

# INDICADORES HOSPITAL DE METAPÁN 2023

## HOSPITAL NACIONAL METAPÁN



  
Dr. Josué Mauricio Soriano Lemus  
DOCTOR EN MEDICINA  
J.V.P.M. No. 15779

Dr. JOSUÉ MAURICIO SORIANO LEMUS

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN

## INDICADORES DE EMERGENCIA

N	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DE DATOS	ESTÁNDAR	PERIODO DE MEDICION
1	Razón de consultas de emergencia / consulta externa	Total de consulta atendida en la Unidad de Emergencia / Total de consulta externa	SIMMOW	0.1 - 0.2	Mensual
2	2.1 Tiempo de espera para ingreso hospitalario en S. Pediatría (horas)	Tiempo en horas que transcurren desde la indicación médica de ingreso hospitalario en el área de emergencia, hasta el momento de asignación de cama en el Servicio de Pediatría	Estándar 25 (Instrumento de Mejora Continua de la Calidad)	Sobresale: 2 hrs. Aceptable: hasta 3 hrs.	Mensual
3	2.2 Tiempo de espera para ingreso hospitalario en S. Ginecología (horas)	Tiempo en horas que transcurren desde la indicación médica de ingreso hospitalario en el área de emergencia, hasta el momento de asignación de cama en el Servicio de Ginecología	Estándar 25 (Instrumento de Mejora Continua de la Calidad)	Sobresale: 2 hrs. Aceptable: hasta 3 hrs.	Mensual
4	2.3 Tiempo de espera para ingreso hospitalario en S. Obstetricia (horas)	Tiempo en horas que transcurren desde la indicación médica de ingreso hospitalario en el área de emergencia, hasta el momento de asignación de cama en el Servicio de Obstetricia	Estándar 25 (Instrumento de Mejora Continua de la Calidad)	Sobresale: 2 hrs. Aceptable: hasta 3 hrs.	Mensual
5	2.4 Tiempo de espera para ingreso hospitalario en S. Medicina Interna(horas)	Tiempo en horas que transcurren desde la indicación médica de ingreso hospitalario en el área de emergencia, hasta el momento de asignación de cama en el Servicio de Medicina Interna	Estándar 25 (Instrumento de Mejora Continua de la Calidad)	Sobresale: 2 hrs. Aceptable: hasta 3 hrs.	Mensual
6	2.5 Tiempo de espera para ingreso hospitalario en S. Cirugía General (horas)	Tiempo en horas que transcurren desde la indicación médica de ingreso hospitalario en el área de emergencia, hasta el momento de asignación de cama en el Servicio de Cirugía General	Estándar 25 (Instrumento de Mejora Continua de la Calidad)	Sobresale: 2 hrs. Aceptable: hasta 3 hrs.	Mensual
7	Porcentaje del grado de satisfacción del usuario según la percepción a la atención recibida	$(\text{Número de encuestas aplicadas y clasificadas según grado de satisfacción} / \text{Total de encuestas aplicadas}) \times 100$	Resultados de encuestas de satisfacción de usuario	Grado de satisfacción: Verde-80 a más Amarillo: 79-60%	Semestral

				Rojo: menor de 59%	
<b>NOTA:</b> el anterior, también debe ser un indicador medido por ODS					
8	Tiempo promedio de inicio de atención al paciente priorizado amarillo (TRIAGE)	Número de pacientes clasificados como amarillos vistos antes de 120 minutos/Total de pacientes clasificados amarillos	Sistema electrónico Instrumento de registro de tiempo Tabulador de registro diario de pacientes.	Prioridad II/amarillo: Menor de 2 horas	Mensual
9	Porcentaje de pacientes que consultan nuevamente en menos de 48 horas por el mismo problema clínico	(Número de pacientes que consultan nuevamente en la unidad en menos de 48 horas por el mismo problema clínico / Total de pacientes atendidos en la unidad) x 100	Meta: Menor al 1%	SIAP tabulador diario de triage y recepción de referidos	Mensual
<b>NOTA:</b> el anterior, también debe ser un indicador medido por el Comité de Referencia y Retorno					
N	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DE DATOS	ESTÁNDAR	PERIODO DE MEDICION
10	Porcentaje de deserción de pacientes previo a la atención médica	(Número de pacientes clasificados en el triage que abandonan la institución antes de la atención/total de pacientes que fueron clasificados en el triage) x 100	Tabulador diario de triage Expediente clínico	Meta: < al 2%.	Mensual
11	Porcentaje de expedientes que cumplen el tiempo normado de estancia en el área de observación de urgencia	(Número de expedientes que cumplen con el tiempo de estancia menor o igual a 24 horas/Total de expedientes revisados) x 100	Expediente clínico, Registro de ingreso a la observación y destino final del paciente	Menor o igual a 24 horas	Mensual

			Censo del servicio de observación		
12	Porcentaje de quejas resueltas antes de 15 días	$(\text{Número de quejas en las cuales se adoptan los correctivos requeridos antes de 15 días} / \text{Total de quejas recibidas}) \times 100$	Meta: 100% Alerta: 85-99.9% Crítico: menor de 85%	Encuesta por redes sociales Buzón de sugerencias (ODS)	Mensual
13	Porcentaje de las caídas en los pacientes en la Unidad de Emergencia	$(\text{El número de caídas} / \text{Total de pacientes atendidos en emergencia en el periodo evaluado}) \times 100$	Menor al <1%.	Informe de caídas Registro de Vigilancia de Caídas Sistema	Mensual
14	Porcentaje de expedientes clínicos en el cual se registra la firma del médico tratante en la nota de evolución y en la indicación del alta según condición del paciente.	$(\text{El número de expedientes clínicos en el cual se registra la firma del médico tratante en la nota de evolución e indicación del alta} / \text{Total, de egresos en el servicio en el periodo evaluado}) \times 100$	Meta: *Excelente: de 95% a 100% *Regular: De 90% a 94% *Crítico: De 89% a 85%	expedientes clínicos	Mensual

## INDICADORES DE CONSULTA EXTERNA

N	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DE DATOS	ESTÁNDAR	PERIODO DE MEDICION
1	Concentración entre consultas médicas especializadas subsecuentes y consulta médicas especializada de primera vez.	$\text{Total de consultas medicas especializada subsecuentes} / \text{Total de consultas médicas especializada de primera vez}$	SIMMOW	2.0 – 4.0	MENSUAL
2	Promedio diario de consultas médica por consultorio de consulta externa	$(\text{N}^\circ. \text{ de consultas externas realizadas en un periodo determinado} / \text{Total de consultorios que se encuentran funcionando}) / \text{Total de días hábiles del periodo analizado}$	SIMMOW /LOCAL	21 - 28	MENSUAL

3	Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Pediatría de primera vez (días)	Sumatoria de días de espera por paciente/ total de pacientes citados	SIAP/SPME	30 días o menos	MENSUAL
4	Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Ginecología de primera vez (días)	Sumatoria de días de espera por paciente/ total de pacientes citados	SIAP/SPME	30 días o menos	MENSUAL
5	Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Obstétrica de primera vez (días)	Sumatoria de días de espera por paciente/ total de pacientes citados	SIAP/SPME	5 días o menos	MENSUAL
6	Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Medicina Interna de primera vez (días)	Sumatoria de días de espera por paciente/ total de pacientes citados	SIAP/SPME	30 días o menos	MENSUAL
7	Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Cirugía de primera vez (días)	Sumatoria de días de espera por paciente/ total de pacientes citados	SIAP/SPME	30 días o menos	MENSUAL
8	Porcentaje de pacientes citados que cumplen el tiempo promedio de estancia desde el paso uno del proceso hasta que finaliza la atención	Total, de pacientes citados que cumplen el tiempo promedio de estancia desde el paso uno del proceso hasta que finaliza la atención /Total de pacientes citados en periodo evaluado x 100.	Sistema digital Formulario para la medición de tiempos de espera. SIAP	Meta: Menor de 2 horas Alerta: de 2-3 horas Crítico: Mayor a 3 horas	MENSUAL
9	Percepción de la satisfacción del usuario con la atención recibida	Número de encuestas de percepción aplicadas con resultados arriba de 80% de satisfacción / Total de encuesta de percepción aplicadas x 100	Encuesta estandarizada de satisfacción de usuario	Meta: 80 a 100 % de usuarios satisfechos Alerta: 61-79% Crítico: menor de 60%	SEMESTRAL
10	Porcentaje de quejas resueltas antes de 15 días	N.º de quejas en las cuales se adoptan los correctivos requeridos antes de 15 días / Total de quejas recibidas x 100. (15 días desde la notificación del usuario o apertura del buzón de sugerencias)	Encuesta por redes sociales Buzón de sugerencias (ODS)	Meta: 100% quejas atendidas Alerta: 85-99.9% Crítico: menor de 85%	SEMESTRAL

11	Porcentaje de médicos que utilizan el sistema en línea para brindar consulta	No. de médicos que utilizan SIAP/ Número total de médicos x 100	Sistema digital	Meta: 100% Alerta: 85-99.9% Crítico: menor de 85%	MENSUAL
12	Promedio de tiempo de consulta utilizando expediente electrónico	Total, de tiempo de consulta en minutos utilizando expediente electrónico /tiempo establecido por OMS 30 minutos para primera vez y 20 minutos subsecuente por atención x 100	Sistema digital	Meta: Menor a 2 hora Alerta: de 2-3 horas Crítico: mayor a 3 horas	TRIMESTRAL

## INDICADORES DE HOSPITALIZACION

N	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DE DATOS	ESTÁNDAR	PERIODO DE MEDICION
1	Giro Cama Hospitalización	Total, de egresos de hospitalización / No. de camas censables/no censables asignadas a hospitalización	SIAP/SPME	MEDICINA <b>3 A 4</b> CIRUGIA <b>4 A 7</b> PEDIATRIA <b>7 A 3</b> GINECOLOGIA <b>13</b> OBSTETRICIA <b>13-26</b>	MENSUAL
2	Porcentaje de ocupación de Hospitalización	(Días camas ocupados en hospitalización / Días camas disponibles en hospitalización) X 100	SIAP/SPME	MEDICINA <b>85%</b> CIRUGIA <b>85%</b> PEDIATRIA <b>85%</b> GINECOLOGIA <b>85%</b> OBSTETRICIA <b>85%</b>	MENSUAL
3	Promedio de días estancias en Hospitalización	Días estancia de los pacientes egresados de hospitalización en un período determinado / Egresos de hospitalización en el mismo período	SIAP/SPME	MEDICINA <b>6 A 8</b> CIRUGIA <b>4 A 7</b> PEDIATRIA <b>2 A 4</b> GINECOLOGIA <b>2</b> OBSTETRICIA <b>1 A 2</b>	MENSUAL
4	Índice de sustitución de cama en Hospitalización	(Días cama disponible - Días cama ocupado en hospitalización) / Ingresos en hospitalización	SIAP/SPME	MEDICINA <b>0 A 1</b> CIRUGIA <b>0 A 1</b> PEDIATRIA <b>0 A 1</b> GINECOLOGIA <b>0 A 1</b>	MENSUAL

				OBSTETRICIA 0 A 1	
5	Porcentaje del grado de satisfacción del usuario según la percepción a la atención recibida.	(Número de encuestas aplicadas y clasificadas según grado de satisfacción/total de encuestas aplicadas) x 100.	Resultados de encuestas de satisfacción de usuario	<b>Meta</b> Grado de satisfacción: <b>Verde</b> -80 a más. <b>Amarillo</b> : 79-60%. <b>Rojo</b> : menor de 59%.	SEMESTRAL.
<b>NOTA:</b> el anterior, también debe ser un indicador medido por ODS					
6	Se documenta en el expediente clínico la evaluación por parte del médico tratante a través de nota evolución, firma y sello en indicaciones médicas, según condición del paciente.	(Número de expedientes clínicos en el cual se registra la evaluación por médico tratante, firma y sello de indicaciones médicas /Total de expedientes revisados según muestra en el periodo evaluado) x100.	Expediente clínico y libro de egresos del servicio. Firma y sello en los casos de expediente en físico.	<b>Meta: 100%.</b> <b>Alerta: 85-99%.</b> <b>Critico:</b> <85%.	MENSUAL
7	Porcentaje de IAAS por servicio.	(Número de pacientes que presentan una IAAS/total de pacientes egresados por servicio) x 100.	VIGEPES 07, libro de egresos y SIMMOW, Norma y Lineamientos de IAAS.	<b>Meta: &lt;3%.</b> <b>Alerta:</b> 3-5%.	MENSUAL
8	Porcentaje de reingresos en menos de 72 horas al servicio.	(Número de pacientes que reingresan en menos de 72 horas al servicio por la misma causa /Total de los egresos) x100	Libro de ingreso y egreso y expediente en físico / electrónico.	<b>Meta: &lt;1%.</b>	TRIMESTRAL
9	Porcentaje de pacientes con alta voluntaria.	(Número de pacientes con alta voluntaria /total de pacientes que egresaron del servicio) x100.	Formulario de ingreso y egreso	<b>Meta: &lt;1%.</b>	MENSUAL

			hospitalario y SIMMOW.		
10	Porcentaje de expedientes clínicos que cumplen con el correcto registro del consentimiento informado.	(Número de expedientes clínicos que cumplen con los requisitos establecidos del consentimiento informado / total de expedientes seleccionados según muestra) x 100.	Expediente clínico y el registro del formulario del consentimiento informado.	<b>Meta:</b> 100% de expedientes. <b>Alerta:</b> <100%	TRIMESTRAL
11	Porcentaje de caídas de pacientes en los servicios de hospitalización.	(Número de caídas de pacientes en los servicios de hospitalización /total de pacientes egresados del servicio) x 100.	Informe de evento de caídas.	<b>Meta:</b> <1%.	MENSUAL
12	Porcentaje de pacientes con brazalete de identificación al ingreso.	(Número de pacientes identificados correctamente con pulsera/ total de pacientes ingresados en el periodo a evaluar) x 100.	Informe de resultados de la supervisión de enfermera supervisora del área.	<b>Meta:</b> 100%. <b>Alerta:</b> 85-99.9%. <b>Crítico:</b> menor de 85%.	TRIMESTRAL.
13	Porcentaje de quejas resueltas antes de 15 días por servicio.	(Número de quejas resueltas antes de 15 días por servicio / Total, de quejas recibidas por servicio) x 100.	Formulario de quejas por el ciudadano e informe de resolución de ODS	<b>Meta:</b> 100% <b>Alerta:</b> menor de 100%.	MENSUAL

## INDICADORES DE LA ACTIVIDAD QUIRURGICA

N	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DE DATOS	ESTÁNDAR	PERIODO DE MEDICION
---	----------------------	---------	-----------------	----------	---------------------



1	Porcentaje de cirugías mayores realizadas	Total de cirugías mayores realizadas / Total de Cirugías realizadas (mayores + menores) X 100	SIMMOW	>60%	MENSUAL
2	Porcentaje de cirugías mayores electivas	No. de cirugías mayores electivas / Total de cirugías mayores realizadas X 100	SIMMOW	60%	MENSUAL
3	Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias	No. de cirugías mayores electivas ambulatorias realizadas en un periodo determinado / Total de cirugías mayores electivas realizadas en el mismo período X 100	SIMMOW	NO ESTÁNDAR (COMPARARLO CON EL PERIODO ANTERIOR)	MENSUAL
4	Promedio diario de cirugías mayores Electivas por quirófano	(No. de Cirugías mayores Electivas realizadas en un periodo de tiempo determinado / No. De Quirófanos electivos funcionado) / Total de días del período definido.(Días Laborales)	SIMMOW	4	MENSUAL
5	Promedio diario de cirugías mayores de Emergencia por quirófano	(No. de Cirugías mayores de Emergencia realizadas en un periodo de tiempo determinado / No. De Quirófanos de emergencia funcionado) / Total de días del período definido.(Días Calendario)	SIMMOW	NO ESTÁNDAR (COMPARARLO CON EL PERIODO ANTERIOR)	MENSUAL
6	Porcentaje de cirugías mayores electivas suspendidas	No. de cirugías mayores electivas suspendidas / número de cirugías mayores electivas programadas X 100	SIMMOW	5%	MENSUAL
7	Índice de cesáreas	No. de cesáreas / Total de partos X 100	SIMMOW	10 – 15	MENSUAL
8	Porcentaje de cesáreas de primera vez	No. de cesáreas de primera vez / Total de partos X 100	SIMMOW	NO ESTÁNDAR (COMPARARLO CON EL PERIODO ANTERIOR)	MENSUAL
9	Porcentaje de quirófanos funcionando	No. de quirófanos funcionando / Total de quirófanos existentes X 100	SIMMOW	100%	MENSUAL
10	Tiempo promedio (días) de espera para Cirugía General electiva	Sumatoria de días de espera por paciente para Cirugía General electiva desde la indicación de plan quirúrgico/ total de pacientes citados para Cirugía General electiva.	SIMMOW	60	MENSUAL

11	Porcentaje del grado de satisfacción del usuario según la percepción de la atención recibida.	(Número de encuestas aplicadas y clasificadas según grado de satisfacción/ Total de encuestas aplicadas) X 100.	Resultados de encuestas de satisfacción de usuario	<b>Meta</b> Grado de satisfacción: <b>Verde</b> -80 a más. <b>Amarillo</b> : 79-60%. <b>Rojo</b> : menor de 59%.	SEMESTRAL
<b>NOTA:</b> el anterior, también debe ser un indicador medido por ODS					
12	Porcentaje de pacientes en los cuales se aplicó en forma completa la lista de verificación de la cirugía segura.	Número de pacientes en los cuales se aplicó la lista de verificación en forma completa / total, de pacientes a los cuales se les realizo procedimientos quirúrgicos en el periodo evaluado X 100.	Lista de cirugía segura.	Meta: 100% Clasificación: <b>Verde: 85 - 100%</b> <b>Amarillo: 80-84%</b> <b>Rojo: 75-79%</b>	MENSUAL
13	Porcentaje de complicaciones quirúrgicas.	Número de pacientes que presentaron complicaciones quirúrgicas /Total de pacientes a los cuales se les realizo cirugía en el periodo evaluado x 100.	Expediente clínico (Físico/electrónico). Hoja de cirugía segura. Registros de tiempos. Hoja de reporte operatorio.	Meta: <b>Verde: 0 - 1%</b> <b>Amarillo: 2-3%</b> <b>Rojo: 4-10%</b>	MENSUAL
14	Porcentaje de complicaciones anestésicas.	Número de pacientes con complicaciones anestésicas/ total de pacientes a los cuales se les realizo la cirugía en el periodo evaluado x 100	Libro de sala de operaciones. Expediente clínico. (Físico/electrónico) Hoja de Aldrete.	Meta: <b>Verde: 0 - 1%</b> <b>Amarillo: 2-3%</b> <b>Rojo: 4-10%</b>	MENSUAL
15	Porcentaje de personal de sala que cumple con el uso adecuado de vestimenta quirúrgica.	Número del personal de sala que cumple con el uso racional y adecuado de vestimenta protectora/ Total del personal de sala observado x 100.	Lista de chequeo (Físico/electrónico).	Meta :100% Critico: < 90%	MENSUAL
16	Porcentaje de quejas resueltas antes de 15 días.	(Número de quejas en las cuales se adoptan los correctivos requeridos antes de 15 días / Total de quejas recibidas) x 100.	Encuesta por redes sociales. Buzón de sugerencias (ODS).	Meta: <b>Verde: 95 - 100%</b> <b>Amarillo: 90-94%</b> <b>Rojo: 85-89%</b>	MENSUAL
17	Infecciones de sitio quirúrgico en cirugías electivas.	Número de infecciones de sitio quirúrgico en cirugías electivas/ total de cirugías electivas realizadas x 100.	VIGEPES 07 y expediente clínico	Meta: 5 por 100 egresos de pacientes a los que se les realizo	MENSUAL

			(Físico/electrónico). OPS	procedimiento quirúrgico electivo	
--	--	--	------------------------------	--------------------------------------	--

### INDICADORES DE ABASTECIMIENTO

N	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DE DATOS	ESTÁNDAR	PERIODO DE MEDICION
1	Porcentaje de abastecimiento de medicamentos en el hospital.	No. de medicamentos del cuadro básico en existencia en el hospital / Total de medicamentos del cuadro básicos X 100	Kárdex de medicamento (Farmacia y Almacenes)	<b>80%</b>	MENSUAL

### INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

N	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DE DATOS	ESTÁNDAR	PERIODO DE MEDICION
1	Tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria x 100 egresos	No. pacientes con infección asociada en la atención sanitaria / Total de egresos X 100	SIMMOW	<b>Meta: &lt;3%. Alerta:3-5%.</b>	MENSUAL
2	Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico	(No. pacientes intervenidos quirúrgicamente en los que se evidencie una infección en el sitio quirúrgico / Total de pacientes intervenidos quirúrgicamente) X 100	SIMMOW	<b>3 - 7.5</b>	MENSUAL

### INDICADOR FINANCIERO

N	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DE DATOS	ESTÁNDAR	PERIODO DE MEDICION
1	Porcentaje de ejecución presupuestaria	Presupuesto ejecutado / Presupuesto programado X 100	SAFI	95%	MENSUAL

### INDICADORES EPIDEMIOLOGICOS

N	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DE DATOS	ESTÁNDAR	PERIODO DE MEDICION
1	Tasa bruta de mortalidad	No. Total de muertes en un período determinado / Egresos del mismo periodo X 100	SIMMOW	MENOR QUE EL PROMEDIO NACIONAL	MENSUAL
2	Tasa neta de mortalidad	No. de muertes ocurridas después de 48 horas de ingreso en un periodo determinado / Total de egresos del mismo periodo X 100	SIMMOW	MENOR QUE EL PROMEDIO NACIONAL	MENSUAL
3	Razón de mortalidad materna	No. de muertes maternas de un período / Nacidos vivos del período X 100,000	SIMMOW	MENOR QUE EL PROMEDIO NACIONAL	MENSUAL
4	Tasa de mortalidad infantil	No. de muertes en niños menores de 1 año en un periodo / Total de nacidos vivos del periodo X 1,000	SIMMOW	MENOR QUE EL PROMEDIO NACIONAL	MENSUAL
5	Tasa de mortalidad fetal tardía	No. de muertes fetales (37 semanas de gestación hasta antes de nacer) de un período determinado / Total de nacidos de ese período X 1,000	SIMMOW	MENOR QUE EL PROMEDIO NACIONAL	MENSUAL

6	Tasa de mortalidad neonatal	Defunciones niños menores de 28 días de un período determinado / Total de recién nacidos vivos del período X 1,000	SIMMOW	MENOR QUE EL PROMEDIO NACIONAL	MENSUAL
7	Tasas de mortalidad infantil post neonatal	Defunciones en niños de 28 a 364 días de edad de un período / Total de nacidos vivos del período X 1,000	SIMMOW	MENOR QUE EL PROMEDIO NACIONAL	MENSUAL
8	Tasa recién nacidos de bajo peso.	Recién nacidos vivos con peso menor de 2.500 grs. de un período / N° recién nacidos vivos del período X 1,000	SIMMOW	MENOR QUE EL PROMEDIO NACIONAL	MENSUAL
9	Tasa recién nacidos de muy bajo peso.	Recién nacidos vivos con peso menor de 1.500 grs. de un período / N° recién nacidos vivos del período X 1,000	SIMMOW	MENOR QUE EL PROMEDIO NACIONAL	MENSUAL
10	Tasa de mortalidad asociada a accidentes de transporte	No. de muertes asociadas a accidentes de transportes en un periodo determinado / Total de egresos por accidentes de transporte del mismo periodo X 100	SIMMOW	MENOR QUE EL PROMEDIO NACIONAL	MENSUAL
11	Tasa de mortalidad por traumatismos	No. de muertes asociadas a traumatismos en un periodo determinado / Total de egresos por traumatismos del mismo periodo X 100	SIMMOW	MENOR QUE EL PROMEDIO NACIONAL	MENSUAL
12	Tasa de mortalidad asociada a lesiones auto infligidas intencionalmente	No. de muertes asociadas a lesiones auto infligidas intencionalmente / Total de egresos por la misma causa y en el mismo periodo X 100	SIMMOW	MENOR QUE EL PROMEDIO NACIONAL	MENSUAL
13	Tasa de letalidad por neumonía	Total de pacientes que fallecieron producto de una neumonía en un periodo determinado / Egresos por Neumonía en el mismo periodo X 100	SIMMOW	MENOR QUE EL PROMEDIO NACIONAL	MENSUAL
14	Tasa de letalidad por diarrea	Total que de pacientes que fallecieron producto de una diarrea en un periodo determinado / Total de egresos por Diarrea en el mismo periodo X 100	SIMMOW	MENOR QUE EL PROMEDIO NACIONAL	MENSUAL

15	Tasa de letalidad por IRC	Total de pacientes que fallecieron producto de una Insuficiencia Renal Crónica en un periodo determinado / Total de egresos por IRC en el mismo periodo X 100	SIMMOW	MENOR QUE EL PROMEDIO NACIONAL	MENSUAL
16	Tasa de letalidad por Diabetes Mellitus	Total de pacientes que fallecieron producto de una Diabetes Mellitus en un periodo determinado / Total de egresos por DM en el mismo periodo X 100	SIMMOW	MENOR QUE EL PROMEDIO NACIONAL	MENSUAL
17	Tasa de letalidad por Trastornos Hipertensivos	Total de pacientes que fallecieron producto de una Trastornos Hipertensivos en un periodo determinado / Total de egresos por HTA en el mismo periodo X 100	SIMMOW	MENOR QUE EL PROMEDIO NACIONAL	MENSUAL

### INDICADORES DE LOS COMITES Y EQUIPOS HOSPITALARIOS

N	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DE DATOS	ESTÁNDAR	PERIODO DE MEDICION
1	Porcentaje de asistentes a reuniones ordinarias del comité	No. De asistentes a la reunión ordinaria / total de miembros del comité X 100	Actas firmadas de la reunión	Mayor al 90%	Trimestral

### INDICADORES DE TRANSPORTES

N	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DE DATOS	ESTÁNDAR	PERIODO DE MEDICION
1	Porcentaje de cumplimiento de la lista de chequeo para la verificación de equipamientos en ambulancias para traslado (mensual)	N. de listas de chequeo para la verificación de equipamientos en ambulancias que cumplen criterios/ total de criterios de la lista (22) X 100	Listas de chequeo	90%	Mensual

2	Porcentaje de aplicación de la lista de chequeo para la verificación de equipamientos en ambulancias para traslado (por traslado)	N. de aplicación de la lista de chequeo para la verificación de equipamientos en ambulancias para traslado (por traslado) / total de traslado por mes X 100	Listas de chequeo	100%	Mensual
---	---	---	-------------------	------	---------

### INDICADORES DE RECURSOS HUMANOS

N	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DE DATOS	ESTÁNDAR	PERIODO DE MEDICION
1	% de cumplimiento	Número de trabajadores capacitados en relación a las competencias esperadas de acuerdo a su disciplina de actuación/ Total de trabajadores en el mismo período,	Plan Hospitalario de formación y capacitación	90%	Mensual