabilitación realizadas}} * 100$	Proporción de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas por personal especializado y organizado en equipos multidisciplinario, en pacientes con padecimientos complejos, generalmente de alto costo	Calidad	Porcentaje	Visualiza la actividad institucional de rehabilitación de alta especialidad, mediante la distinción de los procedimientos de alta especialidad efectuados por personal especializado.
47 VII/A.A.	Porcentaje de procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad realizados	$\frac{\text{Número de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución}}{\text{Total de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados}} * 100$	Proporción de procedimientos diagnósticos de alta especialidad en pacientes o usuarios ambulatorios	Efectividad	Porcentaje	Se aplica para conocer el grado de diagnósticos considerados de alta especialidad en relación a la totalidad de diagnósticos realizados por la institución.

CATÁLOGO DE INDICADORES DE ATENCIÓN MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
IAMAE

ID	Nombre del indicador	Fórmula	Definición	Dimensión a medir	Unidad de medida	Interpretación
48VII/A.A.	Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados	$\frac{\text{Número de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución/}}{\text{Total de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados}} * 100$	Proporción de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad en pacientes o usuarios ambulatorios	Efectividad	Porcentaje	Identifica y distingue los procedimientos terapéuticos de alta especialidad efectuados en pacientes ambulatorios por personal especializado.
49 VII/A.A.	Porcentaje de percepción de satisfacción de la calidad en atención ambulatoria superior a 80 puntos	$\frac{\text{Número de usuarios con percepción de satisfacción de calidad de atención recibida superior a 80 puntos/}}{\text{Total de usuarios en atención encuestados}} * 100$	Proporción de usuarios con percepción de la calidad en la atención ambulatoria superior a 80 puntos en relación al total de usuarios encuestados	Calidad	Porcentaje	Se aplica para conocer los niveles de satisfacción de los usuarios por la atención recibida en el área de atención ambulatoria.
50 VII/A.A.	Porcentaje de estudios de imagen interpretados de acuerdo a estándar de tiempo	$\frac{\text{Número de estudios de imagen interpretados en tiempo estándar/}}{\text{Número de estudios realizados}} * 100$	Proporción de estudios de imagen que son interpretados dentro del tiempo estándar de 8 días hábiles	Eficiencia	Porcentaje	Permite valorar el grado de cumplimiento en la programación e interpretación de estudios de imagen en relación a los estándares establecidos institucionalmente.
51 VIII/I.V.	Porcentaje de vacunación contra influenza en pacientes atendidos en el periodo invernal	$\frac{\text{Pacientes vacunados contra influenza en el periodo invernal/}}{\text{Total de pacientes atendidos en el mismo periodo}} * 100$	Proporción de pacientes vacunados contra influenza durante el periodo invernal, en relación al total de pacientes atendidos en el mismo periodo	Calidad	Porcentaje	Indicador de calidad relativo a seguridad del paciente, identifica grado de cumplimiento en esquemas de prevención en la prestación de los servicios de atención médica.

CATÁLOGO DE INDICADORES DE ATENCIÓN MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
IAMA E

ID	Nombre del indicador	Fórmula	Definición	Dimensión a medir	Unidad de medida	Interpretación
52 VIII/I.V.	Porcentaje de personal de salud inmunizado para hepatitis B con esquema completo de vacunación	$\frac{\text{Número de trabajadores en contacto con pacientes, inmunizados con esquema completo de hepatitis B}}{\text{Total de trabajadores en contacto con pacientes}} * 100$	Proporción de trabajadores en contacto con pacientes inmunizados para hepatitis B con esquema completo de vacunación, en relación al total de trabajadores en contacto con pacientes	Calidad	Porcentaje	Indicador de calidad relativo a seguridad en el trabajo del personal de salud y seguridad del paciente, permite conocer el cumplimiento de esquemas de prevención en la prestación de los servicios de atención médica.
53 VIII/I.V.	Porcentaje de personal de salud vacunado contra influenza en temporada invernal	$\frac{\text{Número de trabajadores vacunados contra influenza en temporada invernal}}{\text{Total de trabajadores}} * 100$	Proporción de trabajadores de salud vacunados contra influenza en temporada invernal, en relación al total de trabajadores de salud en la Institución	Calidad	Porcentaje	Indicador de calidad relativo a seguridad del personal de salud y seguridad del paciente, permite conocer el cumplimiento de esquemas de prevención en la prestación de los servicios de atención médica.
54 VIII/I.V.	Porcentaje de personal médico residente vacunado contra influenza en temporada invernal	$\frac{\text{Personal médico residente vacunado contra influenza en temporada invernal}}{\text{Total de trabajadores que laboran en el periodo}} * 100$	Proporción del personal médico residente vacunado contra influenza en temporada invernal en relación al total de trabajadores que laboran en el periodo	Calidad	Porcentaje	Indicador de calidad relativo a seguridad personal de salud y seguridad del paciente, permite conocer el cumplimiento de esquemas de prevención en la prestación de los servicios de atención médica.
55 IX/I.E	Porcentaje de ocupación en unidad coronaria.	$\frac{\text{Número de días paciente en unidad coronaria}}{\text{Número de días cama en unidad coronaria}} * 100$	Proporción de utilización de las camas instaladas en la unidad coronaria durante el periodo, considerando todos los días del año como hábiles	Eficiencia	Porcentaje	Permite conocer el grado de ocupación de la capacidad instalada en la unidad coronaria para conocer la capacidad institucional de atención.

CATÁLOGO DE INDICADORES DE ATENCIÓN MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
IAMA E

ID	Nombre del indicador	Fórmula	Definición	Dimensión a medir	Unidad de medida	Interpretación
56 IX/I.E	Tasa de mortalidad ajustada por evento cerebral vascular	<p>Muertes ocurridas con más de 48 horas de estancia hospitalaria por evento vascular cerebral/ Total de evento vascular cerebral * 1000</p>	Cociente de pacientes con más de 48 horas de estancia muertos por evento vascular cerebral respecto al total de eventos	Efectividad	Tasa	Se aplica para identificar el grado de efectividad de la atención hospitalaria. La literatura al respecto menciona que la efectividad de la atención médica en casos de hemorragia cerebral se produce en los primeros días de la hospitalización, por lo que se pone énfasis en el registro de la mortalidad ocurrida en esta etapa previendo que en este umbral de tiempo se puede visualizar los efectos de la atención médica.
57 IX/I.E	Tasa de mortalidad ajustada por infarto agudo al miocardio	<p>Número de defunciones ocurridas con más de 48 horas de estancia hospitalaria por infarto agudo al miocardio/ Total de egresos por infarto agudo al miocardio * 1000</p>	Cociente de pacientes afectados por infarto agudo al miocardio que fallecen por infarto agudo al miocardio después de 48 horas de hospitalización durante el periodo	Efectividad	Tasa	Los eventos de IAM están vinculados a la efectividad en la atención recibida de tal manera que en su valoración se puede identificar el grado de desempeño de la unidad evaluada.
58 IX/I.E	Tasa de supervivencia posterior a trasplante renal	<p>Número de pacientes vivos a 5 años posterior al trasplante renal/ Total de pacientes con trasplante renal * 1000</p>	Tasa de pacientes con supervivencia del injerto a 5 años del trasplante renal	Efectividad	Tasa	Este indicador permite identificar el grado de efectividad respecto a la atención médica de alta especialidad recibida, ajustando las variables y/o incorporando específicas de interés se puede valorar grados de eficacia sobre el impacto en la calidad de vida y/o su ponderación costo-eficacia.

CATÁLOGO DE INDICADORES DE ATENCIÓN MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
IAMA E

ID	Nombre del indicador	Fórmula	Definición	Dimensión a medir	Unidad de medida	Interpretación
59 IX/I.E.	Tasa de supervivencia a posterior a cáncer cervicouterino.	Número de pacientes con cinco años de supervivencia posterior a cáncer cervicouterino/ Total de pacientes tratadas por cáncer cervicouterino * 1000	Cociente de supervivencia a cinco años de pacientes sometidas a tratamiento por cáncer cervicouterino en la unidad hospitalaria	Efectividad	Tasa	El indicador permite conocer el grado de efectividad respecto a la atención recibida en la atención médica de alta especialidad, es posible ajustar las variables y/o incorporar específicas para valorar la eficacia sobre el impacto en la calidad de vida y/o su ponderación costo-eficacia.
60 IX/I.E.	Tasa de supervivencia a posterior a cáncer mamario	Número de pacientes con cinco años de supervivencia posterior a cáncer mamario/ Total de pacientes tratadas por cáncer mamario * 1000	Cociente de supervivencia a cinco años de pacientes sometidas a tratamiento por cáncer mamario en la unidad hospitalaria	Efectividad	Tasa	El indicador permite conocer el grado de efectividad respecto a la atención médica y el tratamiento de cáncer mamario, es posible ajustar las variables y/o incorporar específicas para valorar la eficacia y el impacto en la calidad de vida y/o su ponderación costo-eficacia.
61 IX/I.E.	Tasa de supervivencia a posterior a cáncer de próstata	Número de pacientes con cinco años de supervivencia posterior a cáncer de próstata/ Total de pacientes tratados por cáncer de próstata * 1000	Cociente de supervivencia a cinco años de pacientes sometidos a tratamiento por cáncer de próstata en la unidad hospitalaria	Efectividad	Tasa	El indicador permite conocer el grado de efectividad respecto a la atención médica de alta especialidad en pacientes con tratamiento por cáncer de próstata, es factible ajustar las variables y/o incorporar específicas para valorar la eficacia e impacto en la calidad de vida y/o su ponderación costo-eficacia.

CATÁLOGO DE INDICADORES DE ATENCIÓN MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
IAMAE

ID	Nombre del indicador	Fórmula	Definición	Dimensión a medir	Unidad de medida	Interpretación
62 IX/I.E	Tasa de supervivencia a posterior a cáncer pulmonar	Número de pacientes con cinco años de supervivencia posterior a cáncer de pulmón/ Total de pacientes tratados por cáncer de pulmón * 1000	Cociente de supervivencia a cinco años de pacientes sometidos a tratamiento por cáncer de pulmón en la unidad hospitalaria	Efectividad	Tasa	El indicador permite conocer el grado de efectividad respecto a la atención médica de alta especialidad en pacientes con tratamiento por cáncer de pulmón, es factible ajustar las variables y/o incorporar específicas para valorar la eficacia e impacto en la calidad de vida y/o su ponderación costo-eficacia.
63 IX/I.E.	Tasa de supervivencia por cáncer en menores de 18 años de edad	Número de pacientes menores de 18 años de edad con supervivencia de cinco años posterior a cáncer/ Total de pacientes menores de 18 años de edad tratados por cáncer * 1000	Cociente de pacientes menores de 18 años con tratamiento de cáncer de todos los tipos histológicos con supervivencia de cinco años posteriores al tratamiento de cáncer	Efectividad	Tasa	El indicador permite conocer el grado de efectividad respecto a la atención recibida en el tratamiento de cáncer, es posible ajustar las variables y/o incorporar específicas para valorar la eficacia e impacto en la calidad de vida y/o su ponderación costo-eficacia.
64 IX/I.E.	Proporción de consultas subsecuentes /primera vez de obstetricia	Número de consultas subsecuentes de obstetricia/ Número de consultas de primera vez de obstetricia * 100	Proporción de consultas subsecuentes de obstetricia que se otorgan por cada una de primera vez especializada	Calidad	Porcentaje	Se aplica para conocer el seguimiento en la atención de pacientes de obstetricia en relación con pacientes que sólo necesitan atención inicial.
65 IX/I.E.	Promedio de días estancia neonatal	Número de días estancia de neonatos/ Total de egresos de neonatos	Promedio de estancia hospitalaria de los niños menores de 28 días de vida	Calidad	Promedio	Mide la calidad en la atención médica. Asocia las condiciones de estancia y/o sobreestancia a las necesidades reales de cada paciente.

CATÁLOGO DE INDICADORES DE ATENCIÓN MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
IAMA E

ID	Nombre del indicador	Fórmula	Definición	Dimensión a medir	Unidad de medida	Interpretación
66 IX/I.E.	Promedio de días paciente neonatal	$\frac{\text{Número de días estancia de neonatos}}{\text{Número de días cuna de neonatos}}$	Promedio de estancia hospitalaria entre las 0 y las 24 horas de un mismo día de los niños menores de 28 días de vida	Calidad	Promedio	Se aplica para conocer estándares de utilización de los servicios de hospitalización en neonatos y favorece la planeación y distribución de recursos.
67 IX/I.E.	Porcentaje de ocupación hospitalaria neonatal	$\frac{\text{Número de días paciente de neonatos}}{\text{Número de días cuna de neonatos}} * 100$	Proporción del grado de ocupación de las cunas censables de la unidad hospitalaria en relación con el número de días cuna de neonatos	Eficiencia	Porcentaje	Permite establecer la carga de ocupación de la capacidad instalada en cunas censables.
68 IX/I.E.	Índice de rotación de camas neonatal	$\frac{\text{Número de egresos en neonatos}}{\text{Número de cunas de neonatos}}$	Relación del número de egresos que genera cada cuna censable de la unidad hospitalaria	Eficiencia	Índice	Se aplica para identificar el grado de utilización de la cuna en neonatos y la capacidad institucional para atender la demanda. En la atención de medicina de alta complejidad el índice de rotación suele ser más bajo respecto a unidades que por sus características es más corta la estadía.
69 IX/I.E.	Tasa de mortalidad materna	$\frac{\text{Total de defunciones obstétricas}}{\text{Total de egresos obstétricos}} * 1000$	Cociente de la probabilidad que tuvieron todos los egresos obstétricos de morir durante su estancia hospitalaria por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo durante el periodo	Eficacia	Tasa	Permite identificar grado de eficacia en los servicios de atención obstétrica, así mismo favorece la solución de problemas o limitaciones en el proceso de atención médica para implementar esquemas preventivos y correctivos.

CATÁLOGO DE INDICADORES DE ATENCIÓN MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
IAMA E

ID	Nombre del indicador	Fórmula	Definición	Dimensión a medir	Unidad de medida	Interpretación
70 IX/I.E.	Tasa de mortalidad perinatal	$\frac{\text{Total de defunciones perinatales}}{\text{Total de nacidos vivos} * 1000}$	Cociente del número de muertes fetales de 28 semanas gestacionales o más y los nacidos vivos que fallecen antes de los 7 días de vida	Efectividad	Tasa	Permite identificar la efectividad de los servicios de obstetricia, así como visualiza problemas o limitaciones en el proceso de atención médica neonatal para implementar esquemas correctivos y preventivos.
71 IX/I.E.	Tasa de mortalidad neonatal	$\frac{\text{Total de defunciones neonatales}}{\text{Total de nacidos vivos} * 1000}$	Cociente del número de nacidos vivos que mueren antes de cumplir 28 días de edad	Eficacia	Tasa	Permite identificar la eficacia de la atención obstétrica, así como visualiza problemas o limitaciones en el proceso de atención médica neonatal para implementar esquemas preventivos y correctivos.
72 IX/I.E.	Porcentaje de cesáreas	$\frac{\text{Número de cesáreas realizadas}}{\text{Número de nacimientos}} * 100$	Proporción del número de cesáreas realizadas con relación al número de nacimientos	Calidad	Porcentaje	Indicador de análisis de la calidad que traduce la aplicación de acciones tendientes a disminuir el número de cesáreas que procedimentalmente no se requieren, en apego a las Guías de Práctica Clínica y otros lineamientos de observancia obligatoria.
73 IX/I.E.	Porcentaje de eventos obstétricos graves	$\frac{\text{Número de eventos obstétricos graves}}{\text{Número total de eventos obstétricos}} * 100$	Proporción del número de eventos obstétricos graves entre el número total de eventos obstétricos para una determinada área geográfica, territorio o país por 100, expresando el porcentaje	Calidad	Porcentaje	Permite identificar el número de eventos graves vinculados a la calidad de los servicios prestados en la atención obstétrica, así como visualiza problemas o limitaciones en el proceso de la atención médica para implementar esquemas correctivos y preventivos.

CATÁLOGO DE INDICADORES DE ATENCIÓN MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
IAMAÉ

ID	Nombre del indicador	Fórmula	Definición	Dimensión a medir	Unidad de medida	Interpretación
74 IX/I.E.	Índice de enfermeras tituladas-técnicas	$\frac{\text{Número de enfermeras tituladas/}}{\text{Número de enfermeras tituladas técnicas}}$	Relación de enfermeras tituladas-técnicas respecto al total de enfermeras tituladas durante el periodo	Calidad	Índice	Se aplica para conocer el nivel de profesionalización del personal de enfermería.
75 IX/I.E.	Índice de estudios socio-económicos por trabajador(a) social	$\frac{\text{Total de estudios socio-económicos realizados/}}{\text{Total de personal de trabajo social}}$	Se refiere a estudios socio-económicos realizados por trabajadora social, en el periodo a evaluar	Eficiencia	Índice	Indicador de eficiencia que refiere al cumplimiento de las acciones comprometidas por el área de trabajo social.
76 IX/I.E.	Índice de camas por trabajador(a) social	$\frac{\text{Total de camas censables/}}{\text{Total de personal de trabajo social}}$	Se refiere al número de camas censables por trabajadora social	Calidad	Índice	Indicador de calidad respecto al estado de disponibilidad de personal de trabajo social en relación al número de camas censables.
77 IX/I.E.	Índice de casos nuevos por trabajador(a) social	$\frac{\text{Total de nuevos casos/}}{\text{Total de personal de trabajo social}}$	Se refiere al número de nuevos casos por trabajadora social	Eficiencia	Índice	Indicador de calidad respecto al estado de disponibilidad de personal de trabajo social en relación al número de nuevos caso recibidos.
78 IX/I.E.	Porcentaje de abasto de medicamentos	$\frac{\text{Total de recetas surtidas en el periodo/}}{\text{Total de recetas solicitadas en el periodo}} \times 100$	Proporción de recetas surtidas en relación al total de recetas emitidas en los servicios de atención médica	Calidad	Porcentaje	Indicador de calidad relacionado al surtimiento completo de las recetas emitidas en su totalidad y en oportunidad.
79 IX/I.E.	Porcentaje de medicamentos genéricos adquiridos	$\frac{\text{Número de medicamentos genéricos surtidos/}}{\text{Total de medicamentos surtidos en el periodo}} \times 100$	Proporción de medicamentos genéricos surtidos a la institución en relación al total de medicamentos surtidos a la institución en el periodo a evaluar	Eficiencia	Porcentaje	Se aplica para conocer el grado de economía en el surtimiento de abasto de medicamentos.

CATÁLOGO DE INDICADORES DE ATENCIÓN MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
IAMA E

ID	Nombre del indicador	Fórmula	Definición	Dimensión a medir	Unidad de medida	Interpretación
80 IX/I.E.	Porcentaje de medicamentos de patente adquiridos	$\frac{\text{Número de medicamentos de patente surtidos}}{\text{Total de medicamentos surtidos en el periodo}} * 100$	Se refiere a la proporción de medicamentos de patente surtidos a la institución en relación al total de medicamentos surtidos a la institución en el periodo a evaluar	Calidad	Porcentaje	Permite identificar la calidad del proceso de surtimiento de medicamentos que, por su nivel de eficacia, son indicados para la medicina de alta especialidad.
81 IX/I.E.	Porcentaje de medicamentos adquiridos por licitación	$\frac{\text{Número de medicamentos adquiridos por licitación}}{\text{Total de medicamentos adquiridos}} * 100$	Se refiere a la proporción de medicamentos adquiridos por licitación pública en relación al total de medicamentos adquiridos por la institución en el periodo a evaluar.	Calidad	Porcentaje	Refiere al grado de cumplimiento de la normatividad en materia de licitaciones públicas.
82 IX/I.E.	Porcentaje de medicamentos adquiridos por adjudicación directa	$\frac{\text{Total de medicamentos adquiridos por adjudicación directa}}{\text{Total de medicamentos}} * 100$	Proporción de medicamentos adquiridos por adjudicación directa en relación al total de medicamentos adquiridos por la institución	Calidad	Porcentaje	Refiere al grado de cumplimiento de la normatividad en materia de licitaciones públicas.

VI. FICHAS TÉCNICAS

La elaboración de Fichas Técnicas de Indicadores es un eslabón fundamental en el perfeccionamiento de los sistemas de información basados en indicadores. En este apartado se aborda la confección y relevancia de las mismas, para el proceso de seguimiento y mejora del desempeño y el control de la gestión institucional en las entidades coordinadas.

Como punto de partida, independientemente de su concepción de origen, en todo seguimiento al desempeño, lo que hay que monitorizar son buenos indicadores, es decir indicadores válidos, fiables y apropiados (Saturno, 2015).

De tal manera, considerando los anteriores como criterios indispensables, los indicadores fueron sometidos a validación técnica de manera ampliada según la Metodología de Marco Lógico implantada por el CONEVAL para las entidades federales, agotando criterios de:

- Claridad: Para buscar la precisión respecto a lo que se quiere medir dando respuesta a la interrogante ¿No hay dudas respecto de qué se está midiendo?
- Relevancia: Para reflejar la especificidad en cuanto a lograr la medición de una dimensión importante del objetivo contestando la pregunta ¿Permite verificar el logro del objetivo en un aspecto sustantivo?
- Monitoreable: Para traducir la fiabilidad de la interpretación de los resultados para los mismos casos y situaciones en sujeción a una verificación

independiente, debiendo poder responder al cuestionamiento ¿Cualquier evaluador puede, en condiciones semejantes, comprobar los resultados del indicador?

- Adecuado: Para ilustrar su idoneidad respecto al aporte de una base apropiada de información para evaluar el desempeño, contrastándolo con la interpelación ¿Es suficiente para emitir un juicio de valor respecto al desempeño?
- Economía: Para dilucidar que la información necesaria para generar el indicador está o estará disponible a un costo razonable, dando respuesta a si ¿El beneficio de la información es mayor que el costo de obtenerla?
- Aporte marginal: Para saber que si provee información adicional en comparación con los otros indicadores propuestos para medir el desempeño de un objetivo, respondiendo ¿Mide aspectos no considerados en los demás indicadores?

Los indicadores de nuevo cuño fueron sometidos a estudio piloto para identificar, discutir y corregir, incluso mediante la elaboración de talleres, diferencias encontradas en la interpretación de los indicadores o en la recolección de información para alimentarlos, esto en considerando de que la realización de un estudio piloto anterior a la generalización del uso del indicador es un paso inexcusable para asegurar su fiabilidad (Saturno, 2015)

En las fichas, los datos se presentan concentrados vía los elementos siguientes:

- a) Datos de identificación del programa presupuestario;

- b) Datos de identificación del indicador;
- c) Características del indicador;
- d) Determinación de metas;
- e) Características de las variables,
- f) Referencias adicionales.

A continuación se presentan las 82 fichas técnicas que contienen la información antes mencionada.

Índice de utilización de consultorio					
1. Datos de relación programática del indicador ¹					
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023	
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos		
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados.					
Alineación programática	PND Objetivo 2.3		PROSESA Objetivo 2		PAEMAE Objetivo 2
Prioridades^{1.6} Favorecer el buen uso de los servicios de acuerdo con su capacidad resolutive.					
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.					
2. Datos de identificación del indicador ²					
Nombre del indicador:^{2.1}			Identificador del indicador^{2.2}	I/C.E.	
Índice de utilización de consultorio.			No. de indicador 1		
Dimensión a medir:^{2.3}			Definición:^{2.4}		
Eficiencia			Medida de la utilización de consultorios en relación al tiempo consumido en consulta.		
Método de cálculo:^{2.5}			Unidad de medida:^{2.6}		
Número de consultas otorgadas x Sumatoria de tiempos de cada consulta/ Número de consultorios x Número de días laborables.			Índice.		
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.			Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.		
3. Características del indicador ³					
	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}		Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}
					Aporte Marginal^{3.6}
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Si
Justificación de las características:^{3.7}					
Claridad: El indicador es específico para medir la utilización de consultorios en consulta externa.					
Relevancia: Identifica el grado de optimización de la capacidad instalada en las unidades hospitalarias, respecto al cumplimiento de su función como instituciones de referencia del Sistema Nacional de Salud y el funcionamiento de las redes públicas de servicios de salud por niveles de atención.					
Economía: El indicador se gestiona mediante la información generada en los sistemas de información institucionales.					
Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales.					
Adecuado: El indicador identifica con claridad el grado de avance comprometido.					
Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.					
Serie de información disponible:^{3.8} Según Institución.					
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.					

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período)^{4.1}			Meta y período de cumplimiento^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta^{4.3}			Parámetros de semaforización^{4.4}
Ascendente.			Verde
Factibilidad^{4.5}			Amarrillo
		Media.	Rojo
			95% <=X <= 105%
			90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%
			X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variables Características de las variables (metadatos)^{5.1}			Descripción de la variable^{5.1.2}
Nombre^{5.1.1}			
V1	Número de consultas otorgadas.		V1 Número total de consultas externas otorgadas en el periodo de evaluación.
V2	Sumatoria de tiempos de cada consulta.		V2 Sumatoria de los tiempos de cada consulta externa otorgada.
V3	Número de consultorios.		V3 Número de consultorios establecidos para atención de consulta externa en el periodo de evaluación.
V4	Número de días laborables.		V4 Número total de días laborables en el periodo de evaluación.
Fuentes (medios de verificación)^{5.1.3}			Unidad de medida^{5.1.4}
Hoja diaria del médico en consulta externa.			V1 Consulta externa otorgada. V2 Sumatoria de los tiempos de consulta V3 Consultorio de consulta externa V4 Día laborable
Desagregación geográfica^{5.1.5}			Frecuencia^{5.1.6}
Institucional			Mensual.
Método de recopilación de datos^{5.1.7}			Fecha de disponibilidad de información^{5.1.8}
Elaboración de informes mediante la explotación de registro administrativo.			Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional^{6.1}			Serie estadística^{6.2}
No Disponible.			Según Institución.
Gráfica del comportamiento del indicador^{6.3}			Según Institución.
Comentarios técnicos^{6.4}			
El día laborable incluye los turnos matutino y vespertino del servicio de consulta externa. El indicador puede instrumentarse, por cada uno de los servicios de especialidad con consulta externa. Los días laborables o laborales son los días naturales que se trabajan. Se considera que, generalmente, una unidad hospitalaria no labora en consulta externa los fines de semana (sábado y domingo) y festivos.			

Proporción de consultas de primera vez/preconsulta						
1. Datos de relación del indicador						
Programa presupuestario	E023		Identificador del programa	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario			Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática		PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 5		PAEMAE Objetivo 2	
Prioridades Favorecer el buen uso de los servicios de acuerdo con su capacidad resolutive.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador						
Nombre del indicador: Proporción de consultas de primera/preconsultas.			Identificador del indicador		I/C.E.	
			No. de indicador 2			
Dimensión a medir: Efectividad			Definición: Proporción de los usuarios valorados en preconsulta a los que se les abre expediente por primera vez para su atención.			
Método de cálculo: Número de consultas de primera vez/Número de preconsultas x 100			Unidad de medida: Porcentaje.			
Desagregación geográfica: Nacional			Frecuencia de medición: Trimestral.			
3. Características del indicador						
Claridad	Relevancia	Economía	Monitoreable	Adecuado	Aporte Marginal	
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Justificación de las características:						
Claridad Precisa la proporción de usuarios valorados.						
Relevancia: Permite identificar el nivel de funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrareferencia.						
Economía: El indicador se gestiona mediante la información generada en los sistemas de información institucionales.						
Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales.						
Adecuado: Identifica el grado de avance comprometido.						
Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad						
Serie de información disponible: Según Institución.						
Responsable del indicador: CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.						

4. Determinación de metas			
Línea base, valor y fecha (año y período)			Meta y período de cumplimiento
Valor	Año	Período	Valor
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Según Institución.
Comportamiento del indicador hacia la meta			Período de cumplimiento
Ascendente			Según Institución.
Factibilidad	Media.		Parámetros de semaforización
			Verde
			Amarillo
			Rojo
			95% <=X <= 105%
			90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%
			X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos)			
Variables			
Nombre		Descripción de la variable	
V1 Número de consultas de primera vez.		V1 Número total de consultas de primera vez otorgadas a pacientes no incorporados a la institución previamente a los que se les apertura expediente clínico en el periodo.	
V2 Número de preconsultas.		V2 Número total de preconsultas otorgadas en el período a pacientes que no han sido incorporados a la institución previamente.	
Fuentes (medios de verificación):		Unidad de medida	
Informe diario del médico en consulta externa.		V1 Consulta de primera vez (número absoluto) V2 Preconsulta (número absoluto)	
Desagregación geográfica		Frecuencia	
Institucional.		Mensual	
Método de recopilación de datos		Fecha de disponibilidad de información	
Explotación de registro administrativo.		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales			
Referencia internacional		Serie estadística	
No disponible.		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador			
Según Institución.			
Comentarios técnicos			
La consulta de primera vez es aquella en la que se apertura el expediente clínico al paciente valorado en su primer contacto con la institución independientemente del servicio que la otorga. Las consultas de primera vez por servicio, se deben considerar como consultas subsecuentes.			

Proporción de consultas subsecuentes/primer a vez						
1. Datos de relación del indicador						
Programa presupuestario	E023		Identificador del programa	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario			Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática		PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 5		PAEMAE Objetivo 2	
Prioridades Favorecer el buen uso de los servicios de acuerdo con su capacidad resolutive.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador						
Nombre del indicador:			Identificador del indicador		I/C.E.	
Proporción de consultas subsecuentes/primer a vez (Índice de consultas subsecuentes especializadas)			No. de indicador 3			
Dimensión a medir: Efectividad.			Definición: Proporción de consultas subsecuentes de especialidad que se otorgan en relación a consultas de primer a vez.			
Método de cálculo: Número de consultas subsecuentes/Número de consultas de primer a vez x 100			Unidad de medida: Porcentaje.			
Desagregación geográfica: Nacional			Frecuencia de medición: Trimestral			
3. Características del indicador						
Claridad	Relevancia	Economía	Monitoreable	Adecuado	Aporte Marginal	
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Justificación de las características: Claridad Precisa la proporción de usuarios valorados. Relevancia: Permite identificar el nivel de funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrareferencia. Economía: El indicador se gestiona mediante la información generada en los sistemas de información institucionales. Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales. Adecuado: Identifica el grado de avance comprometido. Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible: Según Institución.						
Responsable del indicador: CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.						

4. Determinación de metas			
Línea base, valor y fecha (año y período)			Meta y período de cumplimiento
Valor	Año	Período	Valor
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Según Institución.
Comportamiento del indicador hacia la meta			Período de cumplimiento
Ascendente			Según Institución.
Factibilidad	Media.		Parámetros de semaforización
			Verde
			Amarillo
			Rojo
			95% <=X <= 105%
			90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%
			X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos)			
Variables			
Nombre		Descripción de la variable	
V1 Número de consultas subsecuentes.		V1 Número de consultas de especialidad que se otorgan a una persona cuando asiste por la misma enfermedad o motivo por el que se otorgó una consulta externa de primera vez.	
V2 Número de consultas de primera vez.		V2 Número de consultas de primera vez otorgadas a pacientes no incorporados a la institución previamente a los que se les apertura expediente clínico en el periodo.	
Fuentes (medios de verificación):		Unidad de medida	
Hoja diaria del médico, Sistema de Información en Salud.		V1 Consulta subsecuente (Número absoluto)	
Hoja diaria del médico, Sistema de Información en Salud.		V2 Consulta de primera vez (Número absoluto)	
Desagregación geográfica		Frecuencia	
Institucional.		Mensual	
Método de recopilación de datos		Fecha de disponibilidad de información	
Explotación de registro administrativo.		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales			
Referencia internacional		Serie estadística	
No disponible.		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador		Según Institución.	
Comentarios técnicos La consulta de primera vez es aquella en la que se apertura el expediente clínico al paciente valorado en su primer contacto con la institución independientemente del servicio que la otorga. Las consultas de primera vez por servicio, se deben considerar como consultas subsecuentes.			

Porcentaje de consultas programadas otorgadas (primera vez, subsecuente, preconsulta)					
1. Datos de relación del indicador					
Programa Presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud	Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}				Prestación de Servicios Públicos	
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados.					
Alineación programática	PND Objetivo 2.3	PROESA Objetivo 2	PAEMAE Objetivo 1		
Prioridades^{1.6} Favorecer el buen uso de los servicios de acuerdo con su capacidad resolutive.					
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.					
2. Datos de identificación del indicador					
Nombre del indicador:		Identificador del indicador	I/C.E.		
Porcentaje de consultas programadas otorgadas (primera vez, subsecuente, preconsulta)		No. de indicador 4			
Dimensión a medir: Eficiencia.		Definición: Proporción de cumplimiento en la programación institucional de consultas a otorgar en un periodo de tiempo con base en el comportamiento histórico de la atención médica.			
Método de cálculo: Número de consultas realizadas/Número de consultas programadas x 100		Unidad de medida: Porcentaje.			
Desagregación geográfica: Nacional.		Frecuencia de medición: Trimestral.			
3. Características del indicador					
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Si
Justificación de las características:^{3.7}					
Claridad: El indicador es específico para medir la utilización de consultorios en consulta externa.					
Relevancia: Identifica el grado de optimización de la capacidad instalada en las unidades hospitalarias, respecto al cumplimiento de su función como instituciones de referencia del Sistema Nacional de Salud y el funcionamiento de las redes públicas de servicios de salud por niveles de atención.					
Economía: La información para alimentar el indicador se obtiene de los sistemas de información institucionales.					
Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales.					
Adecuado: El indicador identifica con claridad el grado de avance comprometido.					
Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.					
Serie de información disponible:^{3.8} Según Institución.					
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.					

4. Determinación de metas					
Línea base, valor y fecha (año y período)			Meta y período de cumplimiento		
Valor	Año	Período	Valor		Según Institución
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Período de cumplimiento		Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta			Parámetros de semaforización		
Ascendente			Verde	Amarillo	Rojo
Factibilidad		Media.	95% <=X <= 105%	90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%	X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos)					
Variables					
Nombre			Descripción de la variable		
V1 Número de consultas realizadas.			V1 Número total de consultas realizadas en el periodo.		
V2 Número de consultas programadas.			V2 Número total de consultas programadas en el periodo.		
Fuentes (medios de verificación):			Unidad de medida		
Informe diario del médico en consulta externa.			V1 Consulta realizada u otorgada (Número absoluto).		
Informe diario del médico en consulta externa.			V2 Consulta programada (Número absoluto)		
Desagregación geográfica			Frecuencia		
Institucional.			Mensual		
Método de recopilación de datos			Fecha de disponibilidad de información		
Explotación de registro administrativo			Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre		
6. Referencias adicionales					
Referencia internacional			Serie estadística		
No Disponible.			Según Institución.		
Gráfica del comportamiento del indicador			Según Institución.		
Comentarios técnicos					
Este indicador debe reportarse en las siguientes acepciones: <u>Consulta programada otorgada de primera vez</u> : Número de consultas de primera vez realizadas/Número de consultas de primera vez programadas x 100 <u>Consulta programada otorgada subsecuente</u> : Número de consultas subsecuentes realizadas/Número de consultas subsecuentes programadas x 100 <u>Consulta programada otorgada de preconsulta</u> : Número de preconsultas realizadas/Número de preconsultas programadas x 100					

Razón de urgencias calificadas atendidas					
1. Datos de relación programática del indicador ¹					
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023	
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos		
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados					
Alineación programática	PND Objetivo 2.3		PROSESA Objetivo 2	PAEMAE Objetivo 1	
Prioridades^{1.6} Desarrollar y aplicar políticas, modelos, procedimientos e indicadores de carácter técnico destinados a mejorar el funcionamiento y operación de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.					
Objetivo: (Fin, Propósito, Componente o Actividad):^{1.7} Fin: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.					
2. Datos de identificación del indicador ²					
Nombre del indicador:^{2.1} Razón de urgencias calificadas atendidas.		Identificador del indicador^{2.2}		II/U.	
		No. de indicador 5			
Dimensión a medir:^{2.3} Efectividad.		Definición:^{2.4} Relación entre atenciones en urgencias que son calificadas como reales con el total de atenciones valoradas inicialmente.			
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de urgencias calificadas/Número de urgencias no calificadas.		Unidad de medida:^{2.6} Razón.			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.		Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.			
3. Características del indicador ³					
Claridad	Relevancia	Economía	Monitoreable³	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal
Si	Si	Si	Si	Si	Si
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador mide la proporción de las urgencias calificadas como reales en relación a las no calificadas. Relevancia: El indicador permite explorar la efectividad en el uso de recursos de los servicios de urgencias. Economía: La información para gestionar el indicador se obtiene de los sistemas de información institucionales. Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales. Adecuado: Mide la proporción entre las variables Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.					
Serie de información disponible:^{3.8} Según Institución.					
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.					

4. Determinación de metas ⁴				
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}	
Valor	Año	Período	Valor	Según Institución.
Según Institución	Según Institución.	Según Institución.	Período de cumplimiento	Según Institución.
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}	
Ascendente			Verde	Amarillo
Factibilidad ^{4.5}			95% <=X <= 105%	90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%
Media.			Rojo	X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵				
Variabes ^{5.1}				
Nombre ^{5.1.1}			Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Número de urgencias calificadas. V2 Número de urgencias no calificadas.			V1 Número total de urgencias atendidas bajo la clasificación de calificadas durante el periodo. V2 Número total de urgencias atendidas bajo la clasificación de no calificadas durante el periodo.	
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}			Unidad de medida ^{5.1.4}	
Registro de pacientes en urgencias			V1 Urgencia calificada atendida (Número absoluto) V2 Urgencia no calificada atendida (Número absoluto)	
Desagregación geográfica ^{5.1.5}			Frecuencia ^{5.1.6}	
Institucional.			Mensual.	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}			Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}	
Explotación de registros administrativos.			Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶				
Referencia internacional ^{6.1}			Serie estadística ^{6.2}	
No Disponible.			Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Evaluación del Desempeño. Observatorio Del Desempeño Hospitalario 2011, III. Servicios, 2. Servicios de Urgencias, Pág. 29, México, D.F. 2011 en http://dgces.salud.gob.mx/ocasep/doctos/doc_06.pdf	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3} Según Institución.				
Comentarios técnicos El indicador es de utilidad para conocer la eficacia y eficiencia del servicio de urgencias ya que se destinan recursos humanos y materiales en la valoración de pacientes que pueden ser atendidos en el Primer Nivel de Atención. La definición de Urgencia Calificada se encuentra en la Norma Oficial 035 SSA 3 2012, en Materia de Información en Salud y se entiende como aquella atención que se brinda a pacientes que se presentan con un problema de salud, habitualmente de presentación súbita que se atiende en el área de urgencias, que pone en riesgo la vida, órgano, tejido o función del paciente y que, por lo tanto requiere de una atención médica inmediata. Las urgencias no calificadas no cumplen con esas características y, por lo tanto, se pueden posponer o referir para su atención en un servicio de medicina general o especializada. Sala o área de observación de urgencias se refiere al espacio físico destinado al cuidado de pacientes que requieren la realización de tratamientos o la valoración secuencial del estado clínico durante varias horas. La permanencia de los pacientes debe ser por un periodo máximo de 8 horas.				

Porcentaje de internamiento a urgencias					
1. Datos de relación programática del indicador¹					
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud	Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos		
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados.					
Alineación programática		PND Objetivo 2.3	PROESA Objetivo 2	PAEMAE Objetivo 1	
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.					
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.					
2. Datos de identificación del indicador²					
Nombre del indicador:^{2.1}		Identificador del indicador^{2.2}		II/U.	
Porcentaje de internamiento a urgencias.		No. de indicador		6	
Dimensión a medir:^{2.3}		Definición:^{2.4}			
Efectividad.		Proporción de pacientes ingresados al área de observación u hospitalización de urgencias en relación al número de pacientes valorados.			
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5}		Unidad de medida:^{2.6}			
Número de internamientos a observación de urgencias/ Total de atenciones de urgencias x 100		Porcentaje.			
Desagregación geográfica:^{2.7}		Frecuencia de medición:^{2.8}			
Institucional.		Trimestral.			
3. Características del indicador³					
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Si
Justificación de las características:^{3.7}					
Claridad: El indicador precisa el porcentaje de hospitalización del área de urgencias de acuerdo a la relación entre las variables.					
Relevancia: Contribuye en la optimización de la capacidad instalada en las unidades hospitalarias, respecto al cumplimiento de su función como instituciones de referencia del Sistema Nacional de Salud y el funcionamiento de las redes públicas de servicios de salud por niveles de atención.					
Economía: La información para alimentar el indicador está presente en los sistemas de información institucionales.					
Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales.					
Adecuado: Permite identificar la relación entre las variables.					
Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.					
Serie de información disponible:^{3.8} Según Institución.					
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.					

4. Determinación de metas			
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor Según Institución
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Período de cumplimiento Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}
Ascendente			Verde Amarillo Rojo
Factibilidad ^{4.5}		Media.	95% <=X <= 105% 90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110% X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos)			
Variables ^{5.1}			
Nombre ^{5.1.1}		Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Número de internamientos a observación de urgencias.		V1 Número de pacientes que por su condición requirieron ingreso a la sala de observación del servicio de urgencias para su atención durante el periodo.	
V2 Total de atenciones de urgencias.		V2 Número total de pacientes que recibieron valoración inicial en el servicio de urgencias durante el periodo.	
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}		Unidad de medida ^{5.1.4}	
Registro de atenciones del Servicio de Urgencias.		V1 Paciente internado en observación (Número absoluto)	
Registro de atenciones del Servicio de Urgencias.		V2 Paciente atendido (Número absoluto)	
Desagregación geográfica ^{5.1.5} Institucional.		Frecuencia ^{5.1.6} Mensual.	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7} Explotación de registros administrativos.		Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8} Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}	
http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/serie_escr_00_05_es.pdf (11.95%)		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}			
Según Institución.			
Comentarios técnicos ^{6.4}			
Sala o área de observación de urgencias se refiere al espacio físico destinado al cuidado de pacientes que requieren la realización de tratamientos o la valoración secuencial del estado clínico durante varias horas. La permanencia de los pacientes debe ser por un periodo máximo de 8 horas.			

Porcentaje de ingresos a hospitalización por urgencias						
1. Datos de relación programática del indicador¹						
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}				Prestación de Servicios Públicos		
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática		PND Objetivo 2.3	PROESA Objetivo 5	PAEMAE Objetivo 1		
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.						
Objetivo Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador²						
Nombre del indicador:^{2.1} Porcentaje de ingresos a hospitalización por urgencias.			Identificador del indicador^{2.2}		II/U.	
			No. de indicador		7	
Dimensión a medir:^{2.3} Efectividad.			Definición:^{2.4} Proporción de ingresos a los diferentes servicios de hospitalización entre el total de pacientes que son atendidos en urgencias.			
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de ingresos a hospitalización por urgencias/Total de atenciones de urgencias x 100			Unidad de medida:^{2.6} Porcentaje.			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.			Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.			
3. Características del indicador³						
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}	
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Si	
Justificación de las características:^{3.7}						
Claridad: El indicador precisa el porcentaje de hospitalización del área de urgencias de acuerdo a la relación entre las variables.						
Relevancia: Contribuye en la optimización de la capacidad instalada en las unidades hospitalarias, respecto al cumplimiento de su función como instituciones de referencia del Sistema Nacional de Salud y el funcionamiento de las redes públicas de servicios de salud por niveles de atención.						
Economía: La información para alimentar el indicador está presente en los sistemas de información institucionales.						
Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales.						
Adecuado: Permite identificar la relación entre las variables.						
Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} Según Institución.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.						

4. Determinación de metas ⁴				
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}	
Valor	Año	Período	Valor	Según Institución
Según Institución.	Según Institución.	Según Institución.	Período de cumplimiento	Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}	
Ascendente			Verde	Amarillo
Factibilidad ^{4.5}		Media.	95% <=X <= 105%	90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%
				X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) 5				
Variabes ^{5.1}				
Nombre ^{5.1.1}			Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Número de ingresos a hospitalización por urgencias.			V1 Número de pacientes atendidos en la sala de observación que requieren continuar tratamiento en hospitalización durante el periodo.	
V2 Total de atenciones en urgencias.			V2 Número total de pacientes que recibieron atención de urgencia.	
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}			Unidad de medida ^{5.1.4}	
Registro de pacientes en el servicio de urgencias.			V1 Ingresos a hospitalización (Número absoluto)	
Registro de pacientes en el servicio de urgencias.			V2 Atención en urgencias (Número absoluto)	
Desagregación geográfica ^{5.1.5}			Frecuencia ^{5.1.6}	
Institucional.			Trimestral.	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}			Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}	
Explotación de registros administrativos.			Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶				
Referencia internacional ^{6.1}			Serie estadística ^{6.2}	
No disponible.			Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}				
Según Institución.				
Comentarios técnicos ^{6.4} Sala o área de observación de urgencias se refiere al espacio físico destinado al cuidado de pacientes que requieren la realización de tratamientos o la valoración secuencial del estado clínico durante varias horas. La permanencia de los pacientes debe ser por un periodo máximo de 8 horas.				

Porcentaje de ocupación en urgencias						
1. Datos de relación programática del indicador						
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}				Prestación de Servicios Públicos		
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática	PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 5		PAEMAE Objetivo 2		
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador						
Nombre del indicador:^{2.1}			Identificador del indicador^{2.2}	II/U.		
Porcentaje de ocupación en urgencias.			No. de indicador 8			
Dimensión a medir:^{2.3} Efectividad.			Definición:^{2.4} Proporción del grado de utilización de las camas no censables en el servicio de urgencias.			
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de horas paciente en observación de urgencias/Número de horas cama de observación de urgencias x 100			Unidad de medida:^{2.6} Porcentaje.			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional			Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.			
3. Características del indicador						
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}	
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Si	
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador mide la proporción de utilización de las camas no censables del servicio de urgencias. Relevancia: Contribuye en la optimización de la capacidad instalada en las unidades hospitalarias, respecto al cumplimiento de su función como instituciones de referencia del Sistema Nacional de Salud y el funcionamiento de las redes públicas de servicios de salud por niveles de atención. Economía: La información para alimentar el indicador está presente en los sistemas de información institucionales. Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales. Adecuado: Permite identificar la relación entre las variables. Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} Según Institución.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.						

4. Determinación de metas ⁴					
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}		
Valor	Año	Período	Valor	Según Institución.	
Según Institución.	Según Institución.	Según Institución.	Período de cumplimiento	Según Institución.	
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}		
Ascendente			Verde	Amarillo	Rojo
Factibilidad ^{4.5}		Media	95% <=X <= 105%	90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%	X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵					
Variables ^{5.1}					
Nombre ^{5.1.1}			Descripción de la variable ^{5.1.2}		
V1 Número de horas paciente en observación de urgencias.			V1 Número de horas que un paciente permanece en el área de observación del servicio de urgencias durante el periodo.		
V2 Número de horas cama de observación de urgencias.			V2 Número de horas cama en el área de observación del servicio de urgencias durante el periodo.		
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}			Unidad de medida ^{5.1.4}		
Registro de pacientes internados en el servicio de urgencias.			V1 Horas-paciente (número absoluto)		
Registro de pacientes internados en el servicio de urgencias.			V2 Horas-cama (Número absoluto)		
Desagregación geográfica ^{5.1.5}			Frecuencia ^{5.1.6}		
Institucional.			Trimestral..		
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}			Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}		
Explotación de registros administrativos.			Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre		
6. Referencias adicionales ⁶					
Referencia internacional ^{6.1}			Serie estadística ^{6.2}		
No Disponible.			Según Institución.		
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}			Según Institución.		
Comentarios técnicos ^{6.4}					
Sala o área de observación de urgencias se refiere al espacio físico destinado al cuidado de pacientes que requieren la realización de tratamientos o la valoración secuencial del estado clínico durante varias horas. La permanencia de los pacientes debe ser por un periodo máximo de 8 horas.					

Promedio de días estancia						
1. Datos de relación del indicador						
Programa presupuestario	E023		Identificador del programa	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario			Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática		PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2		PAEMAE Objetivo 1	
Prioridades Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador						
Nombre del indicador: Promedio de días estancia.			Identificador del indicador		III/ H.	
Dimensión a medir: Eficiencia.			No. de indicador 9			
Método de cálculo: Número de días estancia/Total de egresos hospitalarios.			Definición: Promedio de estancia hospitalaria de los pacientes atendidos durante el periodo.			
Desagregación geográfica: Institucional.			Unidad de medida: Promedio.			
			Frecuencia de medición: Trimestral.			
3. Características del indicador ³						
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}	
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Si	
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: Precisa el promedio de días-estancia ocurridos en el período de evaluación. Relevancia: Contribuye en la optimización de la capacidad instalada en las unidades hospitalarias, respecto al cumplimiento de su función como instituciones de referencia del Sistema Nacional de Salud y el funcionamiento de las redes públicas de servicios e salud por niveles de atención. Economía: La información para alimentar el indicador está presente en los sistemas de información institucionales. Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales. Adecuado: Permite identificar la relación entre las variables. Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} Según Institución.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.						

4. Determinación de metas				
Línea base, valor y fecha (año y período)			Meta y período de cumplimiento	
Valor	Año	Período	Valor	Según Institución.
Según Institución.	Según Institución.	Según Institución.	Período de cumplimiento	Según Institución.
Comportamiento del indicador hacia la meta			Parámetros de semaforización	
Ascendente			Verde	Amarillo
Factibilidad	Media.		95% <=X <= 105%	90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%
				X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos)				
Variables				
Nombre V1 Número de días estancia. V2 Total de egresos hospitalarios.		Descripción de la variable V1 Número total de días estancia de los egresos hospitalarios durante el período. V2 Número total de egresos hospitalarios durante el período.		
Fuentes (medios de verificación): Informe estadístico médico, Censo hospitalario.		Unidad de medida V1 Día-estancia (Número absoluto)		
Informe estadístico médico, Censo hospitalario.		V2 Egreso hospitalario (Número absoluto)		
Desagregación geográfica Institucional.		Frecuencia Trimestral		
Método de recopilación de datos Explotación de registro administrativo.		Fecha de disponibilidad de información Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre		
6. Referencias adicionales				
Referencia internacional No Disponible.		Serie estadística Según Institución.		
Gráfica del comportamiento del indicador Según Institución.				
Comentarios técnicos				
Se considera día-estancia al período de 24 horas durante los cuales una cama hospitalaria se encuentra ocupada, por un mismo o diferente paciente. Este indicador permite conocer si la estancia de los pacientes no supera los promedios normales de la unidad hospitalaria. En la interpretación del indicador debe tenerse en cuenta que la medicina de alta especialidad puede cursar con tiempos promedio de estancia alargados merced a la complejidad de los padecimientos atendidos. Debido a esto habrá que considerar su desagregación por servicio y/o por tipo de padecimiento, en caso de que así se estime conveniente.				

Promedio de días estancia						
1. Datos de relación del indicador						
Programa presupuestario	E023	Identificador del programa	E023			
Unidad responsable del programa presupuestario Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario		Prestación de Servicios Públicos				
Cobertura Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática	PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2	PAEMAE Objetivo 1			
Prioridades Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador						
Nombre del indicador: Promedio de días estancia.		Identificador del indicador		III/ H.		
		No. de indicador 9				
Dimensión a medir: Eficiencia.		Definición: Promedio de estancia hospitalaria de los pacientes atendidos durante el periodo.				
Método de cálculo: Número de días estancia/Total de egresos hospitalarios.		Unidad de medida: Promedio.				
Desagregación geográfica: Institucional.		Frecuencia de medición: Trimestral.				
3. Características del indicador ³						
Claridad ^{3.1}	Relevancia ^{3.2}	Economía ^{3.3}	Monitoreable ^{3.4}	Adecuado ^{3.5}	Aporte Marginal ^{3.6}	
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Justificación de las características: ^{3.7}						
Claridad: Precisa el promedio de días-estancia ocurridos en el período de evaluación.						
Relevancia: Contribuye en la optimización de la capacidad instalada en las unidades hospitalarias, respecto al cumplimiento de su función como instituciones de referencia del Sistema Nacional de Salud y el funcionamiento de las redes públicas de servicios de salud por niveles de atención.						
Economía: La información para alimentar el indicador está presente en los sistemas de información institucionales.						
Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales.						
Adecuado: Permite identificar la relación entre las variables.						
Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible: ^{3.8} Según Institución.						
Responsable del indicador: ^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.						

4. Determinación de metas				
Línea base, valor y fecha (año y período)			Meta y período de cumplimiento	
Valor	Año	Período	Valor	Según Institución.
Según Institución.	Según Institución.	Según Institución.	Período de cumplimiento	Según Institución.
Comportamiento del indicador hacia la meta			Parámetros de semaforización	
Ascendente			Verde	Amarillo
Factibilidad	Media.		95% <=X <= 105%	90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%
				X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos)				
Variab les				
Nombre			Descripción de la variable	
V1 Número de días estancia.			V1 Número total de días estancia de los egresos hospitalarios durante el período.	
V2 Total de egresos hospitalarios.			V2 Número total de egresos hospitalarios durante el período.	
Fuentes (medios de verificación):			Unidad de medida	
Informe estadístico médico, Censo hospitalario.			V1 Día-estancia (Número absoluto)	
Informe estadístico médico, Censo hospitalario.			V2 Egreso hospitalario (Número absoluto)	
Desagregación geográfica			Frecuencia	
Institucional.			Trimestral	
Método de recopilación de datos			Fecha de disponibilidad de información	
Explotación de registro administrativo.			Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales				
Referencia internacional			Serie estadística	
No Disponible.			Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador			Según Institución.	
Comentarios técnicos Se considera día-estancia al período de 24 horas durante los cuales una cama hospitalaria se encuentra ocupada, por un mismo o diferente paciente. Este indicador permite conocer si la estancia de los pacientes no supera los promedios normales de la unidad hospitalaria. En la interpretación del indicador debe tenerse en cuenta que la medicina de alta especialidad puede cursar con tiempos promedio de estancia alargados merced a la complejidad de los padecimientos atendidos. Debido a esto habrá que considerar su desagregación por servicio y/o por tipo de padecimiento, en caso de que así se estime conveniente.				

Índice de rotación de camas						
1. Datos de relación programática del indicador ¹						
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática	PND Objetivo 2.3		PROSESA Objetivo 5	PAEMAE Objetivo 2		
Prioridades^{1.6} Favorecer el buen uso de los servicios de acuerdo con su capacidad resolutive						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador ²						
Nombre del indicador:^{2.1} Índice de rotación de camas.				Identificador del indicador^{2.2}	III/ H.	
				No. de indicador 11		
Dimensión a medir:^{2.3} Eficiencia.				Definición:^{2.4} Relación entre el número de egresos y las camas censables de la unidad hospitalaria.		
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de egresos/Número de camas censables				Unidad de medida:^{2.6} Índice.		
Desagregación geográfica:^{2.7} Local				Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.		
3. Características del indicador ³						
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}		Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}
Sí	Sí	Sí		Sí	Sí	Sí
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador precisa la medición del índice de rotación de camas. Relevancia: Contribuye en la optimización de la capacidad instalada en las unidades hospitalarias, respecto al cumplimiento de su función como instituciones de referencia del Sistema Nacional de Salud y el funcionamiento de las redes públicas de servicios de salud por niveles de atención. Economía: La información para alimentar el indicador está presente en los sistemas de información institucionales. Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales. Adecuado: El indicador permite valorar el grado de eficiencia respecto a la utilización de las acamas censables. Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 2 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} Según Institución.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.						

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor
Según Institución.	Según Institución.	Según Institución.	Según Institución.
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}
Ascendente			Verde
Factibilidad ^{4.5}		Media.	Amarillo
			Rojo
			95% <=X <= 105%
			90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%
			X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variables ^{5.1}			
Nombre ^{5.1.1}		Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Número de egresos.		V1 Número total de egresos hospitalarios durante el periodo.	
V2 Número de camas censables.		V2 Número total de camas censables durante el periodo.	
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}		Unidad de medida ^{5.1.4}	
Estadística hospitalaria/SAEH Registros de Hospitalización.		V1 Egreso hospitalario (Número absoluto) V2 Cama censable (Número absoluto)	
Desagregación geográfica ^{5.1.5}		Frecuencia ^{5.1.6}	
Institucional.		Trimestral.	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}	
Explotación de registros administrativos.		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}	
No Disponible		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}			
Según Institución.			
Comentarios técnicos ^{6.4}			
Este indicador puede desagregarse para analizar la producción del recurso cama censable por servicio y por especialidades, en caso de que se estime conveniente.			

Intervalo de sustitución					
1. Datos de relación programática del indicador ¹					
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023	
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos		
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados					
Alineación programática	PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2		PAEMAE Objetivo 1	
Prioridades^{1.6} Favorecer el buen uso de los servicios de acuerdo con su capacidad resolutive.					
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.					
2. Datos de identificación del indicador ²					
Nombre del indicador:^{2.1} Intervalo de sustitución en una cama censable.			Identificador del indicador^{2.2}	III/H.	
			No. de indicador 12		
Dimensión a medir:^{2.3} Eficiencia.			Definición:^{2.4} Promedio del número de días que una cama censable permanece desocupada entre un egreso (por alta médica o fallecimiento) y un ingreso hospitalario.		
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Porcentaje de desocupación x Promedio de días estancia/ Porcentaje de ocupación.			Unidad de medida:^{2.6} Promedio o media estadística.		
Desagregación geográfica:^{2.7} Local			Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.		
3. Características del indicador ³					
Claridad	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador precisa la medición del índice de sustitución de camas censables. Relevancia: Contribuye en la optimización de la capacidad instalada en las unidades hospitalarias, respecto al cumplimiento de su función como instituciones de referencia del Sistema Nacional de Salud y el funcionamiento de las redes públicas de servicios de salud por niveles de atención. Economía: La información para alimentar el indicador está presente en los sistemas de información institucionales. Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales. Adecuado: Permite valorar el índice de sustitución de una cama censable. Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 2 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.					
Serie de información disponible:^{3.8} Según Institución.					
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.					

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor Según Institución
Según Institución.	Según Institución.	Según Institución.	Período de cumplimiento Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}
Ascendente			Verde Amarillo Rojo
Factibilidad ^{4.5}		Media.	95% <=X <= 105% 90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110% X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variables ^{5.1}			
Nombre ^{5.1.1}		Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Porcentaje de desocupación. V2 Promedio de días estancia. V3 Porcentaje de ocupación.		V1 Porcentaje obtenido del resultado de la resta de 100% menos el porcentaje de ocupación. V2 Total de días de estancia entre el total de egresos del periodo. V3 Porcentaje de días en que el paciente ocupa una cama entre total de días cama durante el periodo.	
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}		Unidad de medida ^{5.1.4}	
Registros hospitalarios/SAEH		V1 Proporción de desocupación (Porcentaje) V2 Promedio día-estancia (Promedio) V3 Proporción de ocupación (Porcentaje).	
Desagregación geográfica ^{5.1.5}		Frecuencia ^{5.1.6}	
Institucional.		Trimestral..	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}	
Explotación de registros administrativos.		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}	
Jaramillo Antillón, Juan (1998). <i>Principios de gerencia y administración de servicios médicos y hospitales</i> . Editorial Universidad de Costa Rica. pp. 171-172. ISBN 9977674728.		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}		Según Institución.	
Comentarios técnicos ^{6.4} Este indicador también puede obtenerse por servicios. Es útil para valorar en forma integral la eficiencia del servicio de hospitalización. Por ejemplo, un índice de ocupación de 85% suele indicar una óptima utilización de recursos o que ha habido una demanda normal. Índices por encima del 90% presuponen la existencia de una demanda excesiva o una lenta sustitución de la cama, es decir, un alto índice de sustitución.			

Porcentaje de cumplimiento de NOM SSA 004 en revisión de expedientes clínicos					
1. Datos de relación programática del indicador ¹					
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023	
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos		
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados					
Alineación programática	PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2		PAEMAE Objetivo 1	
Prioridades^{1.6} Desarrollar y aplicar políticas, modelos, procedimientos e indicadores de carácter técnico destinados a mejorar el funcionamiento y operación de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.					
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.					
2. Datos de identificación del indicador ²					
Nombre del indicador:^{2.1} Porcentaje de cumplimiento de NOM SSA 004 en revisión de expedientes clínicos.			Identificador del indicador^{2.2}	III/H.	
Dimensión a medir:^{2.3} Calidad.			No. de indicador 13		
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004/ Total de expedientes revisados por el Comité del expediente clínico institucional x 100			Definición:^{2.4} Proporción de expedientes que cumplen lo establecido en la metodología de la Norma Oficial Mexicana.		
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.			Unidad de medida:^{2.6} Porcentaje.		
			Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.		
3. Características del indicador ³					
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es específico para medir la proporción de expedientes clínicos que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004. Relevancia: Identifica el grado de aplicación de criterios de calidad en las unidades hospitalarias respecto al cumplimiento de su función como instituciones de referencia del Sistema Nacional de Salud y el funcionamiento de las redes públicas de servicios de salud por niveles de atención. Economía: La información para alimentar el indicador está presente en los sistemas de información institucionales. Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales. Adecuado: El indicador es adecuado, para medir el nivel de cumplimiento. Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.					
Serie de información disponible:^{3.8} Según Institución.					
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.					

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor
Según Institución.	Según Institución.	Según Institución.	Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}
Ascendente			Verde
Factibilidad ^{4.5}		Media.	Amarillo
			Rojo
			95% <=X <= 105%
			90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%
			X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variables ^{5.1}		Descripción de la variable ^{5.1.2}	
Nombre ^{5.1.1}		V1 Número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004.	
V1		V2 Número de expedientes revisados por el Comité del expediente clínico institucional durante el periodo.	
Número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004.		V2 Total de expedientes revisados por el Comité del expediente clínico institucional.	
V2			
Total de expedientes revisados por el Comité del expediente clínico institucional.			
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}		Unidad de medida ^{5.1.4}	
Informe del Comité del expediente clínico institucional.		V1 Expediente Clínico revisado que cumple criterios NOM (Número absoluto)	
Informe del Comité del expediente clínico institucional.		V2 Expediente Clínico revisado que cumplen y no cumplen criterios NOM (Número absoluto)	
Desagregación geográfica ^{5.1.5}		Frecuencia ^{5.1.6}	
Institucional.		Trimestral.	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}	
Explotación de registros administrativos.		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}	
No Disponible		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3} Según Institución.			
Comentarios técnicos ^{6.4}			
La norma a que se refiere el indicador se trata de NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico para consulta en http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/norma_oficial.pdf			

Porcentaje de pacientes referidos para atención médica					
1. Datos de relación programática del indicador ¹					
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023	
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos		
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados					
Alineación programática		PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2	PAEMAE Objetivo 1	
Prioridades^{1.6} Reforzar la vinculación entre las instituciones de salud dentro de las redes de servicios.					
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.					
2. Datos de identificación del indicador ²					
Nombre del indicador:^{2.1} Porcentaje de pacientes referidos para atención médica.			Identificador del indicador^{2.2}		III/H.
			No. de indicador		14
Dimensión a medir:^{2.3} Efectividad.			Definición:^{2.4} Proporción de pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico que han sido referidos para atención médica por instituciones públicas de salud.		
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de expedientes clínicos abiertos con referencia/Total de expedientes clínicos abiertos x 100			Unidad de medida:^{2.6} Porcentaje.		
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.			Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral..		
3. Características del indicador ³					
Claridad	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es específico para medir la referencia de pacientes en consulta externa. Relevancia: Identifica el grado de atención de las unidades hospitalarias respecto al cumplimiento de su función como instituciones de referencia del Sistema Nacional de Salud y el funcionamiento de las redes públicas de servicios de salud por niveles de atención. Economía: La información para alimentar el indicador está presente en los sistemas de información institucionales. Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales. Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables. Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.					
Serie de información disponible:^{3.8} Según Institución.					
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.					

4. Determinación de metas ⁴					
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}		
Valor	Año	Período	Valor	Según Institución.	
Según Institución.	Según Institución.	Según Institución.	Período de cumplimiento	Según Institución.	
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}		
Ascendente			Verde	Amarillo	Rojo
Factibilidad ^{4.5}		Media.	95% <=X <= 105%	90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%	X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵					
Variab les ^{5.1}					
Nombre ^{5.1.1}			Descripción de la variable ^{5.1.2}		
V1 Número de expedientes clínicos abiertos con referencia.			V1 Número de expedientes clínicos abiertos con referencia durante el periodo.		
V2 Total de expedientes clínicos abiertos.			V2 Total de expedientes clínicos abiertos durante el periodo.		
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}			Unidad de medida ^{5.1.4}		
Registros de consulta externa. Registros de Archivo Clínico del hospital.			V1 Expediente clínico abierto con referencia (Número absoluto) V2 Expediente clínico abierto (Número absoluto)		
Desagregación geográfica ^{5.1.5}			Frecuencia ^{5.1.6}		
Institucional.			Trimestral.		
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}			Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}		
Explotación de registros administrativos			Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre		
6. Referencias adicionales ⁶					
Referencia internacional ^{6.1}			Serie estadística ^{6.2}		
No Disponible.			Según Institución.		
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}					
Según Institución.					
Comentarios técnicos ^{6.4}					

Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría o curación						
1. Datos de relación del indicador						
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4} Prestación de Servicios Públicos						
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática	PND Objetivo 2.3		PROSESA Objetivo 2		PAEMAE Objetivo 1	
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.						
Objetivo: (Fin, Propósito, Componente o Actividad):^{1.7} Propósito: La población demandante recibe atención médica especializada con calidad de acuerdo a la vocación institucional.						
2. Datos de identificación del indicador						
Nombre del indicador:^{2.1} Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación.		Identificador del indicador^{2.2} No. de indicador 15		III/H.		
Dimensión a medir:^{2.3} Efectividad.		Definición:^{2.4} Proporción del número de pacientes que terminaron su estancia por mejoría o curación en la unidad hospitalaria.				
Método de cálculo:^{2.5} Número de egresos hospitalarios por mejoría o curación/Total de egresos hospitalarios x 100		Unidad de medida:^{2.6} Porcentaje.				
Desagregación geográfica:^{2.7} Nacional		Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral				
3. Características del indicador						
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}	
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco. Relevancia: Identifica el grado de efectividad clínica de la atención médica en las áreas hospitalarias. Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales. Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales. Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables. Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} Según Institución.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE: entidades ejecutoras del programa.						

4. Determinación de metas			
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor
Según Institución.	Según Institución.	Según Institución.	Según Institución.
Comportamiento del indicador hacia la meta			Período de cumplimiento
Ascendente			Según Institución.
Factibilidad ^{4.3}		Media.	Parámetros de semaforización ^{4.4}
			Verde
			Amarillo
			Rojo
			95% <=X <= 105%
			90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%
			X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variables ^{5.1}			
Nombre ^{5.1.1}		Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Número de egresos hospitalarios por mejoría o curación. V2 Total de egresos hospitalarios.		V1 Egresos hospitalarios por mejoría y curación. V2 Egresos hospitalarios totales.	
Fuentes(medios de verificación): ^{5.1.3}		Unidad de medida ^{5.1.4}	
Sistema Institucional de Egresos Hospitalarios y/o Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios.		V1 Egreso por mejoría o curación (Número absoluto)	
Sistema Institucional de Egresos Hospitalarios y/o Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios		V2 Egreso por cualquier causa (Número absoluto)	
Desagregación geográfica ^{5.1.5}		Frecuencia ^{5.1.6}	
Institucional.		Trimestral..	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}	
Explotación de registros administrativos.		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}	
No Disponible.		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}			
Según Institución.			
Comentarios técnicos ^{6.4}			
El indicador únicamente incluye en el numerador los egresos de pacientes en áreas hospitalarias que egresan por mejoría o curación. Excluye los egresos por traslado, alta voluntaria, defunción o fuga y otras causas de egreso.			

Porcentaje de egresos hospitalarios con diagnóstico definitivo CIE					
1. Datos de relación programática del indicador ¹					
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023	
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos		
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados					
Alineación programática		PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2	PAEMAE Objetivo 1	
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.					
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.					
2. Datos de identificación del indicador ²					
Nombre del indicador:^{2.1}		Identificador del indicador^{2.2}		III/C.E.	
Porcentaje de egresos hospitalarios con diagnóstico definitivo CIE.		No. de indicador		16	
Dimensión a medir:^{2.3} Efectividad.		Definición:^{2.4} Proporción de pacientes con diagnóstico de egreso en expediente clínico conforme a los criterios de clasificación internacional de enfermedades CIE-10.			
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de pacientes con diagnóstico de egreso CIE en expediente clínico/ Total de pacientes con diagnóstico de egreso en expediente clínico x 100		Unidad de medida:^{2.6} Porcentaje.			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.		Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.			
3. Características del indicador ³					
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Si
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es específico para medir los egresos hospitalarios con codificación CIE. Relevancia: Identifica el grado de efectividad clínica de la atención médica en las áreas hospitalarias. Economía: La información para alimentar el indicador está presente en los sistemas de información institucionales. Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales. Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables. Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.					
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.					
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.					

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período)			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}
Ascendente			Verde
Factibilidad ^{4.5}			Amarillo
Media.			Rojo
			95% <=X <= 105%
			90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%
			X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variables ^{5.1}			
Nombre ^{5.1.1}		Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Número de pacientes con diagnóstico de egreso CIE en expediente clínico. V2 Total de egresos hospitalarios.		V1 Número de pacientes cuyo diagnóstico de egreso se encuentra de acuerdo a la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, publicada por la Organización Mundial de la Salud. V2 Sumatoria de todos los egresos hospitalarios diarios del periodo con y sin codificación CIE.	
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}		Unidad de medida ^{5.1.4}	
Hoja de Egreso Hospitalario en Expediente Clínico.		V1 Paciente con diagnóstico de egreso CIE (Número absoluto)	
Registros hospitalarios/SAEH.		V2 Egresos hospitalarios (Número absoluto)	
Desagregación geográfica ^{5.1.5}		Frecuencia ^{5.1.6}	
Institucional.		Trimestral.	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}	
Explotación de registros administrativos.		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}	
International Classification of Diseases (ICD) World Health Organization en http://www.who.int/classifications/icd/en/Implementation of ICD en http://www.who.int/classifications/icd/implementation/en/ List of Official ICD-10 Updates en http://www.who.int/classifications/icd/icd10updates/en/ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en/ The International Classification of Diseases 11th Revision is due by 2018 en http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}		Según Institución.	
Comentarios técnicos ^{6.4} La interpretación del resultado del indicador se traducirá en la proporción de pacientes con diagnóstico clínico codificado y documentado en el expediente clínico del total de los egresos hospitalarios con hoja de egreso y expediente clínico. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, versión oficial vigente (CIE-10) en http://www.dgjis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/diagnostico.html			

Porcentaje de pacientes admitidos por patología no resuelta extrainstitucionalmente					
1. Datos de relación programática del indicador ¹					
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023	
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos		
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados					
Alineación programática	PND Objetivo 2.3		PROSESA Objetivo 2	PAEMAE Objetivo 1	
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.					
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.					
2. Datos de identificación del indicador ²					
Nombre del indicador:^{2.1} Porcentaje de pacientes admitidos por patología no resuelta extrainstitucionalmente			Identificador del indicador^{2.2} No. de indicador 16		III/C.E.
Dimensión a medir:^{2.3} Efectividad.			Definición:^{2.4} Proporción de ingresos a los diferentes servicios de hospitalización de pacientes admitidos, sin referencia, por patología no resuelta extrainstitucionalmente.		
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} $\frac{\text{Número de pacientes admitidos con patología no resuelta}}{\text{Total de pacientes admitidos}} \times 100$			Unidad de medida:^{2.6} Porcentaje.		
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.			Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.		
3. Características del indicador ³					
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Si
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es específico para medir los egresos hospitalarios con codificación CIE. Relevancia: Identifica el grado de efectividad clínica de la atención médica en las áreas hospitalarias. Economía: La información para alimentar el indicador está presente en los sistemas de información institucionales. Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales. Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables. Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.					
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.					
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.					

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}
Ascendente			Verde
Factibilidad ^{4.5}			Media.
			95% <=X <= 105%
			90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%
			X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variables ^{5.1}			
Nombre ^{5.1.1}		Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Número de pacientes admitidos con patología no resuelta.		V1 Número de pacientes con patología no resuelta extra-institucionalmente ingresados por las áreas de admisión continua, urgencias y consulta externa, sin referencia, para para continuar tratamiento hospitalario durante el periodo.	
V2 Total de pacientes admitidos x 100		V2 Número total de pacientes ingresados que recibieron atención hospitalaria.	
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}		Unidad de medida ^{5.1.4}	
Bases de datos de registro de pacientes en los servicios de admisión continua, urgencias y consulta externa.		V1 Paciente con patología no resuelta con ingreso hospitalario. (Número absoluto)	
Bases de datos de registro de pacientes en los servicios de admisión continua, urgencias y consulta externa.		V2 Paciente con ingreso hospitalario (Número absoluto)	
Desagregación geográfica ^{5.1.5}		Frecuencia ^{5.1.6}	
Institucional.		Trimestral.	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}	
Explotación de registro administrativo del Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH)		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}	
		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}			
Según Institución.			
Comentarios técnicos ^{6.4}			
Se considera patología no resuelta o parcialmente solucionada a aquella que ha superado la condición de urgencia y se encuentra en un estado de estabilización que le permite al paciente mantener en equilibrio sus funciones vitales manteniendo latente el riesgo de secuela funcional o evolución de la enfermedad.			

Tasa de reingreso hospitalario por patología no resuelta					
1. Datos de relación programática del indicador ¹					
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud	Identificador del programa^{1.2}		E023	
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos		
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados					
Alineación programática	PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2	PAEMAE Objetivo 1		
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.					
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.					
2. Datos de identificación del indicador ²					
Nombre del indicador:^{2.1}		Identificador del indicador^{2.2}		III/H.	
Tasa de reingreso hospitalario por patología no resuelta		No. de indicador		18	
Dimensión a medir:^{2.3} Efectividad.		Definición:^{2.4} Cociente de reingresos para recibir atención relacionada con el motivo del ingreso índice en un periodo menor a 30 días contados a partir del egreso.			
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de pacientes reingresados por patología no resuelta en los 30 días posteriores al alta/Total de egresos x 1000		Unidad de medida:^{2.6} Tasa x 1000 egresos.			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.		Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.			
3. Características del indicador ³					
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso para medir el número de defunciones en relación a los egresos. Relevancia: Identifica el nivel de efectividad de las unidades hospitalarias respecto al cumplimiento de su función como instituciones de referencia del Sistema Nacional de Salud y el funcionamiento de las redes públicas de servicios de salud por niveles de atención. Economía: La información para alimentar el indicador está presente en los sistemas de información institucionales. Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales. Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables. Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.					
Serie de información disponible:^{3.8} Según Institución.					
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.					

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período)^{4.1}			Meta y período de cumplimiento^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor
Según Institución.	Según Institución.	Según Institución.	Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta^{4.3}			Parámetros de semaforización^{4.4}
Descendente.			Verde
Factibilidad^{4.5}			Amarillo
		Media.	Rojo
			90% ≤ X < 95% ó 105% < X ≤ 110%
			X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variables^{5.1}			
Nombre^{5.1.1}		Descripción de la variable^{5.1.2}	
V1 Número de pacientes reingresados por patología no resuelta en los 30 días posteriores al alta.		V1 Número de pacientes reingresados para recibir atención relacionada con el motivo del ingreso índice en un periodo no mayor a 30 días y con diagnóstico o procedimientos relacionados con el ingreso índice, durante el periodo.	
V2 Total de egresos.		V2 Número total de pacientes que recibieron egreso hospitalario durante el periodo.	
Fuentes (medios de verificación)^{5.1.3}		Unidad de medida^{5.1.4}	
Registro diario de ingresos y egresos de hospitalización. Hoja de alta hospitalaria/SAEH.		V1 Paciente reingresado (Número absoluto)	
Registro diario de ingresos y egresos de hospitalización. Hoja de alta hospitalaria/SAEH.		V2 Paciente egresado (Número absoluto)	
Desagregación geográfica^{5.1.5} Institucional.		Frecuencia^{5.1.6} Trimestral..	
Método de recopilación de datos^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información^{5.1.8}	
Explotación de registro administrativo		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional^{6.1}		Serie estadística^{6.2}	
No Disponible		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador^{6.3}			
Según Institución.			
Comentarios técnicos^{6.4} Se considera ingreso índice al ingreso previo del paciente a la unidad hospitalaria. El reingreso hospitalario se define como el episodio de hospitalización de un paciente, que se produce en un periodo menor a 30 días, tras el ingreso índice, siempre y cuando los diagnósticos de ingreso en ambos casos tengan relación clínica. En la instrumentación del indicador no se incluyen pacientes que fueron ingresados transitoriamente o egresados voluntariamente.			

Tasa bruta de mortalidad hospitalaria					
1. Datos de relación programática del indicador ¹					
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023	
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos		
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados					
Alineación programática	PND Objetivo 2.3		PROESA Objetivo 2	PAEMAE Objetivo 1	
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.					
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.					
2. Datos de identificación del indicador ²					
Nombre del indicador:^{2.1} Tasa bruta de mortalidad hospitalaria.			Identificador del indicador^{2.2}	III/H.	
			No. de indicador 19		
Dimensión a medir:^{2.3} Efectividad.			Definición:^{2.4} Cociente de la relación entre el número de egresos por defunción y el total de egresos hospitalarios.		
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de defunciones hospitalarias/Total de egresos x 100			Unidad de medida:^{2.6} Tasa x 1000 egresos.		
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.			Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral..		
3. Características del indicador ³					
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Justificación de las características:^{3.7}					
Claridad: El indicador es preciso para medir el número de defunciones en relación a los egresos.					
Relevancia: Identifica el nivel de efectividad de las unidades hospitalarias respecto al cumplimiento de su función como instituciones de referencia del Sistema Nacional de Salud y el funcionamiento de las redes públicas de servicios de salud por niveles de atención.					
Economía: La información para alimentar el indicador está presente en los sistemas de información institucionales.					
Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales.					
Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables.					
Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.					
Serie de información disponible:^{3.8} Según Institución.					
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.					

4. Determinación de metas ⁴				
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}	
Valor	Año	Período	Valor	Según Institución
Según Institución.	Según Institución.	Según Institución.	Período de cumplimiento	Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}	
Descendente.			Verde	Amarillo
Factibilidad ^{4.5}			Media.	Rojo
			95% ≤ X ≤ 105%	90% ≤ X < 95% ó 105% < X ≤ 110%
				X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵				
Variables ^{5.1}				
Nombre ^{5.1.1}			Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Número de defunciones hospitalarias.			V1 Número total de defunciones hospitalarias durante el periodo.	
V2 Total de egresos.			V2 Número total de egresos durante el periodo.	
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}			Unidad de medida ^{5.1.4}	
Registros de hospitalización. Sistema de Información Estadística Hospitalario/SAEH			V1 Defunción hospitalaria (Número absoluto) V2 Egreso hospitalario (Número absoluto)	
Desagregación geográfica ^{5.1.5}			Frecuencia ^{5.1.6}	
Institucional.			Trimestral.	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}			Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}	
Explotación de registros administrativos.			Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶				
Referencia internacional ^{6.1}			Serie estadística ^{6.2}	
No Disponible			Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}				
Según Institución.				
Comentarios técnicos ^{6.4}				

Tasa ajustada de mortalidad hospitalaria (48 horas)					
1. Datos de relación programática del indicador¹					
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023	
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos		
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados					
Alineación programática	PND Objetivo 2.3	PROESA Objetivo 2	PAEMAE Objetivo 1		
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.					
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.					
2. Datos de identificación del indicador²					
Nombre del indicador:^{2.1} Tasa ajustada de mortalidad hospitalaria (48 horas)		Identificador del indicador^{2.2} No. de indicador 20		III/H.	
Dimensión a medir:^{2.3} Efectividad.		Definición:^{2.4} Cociente de defunciones ocurridas con más de 48 horas de estancia en relación al total de egresos hospitalarios.			
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Defunciones ocurridas con más de 48 horas de estancia hospitalaria/Total de egresos x 1000		Unidad de medida:^{2.6} Tasa x 1000 egresos.			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.		Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral..			
3. Características del indicador³					
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Justificación de las características:^{3.7}					
Claridad: El indicador es específico para medir la Tasa ajustada de mortalidad hospitalaria como indicador de calidad de los procedimientos quirúrgicos.					
Relevancia: Evalúa la orientación de las unidades hospitalarias respecto al cumplimiento de su función como instituciones de referencia del Sistema Nacional de Salud y el funcionamiento de las redes públicas de servicios de salud por niveles de atención.					
Economía: La información para alimentar el indicador está presente en los sistemas de información institucionales.					
Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales.					
Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables.					
Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.					
Serie de información disponible:^{3.8} Según Institución.					
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.					

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor
Según Institución.	Según Institución.	Según Institución.	Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}
Descendente			Verde
Factibilidad ^{4.5}			Amarillo
			Rojo
			90% <= X <
			X < 90%
			ó
			X > 110%
			105% < X <=
			105% < X <= 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variables ^{5.1}			
Nombre ^{5.1.1}		Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Defunciones ocurridas con más de 48 horas de estancia hospitalaria.		V1 Número total de defunciones ocurridas después de 48 horas de estancia hospitalaria.	
V2 Total de egresos.		V2 Número total de egresos hospitalarios.	
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}		Unidad de medida ^{5.1.4}	
Registros de hospitalización/SAEH.		V1 Defunción con posterioridad a 48 hrs. del ingreso hospitalario (Número absoluto)	
		V2 Egreso hospitalario (Número absoluto)	
Desagregación geográfica ^{5.1.5}		Frecuencia ^{5.1.6}	
Institucional.		Trimestral..	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}	
Explotación de registro administrativo.		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}	
No Disponible.		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}			
Según Institución.			
Comentarios técnicos ^{6.4}			

Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de calidad en atención hospitalaria superior a 80 puntos						
1. Datos de relación del indicador ¹						
Programa presupuestario^{1.1}	E023	Identificador del programa^{1.2}			E023	
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática		PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2		PAEMAE Objetivo 1	
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador ²						
Nombre del indicador:^{2.1}			Identificador del indicador^{2.2}		III/H.	
Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de calidad de atención hospitalaria recibida superior a 80 puntos.			No. de indicador 21			
Dimensión a medir:^{2.3} Calidad.			Definición:^{2.4} Proporción de satisfacción de los receptores de la atención médica con los servicios hospitalarios de las unidades hospitalarias.			
Método de cálculo:^{2.5} Número de usuarios con percepción de satisfacción de calidad de atención hospitalaria recibida superior a 80 puntos/Total de usuarios en atención hospitalaria encuestados x 100			Unidad de medida:^{2.6} Porcentaje.			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.			Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.			
3. Características del indicador ³						
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}	
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Justificación de las características:^{3.7}						
Claridad: El indicador es preciso e inequívoco						
Relevancia: Conocer la satisfacción de los usuarios de los servicios médicos hospitalarios proporcionados por la institución.						
Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales.						
Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales.						
Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la información requerida.						
Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} Según Institución.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.						
4. Determinación de metas ⁴						

Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}		
Valor	Año	Período	Valor	Según Institución.	
Según Institución.	Según Institución.	Según Institución.	Período de cumplimiento	Según Institución.	
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}		
Ascendente			Verde	Amarillo	Rojo
Factibilidad	Media		95% <=X <= 105%	90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%	X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵					
Variables ^{5.1}					
Nombre ^{5.1.1}			Descripción de la variable ^{5.1.2}		
V1 Número de usuarios con percepción de satisfacción de calidad de atención hospitalaria recibida superior a 80 puntos. V2 Total de usuarios en atención hospitalaria encuestados.			V1 Número total de usuarios con percepción de satisfacción de calidad de atención hospitalaria recibida superior a 80 puntos V2 Número total de usuarios en atención hospitalaria encuestados.		
Fuentes (medios de verificación): ^{5.1.3}			Unidad de medida ^{5.1.4}		
Informe de la encuesta de satisfacción.			V1 Usuario encuestado con percepción de satisfacción mayor a 80% (Número absoluto) V2 Usuario encuestado (Número total)		
Desagregación geográfica ^{5.1.5}			Frecuencia ^{5.1.6}		
Institucional.			Trimestral.		
Método de recopilación de datos ^{6.1}			Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}		
Encuesta.			Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre		
6. Referencias adicionales ⁶					
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}			
No Disponible.		Según Institución.			
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}					
Según Institución.					
Comentarios técnicos ^{6.4}					
Las encuestas son las aplicadas a usuarios de las áreas de atención hospitalaria.					

Porcentaje de auditorías clínicas incorporadas					
1. Datos de relación programática del indicador ¹					
Programa presupuestario^{1.1}	E023	Identificador del programa^{1.2}		E023	
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}		Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados.					
Alineación programática		PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2	PAEMAE Objetivo 1	
Prioridades^{1.6} Otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica.					
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.					
2. Datos de identificación del indicador ²					
Nombre del indicador:^{2.1}		Identificador del indicador^{2.2}		III/H.	
Porcentaje de auditorías clínicas incorporadas.		No. de indicador 10			
Dimensión a medir:^{2.3} Efectividad.		Definición:^{2.4} Proporción de cumplimiento de las auditorías clínicas programadas.			
Método de cálculo:^{2.5} Número de auditorías clínicas realizadas/Número de auditorías clínicas programadas x 100		Unidad de medida:^{2.6} Porcentaje.			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.		Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.			
3. Características del indicador ³					
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco. Relevancia: Contribuye al cumplimiento de las acciones de auditoría, esenciales para evaluar la calidad de la atención médica a partir de un proceso de autoevaluación. Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales. Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales. Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer el grado de cumplimiento de las actividades programadas. Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.					
Serie de información disponible:^{3.8} Según Institución.					
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.					

4. Determinación de metas ⁴				
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}	
Valor	Año	Período	Valor	Según Institución.
Según Institución.	Según Institución.	Según Institución.	Período de cumplimiento	Según Institución.
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}	
Ascendente			Verde	Amarillo
Factibilidad	Media.		95% ≤ X ≤ 105%	90% ≤ X < 95% ó 105% < X ≤ 110%
				X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵				
Variables ^{5.1}				
Nombre ^{5.1.1}			Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Número de auditorías clínicas realizadas.			V1 Número total de auditorías clínicas realizadas.	
V2 Número de auditorías clínicas programadas.			V2 Número total de auditorías clínicas programadas.	
Fuentes (medios de verificación): ^{5.1.3}			Unidad de medida ^{5.1.4}	
Informe de resultados de auditoría clínica			V1 Auditoría realizada (Número absoluto) V2 Auditoría programada (Número absoluto)	
Desagregación geográfica ^{5.1.5}			Frecuencia ^{5.1.6}	
Institucional.			Trimestral.	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}			Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}	
Explotación de registro administrativo.			Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶				
Referencia internacional ^{6.1}			Serie estadística ^{6.2}	
No Disponible.			Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}				
Según Institución.				
Comentarios técnicos ^{6.4}				
<p>La auditoría clínica es una metodología para realizar la revisión sistematizada de criterios explícitos de la atención médica otorgada y los resultados clínicos obtenidos en un tópico particular para la implementación de acciones de mejora mediante la contrastación con estándares de referencia para los diferentes aspectos de estructura, procesos y resultados.</p> <p>Los hallazgos de la auditoría forman parte de un proceso de mejora continua institucional cuyo objetivo es favorecer el mejor desempeño clínico bajo acciones auto-promovidas.</p>				

Proporción de cirugías programadas realizadas					
1. Datos de relación programática del indicador ¹					
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023	
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos		
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados					
Alineación programática	PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2		PAEMAE Objetivo 1	
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.					
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.					
2. Datos de identificación del indicador ²					
Nombre del indicador:^{2.1} Proporción de cirugías programadas realizadas		Identificador del indicador^{2.2} No. de indicador 23		IV/C.	
Dimensión a medir:^{2.3} Eficiencia.		Definición:^{2.4} Proporción de intervenciones quirúrgicas realizadas con equipo quirúrgico completo en relación con las programadas durante el periodo.			
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de intervenciones quirúrgicas realizadas/Total de intervenciones quirúrgicas programadas*100		Unidad de medida:^{2.6} Porcentaje.			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.		Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.			
3. Características del indicador ³					
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es específico para medir la utilización de consultorios en consulta externa. Relevancia: Identifica el grado de eficiencia de las unidades hospitalarias respecto al cumplimiento de su función como instituciones de referencia del Sistema Nacional de Salud y el funcionamiento de las redes públicas de servicios de salud por niveles de atención. Economía: La información para alimentar el indicador está presente en los sistemas de información institucionales. Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales. Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables. Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.					
Serie de información disponible:^{3.8} Según Institución.					
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.					
4. Determinación de metas ⁴					

Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}		
Valor	Año	Período	Valor	Según Institución.	
Según Institución.	Según Institución.	Según Institución.	Período de cumplimiento	Según Institución.	
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}		
Ascendente			Verde	Amarillo	Rojo
Factibilidad ^{4.5}		Media.	95% <=X <= 105%	90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%	X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵					
Variables ^{5.1}					
Nombre ^{5.1.1}			Descripción de la variable ^{5.1.2}		
V1 Número de intervenciones quirúrgicas realizadas.			V1 Número de intervenciones que se realizan, en tiempo, forma y con equipo quirúrgico completo, en la sala de cirugía conforme a la programación quirúrgica durante el periodo.		
V2 Total de intervenciones quirúrgicas programadas.			V2 Número de intervenciones quirúrgicas programadas durante el periodo.		
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}			Unidad de medida ^{5.1.4}		
Hoja de programación quirúrgica.			V1 Cirugía realizada (Número absoluto) V2 Cirugía programada (Número absoluto)		
Desagregación geográfica ^{5.1.5}			Frecuencia ^{5.1.6}		
Institucional.			Trimestral..		
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}			Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}		
Explotación de registro administrativo.			Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre		
6. Referencias adicionales ⁶					
Referencia internacional ^{6.1}			Serie estadística ^{6.2}		
No Disponible.			Según Institución.		
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}					
Según Institución.					
Comentarios técnicos ^{6.4}					
Se considera sala de cirugía (u operaciones) al área o local de la unidad hospitalaria dotada de personal, mobiliario, equipo e instalaciones para la ejecución de procedimientos quirúrgicos, que cuenta con equipo quirúrgico completo para todos los turnos. Se denomina equipo quirúrgico al personal que participa en una intervención quirúrgica y éste se considera completo cuando cuenta con cirujano, anestesiólogo e instrumentista.					

Índice de utilización de salas de cirugía					
1. Datos de relación programática del indicador ¹					
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud	Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}		Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados					
Alineación programática	PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2	PAEMAE Objetivo 1		
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.					
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.					
2. Datos de identificación del indicador ²					
Nombre del indicador:^{2.1} Índice de utilización de salas de cirugía.		Identificador del indicador^{2.2} No. de indicador 24		IV/C.	
Dimensión a medir:^{2.3} Eficiencia.		Definición:^{2.4} Medida de la utilización de salas de operaciones en relación a la duración programada de las intervenciones quirúrgicas, durante el periodo.			
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de cirugías programadas realizadas x Sumatoria de tiempo quirúrgico de cada cirugía/Número de salas de operaciones x días laborables.		Unidad de medida:^{2.6} Índice			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.		Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.			
3. Características del indicador ³					
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Si
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es específico para medir la utilización de consultorios en consulta externa. Relevancia: Identifica el grado de eficiencia de las unidades hospitalarias respecto al cumplimiento de su función como instituciones de referencia del Sistema Nacional de Salud y el funcionamiento de las redes públicas de servicios de salud por niveles de atención. Economía: La información para alimentar el indicador está presente en los sistemas de información institucionales. Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales. Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables. Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.					
Serie de información disponible:^{3.8} Según Institución.					
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.					

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor Según Institución.
Según Institución.	Según Institución.	Según Institución.	Período de cumplimiento Según Institución.
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}
Ascendente			Verde Amarillo Rojo
Factibilidad ^{4.5}		Media.	95% <=X <= 105% 90%<=X< 95% ó 105% <X <= 110% X<90% ó X>110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variables ^{5.1}			
Nombre ^{5.1.1}		Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Número de cirugías programadas realizadas. V2 Sumatoria de tiempo quirúrgico de cada cirugía. V3 Número de salas de operaciones. V4 días laborables.		V1 Número de intervenciones que se realizan, en tiempo y con equipo quirúrgico completo, en la sala de cirugía conforme a la programación quirúrgica durante el periodo. V2 Número total de horas para todas las intervenciones quirúrgicas programadas durante el periodo. V3 Número total de salas de operaciones con programación quirúrgica en la unidad hospitalaria durante el periodo. V4 Número total de días trabajados en las salas de operaciones con programación quirúrgica.	
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}		Unidad de medida ^{5.1.4}	
Hoja de programación quirúrgica.		V1 Cirugía realizada (Número absoluto) V2 Cirugía programada (Número absoluto) V3 Sala de operación funcional (Número absoluto) V4 Día trabajado (Número absoluto)	
Desagregación geográfica ^{5.1.5}		Frecuencia ^{5.1.6}	
Institucional.		Mensual.	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}	
Explotación de registro administrativo.		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}	
No Disponible.		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}		Según Institución.	
Comentarios técnicos ^{6.4} Se considera sala de cirugía (u operaciones) al área o local de la unidad hospitalaria dotada de personal, mobiliario, equipo e instalaciones para la ejecución de procedimientos quirúrgicos, que cuenta con equipo quirúrgico completo para todos los turnos. Se denomina equipo quirúrgico al personal que participa en una intervención quirúrgica y éste se considera completo cuando cuenta con cirujano, anestesiólogo e instrumentista. Los días laborables o laborales son los días naturales que se trabajan. Se considera que generalmente una unidad hospitalaria labora todos los días naturales del año.			

Porcentaje de cirugías ambulatorias					
1. Datos de relación programática del indicador ¹					
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023	
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos		
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados					
Alineación programática	PND Objetivo 2.3		PROSESA Objetivo 2		PAEMAE Objetivo 1
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.					
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.					
2. Datos de identificación del indicador ²					
Nombre del indicador:^{2.1} Porcentaje de cirugías ambulatorias		Identificador del indicador^{2.2} No. de indicador 25		IV/C.	
Dimensión a medir:^{2.3} Eficiencia.		Definición:^{2.4} Proporción de intervenciones quirúrgicas mayores realizadas a pacientes ambulatorios en relación con el total de cirugías mayores realizadas durante el periodo.			
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de cirugías ambulatorias/Total de cirugías realizadas. X 100		Unidad de medida:^{2.6} Porcentaje.			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.		Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral..			
3. Características del indicador ³					
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es específico para medir la utilización de consultorios en consulta externa. Relevancia: Identifica el grado de eficiencia de las unidades hospitalarias respecto al cumplimiento de su función como instituciones de referencia del Sistema Nacional de Salud y el funcionamiento de las redes públicas de servicios de salud por niveles de atención. Economía: La información para alimentar el indicador está presente en los sistemas de información institucionales. Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales. Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables. Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.					
Serie de información disponible:^{3.8} Según Institución.					
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.					

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor
Según Institución	Según Institución.	Según Institución.	Según Institución.
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Período de cumplimiento
Ascendente			Según Institución.
Factibilidad ^{4.5}		Media.	Parámetros de semaforización ^{4.4}
			Verde
			Amarillo
			Rojo
			95% <=X <= 105%
			90%<=X< 95% ó 105% <X <= 110%
			X<90% ó X>110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variables ^{5.1}			
Nombre ^{5.1.1}		Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Número de cirugías ambulatorias.		V1 Número de intervenciones quirúrgicas mayores ambulatorias que se realizan, en tiempo y con equipo quirúrgico completo, en la sala de cirugía conforme a la programación quirúrgica durante el periodo.	
V2 Total de cirugías realizadas.		V2 Número de intervenciones quirúrgicas mayores ambulatorias y no ambulatorias realizadas durante el periodo.	
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}		Unidad de medida ^{5.1.4}	
Hoja de programación quirúrgica.		V1 Cirugía mayor ambulatoria realizada (Número absoluto)	
		V2 Cirugía mayor (Número absoluto)	
Desagregación geográfica ^{5.1.5}		Frecuencia ^{5.1.6}	
Institucional.		Trimestral.	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}	
Explotación de registro administrativo.		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}	
Carlos Martínez-Ramos. Cirugía Mayor Ambulatoria. Concepto y Evolución, Reduca (Recursos Educativos). Serie Medicina. 1 (1): 294-304, 2009 ISSN: 1989-5003 en: http://www.revistareduca.es/index.php/reduca/article/viewFile/61/91		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3} Según Institución.			
Comentarios técnicos ^{6.4} Para la instrumentación del indicador se considerará cirugía mayor ambulatoria, aquella cirugía en la que se atienden procesos quirúrgicos de mediana complejidad, realizados con cualquier tipo de anestesia y que requieren cuidados postoperatorios no intensivos y de corta duración, que no exigen que el paciente ingrese con antelación a la operación, ni que tras la misma quede ingresado en el hospital. Es decir en la cirugía mayor ambulatoria el paciente acude al hospital el mismo día de la intervención y tras ésta regresa a su domicilio. Se considera sala de cirugía (u operaciones) al área o local de la unidad hospitalaria dotada de personal, mobiliario, equipo e instalaciones para la ejecución de procedimientos quirúrgicos, que cuenta con equipo quirúrgico completo para todos los turnos. Se denomina equipo quirúrgico al personal que participa en una intervención quirúrgica y éste se considera completo cuando cuenta con cirujano, anestesiólogo e instrumentista.			

Porcentaje de diferimiento quirúrgico por cirugía electiva					
1. Datos de relación programática del indicador ¹					
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023	
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos		
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados					
Alineación programática		PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2	PAEMAE Objetivo 1	
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.					
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.					
2. Datos de identificación del indicador ²					
Nombre del indicador:^{2.1} Porcentaje de diferimiento quirúrgico por cirugía electiva.		Identificador del indicador^{2.2}		IV. C.	
		No. de indicador 26			
Dimensión a medir:^{2.3} Eficiencia.		Definición:^{2.4} Proporción de procedimientos quirúrgicos que se llevan a cabo 7 días después de programados.			
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de cirugías electivas realizadas 7 días después de solicitada/Total de pacientes operados por cirugía electiva X100		Unidad de medida:^{2.6} Porcentaje.			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.		Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.			
3. Características del indicador ³					
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Justificación de las características:^{3.7}					
Claridad: El indicador es específico para medir la utilización de consultorios en consulta externa.					
Relevancia: Identifica el grado de eficiencia de las unidades hospitalarias respecto al cumplimiento de su función como instituciones de referencia del Sistema Nacional de Salud y el funcionamiento de las redes públicas de servicios de salud por niveles de atención.					
Economía: La información para alimentar el indicador está presente en los sistemas de información institucionales.					
Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales.					
Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables.					
Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.					
Serie de información disponible:^{3.8} Según Institución.					
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.					

4. Determinación de metas ⁴				
Línea base, valor y fecha (año y período)^{4.1}			Meta y período de cumplimiento^{4.2}	
Valor	Año	Período	Valor	Según Institución.
Según Institución n.	Según Institución.	Según Institución.	Período de cumplimiento	Según Institución.
Comportamiento del indicador hacia la meta^{4.3}			Parámetros de semaforización^{4.4}	
Descendente			Verde	Amarillo
Factibilidad^{4.5}			95% $\leq X \leq$ 105%	90% $\leq X <$ 95% ó 105% $< X \leq$ 110%
Media.			Rojo	X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵				
Variables^{5.1}				
Nombre^{5.1.1}			Descripción de la variable^{5.1.2}	
V1 Número de cirugías electivas realizadas después de 7 días de solicitada la cirugía			V1 Número de cirugías electivas llevadas a cabo después de 7 días de solicitada durante el periodo.	
V2 Total de pacientes operados por cirugía electiva			V2 Total de pacientes operados en forma electiva durante el periodo.	
Fuentes (medios de verificación)^{5.1.3}			Unidad de medida^{5.1.4}	
Hoja de programación quirúrgica.			V1 Cirugías diferidas 7 días después de su programación quirúrgica. V2 Cirugías electivas programadas.	
Desagregación geográfica^{5.1.5}			Frecuencia^{5.1.6}	
Institucional.			Trimestral.	
Método de recopilación de datos^{5.1.7}			Fecha de disponibilidad de información^{5.1.8}	
Explotación de registro administrativo.			Períodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶				
Referencia internacional^{6.1}			Serie estadística^{6.2}	
No Disponible.			Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador^{6.3}				
Según Institución.				
Comentarios técnicos^{6.4}				

Porcentaje de diferimiento quirúrgico por saturación de cirugía electiva						
1. Datos de relación programática del indicador ¹						
Programa presupuestario^{1.1}		E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}		E023
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}				Prestación de Servicios Públicos		
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática		PND Objetivo 2.3	PROESA Objetivo 2		PAEMAE Objetivo 1	
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador ²						
Nombre del indicador:^{2.1} Porcentaje de diferimiento quirúrgico por saturación de cirugía electiva.			Identificador del indicador^{2.2}		IV/C.	
			No. de indicador 27			
Dimensión a medir:^{2.3} Eficiencia.			Definición:^{2.4} Proporción de cirugías electivas con diferimiento posterior a 7 días de establecida su necesidad de realización.			
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de cirugías electivas realizadas después de 7 días de establecida la necesidad de cirugía/Total de pacientes operados por cirugía electiva X 100			Unidad de medida:^{2.6} Porcentaje.			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.			Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.			
3. Características del indicador ³						
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}	
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Si	
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es específico para medir de la proporción del diferimiento quirúrgico. Relevancia: Identifica el grado de eficiencia de las unidades hospitalarias respecto al cumplimiento de su función como instituciones de referencia del Sistema Nacional de Salud y el funcionamiento de las redes públicas de servicios de salud por niveles de atención. Economía: La información para alimentar el indicador está presente en los sistemas de información institucionales. Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales. Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables. Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} Según Institución.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.						
4. Determinación de metas ⁴						

Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}		
Valor	Año	Período	Valor	Según Institución	
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Período de cumplimiento	Según Institución	
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}		
Descendente.			Verde	Amarillo	Rojo
Factibilidad ^{4.5}		Media.	95% <=X <= 105%	90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%	X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵					
Variables ^{5.1}					
Nombre ^{5.1.1}			Descripción de la variable ^{5.1.2}		
V1 Número de cirugías electivas realizadas después de 7 días de establecida la necesidad de cirugía			V1 Número de cirugías electivas realizadas después de 7 días de establecida la necesidad de cirugía durante el periodo.		
V2 Total de cirugías electivas realizadas.			V2 Total de cirugías electivas durante el período.		
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}			Unidad de medida ^{5.1.4}		
Hoja de programación quirúrgica.			V1 Cirugía realizada 7 días después de establecida la necesidad de llevarse a cabo (Número absoluto) V2 Cirugía realizada (Número absoluto)		
Desagregación geográfica ^{5.1.5}			Frecuencia ^{5.1.6}		
Institucional.			Trimestral.		
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}			Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}		
Explotación de registro administrativo.			Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre		
6. Referencias adicionales ⁶					
Referencia internacional ^{6.1}			Serie estadística ^{6.2}		
No Disponible.			Según Institución.		
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}					
Según Institución.					
Comentarios técnicos ^{6.4}					

Porcentaje de uso de la hoja de cirugía segura					
1. Datos de relación programática del indicador ¹					
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023	
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos		
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados					
Alineación programática	PND Objetivo 2.3	PROESA Objetivo 2	PAEMAE Objetivo 1		
Prioridades^{1.6} Desarrollar y aplicar políticas, modelos, procedimientos e indicadores de carácter técnico destinados a mejorar el funcionamiento y operación de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.					
Objetivo: (Fin, Propósito, Componente o Actividad):^{1.7} Fin: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.					
2. Datos de identificación del indicador ²					
Nombre del indicador:^{2.1} Porcentaje de uso de la hoja de cirugía segura.			Identificador del indicador^{2.2}	IV/C.	
Dimensión a medir:^{2.3} Calidad.			No. de indicador 28		
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de expedientes clínicos con hoja de cirugía segura/Total de expedientes clínicos de procedimientos quirúrgicos x 100			Definición:^{2.4} Proporción de utilización de una Check list de Cirugía Segura durante tres periodos perioperatorios: 1) el periodo previo a la administración de anestesia; 2) el periodo previo a la incisión en la piel; y 3) el periodo de cierre de incisión y previo a la salida del paciente de la sala de intervención.		
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.			Unidad de medida:^{2.6} Porcentaje		
			Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.		
3. Características del indicador ³					
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal³
Si	Si	Si	Si	Si	Si
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es específico para la medición del porcentaje de utilización de la hoja de cirugía segura en pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos. Relevancia: El indicador mide el grado de seguridad otorgada al paciente antes, durante y después del proceso quirúrgico. Economía: La información para alimentar el indicador está presente en los sistemas de información institucionales. Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales. Adecuado: Permite conocer el grado de cumplimiento. Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.					
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.					
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.					

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}
Ascendente			Verde
Factibilidad ^{4.5}		Media.	Amarillo
			Rojo
			95% <=X <= 105%
			90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%
			X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variables ^{5.1}		Nombre ^{5.1.1}	Descripción de la variable ^{5.1.2}
V1 Número de expedientes clínicos con hoja de cirugía segura requisitada. V2 Total de expedientes clínicos de procedimientos quirúrgicos.			V1 Hoja de cirugía segura requisitada e integrada al expediente clínico durante el periodo. V2 Expedientes clínicos de pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos durante el periodo.
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}			Unidad de medida ^{5.1.4}
Expediente clínico.			V1 Hoja de cirugía segura requisitada. V2 Expedientes clínicos con procedimientos quirúrgicos.
Desagregación geográfica ^{5.1.5}			Frecuencia ^{5.1.6}
Institucional.			Trimestral.
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}			Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}
Explotación de registros administrativos			Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}	
Specifications manual for national hospital inpatient quality measures, version 4.4a. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), The Joint Commission; 2015 Jan. various p.		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3} Según Institución.			
Comentarios técnicos ^{6.4} Se valora el cumplimiento del indicador para dos situaciones diferentes: A) El reporte es "Sí" o "No", en función de la presencia o ausencia de la lista de verificación en el centro. Se le debe pedir una copia de la check list a los gestores o responsables del centro. B) Evaluación de una muestra representativa de expedientes de pacientes quirúrgicos en los que se valora: a. Presencia de la check list en el expediente. b. Cumplimentación de los ítems relacionados con el <u>periodo previo a la administración de anestesia</u> (Reporte de cumplimentación: Total/Parcial/Nula y/o Porcentaje). c. Cumplimentación de los ítems relacionados con el <u>periodo previo a la incisión en piel</u> (Reporte de cumplimentación: Total/Parcial/Nula y/o Porcentaje). d. Cumplimentación de los ítems relacionados con el <u>periodo de cierre de incisión y previo a la salida del paciente de la sala de intervención</u> (Reporte de cumplimentación: Total/Parcial/Nula y/o Porcentaje). e. Porcentaje de ítems cumplimentados sobre el total de ítems de la check list. La lista de verificación tiene formato diferente en cada centro, por lo que los porcentajes se hacen sobre el total de ítems disponibles de los periodos mencionados arriba, comunes a todos los centros y basados en la check list original de OMS.			

Índice de cirugía de alta especialidad					
1. Datos de relación programática del indicador¹					
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023	
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos		
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados					
Alineación programática		PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2	PAEMAE Objetivo 1	
Prioridades^{1.6} Impulsar la creación y desarrollo de áreas especializadas para atender a grupos específicos de pacientes.					
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.					
2. Datos de identificación del indicador²					
Nombre del indicador:^{2.1}		Identificador del indicador^{2.2}		IV/C.	
Índice de cirugía de alta especialidad.		No. de indicador 29			
Dimensión a medir:^{2.3} Eficacia.		Definición:^{2.4} Cantidad de procedimientos quirúrgicos de alta especialidad realizados con relación al total de procedimientos quirúrgicos.			
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de procedimientos quirúrgicos de alta especialidad/ Total de procedimientos quirúrgicos		Unidad de medida:^{2.6} Índice			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.		Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.			
3. Características del indicador³					
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreables^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Si
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es específico para medir el impacto de la actividad quirúrgica por complejidad. Relevancia: Evalúa la orientación de las unidades hospitalarias respecto al cumplimiento de su función como instituciones de referencia del Sistema Nacional de Salud y el funcionamiento de las redes públicas de servicios de salud por niveles de atención. Economía: La información para alimentar el indicador está presente en los sistemas de información institucionales. Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales. Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer el impacto de la actividad. Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.					
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.					
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.					

4. Determinación de metas ⁴				
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}	
Valor	Año	Período	Valor	Según Institución
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Período de cumplimiento	Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}	
Ascendente			Verde	Amarillo
Factibilidad ^{4.5}			95% <=X <= 105%	Rojo
Media.			90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%	X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵				
Variabes ^{5.1}				
Nombre ^{5.1.1}		Descripción de la variable ^{5.1.2}		
V1 Número de procedimientos quirúrgicos de alta especialidad. V2 Total de procedimientos quirúrgicos.		V1 Número de procedimientos quirúrgicos de alta especialidad realizados durante el periodo. V2 Número total de procedimientos quirúrgicos realizados durante el periodo.		
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}		Unidad de medida ^{5.1.4}		
Informe diario de cirugías realizadas.		V1 Procedimiento quirúrgico de alta especialidad (Número absoluto) V2 Procedimientos quirúrgico realizado (Número absoluto)		
Desagregación geográfica ^{5.1.5}		Frecuencia ^{5.1.6}		
Institucional.		Trimestral.		
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}		
Explotación de registros administrativos.		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre		
6. Referencias adicionales ⁶				
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}		
No Disponible.		Según Institución.		
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}				
Según Institución.				
Comentarios técnicos ^{6.4}				
Las cirugías de alta especialidad se definen operacionalmente como aquellas que por su elevada complejidad se realizan en centros especializados por cirujanos particularmente entrenados en especialidades quirúrgicas específicas, cuya ejecución consume varias horas, requieren de instrumental y equipo de alta tecnología, así como apoyo biotecnológico y soporte de Terapia Intensiva, Banco de Sangre, Laboratorio Clínico y Radiología e Imagen, entre otros, disponibles las 24 horas. Para la instrumentación del indicador cada unidad hospitalaria, con base en la definición operacional, tendrá que confeccionar el Listado Institucional de Cirugías de Alta Especialidad que quedarán sujetas a medición, considerándolo como anexo del indicador.				

Tasa de complicaciones quirúrgicas					
1. Datos de relación programática del indicador ¹					
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud	Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}		Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados					
Alineación programática	PND Objetivo 2.3	PROESA Objetivo 2	PAEMAE Objetivo 1		
Prioridades^{1.6} Promover que la atención favorezca el diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado, limitación del daño y la rehabilitación de los pacientes.					
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.					
2. Datos de identificación del indicador ²					
Nombre del indicador:^{2.1} Tasa de complicaciones quirúrgicas.		Identificador del indicador^{2.2}	IV/C.		
		No. de indicador 30			
Dimensión a medir:^{2.3} Efectividad.		Definición:^{2.4} Cociente del número de complicaciones quirúrgicas en relación con el total de cirugías mayores realizadas, tomando en cuenta su complejidad.			
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de complicaciones quirúrgicas/ total de cirugías mayores realizadas x 1000		Unidad de medida:^{2.6} Tasa x 1000 cirugías.			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.		Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral..			
3. Características del indicador ³					
Claridad³	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreables^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Si
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es específico para medir la ocurrencia de complicaciones quirúrgicas. Relevancia: Evalúa la orientación de las unidades hospitalarias respecto al cumplimiento de su función como instituciones de referencia del Sistema Nacional de Salud y el funcionamiento de las redes públicas de servicios de salud por niveles de atención. Economía: La información para alimentar el indicador está presente en los sistemas de información institucionales. Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales. Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer el grado de complicaciones que derivan de la práctica quirúrgica. Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.					
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.					
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.					

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor Según Institución
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Período de cumplimiento Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}
Descendente			Verde Amarillo Rojo
Factibilidad ^{4.5}	Media		95% <=X <= 105% 90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110% X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variables ^{5.1}			
Nombre ^{5.1.1}		Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Número de complicaciones quirúrgicas. V2 Total de cirugías realizadas.		V1 Número de complicaciones quirúrgicas durante el periodo. V2 Total de cirugías mayores realizadas durante el periodo.	
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}		Unidad de medida ^{5.1.4}	
Expediente Clínico/Nota quirúrgica. Hoja de programación de cirugías.		V1 Complicación quirúrgica (Número absoluto) V2 Cirugía mayor realizada (Número absoluto)	
Desagregación geográfica ^{5.1.5}		Frecuencia ^{5.1.6}	
Institucional.		Trimestral	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}	
Explotación de registros administrativos.		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}	
No Disponible.		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3} Según Institución.			
Comentarios técnicos ^{6.4}			
<p>Se considera intervención quirúrgica mayor, todo procedimiento realizado en quirófano que comporte la incisión, escisión, manipulación o sutura de un tejido, y que generalmente requiere anestesia regional o general, o sedación profunda para controlar el dolor (OMS, 2008). Para el reporte deberán considerarse como complicaciones quirúrgicas las siguientes transoperatorias y posoperatorias inmediatas: punción visceral, laceración visceral, evento vascular cerebral, neumonía, tromboembolia pulmonar, atelectasia, hipoxia, broncoaspiración, infarto agudo al miocardio, arritmias, insuficiencia renal aguda, desequilibrio hidroelectrolítico, íleo, sepsis, infección de herida quirúrgica, trombosis venosa profunda.</p> <p>Se considera complicación transoperatoria a aquella complicación que aparece desde que se inician los procedimientos anestésicos hasta que el paciente, después de intervenido, se estabiliza en el área de recuperación operaciones para su traslado a hospitalización o a la UCI. Se considera complicación posoperatoria inmediata a aquella complicación que ocurre desde que el paciente llega después del acto quirúrgico a hospitalización o a la UCI hasta las primeras 72 horas de la intervención quirúrgica.</p>			

Tasa de complicaciones anestésicas perioperatorias.					
1. Datos de relación programática del indicador¹					
Programa presupuestario^{1.1}				Identificador del programa^{1.2}	
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}					
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados					
Alineación programática		PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2	PAEMAE Objetivo 1	
Prioridades^{1.6} Promover que la atención favorezca el diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado, limitación del daño y la rehabilitación de los pacientes.					
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.					
2. Datos de identificación del indicador²					
Nombre del indicador:^{2.1} Tasa de complicaciones anestésica perioperatorias.			Identificador del indicador^{2.2}		IV/C.
			No. de indicador 31		
Dimensión a medir:^{2.3} Efectividad.			Definición:^{2.4} Cociente del número de complicaciones anestésicas en relación con el total de procedimientos anestésicos realizados, tomando en cuenta su grado de complejidad.		
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de complicaciones anestésicas perioperatorias/ Total de procedimientos anestésicos X 1000			Unidad de medida:^{2.6} Tasa x 1000 procedimientos anestésicos.		
Desagregación geográfica:^{2.7} Nacional (Cobertura del programa)			Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.		
3. Características del indicador³					
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreables	Adecuado	Aporte Marginal
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Si
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es específico para medir la ocurrencia de complicaciones anestésicas. Relevancia: Evalúa la orientación de las unidades hospitalarias respecto al cumplimiento de su función como instituciones de referencia del Sistema Nacional de Salud y el funcionamiento de las redes públicas de servicios de salud por niveles de atención. Economía: La información para alimentar el indicador está presente en los sistemas de información institucionales. Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales. Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.					
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.					
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.					

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}
Descendente			Verde
Factibilidad ^{4.5}	Media		Amarillo
			Rojo
			95% <= X <= 105%
			90% <= X < 95%
			ó
			105% < X <= 110%
			X < 90%
			ó
			X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variables ^{5.1}		Descripción de la variable ^{5.1.2}	
Nombre ^{5.1.1}		V1 Número de complicaciones anestésicas perioperatorias.	
V1 Número de complicaciones anestésicas perioperatorias.		V2 Total de procedimientos anestésicos.	
V2 Total de procedimientos anestésicos.		Unidad de medida ^{5.1.4}	
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}		V1 Complicación anestésica perioperatoria (Número absoluto)	
Nota posanestésica.		V2 Procedimiento anestésico realizado (Número absoluto).	
Hoja de dictado quirúrgico/ Expediente Clínico.		Frecuencia ^{5.1.6}	
Desagregación geográfica ^{5.1.5}		Trimestral..	
Institucional.		Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}		Periodos de reporte	
Área de programación quirúrgica/Expediente Clínico		enero marzo	
		abril-junio	
		julio-septiembre	
		octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}	
Sin referencia		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}			
Según Institución.			
Comentarios técnicos ^{6.4}			
<p>El acto anestésico quirúrgico constituye un riesgo para todos los pacientes, donde los padecimientos asociados a la enfermedad de fondo, la condición física antes del mismo y las características propias de los procedimientos de alta especialidad determinan en gran medida las cifras de morbimortalidad.</p> <p>Para el reporte deberán considerarse como complicaciones anestésicas perioperatorias las siguientes: hipotensión, arritmia cardíaca, anestesia general imprevista, laringoespasma, hipovolemia, reacciones alérgicas, paro cardiorrespiratorio.</p> <p>Se considera complicación perioperatoria a aquella complicación que aparece desde que se inician los proceder anestésicos hasta que el paciente, después de intervenido, se estabiliza en el área de recuperación quirúrgica para su traslado a hospitalización o a la UCI.</p>			

Tasa de mortalidad quirúrgica					
1. Datos de relación programática del indicador ¹					
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud	Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos		
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados					
Alineación programática	PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2	PAEMAE Objetivo 1		
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.					
Objetivo: (Fin, Propósito, Componente o Actividad):^{1.7} Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.					
2. Datos de identificación del indicador ²					
Nombre del indicador:^{2.1} Tasa de mortalidad quirúrgica.		Identificador del indicador^{2.2}		IV/C.	
		No. de indicador 32			
Dimensión a medir:^{2.3} Calidad.		Definición:^{2.4} Cociente de defunciones posintervención quirúrgica en relación con el total de cirugías realizadas.			
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Defunciones posintervención quirúrgica/ Total de cirugías Realizadas X 1000		Unidad de medida:^{2.6} Tasa x 1000 cirugías.			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.		Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.			
3. Características del indicador ³					
Claridad	Relevancia ^{3.2}	Economía ^{3.3}	Monitoreabl e^{3.4}	Adecuado ^{3.5}	Aporte Marginal ³
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: Es específico y permite conocer la tasa de mortalidad quirúrgica como indicador de calidad de los procedimientos quirúrgicos. Relevancia: Evalúa la orientación de las unidades hospitalarias respecto al cumplimiento de su función como instituciones de referencia del Sistema Nacional de Salud y el funcionamiento de las redes públicas de servicios de salud por niveles de atención. Economía: La información para alimentar el indicador está presente en los sistemas de información institucionales. Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales. Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables. Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.					
Serie de información disponible:^{3.8} Según Institución.					
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.					

4. Determinación de metas ⁴					
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}		
Valor	Año	Período	Valor	Según Institución	
Según Institución.	Según Institución.	Según Institución.	Período de cumplimiento	Según Institución	
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}		
Descendente			Verde	Amarillo	Rojo
Factibilidad ^{4.5}	Media.		95% <=X <= 105%	90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%	X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵					
Variab les ^{5.1}					
Nombre ^{5.1.1}		Descripción de la variable ^{5.1.2}			
V1 Defunciones posintervención quirúrgica.		V1 Número de defunciones ocurridas dentro de los 30 días postoperatorios a la realización de la intervención quirúrgica.			
V2 Total de cirugías realizadas.		V2 Número total de cirugías mayores realizadas.			
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}		Unidad de medida ^{5.1.4}			
Hoja de dictado quirúrgico/Expediente Clínico.		V1 Defunción posquirúrgica (Número absoluto)			
Hoja de dictado quirúrgico/Expediente Clínico.		V2 Cirugía realizada (Número absoluto)			
Desagregación geográfica ^{5.1.5}		Frecuencia ^{5.1.6}			
Institucional.		Trimestral.			
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}			
Explotación de registro administrativo.		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre			
6. Referencias adicionales ⁶					
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}			
Caja Costarricense de Seguro Social Gerencia Administrativa Dirección Compra de Servicios de Salud Ficha técnica 4-03-B/Versión 1.0/2013 en: http://www.binasss.sa.cr/seguridad/cirugiasegura/Ficha.pdf http://www.binasss.sa.cr/seguridad/cirugiasegura/Ficha.pdf		Según Institución.			
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3} Según Institución.					
Comentarios técnicos ^{6.4} La mortalidad postquirúrgica intrahospitalaria se define como la muerte producida durante el periodo de estancia hospitalaria que ocurre dentro de los 30 días postoperatorios a consecuencia de una intervención quirúrgica mayor. En la instrumentación del indicador deben considerarse tanto la mortalidad postquirúrgica temprana (Muertes intrahospitalarias ocurridas en el primer día posterior a la intervención quirúrgica) como la mortalidad postquirúrgica tardía (Muertes intrahospitalarias ocurridas entre los días 2 y 30 posterior a la intervención quirúrgica). También debe considerarse como cirugía, la intervención quirúrgica mayor que implica todo procedimiento realizado en quirófano que comporte la incisión, escisión, manipulación o sutura de un tejido, y generalmente requiere anestesia regional o general, o sedación profunda para controlar el dolor (OMS, 2008).					

Tasa de mortalidad quirúrgica ajustada					
1. Datos de relación programática del indicador¹					
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud	Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos		
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados					
Alineación programática	PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2	PAEMAE Objetivo 1		
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.					
Objetivo: (Fin, Propósito, Componente o Actividad):^{1.7} Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.					
2. Datos de identificación del indicador²					
Nombre del indicador:^{2.1} Tasa de mortalidad quirúrgica ajustada (72 horas)		Identificador del indicador^{2.2}		IV/C.	
		No. de indicador 33			
Dimensión a medir:^{2.3} Calidad.		Definición:^{2.4} Cociente de defunciones posintervención quirúrgica ajustada (72 horas) en relación con cada 1000 cirugías realizadas.			
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de defunciones posteriores a 72 horas de realizada la intervención quirúrgica/Total de cirugías realizadas X 1000		Unidad de medida:^{2.6} Tasa x 1000 cirugías.			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.		Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.			
3. Características del indicador³					
Claridad	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable	Adecuado	Aporte Marginal
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: Es específico y permite conocer la tasa de mortalidad quirúrgica como indicador de calidad de los procedimientos quirúrgicos. Relevancia: Evalúa la orientación de las unidades hospitalarias respecto al cumplimiento de su función como instituciones de referencia del Sistema Nacional de Salud y el funcionamiento de las redes públicas de servicios de salud por niveles de atención. Economía: La información para alimentar el indicador está presente en los sistemas de información institucionales. Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales. Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables. Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.					
Serie de información disponible:^{3.8} Según Institución.					
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.					

4. Determinación de metas ⁴				
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}	
Valor	Año	Período	Valor	Según Institución
Según Institución.	Según Institución.	Según Institución.	Período de cumplimiento	Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semafORIZACIÓN ^{4.4}	
Descendente			Verde	Amarillo
Factibilidad ^{4.5}	Media		95% ≤ X ≤ 105%	90% ≤ X < 95% ó 105% < X ≤ 110%
				X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵				
VARIABLES ^{5.1}				
Nombre ^{5.1.1}			Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Número de defunciones posteriores a 72 hrs de realizada la intervención quirúrgica. V2 Total de cirugías realizadas.			V1 Número de defunciones ocurridas dentro de las 72 horas postoperatorias a la realización de la intervención quirúrgica. V2 Total de cirugías realizadas en el período de evaluación.	
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}			Unidad de medida ^{5.1.4}	
Hoja de dictado quirúrgico/Expediente Clínico.			V1 Defunción posquirúrgica a las 72 hrs. (Número absoluto) V2 Cirugía realizada (Número absoluto)	
Desagregación geográfica ^{5.1.5}			Frecuencia ^{5.1.6}	
Institucional.			Trimestral.	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}			Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}	
Explotación de registro administrativo.			Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶				
Referencia internacional ^{6.1}			Serie estadística ^{6.2}	
Medición de los resultados quirúrgicos en una población global de pacientes, en: http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=70691			Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3} Según Institución.				
Comentarios técnicos ^{6.4} En la construcción del indicador debe considerarse como cirugía, la intervención quirúrgica mayor que implica todo procedimiento realizado en quirófano que comporte la incisión, escisión, manipulación o sutura de un tejido, y generalmente requiere anestesia regional o general, o sedación profunda para controlar el dolor (OMS, 2008). Este indicador, por su ajuste a 72 horas, permite evaluar el impacto de las intervenciones quirúrgicas de alta especialidad desde el punto de vista de los factores subyacentes a la patología de fondo, tales como: comorbilidad, diagnósticos agudos asociados, edad y tipo de cirugía, que producen modificaciones fisiológicas que pueden conducir a la presencia de pérdida intraoperatoria de sangre mayor a la estimada, frecuencia cardíaca y presión arterial media más bajas utilizados como parámetros del apgar quirúrgico (SAS por Surgical Apgar Score) para brindar una rápida información retroactiva y comunicación de la condición del paciente para los equipos clínicos y permitir, en consecuencia, tanto la investigación del riesgo clínico, como la evaluación de las medidas para el mejoramiento sistémico de la calidad.				

Porcentaje de ocupación en terapia intensiva e intermedia					
1. Datos de relación programática del indicador ¹					
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023	
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos		
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados					
Alineación programática		PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2	PAEMAE Objetivo 1	
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.					
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.					
2. Datos de identificación del indicador ²					
Nombre del indicador:^{2.1}		Identificador del indicador^{2.2}		V/T.I.	
Porcentaje de ocupación en terapia intensiva e intermedia.		No. de indicador 34			
Dimensión a medir:^{2.3} Eficiencia.		Definición:^{2.4} Proporción de ocupación de las camas de terapia intensiva e intermedia de la unidad hospitalaria.			
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de días paciente en terapia intensiva / Número de días cama en terapia intensiva x 100		Unidad de medida:^{2.6} Porcentaje.			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.		Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.			
3. Características del indicador ³					
Claridad	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es específico para medir la proporción de pacientes afectados por úlceras de presión (o decúbito) durante su estancia en la Unidad de Terapia Intensiva. Relevancia: Permite conocer el grado de eficiencia en los servicios de terapia intensiva de las entidades coordinadas. Economía: La información para alimentar el indicador está presente en los sistemas de información institucionales. Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales. Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación de las variables. Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.					
Serie de información disponible:^{3.8} Según Institución.					
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.					

4. Determinación de metas ⁴					
Valor	Año	Período	Valor	Según Institución	
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Período de cumplimiento	Según Institución	
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}		
Ascendente			Verde	Amarillo	Rojo
Factibilidad ^{4.5}		Media.	95% <=X <= 105%	90%<=X< 95% ó 105% <X <= 110%	X<90% ó X>110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵					
Variables ^{5.1}					
Nombre ^{5.1.1}			Descripción de la variable ^{5.1.2}		
V1 Número de días paciente en terapia intensiva.			V1 Número de días paciente en terapia intensiva e intermedia durante el periodo.		
V2 Número de días cama en terapia intensiva.			V2 Número de días cama disponibles en terapia intensiva e intermedia durante el periodo.		
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}			Unidad de medida ^{5.1.4}		
Informe estadístico médico, Informe del servicio de terapia intensiva.			V1 Día paciente (Número absoluto)		
Informe estadístico médico, Informe del servicio de terapia intensiva.			V2 Día cama (Número absoluto)		
Desagregación geográfica ^{5.1.5}			Frecuencia ^{5.1.6}		
Institucional.			Trimestral.		
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}			Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}		
Explotación de registros administrativos/Vigilancia activa.			Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre		
6. Referencias adicionales ⁶					
Referencia internacional ^{6.1}			Serie estadística ^{6.2}		
No disponible.			Según Institución.		
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}					
Según Institución.					
Comentarios técnicos ^{6.4}					
Dia-paciente: 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. Dia-cama: Es aquella que se encuentra instalada y dispuesta las 24 horas del día para uso regular de pacientes hospitalizados.					

Porcentaje de autopsias en defunciones en terapia intensiva realizadas					
1. Datos de relación programática del indicador¹					
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud	Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos		
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados					
Alineación programática		PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2	PAEMAE Objetivo 1	
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.					
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.					
2. Datos de identificación del indicador²					
Nombre del indicador:^{2.1} Porcentaje de autopsias en terapia intensiva realizadas		Identificador del indicador^{2.2} No. de indicador 35		V/T.I.	
Dimensión a medir:^{2.3} Calidad.		Definición:^{2.4} Proporción de autopsias realizadas a defunciones ocurridas en terapia intensiva de la unidad hospitalaria.			
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de autopsias realizadas por defunciones en terapia intensiva/Total de defunciones x 100		Unidad de medida:^{2.6} Porcentaje.			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional		Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral			
3. Características del indicador³					
Claridad	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Si
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es específico para medir la proporción de pacientes afectados por úlceras de presión (o decúbito) durante su estancia en la Unidad de Terapia Intensiva. Relevancia: Permite conocer áreas de oportunidad en los procesos hospitalarios en relación con aspectos de calidad en los servicios de terapia intensiva de las entidades coordinadas. Economía: La información para alimentar el indicador está presente en los sistemas de información institucionales. Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales. Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación de las variables. Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.					
Serie de información disponible:^{3.8} Según Institución.					
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.					

4. Determinación de metas ⁴				
Valor	Año	Período	Valor	Según Institución
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Período de cumplimiento	Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta^{4.3}			Parámetros de semaforización^{4.4}	
Ascendente			Verde	Amarillo
Factibilidad^{4.5}			95% <=X <= 105%	Rojo
Media.			90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%	X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵				
Variables^{5.1}				
Nombre^{5.1.1}			Descripción de la variable^{5.1.2}	
V1 Número de autopsias realizadas por defunciones en terapia intensiva. V2 Total de defunciones.			V1 Número de autopsias realizadas por defunciones en terapia intensiva durante el periodo. V2 Total de defunciones ocurridas en el servicio durante el periodo.	
Fuentes (medios de verificación)^{5.1.3}			Unidad de medida^{5.1.4}	
Informe estadístico médico, Informe del servicio de patología. SAEH.			V1 Autopsia por defunción en terapia intensiva (Número absoluto) V2 Defunción (Número absoluto)	
Desagregación geográfica^{5.1.5}			Frecuencia^{5.1.6}	
Institucional.			Trimestral.	
Método de recopilación de datos^{5.1.7}			Fecha de disponibilidad de información^{5.1.8}	
Explotación de registros administrativos/Vigilancia activa.			Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶				
Referencia internacional^{6.1}			Serie estadística^{6.2}	
No disponible.			Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador^{6.3}				
Según Institución.				
Comentarios técnicos^{6.4}				
Para la instrumentación del indicador Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se define como la unidad hospitalaria donde están las camas destinadas a la atención de pacientes graves, cuya vida está en peligro, y que requieren atención médica y de enfermería especializada 24 horas al día, además de equipos especializados para mantener la vida. No incluye unidades de cuidados intermedios (sin asistencia respiratoria mecánica).				

Porcentaje de pacientes que desarrollan úlceras de decúbito durante estancia en terapia intensiva						
1. Datos de relación programática del indicador¹						
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática	PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2		PAEMAE Objetivo 1		
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador²						
Nombre del indicador:^{2.1}			Identificador del indicador^{2.2}	V/T.I.		
Porcentaje de pacientes que desarrollan úlceras de decúbito durante estancia en terapia intensiva.			No. de indicador 36			
Dimensión a medir:^{2.3} Calidad.			Definición:^{2.4} Proporción de pacientes afectados por úlceras de presión (o decúbito) durante su estancia en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), en relación al total de pacientes egresados.			
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de pacientes que desarrollan úlcera de presión o decúbito durante estancia en UTI/Número de pacientes egresados de UTI durante el periodo x 100			Unidad de medida:^{2.6} Porcentaje.			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional (Unidad de Cuidados Intensivos)			Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.			
3. Características del indicador³						
Claridad	Relevancia³ .2	Economía^{3.3}		Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal
Sí	Sí	Sí		Sí	Sí	Si
Justificación de las características:^{3.7}						
Claridad: El indicador es específico para medir la proporción de pacientes afectados por úlceras de presión (o decúbito) durante su estancia en la Unidad de Terapia Intensiva.						
Relevancia: Permite conocer el grado de cumplimiento de los protocolos de manejo de paciente encamado en UTI y de prevención de úlceras.						
Economía: La información para alimentar el indicador está presente en los sistemas de información institucionales.						
Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales.						
Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación de las variables.						
Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.						

4. Determinación de metas ⁴				
Valor	Año	Período	Valor	Según Institución
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Período de cumplimiento	Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}	
Descendente			Verde	Amarillo
Factibilidad ^{4.5}			95% <=X <= 105%	90%<=X< 95% ó 105% <X <= 110%
Media.			Rojo	X<90% ó X>110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵				
Variab les ^{5.1}				
Nombre ^{5.1.1}		Descripción de la variable ^{5.1.2}		
V1 Número de pacientes que desarrollaron úlcera de presión o decúbito durante su estancia en UTI. V2 Número de pacientes que egresaron de UTI.		V1 Número total de pacientes que ingresaron a UTI y desarrollaron úlcera de decúbito o por presión durante el periodo. V2 Número total de pacientes egresados de UTI durante el periodo con o sin úlcera de presión o de decúbito.		
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}		Unidad de medida ^{5.1.4}		
Expediente clínico (notas médicas, reportes de enfermería, vigilancia activa). SAEH.		V1 Paciente ingresado a UTI que desarrolló úlcera de decúbito o por presión (Número absoluto) V2 Paciente egresado (Número absoluto)		
Desagregación geográfica ^{5.1.5}		Frecuencia ^{5.1.6}		
Institucional.		Trimestral.		
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}		
Explotación de registros administrativos/Vigilancia activa.		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre		
6. Referencias adicionales ⁶				
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}		
No disponible.		Según Institución.		
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}		Según Institución.		
Comentarios técnicos ^{6.4}				
<p>El número observado de úlceras por decúbito prolongado se dividirá entre el número de días acumulados de paciente en cama en la Unidad de Cuidados Intensivos en el periodo de evaluación. Se obtendrán las siguientes mediciones: Tasa de Incidencia: Número de úlceras por decúbito prolongado/Días cama en UTI. El resultado se reporta por 1,000 días cama. Incidencia: Número de úlceras por decúbito prolongado/Número de pacientes en terapia en un periodo determinado. Proporción de Úlceras por decúbito prolongado (Grado 1 y 2): Número de úlceras por decúbito prolongado Grado 1 y 2/Número de úlceras por decúbito prolongado. Proporción de Úlceras por decúbito prolongado (Grado 3 y 4): Número de úlceras por decúbito prolongado Grado 3 y 4/Número de úlceras por decúbito prolongado.</p>				

Porcentaje de extubación no planificada					
1. Datos de relación programática del indicador ¹					
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023	
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos		
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados					
Alineación programática	PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2		PAEMAE Objetivo 1	
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.					
Objetivo Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.					
2. Datos de identificación del indicador ²					
Nombre del indicador:^{2.1} Porcentaje de extubación no planificada.		Identificador del indicador^{2.2} No. de indicador 37		V/T.I.	
Dimensión a medir:^{2.3} Calidad.		Definición:^{2.4} Proporción de pacientes que sufren extubación no planificada (extubación espontánea o accidental) del total de paciente/día sometidos a ventilación mecánica (estatus de intubación).			
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de extubaciones no planificadas/Número de pacientes intubados x 100		Unidad de medida:^{2.6} Porcentaje.			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.		Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral			
3. Características del indicador ³					
Claridad	Relevancia³ .2	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal⁶
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es específico para medir la proporción de pacientes que sufren extubación no planificada. Relevancia: Evalúa la orientación de las unidades hospitalarias respecto al cumplimiento de sus protocolos de actuación. Economía: La información para alimentar el indicador está presente en los sistemas de información institucionales. Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales. Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación de las variables. Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.					
Serie de información disponible:^{3.8} Según Institución.					
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.					

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor Según Institución
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Período de cumplimiento Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}
Descendente.			Verde Amarillo Rojo
Factibilidad ^{4.5}		Media.	95% <=X <= 105% 90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110% X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variabes ^{5.1}			
Nombre ^{5.1.1}		Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Número de extubaciones no planificadas.		V1 Número de extubaciones no planificadas en el periodo.	
V2 Número de pacientes intubados x número de días del periodo		V2 Número de pacientes-día de intubación: Total de pacientes intubados x número de días de intubación en el periodo.	
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}		Unidad de medida ^{5.1.4}	
Expediente clínico (notas médicas, reportes de enfermería, vigilancia activa)		V1 Extubación no planificada (Número absoluto)	
Desagregación geográfica ^{5.1.5}		V2 Pacientes-día de intubación (Número absoluto)	
Institucional.		Frecuencia ^{5.1.6}	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}		Trimestral	
Explotación de registros administrativos y vigilancia activa.		Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}	
		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}	
Lucas-da-Silva P and Machado-Fonseca M. Unplanned Endotracheal Extubations in the Intensive Care Unit: Systematic Review, Critical Appraisal, and Evidence-Based Recommendations. Anesth Analg 2012;114:1003-14		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3} Según Institución.			
Comentarios técnicos ^{6.4} Este indicador puede ser interpretado en tres dimensiones: Calidad, en cuanto a que traduce el grado de mantenimiento de un estatus de sedación apropiado de acuerdo con el producto utilizado y los protocolos de vigilancia de mantenimiento; Eficacia, por la traducción en cuanto al grado de cumplimiento con los protocolos de sedación establecidos para pacientes con ventilación mecánica (VM); Eficiencia, en razón de que traduce el estatus de sedación efectiva alcanzado en relación con los cuidados y mantenimiento de acuerdo con los sedantes utilizados.			

Tasa de infección nosocomial					
1. Datos de relación programática del indicador ¹					
Programa presupuestario^{1.1}	E023	Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos		
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados					
Alineación programática	PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2	PAEMAE Objetivo 1		
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.					
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.					
2. Datos de identificación del indicador ²					
Nombre del indicador:^{2.1}		Identificador del indicador^{2.2}	VI/C.I.		
Tasa de infección nosocomial.		No. de indicador 38			
Dimensión a medir:^{2.3} Calidad.		Definición:^{2.4} Cociente de pacientes con infección nosocomial durante su estancia hospitalaria.			
Método de cálculo:^{2.5} Número de pacientes con infección nosocomial/Total de días estancia en el periodo x 1000		Unidad de medida:^{2.6} Tasa x 1000 días estancia.			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.		Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral I.			
3. Características del indicador ³					
Claridad	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable	Adecuado	Aporte Marginal
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco Relevancia: Es un indicador de calidad de la atención médica evita costos en salud y económicos adicionales al paciente, así como a la institución. Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables. Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.					
Serie de información disponible:^{3.8} Según Institución.					
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa					

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor
Según Institución.	Según Institución.	Según Institución.	Según Institución.
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Período de cumplimiento
Descendente.			Según Institución.
Factibilidad		Media.	Parámetros de semaforización ⁴
			Verde
			Amarillo
			Rojo
			95% <=X <= 105%
			90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%
			X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variables ^{5.1}			
Nombre ^{5.1.1}		Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Número de pacientes con infección nosocomial.		V1 Número de pacientes con infección nosocomial registrados en el periodo de reporte.	
V2 Total de días estancia en el periodo de reporte.		V2 Número total de días estancia en el periodo de reporte.	
Fuentes (medios de verificación): ^{5.1.3}			
Informe de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE) y/o Reportes Institucionales/Actas del CODECIN/Otros instrumentos para la institución. Censo hospitalario.		Unidad de medida ^{5.1.4}	
Censo hospitalario.		V1 Paciente con infección nosocomial (Número absoluto)	
Desagregación geográfica ^{5.1.5}		V2 Día-estancia (Número absoluto)	
Institucional.		Frecuencia ^{5.1.6}	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}	
Explotación de registro administrativo.		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}	
No Disponible		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}			
Según Institución.			
Comentarios técnicos ^{6.4}			

Tasa de infección nosocomial en terapia intensiva						
1. Datos de relación programática del indicador¹						
Programa presupuestario^{1.1}	E023	Identificador del programa^{1.2}	E023			
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}					Prestación de Servicios Públicos	
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática	PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2	PAEMAE Objetivo 1			
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador²						
Nombre del indicador:^{2.1}		Identificador del indicador^{2.2}	VI/C.I.			
Tasa de infección nosocomial en terapia intensiva		No. de indicador 39				
Dimensión a medir:^{2.3} Calidad.		Definición:^{2.4} Cociente que tuvieron los egresos de presentar una infección nosocomial por cada mil días estancia en terapia intensiva.				
Método de cálculo:^{2.5} Número de pacientes con infección nosocomial/Total de días estancia en el periodo x 1000		Unidad de medida:^{2.6} Tasa x 1000 días estancia.				
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.		Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral				
3. Características del indicador³						
Claridad	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable	Adecuado	Aporte Marginal^{3.6}	
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco Relevancia: Es un indicador de calidad de la atención médica evita costos en salud y económicos adicionales al paciente, así como a la institución. Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables. Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} Según Institución.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa						

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor
Según Institución.	Según Institución.	Según Institución.	Según Institución.
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ⁴
Descendente.			Verde
Factibilidad		Media.	Amarillo
			Rojo
			95% <=X <= 105%
			90%<=X< 95% ó 105% <X <= 110%
			X<90% ó X>110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variables ^{5.1}			
Nombre ^{5.1.1}		Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Número de pacientes con infección nosocomial.		V1 Número de pacientes con infección nosocomial en terapia intensiva registrados durante el periodo de reporte.	
V2 Total de días estancia en el periodo de reporte.		V2 Número total de días estancia en terapia intensiva durante el periodo de reporte.	
Fuentes(medios de verificación): ^{5.1.3}		Unidad de medida ^{5.1.4}	
Informe de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE) y/o Reportes Institucionales/Actas del CODECIN/Otros instrumentos para la institución. Censo hospitalario.		V1 Paciente con infección nosocomial (Número absoluto)	
Censo hospitalario.		V2 Día-estancia (Número absoluto)	
Desagregación geográfica ^{5.1.5}		Frecuencia ^{5.1.6}	
Institucional.		Trimestral .	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}	
Explotación de registro administrativo.		Periodos de reporte enero marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}	
No Disponible		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}			
Según Institución.			
Comentarios técnicos ^{6.4}			
Para la instrumentación del indicador Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se define como la unidad hospitalaria donde están las camas destinadas a la atención de pacientes graves, cuya vida está en peligro, y que requieren atención médica y de enfermería especializada 24 horas al día, además de equipos especializados para mantener la vida. No incluye las unidades de cuidados intermedios (sin asistencia respiratoria mecánica).			

Tasa de bacteriemia asociada a catéter venoso central					
1. Datos de relación programática del indicador¹					
Programa presupuestario^{1.1}	E023	Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clasificación del programa resupuestario^{1.4}		Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados					
Alineación programática	PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2	PAEMAE Objetivo 1		
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.					
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.					
2. Datos de identificación del indicador²					
Nombre del indicador:^{2.1} Tasa de bacteriemia asociada a catéter venoso central.		Identificador del indicador^{2.2}	VI/C.I.		
Dimensión a medir:^{2.3} Calidad.		No. de indicador 40			
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de infecciones asociadas a catéter venoso central/Número de días-catéter venoso central x 1000		Definición:^{2.4} Cociente de infecciones asociadas a terapia intravenosa por aislamientos en hemocultivo detectadas por laboratorio.			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.		Unidad de medida:^{2.6} Tasa x 1000 días-catéter.			
		Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral			
3. Características del indicador³					
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco Relevancia: Es un indicador de calidad de la atención médica evita costos en salud y económicos adicionales al paciente, así como a la institución. Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación de las variables. Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.					
Serie de información disponible:^{3.8} Según Institución.					
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.					

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor
Según Institución.	Según Institución.	Según Institución.	Según Institución.
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Período de cumplimiento
Descendente			Según Institución.
Factibilidad		Media.	Parámetros de semaforización ⁴
			Verde
			Amarillo
			Rojo
			95% <=X <= 105%
			90%<=X< 95% ó 105% <X <= 110%
			X<90% ó X>110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variables ^{5.1}			
Nombre ^{5.1.1}		Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Número de infecciones asociadas a catéter venoso central.		V1 Aislamientos (infecciones asociadas a catéter venoso central) en sangre asociados a línea central identificados en el laboratorio durante el periodo.	
V2 Número de días-catéter venoso central		V2 Número de días-catéter venoso central durante el periodo.	
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}		Unidad de medida ^{5.1.4}	
Datos de Epidemiología, Estadística, Archivo y Laboratorio de Microbiología.		V1 Infecciones asociadas a catéter venoso central	
Datos de Epidemiología, Estadística, Archivo y Laboratorio de Microbiología.		V2 Día-catéter venoso central (Número absoluto)	
Desagregación geográfica ^{5.1.5}		Frecuencia ^{5.1.6}	
Institucional.		Trimestral I.	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}	
Censo y explotación de los registros administrativos.		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}	
National Healthcare Safety Network (NHSN), Centers for Disease Control and Prevention (CDC).		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}			
Según Institución.			
Comentarios técnicos ^{6.4}			
Con fines operativos este indicador puede ser desagregado también por servicio (p. ej. Urgencias, Terapia Intensiva, Hospitalización) Para la instrumentación del indicador debe considerarse el aislamiento en hemocultivo en laboratorio, en razón de un aislamiento por paciente por evento (cuando el paciente tenga más de un aislamiento por evento, sólo se contabilizará uno de ellos).			

Tasa de bacteriuria asociada a cateterismo vesical					
1. Datos de relación programática del indicador¹					
Programa presupuestario^{1.1}	E023	Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}		Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados					
Alineación programática	PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2	PAEMAE Objetivo 1		
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.					
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.					
2. Datos de identificación del indicador²					
Nombre del indicador:^{2.1} Tasa de bacteriuria asociada a cateterismo vesical.		Identificador del indicador^{2.2}	VI/C.I.		
Dimensión a medir:^{2.3} Calidad.		No. de indicador 41			
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de infecciones urinarias asociadas a catéter urinario/Número de días-catéter urinario x 1000		Definición:^{2.4} Cociente de bacteriurias detectadas en el laboratorio en pacientes con más de 3 días de estancia hospitalaria.			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.		Unidad de medida:^{2.6} Tasa x 1000			
		Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral			
3. Características del indicador³					
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco Relevancia: Es un indicador de calidad de la atención médica evita costos en salud y económicos adicionales al paciente, así como a la institución. Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación de las variables. Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.					
Serie de información disponible:^{3.8} Según Institución.					
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.					

4. Determinación de metas ⁴				
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}	
Valor	Año	Período	Valor	Según Institución
Según Institución.	Según Institución.	Según Institución.	Período de cumplimiento	Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}	
Descendente			Verde	Amarillo
Factibilidad			95% <=X <= 105%	90%<=X < 95% ó 105% <X <= 110%
Media.			Rojo	X<90% ó X>110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵				
Variables ^{5.1}				
Nombre ^{5.1.1}		Descripción de la variable ^{5.1.2}		
V1 Número de infecciones urinarias asociadas a catéter urinario. V2 Número de días-catéter urinario.		V1 Número de bacteriurias asociadas a catéter urinario detectadas en el laboratorio en pacientes con más de 3 día-estancia hospitalaria durante el periodo. V2 Número total de días-catéter urinario durante el periodo.		
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}		Unidad de medida ^{5.1.4}		
Datos de Epidemiología, Estadística, Archivo y Laboratorio de Microbiología.		V1 Bacteriuria asociada a catéter urinario (Número absoluto) V2 Día-catéter urinario (Número absoluto)		
Desagregación geográfica ^{5.1.5}		Frecuencia ^{5.1.6}		
Institucional.		Trimestral.		
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}		
Censo y explotación de los registros administrativos.		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre		
6. Referencias adicionales ⁶				
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}		
National Healthcare Safety Network (NHSN), Centers for Disease Control and Prevention (CDC).		Según Institución.		
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}				
Según Institución.				
Comentarios técnicos ^{6.4}				
Con fines operativos este indicador puede ser desagregado también por servicio (p. ej. Urgencias, Terapia Intensiva, Hospitalización). Para la instrumentación del indicador debe considerarse la detección de bacteriuria por laboratorio, en razón de un aislamiento por paciente por evento (cuando el paciente tenga más de un aislamiento por evento, sólo se contabilizará uno de ellos)				

Tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica					
1. Datos de relación programática del indicador¹					
Programa presupuestario^{1.1}	E023	Identificador del programa^{1.2}		E023	
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos		
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados					
Alineación programática		PND Objetivo 2.3	PROESA Objetivo 2	PAEMAE Objetivo 1	
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.					
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.					
2. Datos de identificación del indicador²					
Nombre del indicador:^{2.1}		Identificador del indicador^{2.2}		VI. C.I.	
Tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica		No. de indicador 42			
Dimensión a medir:^{2.3} Calidad.		Definición:^{2.4} Cociente de infecciones asociadas a la exposición a procedimientos de ventilación mecánica durante la estancia hospitalaria del paciente.			
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de neumonías asociadas a ventilador mecánico/Número de días ventilador mecánico x 1000		Unidad de medida:^{2.6} Tasa x 1000 días ventilador.			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.		Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.			
3. Características del indicador³					
Claridad	Relevancia ^{3.2}	Economía ^{3.3}	Monitoreable ³	Adecuado	Aporte Marginal ^{3.6}
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco Relevancia: Es un indicador de calidad de la atención médica evita costos en salud y económicos adicionales al paciente, así como a la institución. Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación de las variables Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.					
Serie de información disponible:^{3.8} Según Institución.					
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.					

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período)^{4.1}			Meta y período de cumplimiento^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor
Según Institución.	Según Institución.	Según Institución.	Según Institución.
Comportamiento del indicador hacia la meta^{4.3}			Período de cumplimiento
Descendente			Según Institución.
Factibilidad		Media.	Parámetros de semaforización⁴
			Verde
			Amarillo
			Rojo
			95% <=X <= 105%
			90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%
			X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variables^{5.1}		Descripción de la variable^{5.1.2}	
Nombre^{5.1.1}		V1 Total de pacientes con neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM) durante el periodo evaluado. V2 Total de días de exposición a ventilación mecánica durante el periodo evaluado.	
V1 Número de neumonías asociadas a ventilador mecánico. V2 Número de días ventilador mecánico.		Unidad de medida^{5.1.4}	
Fuentes (medios de verificación)^{5.1.3}		V1 Paciente con NAVM (Número absoluto)	
Ficha de investigación epidemiológica infección nosocomial. Sistema de información de vigilancia epidemiológica.		V2 Día ventilador mecánico (Número absoluto)	
Desagregación geográfica^{5.1.5}		Frecuencia^{5.1.6}	
Institucional.		Trimestral.	
Método de recopilación de datos^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información^{5.1.8}	
Censo y explotación de los registros administrativos.		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional^{6.1}		Serie estadística^{6.2}	
Protocolo de prevención de las neumonías relacionadas con ventilación mecánica en las UCI españolas, en: http://www.semicyuc.org/sites/default/files/protocolo_nze-ro.pdf Organización Panamericana de la Salud, "Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud" Washington, D.C.: OPS, 2010 ISBN: 978-92-75-33147-7 en: http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/SPA_Modulo_I_Final.pdf?ua=1		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador^{6.3} Según Institución.			
Comentarios técnicos^{6.4}			
Neumonía asociada a ventilación mecánica se refiere a la infección nosocomial u hospitalaria, también denominada infección asociada a la atención de la salud (IAAS) contraídas por un paciente durante su tratamiento en un hospital y que dicho paciente no tenía ni estaba incubando en el momento de su ingreso (OMS, 2013). Para efectos del indicador se refiere a la infección asociada a procedimientos tipo: ventilación mecánica. El indicador también puede ser desagregado para reporte por servicio.			

Tasa de bacteriemia por Staphylococcus aureus meticilina resistente					
1. Datos de relación programática del indicador ¹					
Programa presupuestario^{1.1}	E023	Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}		Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados					
Alineación programática	PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2	PAEMAE Objetivo 1		
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.					
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.					
2. Datos de identificación del indicador ²					
Nombre del indicador:^{2.1}		Identificador del indicador^{2.2}	VI/C.I.		
Tasa de bacteriemia por Staphylococcus aureus meticilina resistente.		No. de indicador 43			
Dimensión a medir:^{2.3} Calidad.		Definición:^{2.4} Cociente de infecciones invasivas por Staphylococcus aureus resistente a meticilina asociadas a la atención médica, detectadas en el laboratorio en pacientes con más de 3 días de estancia hospitalaria.			
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de bacteriemias por Staphylococcus aureus meticilina resistente/Número de hemocultivos tomados x 1000.		Unidad de medida:^{2.6} Tasa (Casos x 1000 hemocultivos).			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.		Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.			
3. Características del indicador ³					
Claridad	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco Relevancia: Es un indicador de calidad de la atención médica evita costos en salud y económicos adicionales al paciente, así como a la institución. Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación de las variables Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.					
Serie de información disponible:^{3.8} Según Institución.					
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.					

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor Según Institución
Según Institución.	Según Institución.	Según Institución.	Período de cumplimiento Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.}
Descendente			Verde
Factibilidad		Media.	Amarillo
			Rojo
			95% <=X <= 105%
			90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%
			X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variables ^{5.1}			
Nombre ^{5.1.1}		Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Número de bacteriemias por Staphylococcus aureus metilicina resistente. V2 Número de hemocultivos tomados.		V1 Número de aislamientos (un aislamiento por paciente) en sangre asociados a por Staphylococcus aureus metilicina resistente identificados en el laboratorio durante el periodo. V2 Número total de Número de hemocultivos tomados durante el periodo.	
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}		Unidad de medida ^{5.1.4}	
Datos de Epidemiología, Estadística, Archivo y Laboratorio de Microbiología.		V1 Bacteriemias por Staphylococcus aureus metilicina resistente (Casos x 1000 hemocultivos) V2 Hemocultivo tomado (Número absoluto)	
Desagregación geográfica ^{5.1.5}		Frecuencia ^{5.1.6}	
Institucional.		Trimestral.	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}	
Censo y explotación de los registros administrativos.		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}	
National Healthcare Safety Network (NHSN), Centers for Disease Control and Prevention (CDC).		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}		Según Institución.	
Comentarios técnicos ^{6.4}			
Con fines operativos este indicador puede ser desagregado también por servicio (p. ej. Urgencias, Terapia Intensiva, Hospitalización) Para la instrumentación del indicador debe considerarse el aislamiento en hemocultivo en laboratorio, en razón de un aislamiento por paciente por evento (cuando el paciente tenga más de un aislamiento por evento, sólo se contabilizará uno de ellos)			

Tasa de infección nosocomial por bacilos gramnegativos multidrogoresistentes					
1. Datos de relación programática del indicador¹					
Programa presupuestario^{1.1}	E023	Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}		Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados					
Alineación programática		PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2	PAEMAE Objetivo 1	
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.					
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.					
2. Datos de identificación del indicador²					
Nombre del indicador:^{2.1}		Identificador del indicador^{2.2}		VI. C.I.	
Tasa de infección nosocomial por bacilos gramnegativos multidrogoresistentes		No. de indicador 44			
Dimensión a medir:^{2.3} Calidad.		Definición:^{2.4} Cociente de infecciones invasivas por bacilos gramnegativos multidrogoresistentes asociadas a la atención médica detectadas en el laboratorio en pacientes con más de 3 días de estancia hospitalaria durante el periodo.			
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de infecciones por bacilos gramnegativos multidrogoresistentes/Número de infecciones intrahospitalarias x 1000		Unidad de medida:^{2.6} Tasa x 1000 cultivos.			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.		Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.			
3. Características del indicador³					
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco Relevancia: Es un indicador de calidad de la atención médica evita costos en salud y económicos adicionales al paciente, así como a la institución. Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación de las variables Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.					
Serie de información disponible:^{3.8} Según Institución.					
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.					

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor Según Institución.
Según Institución.	Según Institución.	Según Institución.	Período de cumplimiento Según Institución.
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ⁴
Descendente			Verde
Factibilidad		Media.	Amarillo
			Rojo
			95% <=X <= 105%
			90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%
			X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variables ^{5.1}			
Nombre ^{5.1.1}		Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Número de infecciones por bacilos gramnegativos multidrogoresistentes. V2 Número de infecciones intrahospitalarias.		V1 Número de aislamientos (un aislamiento por paciente) en cultivos con antibiograma asociados a Bacilos gramnegativos no fermentadores (BNF) multiresistentes identificados en el laboratorio durante el periodo. V2 Número total de infecciones intrahospitalarias durante el periodo.	
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}		Unidad de medida ^{5.1.4}	
Datos de Epidemiología, Estadística, Archivo y Laboratorio de Microbiología.		V1 Casos x 1000 cultivos con antibiograma. V2 Infección intrahospitalaria (Número absoluto)	
Desagregación geográfica ^{5.1.5} Institucional.		Frecuencia ^{5.1.6} Trimestral.	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7} Censo y explotación de los registros administrativos.		Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8} Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}	
National Healthcare Safety Network (NHSN), Centers for Disease Control and Prevention (CDC).		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3} Según Institución.			
Comentarios técnicos ^{6.4}			
<p>Con fines operativos este indicador puede ser desagregado también por servicio (p. ej. Urgencias, Terapia Intensiva, Hospitalización). Para la instrumentación del indicador debe considerarse el aislamiento en hemocultivo en laboratorio, en razón de un aislamiento por paciente por evento (cuando el paciente tenga más de un aislamiento por evento, sólo se contabilizará uno de ellos). Con el término de Bacilos gramnegativos no fermentadores (BNF), se designa un heterogéneo grupo de microorganismos incapaces de fermentar diversos hidratos de carbono. Muchos de ellos se comportan como oportunistas y pueden causar infecciones graves. Actualmente, han cobrado notoria importancia por su incidencia en infecciones hospitalarias; se destaca en estos el hallazgo de especies como la Pseudomonas aeruginosa y el Acinetobacter spp.; de este último, el Acinetobacter baumannii es la especie que con mayor frecuencia se asocia a infecciones nosocomiales graves y a la muerte. La mutiresistencia antimicrobiana o multidrogoresistencia se establece cuando existe resistencia a 3 o más familias de antimicrobianos.</p>			

Proporción de infección nosocomial por Clostridium difficile					
1. Datos de relación programática del indicador ¹					
Programa presupuestario^{1.1}	E023	Identificador del programa^{1.2}		E023	
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos		
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados					
Alineación programática		PND Objetivo 2.3	PROESA Objetivo 5	PAEMAE Objetivo 2	
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.					
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.					
2. Datos de identificación del indicador ²					
Nombre del indicador:^{2.1}		Identificador del indicador^{2.2}		VI/C.I.	
Proporción de infección nosocomial por Clostridium difficile		No. de indicador 45			
Dimensión a medir:^{2.3} Calidad.		Definición:^{2.4} Proporción de infecciones invasivas por Clostridium difficile asociadas a la atención médica detectadas en el laboratorio en pacientes con más de 3 días de estancia hospitalaria durante el periodo.			
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de infecciones por Clostridium difficile/Número de casos de diarrea intrahospitalaria X 100		Unidad de medida:^{2.6} Porcentaje			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.		Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.			
3. Características del indicador ³					
Claridad	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco Relevancia: Es un indicador de calidad de la atención médica evita costos en salud y económicos adicionales al paciente, así como a la institución. Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación de las variables Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.					
Serie de información disponible:^{3.8} Según Institución.					
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.					

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor Según Institución.
Según Institución.	Según Institución.	Según Institución.	Período de cumplimiento Según Institución.
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}
Descendente			Verde
Factibilidad		Media.	Amarillo
			Rojo
			95% <=X <= 105%
			90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%
			X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variab les ^{5.1}			
Nombre ^{5.1.1}		Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Número de infecciones por Clostridium difficile.		V1 Número de aislamientos (un aislamiento por paciente) en cultivo de heces asociados a Clostridium difficile identificados en el laboratorio durante el periodo.	
V2 Número de casos de diarrea intrahospitalaria.		V2 Número total de casos de diarrea intrahospitalaria durante el periodo.	
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}		Unidad de medida ^{5.1.4}	
Datos de Epidemiología, Estadística, Archivo y Laboratorio de Microbiología.		V1 Aislamientos en cultivo de heces (Número absoluto)	
Datos de Epidemiología, Estadística, Archivo y Laboratorio de Microbiología.		V2 Casos de diarrea intrahospitalaria (Número absoluto)	
Desagregación geográfica ^{5.1.5}		Frecuencia ^{5.1.6}	
Institucional.		Trimestral.	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}	
Censo y explotación de los registros administrativos.		Periodos de reporte enero marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}	
National Healthcare Safety Network (NHSN), Centers for Disease Control and Prevention (CDC).		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}			
Según Institución.			
Comentarios técnicos ^{6.4}			
Con fines operativos este indicador puede ser desagregado también por servicio (p. ej. Urgencias, Terapia Intensiva, Hospitalización) Para la instrumentación del indicador debe considerarse el aislamiento en cultivo de heces en laboratorio, en razón de un aislamiento por paciente por evento (cuando el paciente tenga más de un aislamiento por evento, sólo se contabilizará uno de ellos) El diagnóstico (grado de evidencia II B) de diarrea asociada a C. difficile se establece ante la presencia de al menos 3 evacuaciones en 24 horas, con marcadores positivos para toxina fecal A y B para C. difficile.			

Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado						
1. Datos de relación programática del indicador ¹						
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4} Prestación de Servicios Públicos						
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática	PND Objetivo 2.3	PROESA Objetivo 2		PAEMAE Objetivo		
1						
Prioridades^{1.6} Impulsar la Creación y desarrollo de áreas especializadas para atender a grupos específicos de pacientes.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador ²						
Nombre del indicador:^{2.1} Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado.			Identificador del indicador^{2.2}	VII/A.A.		
			No. de indicador 46			
Dimensión a medir:^{2.3} Calidad.			Definición:^{2.4} Proporción de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas por personal especializado y organizado en equipos multidisciplinarios, en pacientes con padecimientos complejos, generalmente de alto costo.			
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas / Total de sesiones de rehabilitación realizadas x 100			Unidad de medida:^{2.6} Porcentaje.			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.			Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.			
3. Características del indicador ³						
Claridad	Relevancia	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal³	
Si	Si	Si	Si	Si	Si	
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco. Relevancia: Valora las acciones institucionales para reincorporar a la población a la vida social y productiva mediante el uso de equipo con tecnología de vanguardia y recursos humanos especializados, aplicados a pacientes con requerimientos de rehabilitación altamente especializados. Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa						

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período)^{4.1}			Meta y período de cumplimiento^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta^{4.3}			Período de cumplimiento
Ascendente			Según Institución
Factibilidad^{4.5}		Media.	Parámetros de semaforización^{4.4}
			Verde
			Amarillo
			Rojo
			95% <=X <= 105%
			90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%
			X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variab les^{5.1}			
Nombre^{5.1.1}		Descripción de la variable^{5.1.2}	
V1 Número de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas.		V1 Sesiones de rehabilitación especializada realizadas a pacientes con secuelas de padecimientos complejos que requieren el uso de equipo con tecnología de punta y profesionales de la salud altamente especializados.	
V2 Total de sesiones de rehabilitación realizadas.		V2 Sesiones de rehabilitación realizadas.	
Fuentes (medios de verificación)^{5.1.3}		Unidad de medida^{5.1.4}	
Informe médico institucional.		V1 Sesión de rehabilitación especializada (Número absoluto)	
Informe médico institucional.		V2 Sesión de rehabilitación (Número absoluto)	
Desagregación geográfica^{5.1.5}		Frecuencia^{5.1.6}	
Institucional.		Trimestral.	
Método de recopilación de datos^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información^{5.1.8}	
Explotación de registros administrativos		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional^{6.1}		Serie estadística^{6.2}	
No Disponible.		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador^{6.3}			
Según Institución.			
Comentarios técnicos^{6.4}			
Sesiones de rehabilitación especializada, son actividades realizadas por personal altamente calificado, organizado en equipos multidisciplinarios, con equipamiento especializado, en pacientes con padecimientos complejos para limitar las secuelas, discapacidad y mejorar la calidad de vida, en algunos casos, favorecer la reincorporación a la vida productiva. Las instituciones deberán establecer su catálogo de rehabilitación especializada que sirva como referencia para establecer una programación adecuada de sus actividades y el seguimiento de la misma.			

Porcentaje de procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad realizados						
1. Datos de relación programática del indicador ¹						
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática	PND Objetivo 2.3		PROSESA Objetivo 2		PAEMAE Objetivo 1	
Prioridades^{1.6} Impulsar la Creación y desarrollo de áreas especializadas para atender a grupos específicos de pacientes.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador ²						
Nombre del indicador:^{2.1} Porcentaje de procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad realizados.			Identificador del indicador^{2.2}	VII/A.A.		
			No. de indicador 47			
Dimensión a medir:^{2.3} Efectividad.			Definición:^{2.4} Proporción de procedimientos diagnósticos de alta especialidad en pacientes o usuarios ambulatorios.			
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución / Total de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados x 100			Unidad de medida:^{2.6} Porcentaje.			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.			Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.			
3. Características del indicador ³						
Claridad	Relevancia	Economía^{3.3}		Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal⁶
Si	Si	Si		Si	Si	Si
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco. Relevancia: Evalúa la aplicación de procedimientos diagnósticos considerados de alta complejidad que ofrecen un mayor costo efectividad en beneficio de los usuarios de la institución. Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Especifico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa						

4. Determinación de metas ⁴						
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}			
Valor	Año	Período	Valor			Según Institución
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Período de cumplimiento			Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}			
Ascendente			Verde	Amarillo	Rojo	
Factibilidad ^{4.5}		Media	95% <=X <= 105%	90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%	X < 90% ó X > 110%	
5. Características de las variables (metadatos) ⁵						
Variables ^{5.1}						
Nombre ^{5.1.1}			Descripción de la variable ^{5.1.2}			
V1 Número de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución. V2 Total de procedimientos diagnósticos realizados.			V1 Procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad realizados. V2 Procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados.			
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}			Unidad de medida ^{5.1.4}			
Informe de Servicios de Diagnósticos y Gabinete.			V1 Procedimiento diagnóstico de alta especialidad (Número absoluto)			
Informe de Servicios de Diagnósticos y Gabinete.			V2 Procedimiento diagnóstico (Número absoluto)			
Desagregación geográfica ^{5.1.5}			Frecuencia ^{5.1.6}			
Institucional			Trimestral			
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}			Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}			
Explotación de registros administrativos			Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre			
6. Referencias adicionales ⁶						
Referencia internacional ^{6.1}			Serie estadística ^{6.2}			
No Disponible.			Según Institución.			
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}						
Según Institución.						
Comentarios técnicos ^{6.4}						
Los procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad son aquellos que requieren el uso de equipo con tecnología de punta y costo, así como la intervención de personal con altas calificaciones técnicas, organizado en equipos multidisciplinarios para lograr intervenciones más costo-efectivas que los métodos tradicionales en términos de salud y económicos para el paciente y la institución pues permiten realizar diagnósticos, aprovechando el avance de la ciencia y la innovación. Excluye estudios de laboratorio.						

Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados						
1. Datos de relación programática del indicador ¹						
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática		PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2		PAEMAE Objetivo 1	
Prioridades^{1.6} Impulsar la Creación y desarrollo de áreas especializadas para atender a grupos específicos de pacientes.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador ²						
Nombre del indicador:^{2.1} Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados.			Identificador del indicador^{2.2}	VII/A.A.		
Dimensión a medir:^{2.3} Efectividad.			No. de indicador 48			
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución/Total de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados x 100			Definición:^{2.4} Proporción de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad en pacientes o usuarios ambulatorios.			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.			Unidad de medida:^{2.6} Porcentaje.			
			Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.			
3. Características del indicador ³						
Claridad	Relevancia	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}	
Si	Si	Si	Si	Si	Si	
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco. Relevancia: Evalúa la aplicación de procedimientos terapéuticos considerados de alta complejidad que ofrecen un mayor costo efectividad en beneficio de los usuarios de la institución. Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa						

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período)^{4.1}			Meta y período de cumplimiento^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta^{4.3}			Período de cumplimiento
Ascendente			Según Institución
Factibilidad^{4.5}		Media	Parámetros de semaforización^{4.4}
			Verde
			Amarillo
			Rojo
			95% <=X <= 105%
			90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%
			X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variables^{5.1}			
Nombre^{5.1.1}		Descripción de la variable^{5.1.2}	
V1 Número de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución.		V1 Procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados.	
V2 Total de procedimientos terapéuticos realizados.		V2 Procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados.	
Fuentes (medios de verificación)^{5.1.3}		Unidad de medida^{5.1.4}	
Informe de Servicios de Diagnósticos y Gabinete.		V1 Procedimiento ambulatorio de alta especialidad (Número absoluto)	
Informe de Servicios de Diagnósticos y Gabinete.		V2 Procedimiento ambulatorio (Número absoluto)	
Desagregación geográfica^{5.1.5}		Frecuencia^{5.1.6}	
Institucional		Trimestral	
Método de recopilación de datos^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información^{5.1.8}	
Explotación de registros administrativos.		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional^{6.1}		Serie estadística^{6.2}	
No Disponible.		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador^{6.3}			
Según Institución.			
Comentarios técnicos^{6.4}			
Los procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad son aquellos que requieren el uso de equipo con tecnología de punta y alto costo, así como la intervención de personal con altas calificaciones técnicas, organizado en equipos multidisciplinarios para lograr intervenciones más costo-efectivas que los métodos tradicionales en términos de salud y económicos para el paciente y la institución, aprovechando el avance de la ciencia y la innovación.			

Porcentaje de percepción de satisfacción de la calidad en atención ambulatoria superior a 80 puntos						
1. Datos de relación programática del indicador ¹						
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática		PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2		PAEMAE Objetivo 1	
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador ²						
Nombre del indicador:^{2.1} Porcentaje de percepción de satisfacción de la calidad en atención ambulatoria superior a 80 puntos.				Identificador del indicador^{2.2}	VII/A.A.	
				No. de indicador 49		
Dimensión a medir:^{2.3} Calidad.				Definición:^{2.4} Proporción de usuarios con percepción de la calidad en la atención ambulatoria superior a 80 puntos en relación al total de usuarios encuestados.		
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de usuarios con percepción de satisfacción de calidad de atención recibida superior a 80 puntos/Total de usuarios en atención encuestados x 100				Unidad de medida:^{2.6} Porcentaje.		
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.				Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.		
3. Características del indicador ³						
Claridad	Relevancia	Economía^{3.3}		Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal
Si	Si	Si		Si	Si	Si
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco. Relevancia: Permite identificar el grado de satisfacción de los usuarios respecto a los servicios médicos ambulatorios proporcionados por la institución. Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa						

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor Según Institución
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Período de cumplimiento Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}
Ascendente			Verde Amarillo Rojo
Factibilidad ^{4.5}		Media.	95% <=X <= 105% 90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110% X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variables ^{5.1}			
Nombre ^{5.1.1}		Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Número de usuarios con percepción de satisfacción de calidad de atención recibida superior a 80 puntos. V2 Total de usuarios en atención encuestados x 100		V1 Número total de usuarios con percepción de satisfacción de calidad de atención ambulatoria recibida superior a 80 puntos durante el periodo. V2 Número total de usuarios en atención ambulatoria encuestados durante el periodo.	
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}		Unidad de medida ^{5.1.4}	
Informe de la encuesta de satisfacción.		V1 Usuario satisfecho (Número absoluto)	
Informe de la encuesta de satisfacción.		V2 Usuario encuestado (Número absoluto)	
Desagregación geográfica ^{5.1.5}		Frecuencia ^{5.1.6}	
Institucional.		Trimestral	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}	
Explotación de registros administrativos		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}	
No Disponible.		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}			
Según Institución.			
Comentarios técnicos ^{6.4}			
Las encuestas son las aplicadas a usuarios de las áreas de atención ambulatoria.			

Porcentaje de estudios interpretados de acuerdo a estándar de tiempo						
1. Datos de relación programática del indicador ¹						
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática	PND Objetivo 2.3		PROSESA Objetivo 2		PAEMAE Objetivo 1	
Prioridades^{1.6} Vigilar el uso eficiente de los laboratorios y gabinetes.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador ²						
Nombre del indicador:^{2.1}			Identificador del indicador^{2.2}	VII/A.A.		
Porcentaje de estudios de imagen interpretados de acuerdo a estándar de tiempo.			No. de indicador 50			
Dimensión a medir:^{2.3} Eficiencia.			Definición:^{2.4} Proporción de estudios de imagen que son interpretados dentro del tiempo estándar de 8 días hábiles.			
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de estudios de imagen interpretados en tiempo estándar/Número de estudios realizados x 100			Unidad de medida:^{2.6} Porcentaje.			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.			Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.			
3. Características del indicador ³						
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}		Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}
Sí	Sí	Sí		Sí	Sí	Si
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es específico para medir la interpretación de estudios con relación al tiempo estándar. Relevancia: Evalúa la orientación de las unidades hospitalarias respecto al cumplimiento de su función como instituciones de referencia del Sistema Nacional de Salud y el funcionamiento de las redes públicas de servicios de salud por niveles de atención. Economía: La información para alimentar el indicador está presente en los sistemas de información institucionales. Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales. Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación de las variables. Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.						

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor Según Institución
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Período de cumplimiento Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}
Ascendente			Verde Amarillo Rojo
Factibilidad ^{4.5}	Media.		95% <=X <= 105% 90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110% X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variab les ^{5.1}			
Nombre ^{5.1.1}		Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Número de estudios interpretados en tiempo estándar. V2 Número de estudios realizados.		V1 Número de estudios de imagen interpretados en un tiempo menor o igual a 8 días después de haberse realizado durante el periodo. V2 Número total de estudios de imagen realizados durante el periodo.	
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}		Unidad de medida ^{5.1.4}	
Listas de trabajo o Registro de la unidad del número de estudios realizados.		V1 Estudios de imagen realizados (número absoluto)	
Registro de estudios interpretados por parte del Médico Radiólogo que incluye fecha de realización.		V2 Estudios de imagen interpretados (número absoluto)	
Desagregación geográfica ^{5.1.5}		Frecuencia ^{5.1.6}	
Institucional.		Trimestral	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}	
Explotación de registros administrativos.		Periodos de reporte enero marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}	
No Disponible.		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}			
Según Institución.			
Comentarios técnicos ^{6.4}			
En un departamento de imagen, sin importar el área de especialización, es indispensable que el 100% de los estudios sean interpretados por un médico radiólogo. La problemática se centra en los tiempos de interpretación, porque cada centro establece el rango dependiendo del tipo de paciente. En general debe establecerse la interpretación en un periodo no mayor a 8 días hábiles debido a que este corresponde, de manera general, al tiempo en que se cita al paciente para revisión médica con resultados. Los estudios de imagen denominados como urgentes no se consideran para la instrumentación del indicador.			

Porcentaje de vacunación contra influenza en pacientes atendidos en el periodo invernal					
1. Datos de relación programática del indicador ¹					
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023	
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos		
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados					
Alineación programática	PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2		PAEMAE Objetivo 1	
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.					
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.					
2. Datos de identificación del indicador ²					
Nombre del indicador:^{2.1} Porcentaje de vacunación contra influenza en pacientes atendidos en el periodo invernal.		Identificador del indicador^{2.2}		VIII/I.V.	
		No. de indicador		51	
Dimensión a medir:^{2.3} Calidad.		Definición:^{2.4} Proporción de pacientes vacunados contra influenza durante el periodo invernal, en relación al total de pacientes atendidos en el mismo periodo.			
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Pacientes vacunados contra influenza en el periodo invernal/Total de pacientes atendidos en el mismo periodo X 100		Unidad de medida:^{2.6} Porcentaje.			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional		Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral (1oct-31mar)			
3. Características del indicador ³					
Claridad³	Relevancia	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal⁶
Si	Si	Si	Si	Si	Si
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco. Relevancia: Valora aspectos de calidad en las unidades hospitalarias respecto al cumplimiento de su función como instituciones de referencia del Sistema Nacional de Salud y el funcionamiento de las redes públicas de servicios de salud por niveles de atención. Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales. Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales. Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables. Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.					
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.					
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa					

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor Según Institución
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Período de cumplimiento Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}
Ascendente			Verde Amarillo Rojo
Factibilidad ^{4.5}		Media	95% <=X <= 105% 90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110% X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variables ^{5.1}			
Nombre ^{5.1.1}		Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Número de pacientes atendidos vacunados contra influenza en el periodo invernal.		V1 Número total de pacientes atendidos vacunados contra influenza en periodo invernal.	
V2 Total de pacientes atendidos en periodo invernal x 100		V2 Total de pacientes atendidos en periodo invernal.	
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}		Unidad de medida ^{5.1.4}	
Registros hospitalarios.		V1 Paciente vacunado (Número absoluto)	
Registros hospitalarios.		V2 Paciente atendido (Número absoluto)	
Desagregación geográfica ^{5.1.5}		Frecuencia ^{5.1.6}	
Institucional		Trimestral (1oct-31mar)	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}	
Explotación de registros administrativos		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}	
No Disponible.		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}			
Según Institución.			
Comentarios técnicos ^{6.4}			

Porcentaje de personal de salud inmunizado para hepatitis B con esquema completo de vacunación						
1. Datos de relación programática del indicador¹						
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática		PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2	PAEMAE Objetivo 1		
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador²						
Nombre del indicador:^{2.1} Porcentaje de personal de salud inmunizado para hepatitis B con esquema completo de vacunación.				Identificador del indicador^{2.2}	VIII/I.V	
				No. de indicador 52		
Dimensión a medir:^{2.3} Calidad.				Definición:^{2.4} Proporción de trabajadores en contacto con pacientes inmunizados para hepatitis B con esquema completo de vacunación, en relación al total de trabajadores en contacto con pacientes.		
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de trabajadores en contacto con pacientes, inmunizados con esquema completo de hepatitis B/Total de trabajadores en contacto con pacientes x 100				Unidad de medida:^{2.6} Porcentaje.		
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional				Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral		
3. Características del indicador³						
Claridad^{3.1}	Relevancia	Economía^{3.3}		Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal
Si	Si	Si		Si	Si	Si
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco. Relevancia: Valora aspectos de calidad de las unidades hospitalarias respecto al cumplimiento de su función como instituciones de referencia del Sistema Nacional de Salud y el funcionamiento de las redes públicas de servicios de salud por niveles de atención. Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.						

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período)^{4.1}			Meta y período de cumplimiento^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor Según Institución
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Período de cumplimiento Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta^{4.3}			Parámetros de semaforización^{4.4}
Ascendente			Verde Amarillo Rojo
Factibilidad^{4.5}	Media		95% <=X <= 105% 90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110% X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variables^{5.1}			
Nombre^{5.1.1}		Descripción de la variable^{5.1.2}	
V1 Número de trabajadores en contacto con pacientes inmunizados con esquema completo de hepatitis B.		V1 Número total de trabajadores en contacto con pacientes inmunizados con esquema completo de hepatitis B en el periodo de evaluación.	
V2 Total de trabajadores en contacto con pacientes.		V2 Total de trabajadores en contacto con pacientes en el periodo de evaluación.	
Fuentes (medios de verificación)^{5.1.3}		Unidad de medida^{5.1.4}	
Registros hospitalarios.		V1 Trabajador inmunizado (Número absoluto) V2 Trabajador en contacto (Número absoluto)	
Desagregación geográfica^{5.1.5}		Frecuencia^{5.1.6}	
Institucional.		Trimestral.	
Método de recopilación de datos^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información^{5.1.8}	
Explotación de registros administrativos.		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional^{6.1}		Serie estadística^{6.2}	
No Disponible.		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador^{6.3} Según Institución.			
Comentarios técnicos^{6.4}			
<p>Para la instrumentación del indicador se considerará como trabajador susceptible de vacunación a todo el personal de salud que estuviera expuesto ocupacionalmente a sangre o cualquier otro material potencialmente infeccioso (ejemplo: médicos, enfermeras, personal médico de emergencia, odontólogos, estudiantes de medicina y enfermería, técnicos de laboratorio, voluntarios del hospital y personal administrativo). Se define como exposición ocupacional al hecho de "...el contacto razonablemente anticipado de la piel, ojos, membrana mucosa o parenteral con sangre u otro material potencialmente infeccioso que pudiera resultar durante el desarrollo de las responsabilidades del trabajador.</p> <p>Causan exclusión para la vacunación, los siguientes motivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal con reporte por escrito o aportación de documentación de haber recibido la vacuna en otro lugar. • Personas de las que no se conoce el estado de vacunación o que no son clasificables en los grupos anteriores. • Contraindicaciones médicas. 			

Porcentaje de personal de salud vacunado contra influenza en temporada invernal					
1. Datos de relación programática del indicador ¹					
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023	
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos		
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados					
Alineación programática	PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2		PAEMAE Objetivo 1	
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.					
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.					
2. Datos de identificación del indicador ²					
Nombre del indicador:^{2.1} Porcentaje de personal de salud vacunado contra influenza en temporada invernal.			Identificador del indicador^{2.2}	VIII/I.V	
			No. de indicador 53		
Dimensión a medir:^{2.3} Calidad.			Definición:^{2.4} Proporción de trabajadores de salud vacunados contra influenza en temporada invernal, en relación al total de trabajadores de salud en la Institución.		
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de trabajadores vacunados contra influenza en temporada invernal/ Total de trabajadores x 100			Unidad de medida:^{2.6} Porcentaje.		
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.			Frecuencia de medición:² Trimestral (1 oct-31 mar)-		
3. Características del indicador ³					
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal
Si	Si	Si	Si	Si	Si
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco. Relevancia: Valora aspectos de calidad de las unidades hospitalarias respecto al cumplimiento de su función como instituciones de referencia del Sistema Nacional de Salud y el funcionamiento de las redes públicas de servicios de salud por niveles de atención. Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.					
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.					
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.					

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período)^{4.1}			Meta y período de cumplimiento^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta^{4.3}			Período de cumplimiento
Ascendente			Según Institución
Factibilidad^{4.5}		Media	Parámetros de semaforización^{4.4}
			Verde
			Amarillo
			Rojo
			95% <=X <= 105%
			90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%
			X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variables^{5.1}			
Nombre^{5.1.1}		Descripción de la variable^{5.1.2}	
V1 Número de trabajadores vacunados contra influenza en temporada invernal.		V1 Número de trabajadores de salud vacunados por la unidad hospitalaria que se encuentren laborando entre el 01 de octubre (o desde que la vacuna esté disponible) hasta 31 de marzo del año siguiente, sin importar el nivel, la responsabilidad clínica o contacto con el paciente.	
V2 Total de trabajadores.		V2 Número total de trabajadores de salud que laboran por lo menos un día entre el 01 de octubre (o desde que la vacuna esté disponible) hasta 31 de marzo del año siguiente, sin importar el nivel, la responsabilidad clínica o contacto con el paciente.	
Fuentes (medios de verificación)^{5.1.3}		Unidad de medida^{5.1.4}	
Registros hospitalarios.		V1 Trabajador vacunado (Número absoluto)	
		V2 Trabajador en labores (Número absoluto)	
Desagregación geográfica^{5.1.5}		Frecuencia^{5.1.6}	
Institucional		Trimestral (1 oct-31 mar)-	
Método de recopilación de datos^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información^{5.1.8}	
Explotación de registros administrativos		Periodos de reporte octubre-diciembre enero-marzo	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional^{6.1}		Serie estadística^{6.2}	
No Disponible.		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador^{6.3}			
Según Institución.			
Comentarios técnicos^{6.4}			
<p>Causan exclusión para la vacunación, los siguientes motivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal con reporte por escrito o aportación de documentación de haber recibido la vacuna en otro lugar. • Personas de las que no se conoce el estado de vacunación o que no son clasificables en los grupos anteriores. • Contraindicaciones médicas. <p>El indicador se ajusta a las acciones de vacunación realizadas en el periodo comprendido del 1 de octubre al 31 de marzo del año inmediato siguiente.</p>			

Porcentaje de personal de salud vacunado contra influenza en temporada invernal						
1. Datos de relación programática del indicador ¹						
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática	PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2		PAEMAE Objetivo 1		
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador ²						
Nombre del indicador:^{2.1} Porcentaje de personal médico residente vacunado contra influenza en temporada invernal.			Identificador del indicador^{2.2}	VIII/I.V		
			No. de indicador 54			
Dimensión a medir:^{2.3} Calidad.			Definición:^{2.4} Proporción del personal médico residente vacunado contra influenza en temporada invernal en relación al total de trabajadores que laboran en el periodo.			
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Personal médico residente vacunado contra influenza en temporada invernal/Total de trabajadores que laboran en el periodo X 100			Unidad de medida:^{2.6} Porcentaje.			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.			Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral (1 oct-31 mar)-			
3. Características del indicador ³						
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal⁶	
Si	Si	Si	Si	Si	Si	
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco. Relevancia: Valora aspectos de calidad de las unidades hospitalarias respecto al cumplimiento de su función como instituciones de referencia del Sistema Nacional de Salud y el funcionamiento de las redes públicas de servicios de salud por niveles de atención. Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.						

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período)^{4.1}			Meta y período de cumplimiento^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta^{4.3}			Período de cumplimiento
Ascendente			Según Institución
Factibilidad^{4.5}		Media.	Parámetros de semaforización^{4.4}
			Verde
			Amarillo
			Rojo
			95% <=X <= 105%
			90% <=X< 95% ó 105% <X <= 110%
			X<90% ó X>110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variables^{5.1}			
Nombre^{5.1.1}		Descripción de la variable^{5.1.2}	
V1 Personal médico residente vacunado contra influenza en temporada invernal.		V1Número de médicos residentes vacunados por la unidad hospitalaria que se encuentren laborando entre el 01 de octubre (o desde que la vacuna esté disponible) hasta 31 de marzo del año siguiente.	
V2 Total de trabajadores que laboran en el periodo.		V2Número total de médicos residentes que laboran por lo menos un día entre el 01 de octubre (o desde que la vacuna esté disponible) hasta 31 de marzo del año siguiente.	
Fuentes(medios de verificación)^{5.1.3}		Unidad de medida^{5.1.4}	
Registros hospitalarios.		V1 Médico residente vacunado (Número absoluto)	
Registros hospitalarios.		V2 Médicos residente laborando (Número absoluto)	
Desagregación geográfica^{5.1.5}		Frecuencia^{5.1.6}	
Institucional.		Trimestral (1 oct-31 mar)-	
Método de recopilación de datos^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información^{5.1.8}	
Explotación de registros administrativos.		Periodos de reporte octubre-diciembre enero-marzo	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional^{6.1}		Serie estadística^{6.2}	
No Disponible.		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador^{6.3}			
Según Institución.			
Comentarios técnicos^{6.4}			
<p>Causan exclusión para la vacunación, los siguientes motivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Personal con reporte por escrito o aportación de documentación de haber recibido la vacuna en otro lugar. •Personas de las que no se conoce el estado de vacunación o que no son clasificables en los grupos anteriores. •Contraindicaciones médicas. <p>El indicador se ajusta a las acciones de vacunación realizadas en el periodo comprendido del 1 de octubre al 31 de marzo del año inmediato siguiente.</p>			

Porcentaje de ocupación en unidad coronaria					
1. Datos de relación programática del indicador ¹					
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023	
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos		
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados					
Alineación programática	PND Objetivo 2.3		PROSESA Objetivo 2		PAEMAE Objetivo 1
Prioridades^{1.6} Favorecer el buen uso de los servicios de acuerdo con su capacidad resolutive.					
Objetivo Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.					
2. Datos de identificación del indicador ²					
Nombre del indicador:^{2.1} Porcentaje de ocupación en unidad coronaria.		Identificador del indicador^{2.2} No. de indicador 55		IX/I.E.	
Dimensión a medir:^{2.3} Eficiencia.		Definición:^{2.4} Proporción de utilización de las camas instaladas en la unidad coronaria durante el periodo, considerando todos los días del año como hábiles.			
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de días paciente en unidad coronaria/ Número de días cama en unidad coronaria x 100		Unidad de medida:^{2.6} Porcentaje.			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.		Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral			
3. Características del indicador ³					
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}
Si	Si	Si	Si	Si	Si
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es específico para la medición de la ocupación de camas en la unidad coronaria. Relevancia: El indicador mide el porcentaje de ocupación en la unidad coronaria, previa aplicación de TRIAGE en el Servicio de Urgencias. Economía: La información para alimentar el indicador está presente en los sistemas de información institucionales. Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales. Adecuado: El indicador aportará, con su instrumentación subsecuente y periódica, series de tiempo que otorgarán base estadística para la evaluación del desempeño institucional. Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.					
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.					
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.					

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor Según Institución
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Período de cumplimiento Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}
Ascendente			Verde Amarillo Rojo
Factibilidad ^{4.5}	Media.		95% <=X <= 105% 90%<=X<95% ó 105% <X <= 110% X<90% ó X>110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variabes ^{5.1}			
Nombre ^{5.1.1}		Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Número de días paciente en unidad coronaria. V2 Número de días cama en unidad coronaria.		V1 Número total de días paciente en la unidad coronaria durante el periodo. V2 Número total de días cama en la unidad coronaria durante el periodo.	
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}		Unidad de medida ^{5.1.4}	
Informe estadístico médico. Censo hospitalario de la unidad coronaria.		V1 Día paciente en la unidad coronaria (Número absoluto)	
Informe estadístico médico. Censo hospitalario de la unidad coronaria.		V2 Día cama en la unidad coronaria (Número absoluto)	
Desagregación geográfica ^{5.1.5} Institucional.		Frecuencia ^{5.1.6} Trimestral	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7} Explotación de registros administrativos.		Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8} Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}	
Frenk J, Lozano R, Zurita B. Estado actual del sistema hospitalario en México. Gac. Méd. Méx. Vol. 132, suplemento No. 2: 183-189. Secretaría de Salud. Manual de contenido múltiple. Hospitales generales de 60 y 180 camas. México, D.F. SSA.1988: 163, 173.		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}		Según Institución.	
Comentarios técnicos ^{6.4}			
El porcentaje de ocupación hospitalaria o por servicios es una forma de medir la eficiencia en la utilización de los recursos hospitalarios, dado que informa sobre la capacidad utilizada o subutilizada en los hospitales. De acuerdo con los manuales de contenido múltiple para unidades hospitalarias, el porcentaje de ocupación máximo para unidades de 30 a 180 camas censables, total y por servicio, fluctúa de 85 a 90%, así un porcentaje menor al 85% refleja capacidad instalada ociosa; por otra parte en los hospitales es recomendable un 15% de capacidad de reserva. Este indicador mide el grado de utilización de las unidades hospitalarias a partir de valorar el porcentaje de ocupación anual o por periodo, para el cálculo se empleará como constante los días hábiles.			

Tasa de mortalidad ajustada por evento cerebral vascular						
1. Datos de relación programática del indicador ¹						
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática	PND Objetivo 2.3		PROSESA Objetivo 2		PAEMAE Objetivo 1	
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador ²						
Nombre del indicador:^{2.1} Tasa de mortalidad ajustada por evento cerebral vascular.				Identificador del indicador^{2.2}	IX/I.E.	
				No. de indicador 56		
Dimensión a medir:^{2.3} Efectividad.				Definición:^{2.4} Cociente de pacientes con más de 48 horas de estancia muertos por evento vascular cerebral respecto al total de eventos.		
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Muertes ocurridas con más de 48 horas de estancia hospitalaria por evento vascular cerebral/ Total de evento vascular cerebral x 1000				Unidad de medida:^{2.6} Tasa x 1000 eventos.		
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.				Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.		
3. Características del indicador ³						
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}		Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal³
Si	Si	Si		Si	Si	Si
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco. Relevancia: Refleja la tasa de mortalidad por evento vascular cerebral en las entidades que participan en el programa Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.						

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Período de cumplimiento
Descendente			Según Institución
Factibilidad ^{4.5}		Media	Parámetros de semaforización ^{4.4}
			Verde
			Amarillo
			Rojo
			95% <=X <= 105%
			90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%
			X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
VARIABLES ^{5.1}			
Nombre ^{5.1.1}		Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Muertes ocurridas con más de 48 horas de estancia hospitalaria por evento vascular cerebral.		V1 Muertes por evento vascular cerebral de más de 48 horas de estancia durante el periodo.	
V2 Total de evento vascular cerebral.		V2 Total de eventos cerebrales durante el periodo.	
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}		Unidad de medida ^{5.1.4}	
Registros hospitalarios.		V1 Muerte por evento vascular cerebral (Número absoluto)	
Registros hospitalarios.		V2 Evento vascular cerebral (Número absoluto)	
Desagregación geográfica ^{5.1.5}		Frecuencia ^{5.1.6}	
Institucional.		Trimestral.	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}	
Explotación de registros administrativos		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}	
No Disponible.		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}			
Según Institución.			
Comentarios técnicos ^{6.4}			
El indicador se ajusta a pacientes con más de 48 horas de estancia en los servicios médicos de la institución, muertos por evento vascular cerebral, en relación al total de eventos atendidos en el periodo a evaluar.			

Tasa de mortalidad ajustada por infarto agudo al miocardio						
1. Datos de relación programática del indicador¹						
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática		PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2	PAEMAE Objetivo 1		
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador²						
Nombre del indicador:^{2.1}				Identificador del indicador^{2.2}	IX/I.E.	
Tasa de mortalidad ajustada por infarto agudo al miocardio.				No. de indicador 57		
Dimensión a medir:^{2.3} Efectividad.				Definición:^{2.4} Cociente de pacientes afectados por infarto agudo al miocardio que fallecen por infarto agudo al miocardio después de 48 horas de hospitalización durante el periodo.		
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de defunciones ocurridas con más de 48 horas de estancia hospitalaria por infarto agudo al miocardio/Total de egresos por infarto agudo al miocardio x 1000				Unidad de medida:^{2.6} Tasa x 1000 egresos.		
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional				Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral		
3. Características del indicador³						
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}		Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}
Si	Si	Si		Si	Si	Si
Justificación de las características:^{3.7}						
Claridad: El indicador es específico para la medición de la mortalidad por causa específica						
Relevancia: El indicador mide la mortalidad por cada 1000 defunciones atribuible al infarto agudo al miocardio.						
Economía: La información para alimentar el indicador está presente en los sistemas de información institucionales.						
Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales.						
Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación de las variables.						
Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.						

4. Determinación de metas ⁴					
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}		
Valor	Año	Período	Valor	Según Institución	
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Período de cumplimiento	Según Institución	
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}		
Descendente			Verde	Amarillo	Rojo
Factibilidad ^{4.5}		Media	95% <=X <= 105%	90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%	X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵					
Variables ^{5.1}					
Nombre ^{5.1.1}		Descripción de la variable ^{5.1.2}			
V1 Número de defunciones ocurridas con más de 48 horas de estancia hospitalaria por infarto agudo al miocardio.		V1 Número total de defunciones ocurridas con más de 48 horas posteriores al ingreso hospitalario por infarto agudo al miocardio durante el periodo.			
V2 Total de egresos por infarto agudo al miocardio.		V2 Número total de egresos hospitalarios por infarto agudo al miocardio durante el periodo.			
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}		Unidad de medida ^{5.1.4}			
Sistema automatizado de egresos hospitalarios.		V1 Defunción por infarto agudo al miocardio con más de 48 horas de hospitalización (Número absoluto)			
Sistema automatizado de egresos hospitalarios.		V2 Egreso hospitalario (Número absoluto)			
Desagregación geográfica ^{5.1.5}		Frecuencia ^{5.1.6}			
Nacional.		Trimestral.			
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}			
Explotación de registros administrativos.		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre			
6. Referencias adicionales ⁶					
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}			
Samuel H. Preston (1993): "Demographic Change in the United States, 1970 - 2050" en Manton, K. G., Singer, B. H., & Suzman, R. M. <i>Forecasting the health of elderly populations</i> . New York: Springer-Verlag. Gerardo Núñez Medina, <i>Determinantes Contextuales de la Mortalidad en México 2011</i> . http://www.un.org/en/development/desa/index.html http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf		Según Institución.			
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}		Según Institución.			
Comentarios técnicos ^{6.4}					
El elemento principal para medir la mortalidad es la ocurrencia de las defunciones. Esta tiene una causa, que puede ser natural, enfermedad, traumatismo o lesión que conduce a la muerte. La información básica para dicho estudio, son las muertes registradas y clasificadas y desagregadas por sexo y edad, y solo pueden encontrarse en los Registros de Estadísticas Vitales.					

Tasa de supervivencia posterior a trasplante renal					
1. Datos de relación programática del indicador¹					
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023	
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos		
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados					
Alineación programática		PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2	PAEMAE Objetivo 1	
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.					
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.					
2. Datos de identificación del indicador²					
Nombre del indicador:^{2.1} Tasa de supervivencia posterior a trasplante renal.				Identificador del indicador^{2.2}	IX/I.E.
				No. de indicador 58	
Dimensión a medir:^{2.3} Efectividad.				Definición:^{2.4} Tasa de pacientes con supervivencia del injerto a 5 años del trasplante renal.	
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de pacientes vivos a 5 años posterior al trasplante renal/Total de pacientes con trasplante renal x 1000				Unidad de medida:^{2.6} Tasa x 1000	
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.				Frecuencia de medición:^{2.8} Anual.	
3. Características del indicador³					
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}		Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}
Si	Si	Si		Si	Si
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco. Relevancia: Refleja la supervivencia en trasplante renal de los procedimientos realizados en las entidades que participan en el programa. Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales. Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales. Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables. Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.					
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.					
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa					

4. Determinación de metas ⁴				
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}	
Valor	Año	Período	Valor	Según Institución
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Período de cumplimiento	Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}	
Ascendente			Verde	Amarillo
Factibilidad ^{4.5}			Media.	Rojo
5. Características de las variables (metadatos) ⁵				
Variables ^{5.1}				
Nombre ^{5.1.1}			Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Pacientes vivos a cinco años posterior al trasplante renal			V1 Número total de pacientes con supervivencia del injerto a cinco años del trasplante renal.	
V2 Total de pacientes con trasplante renal.			V2 Número total de pacientes trasplantados renales durante el periodo.	
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}			Unidad de medida ^{5.1.4}	
Registro institucional. Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes (SIRNT)			V1 Paciente con supervivencia del injerto (Número absoluto)	
Registro institucional. Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes (SIRNT)			V2 Paciente con trasplante renal (Número absoluto)	
Desagregación geográfica ^{5.1.5}			Frecuencia ^{5.1.6}	
Institucional.			Anual.	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}			Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}	
Explotación de registros administrativos			Periodos de reporte enero-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶				
Referencia internacional ^{6.1}			Serie estadística ^{6.2}	
Organización Nacional de Trasplantes (ONT) http://www.transplant-observatory.org/Pages/Data-Reports.aspx			Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}				
Según Institución.				
Comentarios técnicos ^{6.4}				
Este indicador puede reportarse como tasa de supervivencia del injerto a 1, 3 y 5 años. De manera ajustada por tipo de donador (vivo o cadavérico) La medición se realiza de forma anual y con base en la información de pacientes generada en los 5 años anteriores.				

Tasa de supervivencia posterior a cáncer cervicouterino						
1. Datos de relación programática del indicador ¹						
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática	PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2		PAEMAE Objetivo 1		
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador ²						
Nombre del indicador:^{2.1} Tasa de supervivencia a posterior a cáncer cervicouterino.				Identificador del indicador^{2.2}	IX/I.E.	
				No. de indicador 59		
Dimensión a medir:^{2.3} Efectividad.				Definición:^{2.4} Cociente de supervivencia a cinco años de pacientes sometidas a tratamiento por cáncer cervicouterino en la unidad hospitalaria.		
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de pacientes con cinco años de supervivencia posterior a cáncer cervicouterino/Total de pacientes tratadas por cáncer cervicouterino x 1000				Unidad de medida:^{2.6} Tasa x 1000 casos.		
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.				Frecuencia de medición:^{2.8} Anual.		
3. Características del indicador ³						
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}		Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}
Si	Si	Si		Si	Si	Si
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco. Relevancia: Refleja la supervivencia (cinco años) en menores pacientes con tratamiento de cáncer cervicouterino en las entidades que participan en el programa Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.						

4. Determinación de metas ⁴						
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}			
Valor	Año	Período	Valor			Según Institución
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Período de cumplimiento			Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}			
Ascendente			Verde	Amarillo	Rojo	
Factibilidad ^{4.5}		Media	95% <=X <= 105%	90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%	X < 90% ó X > 110%	
5. Características de las variables (metadatos) ⁵						
Variables ^{5.1}						
Nombre ^{5.1.1}			Descripción de la variable ^{5.1.2}			
V1 Número de pacientes con cinco años de supervivencia posterior a cáncer cervicouterino. V2 Total de pacientes tratadas por cáncer cervicouterino x 1000			V1 Número total de pacientes con supervivencia de cinco años posteriores a tratamiento de cáncer cervicouterino durante el periodo. V2 Número total de pacientes tratadas por cáncer cervicouterino durante el periodo.			
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}			Unidad de medida ^{5.1.4}			
Bases de datos estadísticas institucionales.			V1 Paciente superviviente (Número absoluto)			
Bases de datos estadísticas institucionales.			V2 Paciente tratada (Número absoluto)			
Desagregación geográfica ^{5.1.5}			Frecuencia ^{5.1.6}			
Institucional			Anual			
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}			Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}			
Censo.			Periodos de reporte enero-diciembre			
6. Referencias adicionales ⁶						
Referencia internacional ^{6.1}			Serie estadística ^{6.2}			
No Disponible.			Según Institución.			
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}						
Según Institución.						
Comentarios técnicos ^{6.4}						
La medición se realiza de forma anual y con base en la información de pacientes generada en los 5 años anteriores. El tratamiento incluye la fase diagnóstica y de etapificación, por lo cual este indicador puede ser ajustado en razón de la estirpe histológica y del estadiaje.						

Tasa de supervivencia posterior a cáncer mamario						
1. Datos de relación programática del indicador ¹						
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática	PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2		PAEMAE Objetivo 1		
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador ²						
Nombre del indicador:^{2.1} Tasa de supervivencia a posterior a cáncer mamario.				Identificador del indicador^{2.2}	IX/I.E.	
				No. de indicador 60		
Dimensión a medir:^{2.3} Efectividad.				Definición:^{2.4} Cociente de supervivencia a cinco años de pacientes sometidas a tratamiento por cáncer mamario en la unidad hospitalaria.		
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de pacientes con cinco años de supervivencia posterior a cáncer mamario/Total de pacientes tratadas por cáncer mamario x 1000				Unidad de medida:^{2.6} Tasa x 1000 casos.		
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.				Frecuencia de medición:^{2.8} Anual.		
3. Características del indicador ³						
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}		Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}
Si	Si	Si		Si	Si	Si
Justificación de las características:^{3.7}						
Claridad: El indicador es preciso e inequívoco.						
Relevancia: Refleja la supervivencia (cinco años) en pacientes con tratamiento de cáncer mamario en las entidades que participan en el programa						
Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales						
Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales						
Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables						
Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.						

4. Determinación de metas ⁴					
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}		
Valor	Año	Período	Valor	Según Institución	
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Período de cumplimiento	Según Institución	
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}		
Ascendente			Verde	Amarillo	Rojo
Factibilidad ^{4.5}		Media	95% <=X <= 105%	90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%	X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵					
VARIABLES ^{5.1}					
Nombre ^{5.1.1}			Descripción de la variable ^{5.1.2}		
V1 Número de pacientes con cinco años de supervivencia posterior a cáncer mamario. V2 Total de pacientes tratadas por cáncer mamario x 1000			V1 Número total de pacientes con supervivencia de cinco años posteriores a tratamiento de cáncer mamario durante el periodo. V2 Número total de pacientes tratadas por cáncer mamario durante el periodo.		
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}			Unidad de medida ^{5.1.4}		
Bases de datos estadísticas institucionales.			V1 Paciente superviviente (Número absoluto)		
Bases de datos estadísticas institucionales.			V2 Paciente tratada (Número absoluto)		
Desagregación geográfica ^{5.1.5}			Frecuencia ^{5.1.6}		
Institucional			Anual		
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}			Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}		
Censo.			Periodos de reporte enero-diciembre		
6. Referencias adicionales ⁶					
Referencia internacional ^{6.1}			Serie estadística ^{6.2}		
No Disponible.			Según Institución.		
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}					
Según Institución.					
Comentarios técnicos ^{6.4}					
La medición se realiza de forma anual y con base en la información de pacientes generada en los 5 años anteriores. El tratamiento incluye la fase diagnóstica y de etapificación. Por lo cual este indicador puede ser ajustado en razón de la estirpe histológica y del estadiaje.					

Tasa de supervivencia posterior a cáncer de próstata						
1. Datos de relación programática del indicador¹						
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática	PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2		PAEMAE Objetivo 1		
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador²						
Nombre del indicador:^{2.1} Tasa de supervivencia a posterior a cáncer de próstata.				Identificador del indicador^{2.2}	IX/I.E.	
				No. de indicador 61		
Dimensión a medir:^{2.3} Efectividad.				Definición:^{2.4} Cociente de supervivencia a cinco años de pacientes sometidos a tratamiento por cáncer de próstata en la unidad hospitalaria.		
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de pacientes con cinco años de supervivencia posterior a cáncer de próstata/Total de pacientes tratados por cáncer de próstata x 1000				Unidad de medida:^{2.6} Tasa x 1000 casos.		
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.				Frecuencia de medición:^{2.8} Anual.		
3. Características del indicador³						
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}		Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal
Si	Si	Si		Si	Si	Si
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco. Relevancia: Refleja la supervivencia (cinco años) en pacientes con tratamiento de cáncer de próstata en las entidades que participan en el programa Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.						

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Período de cumplimiento
Ascendente			Según Institución
Factibilidad ^{4.5}		Media	Parámetros de semaforización ^{4.4}
			Verde
			Amarillo
			Rojo
			95% <=X <= 105%
			90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%
			X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variables ^{5.1}			
Nombre ^{5.1.1}		Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Número de pacientes con cinco años de supervivencia posterior a cáncer de próstata.		V1 Número total de pacientes con supervivencia de cinco años posteriores a del tratamiento de cáncer de próstata durante el periodo.	
V2 Total de pacientes tratados por cáncer de próstata.		V2 Número total de pacientes tratados por cáncer de próstata durante el periodo.	
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}		Unidad de medida ^{5.1.4}	
Bases de datos estadísticos institucionales.		V1 Paciente superviviente (Número absoluto)	
Bases de datos estadísticos institucionales.		V2 Paciente tratado (Número absoluto)	
Desagregación geográfica ^{5.1.5}		Frecuencia ^{5.1.6}	
Institucional		Anual	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}	
Censo.		Periodos de reporte enero-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}	
No Disponible.		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}			
Según Institución.			
Comentarios técnicos ^{6.4}			
La medición se realiza de forma anual y con base en la información de pacientes generada en los 5 años anteriores. El tratamiento incluye la fase diagnóstica y de etapificación. Por lo cual este indicador puede ser ajustado en razón de la estirpe histológica y del estadiaje.			

Tasa de supervivencia posterior a cáncer pulmonar						
1. Datos de relación programática del indicador ¹						
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática	PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2		PAEMAE Objetivo 1		
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador ²						
Nombre del indicador:^{2.1} Tasa de supervivencia a posterior a cáncer pulmonar.				Identificador del indicador^{2.2}	IX/I.E.	
				No. de indicador 62		
Dimensión a medir:^{2.3} Efectividad.				Definición:^{2.4} Cociente de supervivencia a cinco años de pacientes sometidos a tratamiento por cáncer de pulmón en la unidad hospitalaria.		
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de pacientes con cinco años de supervivencia posterior a cáncer de pulmón/Total de pacientes tratados por cáncer de pulmón x 1000				Unidad de medida:^{2.6} Tasa x 1000 casos.		
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.				Frecuencia de medición:^{2.8} Anual.		
3. Características del indicador ³						
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}		Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}
Si	Si	Si		Si	Si	Si
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco. Relevancia: Refleja la supervivencia (cinco años) en pacientes con tratamiento de cáncer en las entidades que participan en el programa Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.						

4. Determinación de metas ⁴						
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}			
Valor	Año	Período	Valor			Según Institución
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Período de cumplimiento			Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}			
Ascendente			Verde	Amarillo	Rojo	
Factibilidad ^{4.5}		Media	95% ≤ X ≤ 105%	90% ≤ X < 95% ó 105% < X ≤ 110%	X < 90% ó X > 110%	
5. Características de las variables (metadatos) ⁵						
Variables ^{5.1}						
Nombre ^{5.1.1}			Descripción de la variable ^{5.1.2}			
V1 Número de pacientes con cinco años de supervivencia posterior a cáncer de pulmón. V2 Total de pacientes tratados por cáncer de pulmón.			V1 Número total de pacientes con supervivencia de cinco años posteriores a tratamiento de cáncer de pulmón durante el periodo. V2 Número total de pacientes tratados por cáncer de pulmón durante el periodo.			
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}			Unidad de medida ^{5.1.4}			
Bases de datos estadísticas institucionales.			V1 Paciente superviviente (Número absoluto)			
Bases de datos estadísticas institucionales.			V2 Paciente tratado (Número absoluto)			
Desagregación geográfica ^{5.1.5}			Frecuencia ^{5.1.6}			
Institucional			Anual			
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}			Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}			
Censo.			Periodos de reporte enero-diciembre			
6. Referencias adicionales ⁶						
Referencia internacional ^{6.1}			Serie estadística ^{6.2}			
No Disponible.			Según Institución.			
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}						
Según Institución.						
Comentarios técnicos ^{6.4}						
La medición se realiza de forma anual y con base en la información de pacientes generada en los 5 años anteriores. El tratamiento incluye la fase diagnóstica y de etapificación. Por lo cual este indicador puede ser ajustado en razón de la estirpe histológica y del estadiaje.						

Tasa de supervivencia por cáncer en menores de 18 años de edad						
1. Datos de relación programática del indicador¹						
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}				Prestación de Servicios Públicos		
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática	PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2		PAEMAE Objetivo 1		
Prioridades^{1.6} Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador²						
Nombre del indicador:^{2.1} Tasa de supervivencia por cáncer en menores de 18 años de edad.			Identificador del indicador^{2.2}	IX/I.E.		
			No. de indicador 63			
Dimensión a medir:^{2.3} Efectividad.			Definición:^{2.4} Cociente de pacientes menores de 18 años con tratamiento de cáncer de todos los tipos histológicos con supervivencia de cinco años posteriores al tratamiento de cáncer.			
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de pacientes menores de 18 años de edad con supervivencia de cinco años posterior a cáncer /Total de pacientes menores de 18 años de edad tratados por cáncer x 1000			Unidad de medida:^{2.6} Tasa x 1000 casos.			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.			Frecuencia de medición:^{2.8} Anual.			
3. Características del indicador³						
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}	
Si	Si	Si	Si	Si	Si	
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco. Relevancia: Refleja la supervivencia (cinco años) en menores de 18 años con tratamiento de cáncer en las entidades que participan en el programa Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.						

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor Según Institución
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Período de cumplimiento Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}
Ascendente			Verde Amarillo Rojo
Factibilidad ^{4.5}		Media	95% <=X <= 105% 90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110% X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variables ^{5.1}			
Nombre ^{5.1.1}		Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Número de pacientes menores de 18 años de edad con supervivencia de cinco años posterior a cáncer. V2 Total de pacientes menores de 18 años de edad tratados por cáncer x 1000		V1 Pacientes menores de 18 años de edad que sobreviven a cinco años del tratamiento de cáncer. V2 Pacientes menores de 18 años de edad tratados de cáncer durante el periodo.	
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}		Unidad de medida ^{5.1.4}	
Bases de datos estadísticos institucionales.		V1 Paciente superviviente (Número absoluto)	
Bases de datos estadísticos institucionales.		V2 Paciente tratado (Número absoluto)	
Desagregación geográfica ^{5.1.5}		Frecuencia ^{5.1.6}	
Institucional		Anual	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}	
Censo		Periodos de reporte enero-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}	
Fajaro-Gutiérrez A, Juárez-Ocaña S, González-Miranda G, et al. Incidence of cancer in children residing in ten jurisdictions of the Mexican Republic: importance of the cancer registry (a population-based study). BMC Cancer 2007, 7:68. http://www.biomedcentral.com/1471-2407/7/68 . Levi F, La Vecchia C, Negri E, Lucchini F. Childhood cancer mortality in Europe, 1955-1995. Eur J Cancer 2001;37:785-809. 7. Peris Bonet R, et al. Cáncer infantil en España. Estadísticas 1980-2007. Registro Nacional de Tumores Infantiles (RNTI-SEHOP). Valencia: Universitat de Valencia, 2008 Stiller CA, Kroll ME, Eatock EM. Incidence of childhood cancer 1991-2000. In: Stiller CA, editor. Childhood cancer in Britain: incidence, survival, mortality. Oxford University Press; 2007. chap. 3.		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}		Según Institución.	
Comentarios técnicos ^{6.4}			
La medición se realiza de forma anual y con base en la información de pacientes generada en los 5 años anteriores. El tratamiento incluye la fase diagnóstica y de etapificación. Por lo cual este indicador puede ser ajustado en razón de la estirpe histológica y del estadiaje.			

Proporción de consultas subsecuentes-primera vez de obstetricia.						
1. Datos de relación programática del indicador¹						
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática	PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2		PAEMAE Objetivo 1		
Prioridades^{1.6} Coordinar el desarrollo de las actividades de atención médica de alta especialidad en las unidades médicas.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador²						
Nombre del indicador:^{2.1} Proporción de consultas subsecuentes/primera vez de obstetricia.			Identificador del indicador^{2.2}	IX/I.E.		
Dimensión a medir:^{2.3} Calidad.			No. de indicador 64			
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de consultas subsecuentes de obstetricia/Número de consultas de primera vez de obstetricia X 100			Definición:^{2.4} Proporción de consultas subsecuentes de obstetricia que se otorgan por cada una de primera vez especializada.			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.			Unidad de medida:^{2.6} Porcentaje.			
			Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.			
3. Características del indicador³						
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}	
Si	Si	Si	Si	Si	Si	
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco. Relevancia: Refleja la utilización de las unidades especializadas en las unidades hospitalarias de las entidades coordinadas. Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 2 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.						

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor Según Institución
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Período de cumplimiento Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}
Descendente			Verde Amarillo Rojo
Factibilidad ^{4.5}	Media		95% <=X <= 105% 90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110% X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variables ^{5.1}			
Nombre ^{5.1.1}		Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Número de consultas subsecuentes de obstetricia. V2 Número de consultas de primera vez de obstetricia.		V1 Número de consultas de obstetricia que se otorgan a una persona cuando asiste por la misma causa o motivo por el que se otorgó en la unidad una consulta externa de primera vez. V2 Número de consultas de primera vez otorgadas a pacientes no incorporados a la institución previamente a los que se les apertura expediente clínico en el periodo.	
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}		Unidad de medida ^{5.1.4}	
Hoja diaria del médico, Sistema de Información en Salud.		V1 Consulta subsecuente (Número absoluto)	
Hoja diaria del médico, Sistema de Información en Salud.		V2 Consulta de primera vez (Número absoluto)	
Desagregación geográfica ^{5.1.5}		Frecuencia ^{5.1.6}	
Institucional.		Trimestral	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}	
Explotación de archivos administrativos.		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}	
No Disponible.		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}			
Según Institución.			
Comentarios técnicos ^{6.4}			
En la instrumentación del indicador deberán considerarse como exclusiones la interconsulta a pacientes hospitalizados y urgencias o admisión continua; la revisión de herida quirúrgica, con o sin retiro de puntos de sutura; la realización de curaciones, la aplicación de tratamientos médicos (administración de medicamentos mediante infusiones, inyecciones, vacunas, otros)			

Promedio de días estancia neonatal						
1. Datos de relación programática del indicador ¹						
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática		PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2	PAEMAE Objetivo 1		
Prioridades^{1.6} Coordinar el desarrollo de las actividades de atención médica de alta especialidad en las unidades médicas.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador ²						
Nombre del indicador:^{2.1} Promedio de días estancia neonatal		Identificador del indicador^{2.2}		IX/I.E.		
		No. de indicador		65		
Dimensión a medir:^{2.3} Calidad.		Definición:^{2.4} Promedio de estancia hospitalaria de los niños menores de 28 días de vida.				
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de días estancia de neonatos/Total de egresos de neonatos.		Unidad de medida:^{2.6} Promedio.				
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.		Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.				
3. Características del indicador ³						
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}	
Si	Si	Si	Si	Si	Si	
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco. Relevancia: Refleja la utilización de los servicios especializados en las unidades hospitalarias de las entidades coordinadas. Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 2 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad						
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.						

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período)^{4.1}			Meta y período de cumplimiento^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor Según Institución
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Período de cumplimiento Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta^{4.3}			Parámetros de semaforización^{4.4}
Ascendente			Verde
Factibilidad^{4.5}			Amarillo
Media			Rojo
			95% $\leq X \leq$ 105%
			90% $\leq X <$ 95% ó 105% $< X \leq$ 110%
			X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variables^{5.1}			
Nombre^{5.1.1}		Descripción de la variable^{5.1.2}	
V1 Número de días estancia de neonatos. V2 Total de egresos de neonatos.		V1 Número total de días estancia de los niños menores de 28 días de vida hospitalizados durante el periodo. V2 Total de egresos neonatales durante el período.	
Fuentes (medios de verificación)^{5.1.3}		Unidad de medida^{5.1.4}	
Informe estadístico médico, Censo hospitalario.		V1 Consulta subsecuente (Número absoluto)	
Informe estadístico médico, Censo hospitalario.		V2 Consulta de primera vez (Número absoluto)	
Desagregación geográfica^{5.1.5}		Frecuencia^{5.1.6}	
Institucional.		Trimestral.	
Método de recopilación de datos^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información^{5.1.8}	
Explotación de archivos administrativos.		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional^{6.1}		Serie estadística^{6.2}	
No Disponible.		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador^{6.3}			
Según Institución.			
Comentarios técnicos^{6.4}			
<p>Se considera Días- estancia al total de días que el paciente permaneció internado en la unidad hospitalaria. Para el cálculo de los días de estancia se sigue el procedimiento siguiente: Computar el día de ingreso, pero no el de egreso. Ejemplo: a un paciente ingresado el 10 de marzo y egresado el 15 de marzo, le corresponden 5 días de estancia. Cuando un paciente ingresa y egresa en el mismo día (entre la 0 y las 24 horas) computar un día de estancia.</p> <p>En la interpretación del indicador debe tenerse en cuenta que la medicina de alta especialidad puede cursar con tiempos promedio de estancia alargados merced a la complejidad de los padecimientos atendidos. Debido a esto habrá que considerar su desagregación por servicio y/o por tipo de padecimiento, en caso de que así se estime conveniente.</p>			

Promedio de días paciente neonatal.						
1. Datos de relación programática del indicador¹						
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática	PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2		PAEMAE Objetivo 1		
Prioridades^{1.6} Coordinar el desarrollo de las actividades de atención médica de alta especialidad en las unidades médicas.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador²						
Nombre del indicador:^{2.1} Promedio de días paciente neonatal.				Identificador del indicador^{2.2}	IX/I.E.	
				No. de indicador 66		
Dimensión a medir:^{2.3} Calidad				Definición:^{2.4} Promedio de estancia hospitalaria entre las 0 y las 24 horas de un mismo día de los niños menores de 28 días de vida.		
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de días estancia de neonatos/Número de días cuna				Unidad de medida:^{2.6} Promedio (media estadística)		
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.				Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.		
3. Características del indicador³						
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}		Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}
Si	Si	Si		Si	Si	Si
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco. Relevancia: Refleja la utilización de los servicios especializados en las unidades hospitalarias de las entidades coordinadas. Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.						

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período)^{4.1}			Meta y período de cumplimiento^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta^{4.3}			Período de cumplimiento
Ascendente			Según Institución
Factibilidad^{4.5}		Media	Parámetros de semaforización^{4.4}
			Verde
			Amarillo
			Rojo
			95% <=X <= 105%
			90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%
			X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variables^{5.1}			
Nombre^{5.1.1}		Descripción de la variable^{5.1.2}	
V1 Número de días paciente de neonatos. V2 Número de días cuna.		V1 Número total de días paciente de los niños menores de 28 días de vida hospitalizados durante el período comprendido entre las 0 y las 24 horas de un mismo día, durante el periodo. V2 Total de cunas fisiológicas entre las 0 y las 24 horas de un mismo día, durante el periodo.	
Fuentes (medios de verificación)^{5.1.3}		Unidad de medida^{5.1.4}	
Informe estadístico médico, Censo hospitalario.		V1 Día-estancia neonatal (Número absoluto)	
Informe estadístico médico, Censo hospitalario.		V2 Cuna fisiológica (Número absoluto)	
Desagregación geográfica^{5.1.5}		Frecuencia^{5.1.6}	
Institucional.		Trimestral.	
Método de recopilación de datos^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información^{5.1.8}	
Explotación de archivos administrativos.		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional^{6.1}		Serie estadística^{6.2}	
No Disponible.		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador^{6.3}			
Según Institución.			
Comentarios técnicos^{6.4}			
Se interpreta como Día-paciente la permanencia de un paciente internado, es decir ocupando una cama en un establecimiento de salud, durante el período comprendido entre las 0 y las 24 horas de un mismo día. Un día paciente refleja los servicios recibidos por un paciente internado dentro de un día censal. En la interpretación del indicador debe tenerse en cuenta que la medicina de alta especialidad puede cursar con tiempos promedio de estancia alargados merced a la complejidad de los padecimientos atendidos. Debido a esto habrá que considerar su desagregación por servicio y/o por tipo de padecimiento, en caso de que así se estime conveniente.			

Porcentaje de ocupación hospitalaria neonatal						
1. Datos de relación programática del indicador ¹						
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática		PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2	PAEMAE Objetivo 1		
Prioridades^{1.6} Coordinar el desarrollo de las actividades de atención médica de alta especialidad en las unidades médicas.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador ²						
Nombre del indicador:^{2.1} Porcentaje de ocupación hospitalaria neonatal				Identificador del indicador^{2.2}	IX/I.E.	
				No. de indicador 67		
Dimensión a medir:^{2.3} Eficiencia				Definición:^{2.4} Proporción del grado de ocupación de las cunas censables de la unidad hospitalaria en relación con el número de días cuna de neonatos		
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de días paciente de neonatos/Número de días cuna de neonatos x 100				Unidad de medida:^{2.6} Porcentaje.		
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.				Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.		
3. Características del indicador ³						
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}		Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}
Si	Si	Si		Si	Si	Si
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco. Relevancia: Refleja la utilización de los servicios especializados en las unidades hospitalarias de las entidades coordinadas. Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.						

4. Determinación de metas ⁴					
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}		
Valor	Año	Período	Valor	Según Institución	
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Período de cumplimiento	Según Institución	
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}		
Ascendente			Verde	Amarillo	Rojo
Factibilidad ^{4.5}		Media	95% <=X <= 105%	90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%	X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵					
Variables ^{5.1}					
Nombre ^{5.1.1}			Descripción de la variable ^{5.1.2}		
V1 Número de días paciente de neonatos. V2 Número de días cuna de neonatos.			V1 Número de días-paciente de neonatos durante el periodo. V2 Número de días-cuna de neonatos durante el periodo.		
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}			Unidad de medida ^{5.1.4}		
Informe estadístico médico, Censo hospitalario.			V1 Día-paciente neonatal (Número absoluto)		
Informe estadístico médico, Censo hospitalario.			V2 Día-cuna (Número absoluto)		
Desagregación geográfica ^{5.1.5}			Frecuencia ^{5.1.6}		
Institucional.			Trimestral.		
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}			Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}		
Explotación de archivos administrativos.			Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre		
6. Referencias adicionales ⁶					
Referencia internacional ^{6.1}			Serie estadística ^{6.2}		
No Disponible.			Según Institución.		
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}					
Según Institución.					
Comentarios técnicos ^{6.4}					
En la instrumentación del indicador se deben considerar únicamente las cunas fisiológicas.					

Índice de rotación de camas neonatal						
1. Datos de relación programática del indicador ¹						
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática	PND Objetivo 2.3		PROSESA Objetivo 2		PAEMAE Objetivo 1	
Prioridades^{1.6} Coordinar el desarrollo de las actividades de atención médica de alta especialidad en las unidades médicas.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador ²						
Nombre del indicador:^{2.1} Índice de rotación de camas neonatal				Identificador del indicador^{2.2}	IX/I.E.	
				No. de indicador 68		
Dimensión a medir:^{2.3} Eficiencia				Definición:^{2.4} Relación del número de egresos que genera cada cuna censable de la unidad hospitalaria.		
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de egresos de neonatos/Número de cunas de neonatos.				Unidad de medida:^{2.6} Índice de relación.		
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.				Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.		
3. Características del indicador ³						
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}		Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}
Si	Si	Si		Si	Si	Si
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco. Relevancia: Refleja la utilización de los servicios especializados en las unidades hospitalarias de las entidades coordinadas. Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 1 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.						

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor Según Institución
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Período de cumplimiento Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}
Ascendente			Verde
Factibilidad ^{4.5}			Amarillo
Media			Rojo
			95% <=X <= 105%
			90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%
			X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variables ^{5.1}			
Nombre ^{5.1.1}		Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Número de egresos de neonatos. V2 Número de cunas de neonatos.		V1 Número total de egresos de neonatos durante el periodo. V2 Número total de cunas censables durante el periodo.	
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}		Unidad de medida ^{5.1.4}	
Sistema de hospital/SAEH		V1 Egreso neonatal (Número absoluto)	
Registros de Hospitalización.		V2 Cuna censable fisiológica (número absoluto)	
Desagregación geográfica ^{5.1.5}		Frecuencia ^{5.1.6}	
Institucional.		Trimestral.	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}	
Explotación de archivos administrativos.		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}	
No Disponible.		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}			
Según Institución.			
Comentarios técnicos ^{6.4}			
Este indicador puede desagregarse para analizar la producción del recurso cuna censable por servicio y por especialidades, en caso de que se estime conveniente.			

Tasa de mortalidad materna						
1. Datos de relación programática del indicador ¹						
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática	PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2		PAEMAE Objetivo 2		
Prioridades^{1.6} Fortalecer los mecanismos que permitan el acceso efectivo y oportuno a los servicios de atención médica en las entidades coordinadas.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador ²						
Nombre del indicador:^{2.1} Tasa de mortalidad materna.		Identificador del indicador^{2.2}		IX/I.E.		
		No. de indicador 69				
Dimensión a medir:^{2.3} Eficacia.		Definición:^{2.4} Cociente de la probabilidad que tuvieron todos los egresos obstétricos de morir durante su estancia hospitalaria por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo durante el periodo.				
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Total de defunciones obstétricas/Total de egresos obstétricos x 1000		Unidad de medida:^{2.6} Tasa x 1000 egresos obstétricos.				
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.		Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.				
3. Características del indicador ³						
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}	
Si	Si	Si	Si	Si	Si	
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco. Relevancia: Contribuye a conocer el grado de impacto de los servicios especializados en las entidades coordinadas. Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 2 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.						

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Período de cumplimiento
Descendente			Según Institución
Factibilidad ^{4.5}		Media	Parámetros de semaforización ^{4.4}
			Verde
			Amarillo
			Rojo
			95% <=X <= 105%
			90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%
			X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variables ^{5.1}			
Nombre ^{5.1.1}		Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Total de defunciones obstétricas. V2 Total de egresos obstétricos x 100		V1 Número total de defunciones obstétricas hospitalarias durante el periodo. V2 Número total de egresos obstétricos durante el periodo.	
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}		Unidad de medida ^{5.1.4}	
Sistema de hospital/SAEH		V1 Defunción obstétrica hospitalaria (Número absoluto)	
Registros de Hospitalización.		V2 Egreso obstétrico hospitalario (Número absoluto)	
Desagregación geográfica ^{5.1.5}		Frecuencia ^{5.1.6}	
Institucional.		Trimestral.	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}	
Explotación de archivos administrativos.		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}	
No Disponible.		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}			
Según Institución.			
Comentarios técnicos ^{6.4}			
La tasa de mortalidad materna (TMM) es el número anual de muertes de mujeres por cada 100.000 niños nacidos vivos por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo (excluyendo las causas accidentales o incidentales). La TMM para el año especificado incluye las muertes durante el embarazo, el parto, o dentro de 42 días de interrupción del embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo. Para la instrumentación de indicador la tasa se manejará ajustada al evento obstétrico y no al producto de la gestación nacido vivo.			

Tasa de mortalidad perinatal						
1. Datos de relación programática del indicador ¹						
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática	PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2		PAEMAE Objetivo 2		
Prioridades^{1.6} Fortalecer los mecanismos que permitan el acceso efectivo y oportuno a los servicios de atención médica en las entidades coordinadas.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador ²						
Nombre del indicador:^{2.1} Tasa de mortalidad perinatal.				Identificador del indicador^{2.2}	IX/I.E.	
				No. de indicador 70		
Dimensión a medir:^{2.3} Efectividad.				Definición:^{2.4} Cociente del número de muertes fetales de 28 semanas gestacionales o más y los nacidos vivos que fallecen antes de los 7 días de vida.		
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Total de defunciones perinatales/Total de nacidos vivos x 1000				Unidad de medida:^{2.6} Tasa x 1000 nacidos vivos		
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.				Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.		
3. Características del indicador ³						
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}		Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal⁶
Si	Si	Si		Si	Si	Si
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco. Relevancia: Contribuye a conocer el grado de impacto de los servicios especializados en las entidades coordinadas. Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 2 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.						

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Período de cumplimiento
Descendente			Según Institución
Factibilidad ^{4.5}		Media	Parámetros de semaforización ^{4.4}
			Verde
			Amarillo
			Rojo
			95% <=X <= 105%
			90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%
			X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variables ^{5.1}			
Nombre ^{5.1.1}		Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Total de defunciones perinatales. V2 Total de nacidos vivos.		V1 Número de muertes fetales de 28 semanas gestacionales o más y número de muertes de nacidos vivos menores a 7 días de vida durante el periodo. V2 Número total de nacidos vivos durante el periodo.	
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}		Unidad de medida ^{5.1.4}	
Certificado de defunción. Registros hospitalarios.		V1 Muerte fetal (Número absoluto)	
Certificado de nacimiento. Registros hospitalarios.		V2 Muerte perinatal (Número absoluto)	
Desagregación geográfica ^{5.1.5}		Frecuencia ^{5.1.6}	
Institucional.		Trimestral.	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}	
Explotación de archivos administrativos.		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}	
World Health Organization. Neonatal and perinatal mortality. Country, regional and global estimates. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43444/1/9241563206_eng.pdf MacDorman MF, Gregory EC. Fetal and perinatal mortality: United States, 2013. Natl Vital http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr64/nvsr64_08.pdf dfStatRep 2015;64:1-24 Nyamtema AS, Mwakatundu N, Dominico S, Mohamed H, Pemba S, et al. Enhancing maternal and perinatal health in under-served remote areas in Subharan Africa. A Tanzanian Model. PLoS One 2016;11:e0151419 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4795747/		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3} Según Institución.			
Comentarios técnicos ^{6.4} El indicador pondera los factores de muertes fetales tardías y muertes neonatales precoces, ambas consideradas prevenibles y para las cuales existen determinantes sociales, culturales, ambientales y genéticos.			

Tasa de mortalidad perinatal						
1. Datos de relación programática del indicador ¹						
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud	Identificador del programa^{1.2}	E023			
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática		PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2	PAEMAE Objetivo 2		
Prioridades^{1.6} Fortalecer los mecanismos que permitan el acceso efectivo y oportuno a los servicios de atención médica en las entidades coordinadas.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador ²						
Nombre del indicador:^{2.1} Tasa de mortalidad neonatal.				Identificador del indicador^{2.2}	IX/I.E.	
				No. de indicador 71		
Dimensión a medir:^{2.3} Eficacia.				Definición:^{2.4} Cociente del número de nacidos vivos que mueren antes de cumplir 28 días de edad.		
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Total de defunciones neonatales/Total de nacidos vivos X 1000				Unidad de medida:^{2.6} Tasa x 1000 nacidos vivos.		
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.				Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.		
3. Características del indicador ³						
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}		Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}
Si	Si	Si		Si	Si	Si
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco. Relevancia: Contribuye a conocer el grado de impacto de los servicios especializados en las entidades coordinadas. Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 2 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.						

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Período de cumplimiento
Descendente			Según Institución
Factibilidad ^{4.5}		Media	Parámetros de semaforización ^{4.4}
			Verde
			Amarillo
			Rojo
			95% <=X <= 105%
			90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%
			X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variables ^{5.1}			
Nombre ^{5.1.1}		Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Total de defunciones neonatales. V2 Total de nacidos vivos.		V1 Número de nacidos vivos que mueren antes de cumplir los 28 días de edad durante el periodo. V2 Número total de nacidos vivos durante el periodo.	
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}		Unidad de medida ^{5.1.4}	
Certificado de defunción. Registros hospitalarios.		V1 Defunción neonatal (Número absoluto)	
Certificado de nacimiento. Registros hospitalarios.		V2 Recién nacido vivo (Número absoluto)	
Desagregación geográfica ^{5.1.5} Institucional.		Frecuencia ^{5.1.6} Trimestral.	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}	
Explotación de archivos administrativos.		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}	
World Health Organization. Neonatal and perinatal mortality. Country, regional and global estimates. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43444/1/9241563206_eng.pdf MacDorman MF, Gregory EC. Fetal and perinatal mortality: United States, 2013. Natl Vital http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr64/nvsr64_08.pdf StatRep 2015;64:1-24 Nyamtema AS, Mwakatundu N, Dominico S, Mohamed H, Pemba S, et al. Enhancing maternal and perinatal health in under-served remote areas in Subharan Africa. A Tanzanian Model. PLoS One 2016;11:e0151419 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4795747/		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}		Según Institución.	
Comentarios técnicos ^{6.4} Subindicadores a la información que genera este indicador: Tasa de mortalidad neonatal precoz: Cociente entre el número de nacidos vivos que mueren con 6 días de vida o menos en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año para determinada área geográfica por 1000 nacidos vivos. Tasa de mortalidad neonatal tardía: Cociente entre el número de nacidos vivos que mueren entre los 7 y 27 días de vida en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año para determinada área geográfica por 1000 nacidos vivos. Tasa de mortalidad post-neonatal: Cociente entre el número de recién nacidos vivos que mueren entre los 28 y 365 días de vida en un año dado y el número de nacidos vivos del mismo año para determinada área geográfica por 1000 nacidos vivos.			

Porcentaje de cesáreas					
1. Datos de relación programática del indicador ¹					
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023	
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos		
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados					
Alineación programática	PND Objetivo 2.3		PROSESA Objetivo 2		PAEMAE Objetivo 2
Prioridades^{1.6} Fortalecer los mecanismos que permitan el acceso efectivo y oportuno a los servicios de atención médica en las entidades coordinadas.					
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.					
2. Datos de identificación del indicador ²					
Nombre del indicador:^{2.1} Porcentaje de cesáreas.			Identificador del indicador^{2.2}	IX/I.E.	
			No. de indicador 72		
Dimensión a medir:^{2.3} Calidad.			Definición:^{2.4} Proporción del número de cesáreas realizadas con relación al número de nacimientos		
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de cesáreas realizadas/Número de nacimientos x 100			Unidad de medida:^{2.6} Porcentaje.		
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.			Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.		
3. Características del indicador ³					
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}		Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}
Si	Si	Si		Si	Si
Aporte Marginal Si					
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco. Relevancia: Contribuye a conocer elementos de mejora en la calidad de los servicios especializados en las entidades coordinadas. Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 2 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.					
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.					
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.					

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Período de cumplimiento
Descendente			Según Institución
Factibilidad ^{4.5}		Media	Parámetros de semaforización ^{4.4}
			Verde
			Amarillo
			Rojo
			95% <=X <= 105%
			90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%
			X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variables ^{5.1}			
Nombre ^{5.1.1}		Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Número de cesáreas realizadas. V2 Número de nacimientos.		V1 Número total de cesáreas realizadas durante el periodo. V2 Número total de nacimientos durante el periodo.	
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}		Unidad de medida ^{5.1.4}	
Expediente clínico. Hoja de reporte quirúrgico. .		V1 Cesárea (Número absoluto)	
Certificado de nacimiento. Registros hospitalarios		V2 Nacido vivo (Número absoluto)	
Desagregación geográfica ^{5.1.5}		Frecuencia ^{5.1.6}	
Institucional.		Trimestral.	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}	
Explotación de archivos administrativos.		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}	
Estadísticas Sanitarias Mundiales OMS http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131953/1/9789240692695_spa.pdf?ua=1 Global Health Observatory data repository OMS PAHO http://apps.who.int/gho/data/view.main.1630?lang=en Institute for Health Metrics and Evaluation http://www.healthdata.org Declaratoria de la OMS sobre tasas de cesárea. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}		Según Institución.	
Comentarios técnicos ^{6.4} Este indicador refleja el apego a las estrategias del control prenatal con enfoque de riesgo, así como la aplicabilidad de las guías de práctica clínica en la atención del parto, así como la implementación de las recomendaciones de la OMS en la atención obstétrica integral.			

Porcentaje de eventos obstétricos graves						
1. Datos de relación programática del indicador ¹						
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática	PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 2		PAEMAE Objetivo 2		
Prioridades^{1.6} Fortalecer los mecanismos que permitan el acceso efectivo y oportuno a los servicios de atención médica en las entidades coordinadas.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador ²						
Nombre del indicador:^{2.1} Porcentaje de eventos obstétricos graves				Identificador del indicador^{2.2}	IX/I.E.	
				No. de indicador 73		
Dimensión a medir:^{2.3} Calidad				Definición:^{2.4} Proporción del número de eventos obstétricos graves entre el número total de eventos obstétricos para una determinada área geográfica, territorio o país por 100, expresando el porcentaje.		
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de eventos obstétricos graves / Número total de eventos obstétricos x 100				Unidad de medida:^{2.6} Porcentaje.		
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.				Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.		
3. Características del indicador ³						
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}		Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal
Si	Si	Si		Si	Si	Si
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco. Relevancia: Contribuye a conocer elementos de mejora en la calidad de los servicios especializados en las entidades coordinadas. Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 2 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.						

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Período de cumplimiento
Descendente			Según Institución
Factibilidad ^{4.5}		Media	Parámetros de semaforización ^{4.4}
			Verde
			Amarillo
			Rojo
			95% <=X <= 105%
			90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%
			X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variabes ^{5.1}			
Nombre ^{5.1.1}		Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Número de eventos obstétricos graves. V2 Total de eventos obstétricos.		V1 Número total de cesáreas realizadas durante el periodo. V2 Número total de nacimientos durante el periodo.	
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}		Unidad de medida ^{5.1.4}	
Expediente clínico. Registro obstétrico.		V1 Número de eventos obstétricos graves por complicación que ocurre durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días de terminado el embarazo.	
Expediente clínico. Registro obstétrico.		V2 Número total de eventos obstétricos.	
Desagregación geográfica ^{5.1.5}		Frecuencia ^{5.1.6}	
Institucional.		Trimestral.	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}	
Explotación de archivos administrativos.		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}	
Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave CLAP 2012 http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=297&Itemid=http://public.tableau.com/profile/cecilia7310#!/vizhome/MMG2/Dashboard2		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}			Según Institución
Comentarios técnicos ^{6.4}			
Definición de eventos obstétricos graves (para poder comparar con estadísticas internacionales se debe equiparar con el concepto de Morbilidad Materna Grave: Morbilidad materna grave es aquella que presenta una mujer que casi muere pero sobrevive a una complicación que ocurre durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días de terminado el embarazo. Este indicador refleja el apego a las estrategias del control prenatal con enfoque de riesgo, así como la aplicabilidad de las guías de práctica clínica en la atención obstétrica.			

Índice de enfermeras tituladas-técnicas						
1. Datos de relación programática del indicador ¹						
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática	PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 5	PAEMAE Objetivo 4			
Prioridades^{1.6} Promover la formación especializada de profesionales de enfermería y paramédico..						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador ²						
Nombre del indicador:^{2.1} Índice de enfermeras tituladas-técnicas.				Identificador del indicador^{2.2}	IX/I.E.	
				No. de indicador 74		
Dimensión a medir:^{2.3} Calidad.				Definición:^{2.4} Relación de enfermeras tituladas-técnicas respecto al total de enfermeras tituladas durante el periodo.		
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de enfermeras tituladas/Número de enfermeras tituladas técnicas.				Unidad de medida:^{2.6} Índice de relación.		
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.				Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral		
3. Características del indicador ³						
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}		Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}
Si	Si	Si		Si	Si	Si
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco. Relevancia: Refleja la especialización del personal de enfermería en las unidades hospitalarias de las entidades coordinadas. Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 4 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.						

4. Determinación de metas ⁴				
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}	
Valor	Año	Período	Valor	Según Institución
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Período de cumplimiento	Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}	
Descendente			Verde	Amarillo
Factibilidad ^{4.5}			95% <=X <= 105%	90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%
Media			Rojo	X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵				
Variables ^{5.1}				
Nombre ^{5.1.1}			Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Número de enfermeras tituladas. V2 Número de enfermeras tituladas técnicas.			V1 Número total de enfermeras tituladas durante el periodo. V2 Número total de enfermeras tituladas técnicas durante el periodo.	
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}			Unidad de medida ^{5.1.4}	
Registro de personal de enfermería.			V1 Enfermera titulada (Número absoluto)	
Registro de personal de enfermería.			V2 Enfermera titulada técnica (Número absoluto)	
Desagregación geográfica ^{5.1.5}			Frecuencia ^{5.1.6}	
Institucional.			Trimestral	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}			Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}	
Explotación de archivos administrativos.			Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶				
Referencia internacional ^{6.1}			Serie estadística ^{6.2}	
No Disponible.			Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}				
Según Institución.				
Comentarios técnicos ^{6.4}				
Enfermera técnica se refiere al nivel de estudios técnico en enfermería, en relación al nivel de enfermeras tituladas a nivel licenciatura.				

Índice de estudios socioeconómicos por trabajador(a) social						
1. Datos de relación programática del indicador ¹						
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática	PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 5		PAEMAE Objetivo 2		
Prioridades^{1.6} Promover el intercambio de experiencias de los profesionales de la salud.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador ²						
Nombre del indicador:^{2.1} Índice de estudios socioeconómicos por trabajador(a) social.		Identificador del indicador^{2.2}		IX/I.E.		
		No. de indicador		75		
Dimensión a medir:^{2.3} Eficiencia.		Definición:^{2.4} Se refiere a estudios socioeconómicos realizados por trabajadora social, en el periodo a evaluar.				
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Total de estudios socioeconómicos realizados/Total de personal de trabajo social.		Unidad de medida:^{2.6} Índice.				
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.		Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.				
3. Características del indicador ³						
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}	
Si	Si	Si	Si	Si	Si	
Justificación de las características:^{3.7}						
Claridad: El indicador es preciso e inequívoco.						
Relevancia: Refleja la eficiencia del personal de trabajo social en las unidades hospitalarias de las entidades coordinadas.						
Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales						
Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales						
Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables						
Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 4 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa						

4. Determinación de metas ⁴				
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}	
Valor	Año	Período	Valor	Según Institución
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Período de cumplimiento	Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}	
Ascendente			Verde	Amarillo
Factibilidad ^{4.5}			95% <=X <= 105%	90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%
Media			Rojo	X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵				
Variables ^{5.1}				
Nombre ^{5.1.1}			Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Total de estudios socioeconómicos realizados			V1 Total de estudios socioeconómicos realizados en el periodo de evaluación.	
V2 Total de personal de trabajo social			V2 Total de personal de trabajo social en el periodo de evaluación.	
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}			Unidad de medida ^{5.1.4}	
Registro de personal de trabajo social.			V1 Estudio socioeconómico (Número absoluto)	
Registro de personal de trabajo social.			V2 Trabajador(a) social (Número absoluto)	
Desagregación geográfica ^{5.1.5}			Frecuencia ^{5.1.6}	
Institucional.			Trimestral.	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}			Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}	
Explotación de archivos administrativos.			Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶				
Referencia internacional ^{6.1}			Serie estadística ^{6.2}	
			Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}				
Según Institución.				
Comentarios técnicos ^{6.4}				

Índice de camas por trabajadora social						
1. Datos de relación programática del indicador¹						
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática		PND Objetivo 2.3	PROSESA Objetivo 5	PAEMAE Objetivo 2		
Prioridades^{1.6} Favorecer el buen uso de los servicios de acuerdo con su capacidad resolutive.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador²						
Nombre del indicador:^{2.1} Índice de camas por trabajador(a) social.		Identificador del indicador^{2.2}		IX/I.E.		
		No. de indicador		76		
Dimensión a medir:^{2.3} Calidad.		Definición:^{2.4} Se refiere al número de camas censables por trabajadora social.				
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Total de camas censables/Total de personal de trabajo social.		Unidad de medida:^{2.6} Índice.				
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.		Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.				
3. Características del indicador³						
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}	
Si	Si	Si	Si	Si	Si	
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco. Relevancia: Refleja la relación operativa del personal de trabajo social respecto al número de camas censables en las unidades hospitalarias de las entidades coordinadas. Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 2 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa						

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período) ^{4.1}			Meta y período de cumplimiento ^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor Según Institución
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Período de cumplimiento Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta ^{4.3}			Parámetros de semaforización ^{4.4}
Ascendente			Verde Amarillo Rojo
Factibilidad ^{4.5}		Media	95% <=X <= 105% 90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110% X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variables ^{5.1}			
Nombre ^{5.1.1}		Descripción de la variable ^{5.1.2}	
V1 Total de camas censables. V2 Total de personal de trabajo social.		V1 Número total de camas censables en la institución V2 Número total de personal de trabajo social que labora en la institución	
Fuentes (medios de verificación) ^{5.1.3}		Unidad de medida ^{5.1.4}	
Registros hospitalarios.		V1 Cama censable (Número absoluto)	
Registros hospitalarios.		V2 Trabajador(a) social (Número absoluto)	
Desagregación geográfica ^{5.1.5}		Frecuencia ^{5.1.6}	
Institucional		Trimestral	
Método de recopilación de datos ^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información ^{5.1.8}	
Explotación de archivos administrativos		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional ^{6.1}		Serie estadística ^{6.2}	
		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador ^{6.3}			
Según Institución.			
Comentarios técnicos ^{6.4}			
Cama censable: Es la cama de servicio, instalada en el área de hospitalización para el uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio y personal para la atención médica, es controlada por el servicio de admisión de la unidad y se asigna al paciente en el momento de su ingreso hospitalario para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento.			

Índice de casos nuevos por trabajador(a) social						
1. Datos de relación programática del indicador ¹						
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática	PND Objetivo 2.3		PROSESA Objetivo 5		PAEMAE Objetivo 2	
Prioridades^{1.6} Favorecer el buen uso de los servicios de acuerdo con su capacidad resolutive.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador ²						
Nombre del indicador:^{2.1} Índice de casos nuevos por trabajador(a) social.			Identificador del indicador^{2.2}	IX/I.E.		
			No. de indicador 77			
Dimensión a medir:^{2.3} Eficiencia			Definición:^{2.4} Se refiere al número de nuevos casos por trabajadora social.			
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Total de nuevos casos/Total de personal de trabajo social.			Unidad de medida:^{2.6} Índice.			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.			Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.			
3. Características del indicador ³						
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}	
Si	Si	Si	Si	Si	Si	
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco. Relevancia: Refleja la relación operativa del personal de trabajo social respecto al número de nuevos casos en las unidades hospitalarias de las entidades coordinadas. Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 4 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa						

4. Determinación de metas ⁴					
Línea base, valor y fecha (año y período)^{4.1}			Meta y período de cumplimiento^{4.2}		
Valor	Año	Período	Valor	Según Institución	
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Período de cumplimiento	Según Institución	
Comportamiento del indicador hacia la meta^{4.3}			Parámetros de semaforización^{4.4}		
Ascendente			Verde	Amarillo	Rojo
Factibilidad^{4.5}		Media	95% <=X <= 105%	90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%	X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵					
VARIABLES^{5.1}					
Nombre^{5.1.1}			Descripción de la variable^{5.1.2}		
V1 Total de nuevos casos. V2 Total de personal de trabajo social.			V1 Número total de nuevos casos atendidos en la institución V2 Número total de personal de trabajo social que labora en la institución		
Fuentes (medios de verificación)^{5.1.3}			Unidad de medida^{5.1.4}		
Registros hospitalarios.			V1 Nuevo caso (Número absoluto)		
Registros hospitalarios.			V2 Trabajador(a) social (Número absoluto)		
Desagregación geográfica^{5.1.5}			Frecuencia^{5.1.6}		
Institucional.			Trimestral.		
Método de recopilación de datos^{5.1.7}			Fecha de disponibilidad de información^{5.1.8}		
Explotación de archivos administrativos.			Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre		
6. Referencias adicionales ⁶					
Referencia internacional^{6.1}			Serie estadística^{6.2}		
			Según Institución.		
Gráfica del comportamiento del indicador^{6.3}					
Según Institución.					
Comentarios técnicos^{6.4}					
Caso nuevo se refiere al paciente al cual se le abre un expediente en la institución, independientemente del servicio de referencia.					

Porcentaje de abasto de medicamentos						
1. Datos de relación programática del indicador ¹						
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática	PND Objetivo 2.3		PROSESA Objetivo 5		PAEMAE Objetivo 2	
Prioridades^{1.6} Favorecer el buen uso de los servicios de acuerdo con su capacidad resolutive.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador ²						
Nombre del indicador:^{2.1} Porcentaje de abasto de medicamentos.				Identificador del indicador^{2.2}	IX/I.E.	
				No. de indicador 78		
Dimensión a medir:^{2.3} Calidad.				Definición:^{2.4} Proporción de recetas surtidas en relación al total de recetas emitidas en los servicios de atención médica.		
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Total de recetas surtidas en el periodo/Total de recetas solicitadas en el periodo x 100				Unidad de medida:^{2.6} Porcentaje.		
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.				Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.		
3. Características del indicador ³						
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}		Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}
Si	Si	Si		Si	Si	Si
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco. Relevancia: Contribuye a identificar las oportunidades de mejora en el proceso de abasto y gestión de medicamentos en las unidades hospitalarias de las entidades coordinadas. Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 2 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa						

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período)^{4.1}			Meta y período de cumplimiento^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta^{4.3}			Período de cumplimiento
Ascendente			Según Institución
Factibilidad^{4.5}		Media	Parámetros de semaforización^{4.4}
			Verde
			Amarillo
			Rojo
			95% <=X <= 105%
			90% <=X < 95%
			ó
			105% <X <= 110%
			X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variables^{5.1}			
Nombre^{5.1.1}		Descripción de la variable^{5.1.2}	
V1 Número de recetas surtidas en el periodo.		V1 Número de recetas surtidas en su totalidad por los servicios de farmacia en la institución.	
V2 Total de recetas solicitadas.		V2 Número total de recetas solicitadas para su surtimiento por los servicios de atención médica de la institución.	
Fuentes(medios de verificación)^{5.1.3}		Unidad de medida^{5.1.4}	
Informe de farmacia.		V1 Receta surtida (Número absoluto)	
Informe de farmacia.		V2 Receta solicitada (Número absoluto)	
Desagregación geográfica^{5.1.5}		Frecuencia^{5.1.6}	
Institucional.		Trimestral.	
Método de recopilación de datos^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información^{5.1.8}	
Explotación de archivos administrativos		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional^{6.1}		Serie estadística^{6.2}	
http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002922		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador^{6.3}			
Según Institución.			
Comentarios técnicos^{6.4}			
Para este indicador abasto de medicamentos se refiere al surtimiento de las recetas y es un componente que contribuye a evaluar los procesos de gestión del servicio de farmacia como un elemento para identificar áreas de mejora vinculadas a la calidad en los servicios.			

Porcentaje de medicamentos genéricos adquiridos						
1. Datos de relación programática del indicador ¹						
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática	PND Objetivo 2.3		PROSESA Objetivo 5		PAEMAE Objetivo 2	
Prioridades^{1.6} Favorecer el buen uso de los servicios de acuerdo con su capacidad resolutive.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador ²						
Nombre del indicador:^{2.1} Porcentaje de medicamentos genéricos adquiridos				Identificador del indicador^{2.2}	IX/I.E.	
				No. de indicador 79		
Dimensión a medir:^{2.3} Eficiencia.				Definición:^{2.4} Proporción de medicamentos genéricos surtidos a la institución en relación al total de medicamentos surtidos a la institución en el periodo a evaluar.		
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de medicamentos genéricos surtidos/Total de medicamentos surtidos en el periodo x 100				Unidad de medida:^{2.6} Porcentaje.		
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.				Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.		
3. Características del indicador ³						
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}		Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}
Si	Si	Si		Si	Si	Si
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco. Relevancia: Contribuye a identificar las oportunidades de mejora en el proceso de abasto y gestión de medicamentos en las unidades hospitalarias de las entidades coordinadas. Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 2 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa						

4. Determinación de metas ⁴				
Línea base, valor y fecha (año y período)^{4.1}			Meta y período de cumplimiento^{4.2}	
Valor	Año	Período	Valor	Según Institución
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Período de cumplimiento	Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta^{4.3}			Parámetros de semaforización^{4.4}	
Ascendente			Verde	Amarillo
Factibilidad^{4.5}			Media	Rojo
			95% <=X <= 105%	90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%
				X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵				
Variabes^{5.1}				
Nombre^{5.1.1}			Descripción de la variable^{5.1.2}	
V1 Número de medicamentos genéricos surtidos a la institución.			V1 Número de medicamentos genéricos surtidos a la institución en el periodo.	
V2 Número total de medicamentos surtidos a la institución.			V2 Total de medicamentos surtidos a la institución en el mismo periodo.	
Fuentes(medios de verificación)^{5.1.3}			Unidad de medida^{5.1.4}	
Informe de farmacia.			V1 Medicamento genérico (Número absoluto)	
Informe de farmacia.			V2 Medicamento surtido (Número absoluto)	
Desagregación geográfica^{5.1.5}			Frecuencia^{5.1.6}	
Institucional.			Trimestral.	
Método de recopilación de datos^{5.1.7}			Fecha de disponibilidad de información^{5.1.8}	
Explotación de archivos administrativos.			Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶				
Referencia internacional^{6.1}			Serie estadística^{6.2}	
http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002922			Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador^{6.3}				
Según Institución.				
Comentarios técnicos^{6.4}				
Un medicamento genérico es todo aquel que presenta la misma composición cualitativa y cuantitativa en principios activos y la misma forma farmacéutica que un medicamento original y que ha demostrado bioequivalencia con dicho medicamento original o de referencia.				

Porcentaje de medicamentos de patente adquiridos						
1. Datos de relación programática del indicador ¹						
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática	PND Objetivo 2.3		PROSESA Objetivo 5		PAEMAE Objetivo 2	
Prioridades^{1.6} Favorecer el buen uso de los servicios de acuerdo con su capacidad resolutive.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador ²						
Nombre del indicador:^{2.1} Porcentaje de medicamentos de patente adquiridos.				Identificador del indicador^{2.2}	IX/I.E.	
				No. de indicador 80		
Dimensión a medir:^{2.3} Calidad.				Definición:^{2.4} Se refiere a la proporción de medicamentos de patente surtidos a la institución en relación al total de medicamentos surtidos a la institución en el periodo a evaluar.		
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de medicamentos de patente surtidos/Total de medicamentos surtidos en el periodo x 100				Unidad de medida:^{2.6} Porcentaje.		
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.				Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.		
3. Características del indicador ³						
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}		Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal³
Si	Si	Si		Si	Si	Si
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco. Relevancia: Contribuye a identificar las oportunidades de mejora en el proceso de abasto y gestión de medicamentos en las unidades hospitalarias de las entidades coordinadas. Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 2 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.						

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período)^{4.1}			Meta y período de cumplimiento^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta^{4.3}			Período de cumplimiento
Ascendente			Según Institución
Factibilidad^{4.5}		Media	Parámetros de semaforización^{4.4}
			Verde
			Amarillo
			Rojo
			95% <=X <= 105%
			90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%
			X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
VARIABLES^{5.1}			
Nombre^{5.1.1}		Descripción de la variable^{5.1.2}	
V1 Número de medicamentos de patente surtidos a la institución		V1 Número de medicamentos de patente surtidos a la institución.	
V2 Número total de medicamentos surtidos a la institución		V2 Total de medicamentos de patente surtidos a la institución en el mismo periodo.	
Fuentes (medios de verificación)^{5.1.3}		Unidad de medida^{5.1.4}	
Informe de farmacia.		V1 Medicamento de patente (Número absoluto)	
Informe de farmacia.		V2 Medicamento surtido (Número absoluto)	
Desagregación geográfica^{5.1.5}		Frecuencia^{5.1.6}	
Institucional		Trimestral	
Método de recopilación de datos^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información^{5.1.8}	
Explotación de archivos administrativos		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional^{6.1}		Serie estadística^{6.2}	
http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002922		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador^{6.3}			
Según Institución.			
Comentarios técnicos^{6.4}			
El medicamento de Patente es aquel producto medicinal que contiene un principio activo nuevo derivado de años de investigación. Por lo tanto, es el primero que cuenta con información de eficacia y seguridad y es comercializado por el laboratorio dueño de la patente bajo un nombre comercial de marca registrada.			

Porcentaje de medicamentos adquiridos por licitación						
1. Datos de relación programática del indicador ¹						
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}				Prestación de Servicios Públicos		
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática	PND Objetivo 2.3		PROESA Objetivo 5		PAEMAE Objetivo 2	
Prioridades^{1.6} Favorecer el buen uso de los servicios de acuerdo con su capacidad resolutive.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador ²						
Nombre del indicador:^{2.1} Porcentaje de medicamentos adquiridos por licitación.			Identificador del indicador^{2.2}	IX/I.E.		
			No. de indicador	81		
Dimensión a medir:^{2.3} Calidad.			Definición:^{2.4} Se refiere a la proporción de medicamentos adquiridos por licitación pública en relación al total de medicamentos adquiridos por la institución en el periodo a evaluar.			
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Número de medicamentos adquiridos por licitación/Total de medicamentos adquiridos x 100			Unidad de medida:^{2.6} Porcentaje.			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.			Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.			
3. Características del indicador ³						
Claridad	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal^{3.6}	
Si	Si	Si	Si	Si	Si	
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco. Relevancia: Contribuye a identificar las oportunidades de mejora en el proceso de abasto y gestión de medicamentos en las unidades hospitalarias de las entidades coordinadas. Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 2 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa						

4. Determinación de metas ⁴			
Línea base, valor y fecha (año y período)^{4.1}			Meta y período de cumplimiento^{4.2}
Valor	Año	Período	Valor
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta^{4.3}			Período de cumplimiento
Ascendente			Según Institución
Factibilidad^{4.5}		Media	Parámetros de semaforización^{4.4}
			Verde
			Amarillo
			Rojo
			95% <=X <= 105%
			90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%
			X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵			
Variables^{5.1}			
Nombre^{5.1.1}		Descripción de la variable^{5.1.2}	
V1 Número de medicamentos adquiridos por licitación. V2 Número total de medicamentos adquiridos.		V1 Número de medicamentos adquiridos por la institución mediante el procedimiento de licitación pública. V2 Total de medicamentos adquiridos en el mismo periodo.	
Fuentes (medios de verificación)^{5.1.3}		Unidad de medida^{5.1.4}	
Informe de farmacia.		V1 Medicamento adquirido por licitación (Número absoluto)	
Informe de farmacia.		V2 Medicamento adquirido (Número absoluto)	
Desagregación geográfica^{5.1.5}		Frecuencia^{5.1.6}	
Institucional.		Trimestral.	
Método de recopilación de datos^{5.1.7}		Fecha de disponibilidad de información^{5.1.8}	
Explotación de archivos administrativos.		Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶			
Referencia internacional^{6.1}		Serie estadística^{6.2}	
		Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador^{6.3}			
Según Institución.			
Comentarios técnicos^{6.4}			
La unidad de medida licitación. se refiere a lo establecido en el Artículo 26, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/14_101114.pdf			

Porcentaje de medicamentos adquiridos por adjudicación directa						
1. Datos de relación programática del indicador ¹						
Programa presupuestario^{1.1}	E023 Atención a la salud		Identificador del programa^{1.2}	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario^{1.3} Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario^{1.4}			Prestación de Servicios Públicos			
Cobertura^{1.5} Población que requiere servicios de salud especializados						
Alineación programática	PND Objetivo 2.3		PROSESA Objetivo 5		PAEMAE Objetivo 2	
Prioridades^{1.6} Favorecer el buen uso de los servicios de acuerdo con su capacidad resolutive.						
Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.						
2. Datos de identificación del indicador ²						
Nombre del indicador:^{2.1} Porcentaje de medicamentos adquiridos por adjudicación directa.			Identificador del indicador^{2.2}	IX/I.E.		
			No. de indicador	82		
Dimensión a medir:^{2.3} Calidad.			Definición:^{2.4} Proporción de medicamentos adquiridos por adjudicación directa en relación al total de medicamentos adquiridos por la institución.			
Método de cálculo (Fórmula):^{2.5} Total de medicamentos adquiridos por adjudicación directa/Total de medicamentos x 100			Unidad de medida:^{2.6} Porcentaje.			
Desagregación geográfica:^{2.7} Institucional.			Frecuencia de medición:^{2.8} Trimestral.			
3. Características del indicador ³						
Claridad^{3.1}	Relevancia^{3.2}	Economía^{3.3}	Monitoreable^{3.4}	Adecuado^{3.5}	Aporte Marginal³	
Si	Si	Si	Si	Si	Si	
Justificación de las características:^{3.7} Claridad: El indicador es preciso e inequívoco. Relevancia: Contribuye a identificar las oportunidades de mejora en el proceso de abasto y gestión de medicamentos en las unidades hospitalarias de las entidades coordinadas. Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales Adecuado: El indicador es adecuado, permite conocer la relación entre las variables Aporte Marginal: Contribuye al cumplimiento del objetivo 2 del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad.						
Serie de información disponible:^{3.8} No Disponible.						
Responsable del indicador:^{3.9} CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa.						

4. Determinación de metas ⁴				
Línea base, valor y fecha (año y período)^{4.1}			Meta y período de cumplimiento^{4.2}	
Valor	Año	Período	Valor	Según Institución
Según Institución	Según Institución	Según Institución	Período de cumplimiento	Según Institución
Comportamiento del indicador hacia la meta^{4.3}			Parámetros de semaforización^{4.4}	
Descendente			Verde	Amarillo
Factibilidad^{4.5}			95% <=X <= 105%	Rojo
Media.			90% <=X < 95% ó 105% <X <= 110%	X < 90% ó X > 110%
5. Características de las variables (metadatos) ⁵				
Variables^{5.1}				
Nombre^{5.1.1}			Descripción de la variable^{5.1.2}	
V1 Total de medicamentos adquiridos por adjudicación directa. V2 Total de medicamento.			V1 Número total de medicamentos adquiridos por la unidad hospitalaria mediante el procedimiento de adjudicación directa durante el periodo. V2 Número total de medicamentos adquiridos durante el periodo.	
Fuentes(medios de verificación)^{5.1.3}			Unidad de medida^{5.1.4}	
Informe de farmacia.			V1 Medicamento adquirido por adjudicación directa (Número absoluto)	
Informe de farmacia.			V2 Medicamento adquirido por cualquier procedimiento (Número absoluto)	
Desagregación geográfica^{5.1.5}			Frecuencia^{5.1.6}	
Institucional.			Trimestral.	
Método de recopilación de datos^{5.1.7}			Fecha de disponibilidad de información^{5.1.8}	
Explotación de archivos administrativos.			Periodos de reporte enero-marzo abril-junio julio-septiembre octubre-diciembre	
6. Referencias adicionales ⁶				
Referencia internacional^{6.1}			Serie estadística^{6.2}	
No Disponible.			Según Institución.	
Gráfica del comportamiento del indicador^{6.3}				
Según Institución.				
Comentarios técnicos^{6.4}				
La unidad de medida adjudicación directa se refiere a lo establecido en el Artículo 26, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/14_101114.pdf				

VII. SISTEMA ELECTRÓNICO PARA LA CAPTURA DE INFORMACIÓN Y EL CÁLCULO AUTOMATIZADO DE INDICADORES

Con la finalidad de proveer de la información necesaria para que, tanto la CCINSHAE como las entidades coordinadas, optimicen la presentación de resultados ejecutivos y de seguimiento para sus juntas de gobierno mediante instrumentos que eviten al máximo los errores de captura y optimicen la utilización del tiempo de gestión, se estructuró el instrumento electrónico que calcula automáticamente los subtotaes programados y alcanzados de las metas para los trimestres, semestres y nonestres, así como todos los indicadores para la institución en su conjunto.

El programa confecciona también, automáticamente, una semaforización que auxilia en la interpretación de los alcances porcentuales del cumplimiento permitiendo establecer las conductas correctivas con antelación a la presentación de los informes.

Las fórmulas para el cálculo de estos indicadores estadísticos no son complejas, pero por su aplicación rutinaria se consideró pertinente la elaboración de un programa de computadora que los automatice y simplifique, lo que deberá redundar en una confiabilidad aún mayor de los resultados y por tanto en un mayor y mejor empleo de estos por parte de los directivos de las instituciones de salud.

El programa en Excel (Microsoft) para Windows 95 corre prácticamente en cualquier computadora debido a su compatibilidad con versiones anteriores. El programa capta datos y calcula indicadores para un determinado año a

través de un Libro de 4 Hojas que siguen el orden lógico de la presentación de información de Atención Médica en la Carpeta de Junta de Gobierno reformulándola:

- La primera hoja para los Datos de la Estadística Hospitalaria, que antes se reportaba como Anexo Estadístico.
- La segunda hoja para los datos de la estadística Epidemiológica de daños a la salud (morbilidad y mortalidad) anteriormente reportada mediante el llenado de 7 Anexos Estadísticos.
- La tercera hoja para los datos de la Estadística de Cirugías Extramuros.
- La cuarta y última hoja para los datos de los 82 Indicadores de Atención Médica de Medicina de Alta especialidad que antes se reportaban como Numeralia.

El programa calcula para cada mes las metas programadas y alcanzadas y alimenta automáticamente los indicadores a partir de la captura realizada en la primera hoja (Estadística Hospitalaria) para brindar resultados semaforizados con la opción de asentar observaciones respecto al cumplimiento y datos de años anteriores que representados gráficamente a lo largo del tiempo y/o comparados entre los distintos servicios, pueden mostrar variaciones de mayor o menor magnitud para obtener tendencias. Todas las celdas de todas las hojas están protegidas, excepto aquellas que el usuario debe introducir datos para darle mayor confiabilidad a los resultados.

Adicionalmente se incluyen 2 hojas, una de Definiciones que contiene un Glosario de apoyo, y otra de Instructivo que contiene una carátula ejemplo para el llenado de la hoja de información de la estadística hospitalaria. A continuación se presenta la herramienta que contiene las hojas en Excel antes mencionadas.

7.1 INFORMACIÓN ESTADÍSTICA HOSPITALARIA

Nº	PROCEDENCIA DEL CONCEPTO	TEMA	ÁREA	CATÁLOGO DE CONCEPTOS	L.D. DE VINCULADOS	COMPORTAMIENTO DEL TIEMPO										FRMA			FECHA							
						CICLO 2016										CICLO 2016										
						2013	2014	2015	2016	2017	2018	1er trimestre	2o trimestre	3er trimestre	4o trimestre	Programado o Estimado	Alcanzado	Programado o Estimado		Alcanzado	Programado o Estimado	Alcanzado				
						2013	2014	2015	2016	2017	2018	Programado o Estimado	Alcanzado	Programado o Estimado	Alcanzado	Programado o Estimado	Alcanzado	Programado o Estimado		Alcanzado	Programado o Estimado	Alcanzado				
1	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA //INFORMACIÓN GENERAL -1	Consultas	Consulta Externa	Preconsulta	2 //C.E.							25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	100000	100000	1		
2	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA //INFORMACIÓN GENERAL -1	Consultas	Consulta Externa	Consulta de primera vez	2 //C.E. 3 //C.E.							25000	25000	25000	15000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	90000	0.9	
3	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA //INFORMACIÓN GENERAL -1	Consultas	Consulta Externa	Consultas subsiguientes	3 //C.E.							25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	100000	1	
4	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA //INFORMACIÓN GENERAL -1	Consultas	Consulta Externa	Consultas de urgencia o Admisión Continua	N/A							25000	25000	25000	25000	25000	30000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	100000	1.05	
5	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA //INFORMACIÓN GENERAL -1	Pacientes Hospitalizados	Hospitalización	Ingresos a hospitalización por urgencias	N/A							25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	100000	1	
6	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA //INFORMACIÓN GENERAL -1	Pacientes Hospitalizados	Hospitalización	Vía ingreso programado	N/A							25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	40000	100000	115000	1.15	
7	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA //INFORMACIÓN GENERAL -1	Egresos Hospitalarios	Hospitalización	Egresos por Mejoría	15 III/H.							25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	100000	1	
8	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA //INFORMACIÓN GENERAL -1	Egresos Hospitalarios	Hospitalización	Alta voluntaria	N/A							25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	100000	1	
9	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA //INFORMACIÓN GENERAL -1	Egresos Hospitalarios	Hospitalización	Traslado a otra unidad	N/A							25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	100000	1	
10	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA //INFORMACIÓN GENERAL -1	Egresos Hospitalarios	Hospitalización	Defunción en servicios obstétricos Materna	N/A							25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	100000	1	
11	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA //INFORMACIÓN GENERAL -1	Egresos Hospitalarios	Hospitalización	Defunción en servicios obstétricos Óbito	N/A							25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	100000	1	

7.2 GESTIÓN Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES IAMAE

Unidad Administrativa o Entidad Coordinada															
Nombre del Programa de Acción Específico (PAE)															
Objetivo del PAE															
I.D.	ALINEACIÓN PROGRAMÁTICA (OBJETIVOS)			CARACTERÍSTICAS DEL INDICADOR						Periodo					
	No.	CLAVE	PAE/MAE	Nombre de Indicador	Formula	Definición	Dimensión a medir	Unidad de Medida	Frecuencia de Medición	1er Trimestre	Acumulado 1er Semestre	3er Trimestre	4o Trimestre	Acumulado Anual	Comentario a las variaciones
1	I/C.E.	2.3	2	Índice de utilización de consultorio.	$\frac{\text{Número de consultas otorgadas} \times \text{Sumatoria de tiempos de cada consulta}}{\text{Número de consultorios} \times \text{Número de días laborales}}$	Proporción de utilización de la capacidad física instalada de acuerdo al tiempo consumido en consulta.	Eficiencia	INDICE	TRIMESTRAL	1	1	1	1	1	
2	I/C.E.	2.3	2	Proporción de consultas de primera/preconsultas	$\frac{\text{Número de consultas de primera vez}}{\text{Número de preconsultas}} \times 100$	Proporción de los usuarios valorados en preconsulta a los que se les abre expediente por primera vez para su atención.	Efectividad	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	100	80	100	100	90	
3	I/C.E.	2.3	2	Proporción de consultas subsecuentes/primera vez (Índice de consultas subsecuentes especializadas)	$\frac{\text{Número de consultas subsecuentes}}{\text{consultas de primera vez}} \times 100$	Proporción de consultas subsecuentes de especialidad que se otorgan en relación a consultas de primera vez.	Efectividad	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	100	133.333	100	100	116.667	
4	I/C.E.	2.3	2	Porcentaje de consultas programadas (primera vez, subsecuente, preconsulta)	$\frac{\text{Número de consultas realizadas}}{\text{Número de consultas programadas}} \times 100$	Proporción de cumplimiento en la programación institucional de consultas a otorgar en un periodo de tiempo con base en el comportamiento histórico de la atención médica.	Eficiencia	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	100	100	100	100	100	
5	II/C.E.	2.3	1	Razón de urgencias calificadas atendidas.	$\frac{\text{Número de urgencias calificadas}}{\text{Número de urgencias no calificadas}} \times 100$	Proporción de atenciones en urgencias que son calificadas como reales en relación al total de atenciones valoradas inicialmente.	Efectividad	INDICE	TRIMESTRAL	1	1	1	1	1	

7.3 ESTADÍSTICA EPIDEMIOLÓGICA

Unidad Administrativa o Entidad Coordinada							
No	DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE	ÁREA	CAUSA	CÓDIGO CIE	No de Casos	Tasa	OBSERVACIONES
1	MORTALIDAD NEONATAL	OBSTETRICIA					
2	MORTALIDAD NEONATAL	OBSTETRICIA					
3	MORTALIDAD NEONATAL	OBSTETRICIA					
4	MORTALIDAD NEONATAL	OBSTETRICIA					
5	MORTALIDAD NEONATAL	OBSTETRICIA					
6	MORTALIDAD NEONATAL	OBSTETRICIA					
7	MORTALIDAD NEONATAL	OBSTETRICIA					
8	MORTALIDAD NEONATAL	OBSTETRICIA					
9	MORTALIDAD NEONATAL	OBSTETRICIA					
10	MORTALIDAD NEONATAL	OBSTETRICIA					
11	CONSULTA DE PRIMERA VEZ	CONSULTA EXTERNA					
12	CONSULTA DE PRIMERA VEZ	CONSULTA EXTERNA					
13	CONSULTA DE PRIMERA VEZ	CONSULTA EXTERNA					
14	CONSULTA DE PRIMERA VEZ	CONSULTA EXTERNA					
15	CONSULTA DE PRIMERA VEZ	CONSULTA EXTERNA					
16	CONSULTA DE PRIMERA VEZ	CONSULTA EXTERNA					
17	CONSULTA DE PRIMERA VEZ	CONSULTA EXTERNA					
18	CONSULTA DE PRIMERA VEZ	CONSULTA EXTERNA					
19	CONSULTA DE PRIMERA VEZ	CONSULTA EXTERNA					
20	CONSULTA DE PRIMERA VEZ	CONSULTA EXTERNA					

7.4 CIRUGÍAS EXTRAMUROS

Unidad Administrativa o Entidad Coordinada						
No	NOMBRE DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	TOTAL DE INTERVENCIONES	LUGAR	NÚMERO DE CIRUJANOS PARTICIPANTES	ORIGEN DE FINANCIAMIENTO	OBSERVACIONES
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						

7.5 DEFINICIONES

GLOSARIO DE APOYO	
CONCEPTO	DEFINICIÓN
Adjudicación directa	Se refiere a lo establecido en el Artículo 26, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/14_101114.pdf
Auditoría clínica	Es una metodología para realizar la revisión sistematizada de criterios explícitos de la atención médica otorgada y los resultados clínicos obtenidos en un tópico particular para la implementación de acciones de mejora mediante la contrastación con estándares de referencia para los diferentes aspectos de estructura, procesos y resultados.
Bacilos gramnegativos no fermentadores (BNF).	Se designa un heterogéneo grupo de microorganismos incapaces de fermentar diversos hidratos de carbono. Muchos de ellos se comportan como oportunistas y pueden causar infecciones graves.
Cama Censable	Son las camas asignadas al establecimiento por la autoridad competente, instaladas y dispuestas las 24 horas del día para la hospitalización de pacientes, que funcionan regularmente en períodos de actividad normal. La dotación no está afectada por fluctuaciones temporales, es decir camas que se agregan o que se quitan por períodos cortos de tiempo.
Caso nuevo	Se refiere al paciente al cual se le abre un expediente en la institución, independientemente del servicio de referencia.
Cirugía Electiva	Cirugía que el paciente elige tener, la cual no necesariamente es esencial para continuar su vida en óptimas condiciones.
Cirugía mayor ambulatoria	Es aquella cirugía en la que se atienden procesos quirúrgicos de mediana complejidad, realizados con cualquier tipo de anestesia y que requieren cuidados postoperatorios no intensivos y de corta duración, que no exigen que el paciente ingrese con antelación a la operación, ni que tras la misma quede ingresado en el hospital.
Cirugías de alta especialidad	Se definen operacionalmente como aquellas que por su elevada complejidad se realizan en centros especializados por cirujanos particularmente entrenados en especialidades quirúrgicas específicas, cuya ejecución consume varias horas, requieren de instrumental y equipo de alta tecnología, así como apoyo biotecnológico y soporte de Terapia Intensiva, Banco de Sangre, Laboratorio Clínico y Radiología e Imagen, entre otros, disponibles las 24 horas.
Cirugía de Alta Especialidad	Se definen operacionalmente como aquellas que por su elevada complejidad se realizan en centros especializados por cirujanos particularmente entrenados en especialidades quirúrgicas específicas, cuya ejecución consume varias horas, requieren de instrumental y equipo de alta tecnología, así como apoyo biotecnológico y soporte de Terapia Intensiva, Banco de Sangre, Laboratorio Clínico y Radiología e Imagen, entre otros, disponibles las 24 horas.
Complicaciones Anestésicas Perioperatorias	Para el reporte deberán considerarse como complicaciones anestésicas perioperatorias las siguientes: hipotensión, arritmia cardíaca, anestesia general imprevista, laringoespasmo, hipovolemia, reacciones alérgicas, paro cardiorrespiratorio. Se considera complicación perioperatoria a aquella complicación que aparece desde que se inician los procedimientos anestésicos hasta que el paciente, después de intervenido, se estabiliza en el área de recuperación quirúrgica para su traslado a hospitalización o a la UCI.
Complicaciones anestésicas perioperatorias	Para el reporte deberán considerarse como complicaciones anestésicas perioperatorias las siguientes: hipotensión, arritmia cardíaca, anestesia general imprevista, laringoespasmo, hipovolemia, reacciones alérgicas, paro cardiorrespiratorio.

7.6 INSTRUCTIVO

INSTRUCTIVO INFORMACIÓN ESTADÍSTICA HOSPITALARIA (Carátula de ejemplo)													
UNIDAD ADJUNTA O ENTIDAD COORDINADA (1)										Fecha (6) dd/mm/aaaa			
CARGO CORRIENTE Y FUNCIÓN DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE INVITA Y VALIDA EL REGISTRO (2)										Firma			
CARGO CORRIENTE Y FUNCIÓN DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE AUTORIZA EL REGISTRO A REPORTAR (3)										Firma			
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA DA XXXXXXXXXXXXXXXX													
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA DA XXXXXXXXXXXXXXXX													
CICLO 2014 (12)													
Nº DEL CONCEPTO (5)	PROCEDENCIA DEL CONCEPTO (6)	TEMA (7)	ÁREA (8)	CATÁLOGO DE CONCEPTOS (9)	LÍNEA DE VINCULACIÓN (10)	COM PORTAM ENTO EN EL TEMPO (11)			ACUMULADO		FECHA DE REGISTRO (13)	OBSERVACIONES (14)	
						2013	2014	2015	2016	Programado o Estimado			Programado o Estimado
1	INFORMACIÓN GENERAL	Consultas	Consultas	Consultas	1. WC.R.	2013	2014	2015	2016	Programado o Estimado	Programado o Estimado	MA	MA
2	INFORMACIÓN GENERAL	Consultas	Consultas	Consultas	2. WC.R.	MA	MA	MA	MA	Programado o Estimado	Programado o Estimado	MA	MA
3	INFORMACIÓN GENERAL	Consultas	Consultas	Consultas	3. WC.R.	200	220	220	200	600	600	600	2400
RUBRO													
EJEMPLO													
1. Se registra el nombre de la Entidad Coordinada que reporta la información.													
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA													
2. Se anota el Cargo nombre y firma del Servidor Público que revisa y valida la información													
DIRECTOR DE PLANEACIÓN DR. XXXXXXXXXXXXXXXX													
3. Se anota el Cargo nombre y firma del Servidor Público que Autoriza la información a reportar													
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA DR. XXXXXXXXXXXXXXXX													
4. Se registra la fecha de emisión del reporte.													
06/06/2016													
5. Establece el consecutivo del Catálogo de Conceptos (Información Estadística) a reportar por los Entidades Coordinadas. Información precargada.													
1													
6. Esta columna señala el documento y/o formato anterior en donde se reportaba la información por las Entidades Coordinadas. En el caso de la información que inicia su reporte, se menciona el tipo de indicador al que está vinculado.													
FORMATO ATENCIÓN MÉDICA (INFORMACIÓN GENERAL - 1)													
INDICADORES IAMAE													
Consultas													
Consulta Externa													
Preconsulta													
2 /C.E.													

Bibliografía

1. Carga de morbilidad y proceso de atención a las enfermedades cardiovasculares en los hospitales del SNS (Monografía en internet). 2009. (Consultado en junio de 2016) Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Estadisticas_Comentadas_02.pdf
2. Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad 2013-2018, Primera edición, noviembre de 2013, México, D.F.
3. Courtney J, Krumholz H, Wang Y, Turnbull B. Using composite measures for the public reporting of hospital performance data. ISQua Conference. Paris, octubre, 2002.
4. Dirección General de Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud. Programa Anual de Trabajo 2015, enero de 2016, México, D.F.
5. Elandt-Johnson RC. Definition of rates: Some remarks on their use and misuse. *Am J Epidemiol* 1975;102(4):267-271. Traducción de los doctores Malaquías López Cervantes y Ramón Alberto Rascón Pacheco, con autorización de American Journal of Epidemiology.
6. Farinas, María Carmen, Martínez M, Luis. Infecciones causadas por bacterias gramnegativas multirresistentes: enterobacterias, Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter baumannii y otros bacilos gramnegativos no fermentadores, *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;31(6):402-409. (Consultado en junio de 2016) Disponible en: https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/eimc/seimc_eimc_v_31n06p402a409.pdf
7. Gobierno de la Republica (Sitio en internet) Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, Primera edición, mayo de 2013, México, D.F. (Consultado en junio de 2016)
8. Guía para la gestión con indicadores en acción social, Ministerio de Sanidad y Política Social, Gobierno de España, Julio de 2010. (Consultado en junio de 2016) Disponible en: http://www.indicadores sociales.org/Arcivos/Documentos/Secciones/74_es-ES_Gu%C3%ADa%20documento%20completo.pdf
9. Indicadores Básicos Para el Análisis del Estado de Salud de la Población. (Consultado en junio de 2016) Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2010/03/indicadores-basicos-para-el-analisis-del-estado-de-salud.pdf>
10. Jiménez P, Rosa E. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual, *Rev Cubana Salud Pública* 2004;30(1), La Habana, Cuba.
11. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization. Características de los indicadores clínicos. *Control de calidad asistencial*. JCAHO 1991;6:65-79.
12. Larrondo M. Hilev de las Mercedes. Infección por bacilos gram-negativos no fermentadores. Problemática en las unidades de cuidados intensivos, *Rev haban cienc méd v.9 supl.5 Ciudad de La Habana dic. 2010*. (Consultado en junio de 2016) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2010000500011
13. Manual de Indicadores para Evaluación de Servicios Hospitalarios. (Consultado en junio de 2016) Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/ind_hosp/miesh.pdf.
14. Manual Metodológico de Indicadores Médicos 2014. (Consultado en junio de 2016) Disponible en: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/profesionalesSalud/investigacionSalud/normativaInst/MMIM_2014.pdf

15. Martínez R, Carlos. Cirugía Mayor Ambulatoria. Concepto y Evolución, Reduca (Recursos Educativos). Serie Medicina. 1 (1): 294-304, 2009, Madrid, España.
16. Metodología del Marco Lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de Proyectos y Programas, (Repositorio digital) CEPAL, 2005. (Consultado en junio de 2016) Disponible en:
http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5607/S057518_es.pdf
17. OECD (Sitio en internet). *OECD Reviews of Health Care Quality: Denmark 2013: Raising Standards*, OECD Publishing, Paris, (Consultado en junio de 2016) Disponible en:
<http://www.oecd.org/publications/oecd-reviews-of-health-care-quality-denmark-2013-9789264191136-en.htm>
18. OECDiLibrary (sitio en internet), *OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011*, OECD Publishing, Paris. (Consultado en junio de 2016) Disponible en: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-switzerland-2011_9789264120914-en
19. Organización Panamericana de la Salud. (Sitio en internet) Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud. Washington, D.C.: OPS, 2010 ISBN: 978-92-75-33147-7. (Consultado en junio de 2016) Disponible en:
http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/SPA_Modulo_I_Final.pdf?ua=1
20. Protocolo de prevención de las neumonías relacionadas con ventilación mecánica en las UCI españolas. (Consultado en junio de 2016) Disponible en:
http://www.semicyuc.org/sites/default/files/protocolo_nzero.pdf
21. Queensland. Au. Hospital Performance, Quarterly hospital activity information for October, November, December 2015. (Consultado en junio de 2016) Disponible en:
<http://www.performance.health.qld.gov.au/hospitalperformance/ha-main.aspx?hospital=99999>
22. Rapport d'évaluation de la performance hospitalière Ministère de la santé Burkina Faso Secrétariat Général Unité Progrès Justice Direction Générale de la tutelle des hôpitaux publics et du sous secteur sanitaire privé Direction de la tutelle des hôpitaux publics. (Consultado en junio de 2016) Disponible en:
http://info.worldbank.org/etools/docs/library/232765/ReformHospitaliere/docs/Burkina/evaluation_performance_burkina.pdf
23. Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2013-2018, Primera edición, enero de 2014, México, D.F.
24. The practice of policy making in the OECD, Ideas for Latin America, World Bank, October 2010, (Consultado en junio de 2016) Disponible en:
http://siteresources.worldbank.org/INTLAC/Resources/OECD_IDEAS_ingles.pdf
25. Villatoro M, Alejandro. Definiciones básicas en medicina de urgencia, documento en PDF, 11 pp, 2005, México, D.F.
26. Vliet T. General hospitals' strategic responses to performance indicators in health care: an exploratory study (Documento en PDF). Erasmus Centre for Management Development in Healthcare Institute of Health Policy and Management Erasmus University Rotterdam The Netherlands 2009. (Consultado en junio de 2016) Disponible en:
http://www.erasmuscentrumzorgbestuur.nl/_erasmuscmdz/docs/publicaties/96/general_hospitals_strategic_responses_to_performance_indicators_in_health_care.pdf

**COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE
SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD**

Se terminó de imprimir en el mes de julio de 2016
La edición consta de 200 ejemplares más sobrantes para reposición.
El cuidado de la edición fue de Manuel Magaña Izquierdo y Carlos Alberto Alfaro Medel

Periférico sur 4118, 1er piso, Col. Jardines del Pedregal,
Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01900, Ciudad de México.
Tel. 54 81 11 78 www.salud.gob.mx

