

Ministerio de salud de El Salvador

**Lineamientos técnicos para la evaluación de resultados en salud en las redes
integrales e integradas de salud**



San Salvador, 2019



Ministerio de Salud
Viceministerio de Políticas de Salud
Viceministerio de Servicios de Salud

**Lineamientos técnicos para la evaluación de resultados en salud en las
Redes Integrales e Integradas de Salud**

Ficha Catalográfica

2019 Ministerio de Salud

Todos los derechos reservados. Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial.

Es responsabilidad de los autores técnicos de éste documento, tanto su contenido como los cuadros, diagramas e imágenes.

La documentación oficial del Ministerio de Salud, puede ser consultada a través de: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Edición y distribución.

Ministerio de Salud

Viceministerio de Políticas de Salud

Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2205 7000

Página oficial: [http://ww.estecomponentemultiplicaalsumadeloscomponentes A y B w.salud.gob.sv](http://ww.estecomponentemultiplicaalsumadeloscomponentesAyB.w.salud.gob.sv)

Diseño de proyecto gráfico:

Diagramación:

Impreso en El Salvador por:

Ministerio de Salud. Viceministerio de Políticas de Salud. Viceministerio de Servicios de Salud. Dirección de Regulación y Legislación en Salud, Dirección Nacional de Calidad en Salud. San Salvador, El Salvador. C.A. “**Lineamientos técnicos para la evaluación de resultados en salud en las Redes Integrales e Integradas de Salud.**”

Autoridades

Dra. Elvia Violeta Menjívar Escalante
Ministra de Salud

Dr. Eduardo Antonio Espinoza Fiallos
Viceministro de Políticas de Salud

Dr. Julio Óscar Robles Ticas
Viceministro de Servicios de Salud

Índice

I.	Introducción	7
II.	Base legal	8
III.	Objetivos	9
IV.	Ámbito de aplicación	9
V.	Marco Conceptual	10-13
VI.	Contenido Técnico	14-114
	1. Metodología	14-17
	2. Finalidad de la evaluación de los indicadores en salud	18
	3. Preparación de la jornada de presentación de resultados	18
	4. Indicadores de resultados e indicadores de procesos por componente.	18
	• Componente 1: Atención centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades de la población.	19
	• Componente 2: Promoción de la salud, (indicadores de participación social, intersectorialidad, organización comunitaria, educación para la salud y contraloría social).	19
	• Componente 3: Gestión de medicamentos.	20
	• Componente 4: Gestión de Servicios de Salud.	20
	• Componente 5: Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.	20
	• Componente 6: Mecanismo de coordinación a lo largo del continuo de atención en los servicios de salud.	21
	• Componente 7: Niñez.	21
	• Componente 8: Adolescentes.	22
	• Componente 9: Mujeres en edad fértil.	22
	• Componente 10: Mujer embarazada.	23
	• Componente 11: Persona adulta mayor.	23
	• Componente 12: Atención de personas con enfermedades no transmisibles priorizadas.	24
	5. Fichas técnicas de Indicadores de resultados y procesos por componente.	25-114
VII.	Glosario	115-116
VIII.	Siglas y abreviaturas	117
IX.	Disposiciones finales	118
X.	Vigencia	118
XI.	Referencias Bibliográficas	119
XII.	Anexos	120

Equipo técnico

Dra. Xiomara Margarita Arriaga de Orellana	Directora Nacional de Calidad en Salud
Lcda. Clara Luz Hernández de Olmedo	Dirección Nacional de Calidad en Salud
Dra. María Xochilt Pérez Alas	Dirección Nacional de Calidad en Salud
Dr. Carlos Roberto Torres Bonilla	Dirección de Regulación y legislación en Salud.
Dra. Graciela Angélica Baires Escobar	Dirección de Regulación y legislación en Salud.

Comité Consultivo

Dr. Luís Enrique Fuentes	Director Nacional de Hospitales de Segundo Nivel. De Atención.
Dra. Jeannette Alvarado Chéves	Directora Nacional del Primer Nivel de Atención
Dra. María Argelia Dubón Abrego	Directora Nacional de Enfermedades No Transmisibles
Dr. Eduardo Suárez Castaneda	Director Nacional de Enfermedades Infecciosas
Dr. Orestes Estrada	Coordinador Nacional de Hospitales de Tercer Nivel
Dra. Marcela Hernández	Jefa Unidad de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia
Dra. Jenny Patricia López Recinos	Jefa Unidad por el Derecho a la Salud
Dra. Emperatriz Crespín	Jefa Unidad de Atención a la Violencia
Lcda. Josefina Concepción Castaneda	Jefa Unidad Nacional de Enfermería
Dr. Carlos Roberto Godínez Rodríguez	Director Nacional del Sistema de Emergencias Médicas
Dra. Xochitl Panameño	Coordinadora Unidad Nacional de Atención Integral a la Persona Veterana de Guerra

I. Introducción

El Ministerio de Salud, en adelante MINSAL a través de la Dirección Nacional de Calidad en Salud, en adelante DNCS y en coordinación con las dependencias del Viceministerio de Servicios de Salud ha definido el desarrollo de los presentes lineamientos técnicos para la evaluación de resultados en salud de las Redes Integrales e Integradas de Salud, en adelante RIIS, que orientan al trabajo por resultados.

Los presentes lineamientos van dirigidos al personal de salud que conforman la RIIS, pretendiendo ser una herramienta útil que les facilite el análisis y evaluación de las redes, apoyados en el desarrollo de la capacidad de gestión interna de los niveles directivos, fortaleciendo especialmente los procesos de análisis de datos, elaboración y seguimiento de planes de mejora; además de contribuir a elevar la capacidad de gestión de las redes de servicios de salud, mejorar progresivamente la equidad, calidad y eficiencia de la atención a la población.

Las disposiciones en el comprendidas responden a la necesidad de establecer procesos de evaluación con una metodología de enseñanza- aprendizaje mixta, que combina una fase previa de autoevaluación continua, a nivel de red departamental y regional, dichos procesos van destinados a identificar áreas críticas y oportunidades de mejora, finalizando con socialización de resultados y planes de mejora.

II. Base legal

Código de Salud

Art. 40.- El Ministerio de Salud, es el organismo encargado de determinar, planificar y ejecutar la política nacional en materia de salud; dictar las normas pertinentes, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la salud.

Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo

Art. 42.- Compete al Ministerio de Salud:

Numeral 2: «Dictar las Normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población».

Ley del Sistema Básico de Salud Integral

Art. 15. El SIBASI está conformado por todas las dependencias, que sean necesarias para el cumplimiento de sus atribuciones y funciones, siendo creados cuando así se requiera, bajo criterios técnicos que se definirán en el reglamento respectivo.

Cada SIBASI, para el ejercicio de su función, contará con un coordinador, el cual será responsable del cumplimiento de sus objetivos, metas y de las funciones que le atribuya el reglamento respectivo.

Art. 16. El SIBASI deberá mantener relaciones con:

- a) Los hospitales nacionales: generales y regionales.
- b) Los hospitales nacionales especializados;
- c) Establecimientos del Sector Salud, tales como: el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Sanidad Militar, Bienestar Magisterial y otros similares, públicos y privados.
- d) Establecimientos e instituciones de otros sectores relacionados con el ámbito de la salud; y
- e) Los gobiernos locales de su jurisdicción.

Art. 17. Para dar mayor cobertura a la provisión de los servicios de salud, el SIBASI desarrollará las acciones de: programación, control, información, vigilancia y control epidemiológico y comunicación social.

III. Objetivos

Objetivo general

Establecer las disposiciones generales para el análisis y evaluación de los indicadores de salud, la implementación de estrategias y planes de mejora en la gestión de la RIIS.

Objetivos específicos

1. Mejorar el acceso, la calidad y el uso de la información en salud para la toma de decisiones oportunas.
2. Desarrollar la capacidad de gestión interna de los niveles directivos, fortaleciendo especialmente los procesos de análisis de datos, elaboración y seguimiento a planes de mejora.
3. Establecer de forma sistemática el análisis y evaluación de los indicadores en salud para la implementación de estrategias y planes de mejora en la gestión de la RIIS.

IV. Ámbito de aplicación

Los presentes lineamientos técnicos serán de carácter obligatorio para el personal del Ministerio de Salud (MINSAL) en la RIIS.

V. Marco conceptual

a) Análisis de situación

El MINSAL tiene una serie de iniciativas para la implementación de procesos de evaluación en diferentes niveles de atención y en las Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS), que ha potenciado el desarrollo de competencias del talento humano en cuanto al trabajo en equipo y el análisis de indicadores en salud, entre otros.

Con el objetivo de fortalecer este proceso y continuar desarrollando habilidades para mejorar el desempeño de profesionales y que la evaluación se convierta en parte fundamental de la planificación estratégica y operativa, se establecen los siguientes aspectos:

1. Tipo de indicadores a evaluar:

Indicadores de procesos, resultados e impacto, que permite realizar un análisis para la toma oportuna de decisiones.

2. Construcción de indicadores:

Cada indicador tiene una ficha técnica, que permite tener claridad de numerador y denominador, fuente, sistemas de información o documentos a consultar para obtener la información sistematizada de la medición.

3. Fuente de información:

Al tener definida la ficha técnica, se obtienen los mismos resultados para el indicador, independientemente quien lo evalúe, facilitando su interpretación y análisis.

4. Inexistencia previa de una metodología estructurada:

Con estos lineamientos se contará con la descripción de los procesos para recopilar información en los diferentes niveles de atención, con la metodología ya definida de forma sistematizada para la realización de la evaluación.

5. Para la evaluación en el continuo de la atención:

Se han definido indicadores, agrupados en componentes que facilitara la medición del Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria, basado en atención primaria en salud integral, se establece el continuo de la atención por curso de vida.

b) Marco de medición de indicadores

En la medición se toman en consideración los indicadores del Plan Quinquenal de Desarrollo del Ministerio de Salud (PQD), Plan Estratégico Institucional (PEI), Plan Operativo Institucional (POI) y los indicadores priorizados por las dependencias del Viceministerio de Servicios de Salud (VMSS).

c) Descripción de la RIIS

Para las evaluaciones de los indicadores en RIIS, se toman los conceptos de:

1. Redes:

Es la forma espontánea como las personas se organizan, donde el vínculo entre dos o más personas constituye la unidad de red.

Estos vínculos pueden ser de reconocimiento, conocimiento, colaboración, cooperación y asociación.

Entenderemos en este documento por redes los vínculos entre las instituciones y los sujetos dentro de un sistema abierto “desterritorializado” donde los vínculos son más importantes que los límites, cuya autonomía deviene de la riqueza de sus interconexiones y no de su aislamiento tradicional de las redes de sistemas cerrados, de tal forma que sus bordes difusos permiten el ensamblaje de redes sociales con las redes institucionales, constituyéndose así en red de redes.

2. Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS):

Son redes conformadas por los actores de diferentes niveles de atención del MINSAL, instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS), y otros prestadores de servicios de salud, que se incorporan gradualmente y cuya finalidad es la gestión y prestación de servicios de salud, de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, desarrollando su trabajo en una población definida, a la cual rinden cuentas por sus resultados y por el estado de salud de la población de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida y que además trabajan articuladamente para incidir en la modificación de las determinación social de la salud (OPS 2010).

Sin embargo, el concepto de RIIS desarrollado en la Reforma de Salud en El Salvador no se limita solamente a los servicios de salud del SNS, pues integra la participación social y de Sistema Nacional de Protección Civil, sus funciones están dirigidas a garantizar con abordaje integral el derecho a la salud de la población a través de acciones conjuntas con la comunidad y otros actores de la sociedad para enfrentar riesgos y amenazas, identificar inequidades y abordar la determinación social de la salud.

Los puntos de conexión de las redes con los diferentes actores sociales tienen participación activa en los siguientes espacios de gestión: Comités de contraloría social en los hospitales y las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF), Gabinetes de gestión departamentales y municipales, Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD), Sistema Nacional de Protección Civil, Micro redes municipales e intermunicipales y otros actores organizados de la sociedad civil.

3. Evaluación de indicadores de la RIIS:

La comparación de los objetivos del marco operativo de Gobierno (PQD, PEI, POI, ODS) con los resultados del POA y la descripción de como fueron alcanzados, la evaluación indica el nivel de funcionamiento para analizar las adecuaciones necesarias, constituyéndose en una herramienta para la toma de decisiones.

4. Evaluación de indicadores de la RIIS

Es la comparación de los objetivos del marco operativo de Gobierno (PQD, PEI, POI, ODS) con los resultados del POA y la descripción de como fueron alcanzados, la evaluación indica el nivel de funcionamiento para analizar las adecuaciones necesarias, constituyéndose en una herramienta para la toma de decisiones.

5. Proceso de evaluación permanente de la RIIS

El proceso de evaluación permanente de la RIIS permite: Superar los problemas y retos que se presentan en el desarrollo de la atención continuada, potenciar las buenas prácticas y el trabajo eficiente, desarrollar la coordinación horizontal y el trabajo en equipo, afinar las técnicas de evaluación que permitan superar el paradigma «búsqueda de culpables» para lograr asumir la responsabilidad compartida y sistematizar la experiencia, que permita presentar las buenas prácticas y reproducirse en otras redes, además de fortalecer la pertinencia y la atención basada en la persona, familia y comunidad.

6. La evaluación:

Es un conjunto de acciones o actividades organizadas y sistemáticas que se realizan para reconocer los avances y logros de un programa, que sirven para reforzarlo o desactivarlo.

También se utiliza para detectar los problemas y obstáculos, hacer modificaciones y evitar errores, de tal manera que se incrementen los resultados positivos.

Por lo tanto para evaluar es importante contar con objetivos claros e indicadores susceptibles de ser medidos de una manera confiable, que permitan guiar la ejecución programa, de tal manera que en el seguimiento (monitoreo) o evaluación se detecten a tiempo los problemas para poder lograr los resultados.

7. Monitoreo:

Proceso periódico de seguimiento del cumplimiento de actividades, acciones y metas mediante indicadores verificables objetivamente, cuyo objetivo es señalar fallas o desviaciones críticas en el cumplimiento de aplicación de procesos contemplados en las normativas vigentes, para corregirlas oportunamente, posibilitar su adecuación y ajuste durante la ejecución con el fin de reorientarlas de ser necesario, y de esta forma servir de insumo en el proceso de evaluación.

El Manual de Organización y Funciones de las RIIS, define realizar el Monitoreo y evaluación del funcionamiento de la micro red y red, a través de la medición de indicadores de los atributos de la RIIS.

8. Continuo de la atención:

Enfoque de curso de vida se constituye una aproximación a la realidad que integra una mirada longitudinal sobre la vida y sus etapas (prenatal, infancia, adolescencia, juventud, adultez y adulto mayor) con sus características de crecimiento, maduración y desarrollo de distintas funciones; configura un salto de un enfoque evolutivo hacia un enfoque integrado, vinculando una etapa con la otra y define factores protectores y de riesgo a largo plazo, dentro del abordaje de la determinación social de la salud.

Incorpora las influencias ínter generacionales que impactan en distintos aspectos de la vida, la salud, el bienestar de las personas y las comunidades, apoyando la importancia de una mirada holística sobre el devenir de la vida y la posible gestión de riesgos y daños en cada etapa.

La premisa básica para este enfoque es que las fuerzas sociales impactan en los cursos de vida individuales y colectivos.

Desde el año 2010, se considera al curso de vida como un marco que ayuda a explicar los patrones de salud y enfermedad, en particular las «inequidades» en salud a través del tiempo y en las poblaciones como una variable importante.

VI. Contenido técnico

1. Metodología

- Las evaluaciones en RIIS se realizarán a partir de los indicadores de resultado, proceso e impacto, que se han definido de acuerdo a componentes establecidos con una frecuencia trimestral. El responsable de presentar los resultados y plan de mejora será el director/a regional y coordinador/a regional de hospitales.
- Se evaluarán las cinco regiones en dos jornadas, las que se distribuirán según accesibilidad.
- La coordinación de cada una de las fases y de la presentación de los resultados, incluyendo el plan de mejora, lo realizarán el director/a regional y el coordinador/a regional de hospitales.
- La presentación de los resultados de la evaluación y seguimiento de planes de mejora, se realizarán el tercer y cuarto viernes de los meses: febrero, mayo, agosto y noviembre de cada año.
- Los procesos de evaluación se desarrollarán con una metodología de enseñanza - aprendizaje en cinco etapas:

Etapa 1: autoevaluación a nivel local

Cada micro red , realizará reuniones para revisar y analizar los indicadores de sus establecimientos, debe iniciar inmediatamente después de cerrar administrativamente los sistemas de información del periodo a evaluar.

La información debe presentarse en forma desagregada por municipio, considerando la comparación de al menos dos periodos similares de tiempo (ejemplo: primer trimestre de cada año).

Los resultados del análisis se socializaran a nivel departamental. (Información de la población de la micro red, capacidad instalada, análisis de situación de salud y resultados de indicadores).

Esta actividad tendrá duración de 8 horas, debe ser un proceso analítico, que sirva para la toma de decisiones; la cual es parte de la planificación estratégica.

Las dependencias y actores que deben participar en la preparación de la información son:

- Coordinación de cada Unidad Comunitaria de Salud Familiar de la micro red.

- Enfermera supervisora local o coordinadora de equipos comunitarios de salud familiar.
- Coordinación del SIBASI.
- Dirección del hospital perteneciente a la micro red.

Una vez se cuente con el proceso finalizado, se debe enviar la información por vía electrónica a la red departamental para su revisión y análisis.

Etapa 2: autoevaluación a nivel de red departamental

Cada red departamental, realizará reuniones para revisar y analizar los indicadores de su área, debe iniciar inmediatamente después de cerrar administrativamente los sistemas de información del periodo a evaluar. La información debe presentarse en forma desagregada por municipio y consolidado departamental, considerando la comparación de al menos dos periodos similares de tiempo (ejemplo: primer trimestre de cada año). Los resultados del análisis se socializaran a nivel regional. (Información de la población de la red, capacidad instalada, análisis de situación de salud y resultados de indicadores).

Elaboración de propuesta de plan de mejora (ver anexo 3), previa aplicación del método de Hanlon (anexo 2); se plantea la utilización de este método para la priorización de los problemas.

Esta actividad tendrá duración de 8 horas, debe ser un proceso analítico, que sirva para la toma de decisiones; la cual es parte de la planificación estratégica. Las dependencias y actores que deben participar en la preparación de la información son:

- Coordinación del SIBASI.
- Dirección del hospital.
- Epidemiólogo de hospitales y SIBASI.
- Jefatura del área de ESDOMED de hospitales y SIBASI.
- Jefatura de la división médica de hospitales.
- Coordinación de provisión de servicios del SIBASI.
- Jefatura del departamento de enfermería y enfermera supervisora regional asignada en el SIBASI.
- Representantes de las diferentes disciplinas de los equipos técnicos de hospital y SIBASI (según sean requeridos).

Una vez se cuente con el proceso finalizado, se debe enviar la información por vía electrónica a la red regional para su revisión y análisis.

Etapa 3: Autoevaluación a nivel de red regional

Posterior a la primera etapa, se programará una jornada de ocho horas de duración a nivel regional, para consolidar los datos de las diferentes redes departamentales de la siguiente manera:

- Revisión de planes de mejora e incorporación de actividades, de acuerdo a la gestión de cada nivel.
- Revisión y análisis de los datos por las jefaturas de cada región, hospitales de segundo y tercer nivel de atención.
- Envío de evaluación en formato digital a Dirección Nacional de Hospitales de segundo Nivel de Atención, Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención, Coordinación de Hospitales de Tercer Nivel de Atención y Dirección Nacional de Calidad en Salud; con el objetivo de ser revisada y analizada por todas las dependencias del Viceministerio de Servicios de Salud.

El personal que debe participar por cada región es el siguiente:

1. Director regional de salud.
2. Coordinador regional de hospitales.
3. Directores de hospitales de la red.
4. Coordinadores de SIBASI.
5. Coordinadores de micro red.

La autoevaluación de hospitales de tercer nivel, se realizará independiente de la región y debe presentar la información segregada por departamento y región, en forma comparativa con respecto al periodo anterior, además debe elaborar planes de mejora; con base a los resultados de la autoevaluación y enviarlos al coordinador de hospitales del tercer nivel. El personal que debe participar por hospital de tercer nivel es el siguiente:

1. Director de hospital.
2. Epidemiólogo de los hospitales.
3. Jefatura de ESDOMED de los hospitales.
4. Jefatura de la división médica de los hospitales.

Etapa 4: Revisión Nivel Superior

Cada dependencia del VMSS debe revisar los indicadores, posteriormente debe compararlos con los datos proporcionados por las regiones de salud (una vez se cierren los sistemas de información).

Luego se debe realizar el análisis y elaborar el informe consolidado de los resultados y avances de los planes de mejora con los aportes de las dependencias

del VMSS. Posteriormente la Dirección Nacional de Calidad en Salud, debe presentar y enviar al VMSS el informe.

Etapa 5: Presentación de resultados

Se deben realizar jornadas de evaluación, con una duración de ocho horas, calculando tiempo para la discusión del plan de mejora. Así mismo se debe presentar la evaluación trimestral que incluya el plan y el seguimiento del trimestre anterior. Si hubieran recomendaciones de cambios al plan de mejora, se deben enviar a la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención, Dirección Nacional de Hospitales de Segundo Nivel de Atención, Coordinación de Hospitales de Tercer Nivel y Dirección Nacional de Calidad en Salud.

La presentación de la información será realizada por el director o la directora regional, por el coordinador o coordinadora regional de hospitales de segundo nivel y director o directora de hospital de tercer nivel.

La logística de la actividad, será desarrollada por la Dirección Regional y la Coordinación Regional de Hospitales.

Funcionarios que deben participar:

1. Viceministro de Servicios de Salud
2. Directores nacionales y jefes de unidades del VMSS
3. Director o directora regional
4. Coordinador o coordinadora regional de hospitales
5. Coordinador o coordinadora regional de provisión de servicios
6. Jefatura de la división médica hospitalaria
7. Directores de hospitales de tercer nivel

Etapa 6: Seguimiento

Nivel nacional: las actividades planteadas en los planes de mejora, se deben verificar a través de monitoreos o supervisiones específicas, realizadas por las direcciones y unidades correspondientes del VMSS.

Nivel regional: el equipo multidisciplinario debe realizar el monitoreo de los indicadores, el seguimiento al plan de mejora y apoyo a las intervenciones priorizadas que no pueden ser resueltas en la red departamental.

Nivel local (SIBASI, hospitales y UCSF): el equipo multidisciplinario debe realizar monitoreo de indicadores, seguimiento al plan de mejora y apoyo a los establecimientos.

2. Finalidad de la evaluación de los indicadores en salud

La evaluación de los indicadores en salud debe tener los siguientes fines:

- Mostrar los resultados de los avances de la Reforma de Salud en el ámbito en la red departamental.
- Identificar brechas en el desempeño de la red, a fin de potenciar la integración de los actores de la misma, para brindar una atención de calidad a la población.
- Generar espacios de discusión, con enfoque sistémico, para fortalecer el pensamiento crítico de los actores sobre los resultados del trabajo en red.
- Promover la eficiencia de los procesos operativos en las RIIS.

3. Preparación de la jornada de presentación de resultados

Entre los aspectos claves para garantizar el éxito de las jornadas de presentación de resultados pueden mencionarse las siguientes:

- Preparación y análisis preliminar de la información.
- Preparación de las condiciones logísticas para el desarrollo de la reunión.
- La preparación (obtención de datos, elaboración de tablas y gráficos) debe iniciar inmediatamente después de cerrar administrativamente los sistemas de información del periodo a evaluar.
- La información para la evaluación de indicadores, debe ser obtenida de los sistemas de información del MINSAL o de los diferentes instrumentos, según corresponda para cada indicador en particular.

4. Indicadores de resultados e indicadores de procesos por componente

Componente 1: Atención centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades de la población.

Indicadores:

1. Porcentaje de Ecos Familiar que realizan actualización de la ficha familiar a las familias adscritas a su territorio.
2. Porcentaje de familias adscritas por los Ecos Familiares, y que cuenten con ficha familiar actualizada.
3. Porcentaje de familias con riesgo bajo, riesgo medio y riesgo alto adscritas con enfoque familiar y comunitario.

4. Porcentaje de Ecos Familiar que cuentan con Análisis de Situación de Salud Integral (ASSI) actualizado.
5. Porcentaje de UCSF sin Ecos Familiar que cuentan con diagnóstico de situación de salud actualizado.

Componente 2: Promoción de la salud, (indicadores de participación social, intersectorialidad, organización comunitaria, educación para la salud y contraloría social).

Indicadores:

1. Porcentaje de comunidades atendidas por promotor o promotora de salud con comité(s) de salud activo.
2. Porcentaje de actividades educativas para la prevención de enfermedades no transmisibles realizadas en la RIIS con la población de todas las edades.
3. Porcentaje de quejas resueltas en hospitales y regiones.
4. Porcentaje de reuniones de gabinete departamental en las que se incorporan temas de salud.
5. Porcentaje de establecimientos de la RIIS que cuentan con grupos de auto ayuda de personas con enfermedades no transmisibles (ENT), de todas las edades, organizados y funcionando (hipertensión, diabetes, cáncer y enfermedad renal).
6. Número de familias que finalizan sesiones en la estrategia Familia Fuerte.
7. Porcentaje de eventos de contraloría social.

Componente 3: Gestión de medicamentos

Indicadores:

1. Porcentaje de establecimientos abastecidos con la oferta básica de métodos anticonceptivos.
2. Porcentaje de abastecimiento de medicamentos en el hospital.
3. Porcentaje de abastecimiento de medicamentos en el Primer Nivel de Atención.
4. Porcentaje de recetas dispensadas en farmacias especializadas.
5. Porcentaje de pacientes atendidos en farmacias especializadas.

Componente 4: Gestión de Servicios de Salud

Indicadores:

1. Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para consulta médica de pediatría de primera vez.
2. Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para consulta médica de ginecología de primera vez.
3. Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para consulta médica de obstetricia de primera vez.
4. Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta médica de Medicina Interna de primera vez.
5. Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para consulta médica de cirugía de primera vez.
6. Tiempo promedio (días) de espera para cirugía general electiva.
7. Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias.
8. Porcentaje de UCSF en las que han implementado la gestión del tiempo y la demanda.
9. Porcentaje de UCSF que implementan la receta repetitiva para personas usuarias con ENTP.
10. Porcentaje de UCSF implementando el SIAP
11. Tiempo promedio de espera para la atención de consulta externa especializada de primera vez.
12. Tiempo de espera para la realización de cirugía electiva por especialidad.

Componente 5: Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red

Indicadores:

1. Porcentaje de ejecución presupuestaria de hospital.
2. Porcentaje de ejecución presupuestaria de regiones.

Componente 6: Mecanismo de coordinación a lo largo del continuo de atención en los servicios de salud

Para realizar el análisis del sistema de referencia y retorno se realizará en el Comité de referencia y retorno con participación de ambos niveles.

Indicadores:

1. Porcentaje de referencias recibidas en hospitales.
2. Porcentaje de retornos recibidos de otros establecimientos de las RIIS.
3. Porcentaje de referencias oportunas recibidas de otros establecimientos de las RIIS.
4. Porcentaje de referencias pertinentes recibidas de otros establecimientos de la RIIS.
5. Porcentaje de referencias pertinentes recibidas en la unidad de emergencia.

Componente 7: Niñez

Indicadores:

1. Tasa de mortalidad infantil.
2. Porcentaje de lactancia materna exclusiva en niños y niñas de cinco a seis meses que reciben atención preventiva en primer nivel de atención.
3. Porcentaje de bajo peso al nacer en neonatos de término.
4. Índice de prematurez.
5. Porcentaje de inscripción infantil precoz.
6. Tasa de Incidencia de sífilis congénita.
7. Cobertura de inscripción en el programa de seguimiento de prematuro con peso menor de 2000 gramos al nacer.
8. Porcentaje de niños menores de un año vacunados con BCG.
9. Porcentaje de niños menores de 1 año vacunados con 2.^{da} dosis de *Rotavirus*
10. Porcentaje de niños menores de un año vacunados con vacuna pentavalente 3.^{ra} Dosis.
11. Porcentaje de niños de un año vacunados con 1.^{er} refuerzo de vacuna contra la poliomielitis.
12. Porcentaje de niños de un año vacunados 1.^{er} refuerzo de vacuna contra el *Neumococo*.
13. Porcentaje de niños de cuatro años vacunados con 2.^{da} dosis de vacuna SPR.

14. Porcentaje de neonatos críticos que cumplen 4 criterios: Temperatura, Estabilidad hemodinámica, Soporte ventilatorio y Azúcar (TESA), en el traslado desde hospital periférico hacia el Hospital Regional.

14.2 Porcentaje de neonatos críticos que cumplen 4 criterios: Temperatura, Estabilidad hemodinámica, Soporte ventilatorio y Azúcar (TESA), en el traslado desde hospital periférico hacia el Hospital de 3er Nivel (HNNBB)

14.3 Porcentaje de neonatos críticos que cumplen 4 criterios: Temperatura, Estabilidad hemodinámica, Soporte ventilatorio y Azúcar(TESA), en el traslado desde Hospital Regional hacia el Hospital de 3er Nivel.

15. Porcentaje de sobrepeso y obesidad en niñez de dos a cuatro años, que recibe atención preventiva en primer nivel de atención.

Componente 8: Adolescentes

Indicadores:

1. Porcentaje de adolescentes inscritos en la atención integral de salud de adolescentes.
2. Porcentaje de inscripción temprana de adolescentes para la atención integral.
3. Porcentaje de adolescentes que egresan con método anticonceptivo posterior a un evento obstétrico.
4. Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años en control preventivo.

Componente 9: Mujeres en edad fértil

1. Porcentaje de usuarias activas de métodos temporales y permanentes.
2. Porcentaje de mujeres de 20 a 59 años de edad que se sometieron a su primera prueba de tamizaje (primera vez en la vida) para detección de cáncer cérvico uterino en un periodo de 12 meses.
3. Tasa de positividad de la prueba de tamizaje para detección de cáncer cérvico uterino en población de mujeres de 30 a 59 años.
4. Porcentaje de mujeres que consultan por violencia en sus diferentes formas incorporadas en grupos de auto ayuda.
5. Porcentaje de mujeres que reciben consulta médica de primera vez por violencia sexual.
6. Porcentaje de mujeres que reciben consulta psicológica de primera vez por violencia sexual.
7. Porcentaje de mujeres que reciben consulta médica de primera vez por violencia física.

8. Porcentaje de mujeres que reciben consulta médica de primera vez por violencia psicológica.
9. Porcentaje de víctimas de trata de personas que reciben atención médica de primera vez.
10. Porcentaje de mujeres con alto riesgo reproductivo inscritas en consulta de alto riesgo reproductivo.

Componente 10: Mujer embarazada

Indicadores:

1. Razón de mortalidad materna.
2. Proporción de gestantes que consulta a control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación.
3. Proporción de gestantes que consulta a control puerperal de primera vez antes de los primeros 7 días posparto.
4. Porcentaje de partos extra hospitalarios.
5. Porcentaje de adolescentes inscritas a la atención materna.
6. Porcentaje de adolescentes con más de un embarazo.
7. Porcentaje de embarazadas de 10 a 49 años con sobrepeso y obesidad que recibe atención preventiva en primer nivel de atención.
8. Porcentaje de cobertura de vacunación con toxoide tetánico en la mujer embarazada.

Componente 11: Persona adulta mayor.

Indicadores:

1. Porcentaje de adultos mayores inscritos.
2. Porcentaje de casos nuevos de EPOC en personas adultas mayores.
3. Porcentaje de personas adultas mayores detectadas con depresión.

Componente 12: Atención de personas con enfermedades no transmisibles priorizadas.

Indicadores:

1. Porcentaje de hospitalizaciones por diabetes mellitus no controlada con complicaciones en pacientes de todas las edades.

2. Porcentaje de consulta por trastornos mentales comunes atendidos en servicios de primer nivel de atención.
3. Porcentaje de consulta por trastornos mentales graves atendidos en hospitales de segundo nivel.
4. Tasa de intentos suicidas en población de 10 años y más de edad.
5. Tasa de letalidad por diabetes mellitus en población de 30 a 69 años.
6. Tasa de mortalidad por enfermedad hipertensiva en población de 30 a 69 años.
7. Tasa de mortalidad por cáncer de mama en mujeres de 30 a 69 años.
8. Tasa de mortalidad por cáncer de cérvix en mujeres de 30 a 69 años.
9. Tasa de mortalidad por cáncer de próstata en hombres de 30 a 69 años.
10. Tasa de mortalidad por insuficiencia renal crónica en población de todas las edades.
11. Tasa de mortalidad por diabetes mellitus en población de 30 a 69 años.

5. Fichas técnicas de Indicadores de resultados y procesos por componente

Nombre: Porcentaje de Ecos Familiares que realizan actualización de la Ficha Familiar a las familias adscritas a su territorio.		
Indicador n.º 1: Número de Ecos Familiares que realizan actualización de la Ficha Familiar con dispositivos móviles a las familias adscritas a su territorio / Total de Ecos Familiares × 100.		
1	Estándar:	100% de Ecos Familiares realizan actualización de la Ficha Familiar con dispositivos móviles
2	Tipo	Proceso.
3	Justificación	Este indicador busca medir la contribución del PNA al PEI 2015-2019: Eje estratégico 3. Cobertura y prestación de servicios integrales de salud en los diferentes niveles de la RIIS(O.E 3.1,R.3.1.2)
4	Objetivo	Verificar que los Ecos Familiares tengan actualizadas las fichas familiares.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Numero de Ecos Familiares que realizan actualización de la Ficha Familiar con dispositivos móviles a las familias adscritas a su territorio.
7	Denominador	Total de Ecos Familiares.
8	Umbral	100% de Ecos F. (Para establecer que la UCSF cumple con el criterio: <i>Ficha Familiar</i> actualizada, debe reflejar en el SIFF al menos el 80% de fichas Familiares actualizadas, de lo contrario no cumple con el criterio).
9	Fuente del dato	Sistema de Información de la Ficha Familiar (SIFF).
10	Técnica de recolección	Ruta: Búsqueda de dato en Sistema de Información de la Ficha Familiar (SIFF).
11	Muestra/Universo	Los datos del indicador reflejan el universo UCSF con Ecos Familiares.
12	Periodicidad de medición	Trimestral, semestral.
13	Dependencia responsable	Unidad de Desarrollo de la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención.
14	Comentario relevante	N/A

Componente 1: Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades de la población

Nombre: Porcentaje de familias adscritas por los Ecos Familiares, que cuenten con ficha familiar actualizada.		
Indicador n.º 2: Número de familias adscritas por los Ecos Familiares, que cuenten con ficha familiar actualizada / Total de familias adscritas por los Ecos Familiares × 100 dispositivos móviles a las familias adscritas a su territorio / Total de Ecos Familiares × 100.		
1	Estándar:	90% o más de familias adscritas al Modelo de Atención Integral en Salud con Enfoque Familiar y Comunitario cuentan con Ficha Familiar actualizada.
2	Tipo	Resultado.
3	Justificación	Este indicador busca medir la contribución del PNA al PEI 2015-2019: Eje Estratégico No. 1: Reforma de Salud.(O.E.1.1,R.E.1.1.3)
4	Objetivo	Medir que los Ecos Familiares cumplan con el seguimiento establecido para la modificación del riesgo de las familias adscritas al modelo de atención en su territorio.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Número de familias adscritas por los Ecos Familiares, que cuenten con ficha familiar actualizada.
7	Denominador	Total de familias adscritas por los Ecos Familiares.
8	Umbral	Igual o mayor al 90 %.
9	Fuente del dato	Sistema de Información de la Ficha Familiar (SIFF).
10	Técnica de recolección	Ruta: Consulta de dato en Sistema de Información de la Ficha Familiar (SIFF).
11	Muestra/Universo	Los datos del indicador reflejan el universo de las familias adscritas al modelo de Atención Integral en Salud con Enfoque Familiar y Comunitario en las UCSF con Ecos Familiares.
12	Periodicidad de medición	Trimestral, semestral.
13	Dependencia responsable	Unidad de Desarrollo de la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención.
14	Comentario relevante	N/A

Nombre: Porcentaje de familias con riesgo bajo, riesgo medio y riesgo alto adscritas con enfoque familiar y comunitario.		
Indicador n.º 3: Número de familias con riesgo bajo, riesgo medio y riesgo alto adscritas con enfoque familiar y comunitario. / Total de Familias adscritas con enfoque familiar y comunitario × 100.		
1	Estándar:	25% o más de familias adscritas al modelo de atención deben presentar riesgo bajo. 50% o menos de familias adscritas al modelo deben presentar riesgo medio. 25% o menos de familias adscritas al modelo deben presentar riesgo alto.
2	Tipo	Resultado
3	Justificación	Este indicador busca medir la contribución del PNA al PEI 2015-2019: Eje Estratégico n.º 1: Reforma de Salud(O.E.1.1,R.E.1.1.3) Eje Estratégico 3, Cobertura y prestación de servicios integrales de salud en los diferentes niveles de la RIIS.(O.E 3.1,R.3.1.2)
4	Objetivo	Medir la vulnerabilidad de las familias considerando la determinación social de la salud que se identifica en la Ficha Familiar (FF) integrada al Registro Único de Participantes (RUP).
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Número de Familias con riesgo bajo, riesgo medio y riesgo alto adscritas con enfoque familiar y comunitario.
7	Denominador	Total de Familias adscritas con enfoque familiar y comunitario.
8	Umbral	Riesgo bajo 25 % o más de las familias, riesgo medio 50 % o menos de las familias, riesgo alto 25 % o menos de las familias.
9	Fuente del dato	Sistema de Información de la Ficha Familiar (SIFF).
10	Técnica de recolección	Ruta: Consulta de dato en Sistema de Información de la Ficha Familiar (SIFF).
11	Muestra/Universo	Los datos del indicador reflejan el universo UCSF con Ecos Familiares.
12	Periodicidad de medición	Trimestral, Semestral.
13	Dependencia responsable	Unidad de Desarrollo de la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención.
14	Comentario relevante	N/A

Nombre: Porcentaje de Ecos Familiares que cuentan con Análisis de Situación de Salud Integral (ASSI) Actualizado.

Indicador n.º 4: Número de Ecos Familiares que cuentan con Análisis de Situación de Salud Integral Actualizado / Total de Ecos Familiares × 100

1	Estándar:	100% de los Ecos Familiares deben contar con ASSI actualizado.
2	Tipo	Resultado.
3	Justificación	Este indicador busca medir la contribución del PNA al PEI 2015-2019: Eje Estratégico 7, Participación y Contraloría Social.(O.E.7.1,R.E.7.1.1)
4	Objetivo	Medir que las UCSF realicen las acciones oficiales establecidas en los Lineamientos de los Ecos F para facilitar la participación social en salud con la finalidad de incidir en la determinación social de la salud de las comunidades en corresponsabilidad con las mismas.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Número de Ecos Familiares que cuentan con análisis de situación de salud integral actualizado.
7	Denominador	Total de Ecos Familiares.
8	Umbral	100 % de UCSF con Ecos F (Para establecer que la UCSF cumple con el criterio: «Análisis de Situación de Salud Integral actualizado», este debe tener una vigencia no mayor de 2 años de haber sido actualizado, de lo contrario no cumple con el criterio).
9	Fuente del dato	Sistema de Información de la Ficha Familiar (SIFF).
10	Técnica de recolección	Ruta: Consulta de dato en Sistema de Información de la Ficha Familiar (SIFF).
11	Muestra/Universo	Los datos del indicador reflejan el universo UCSF con Ecos Familiares.
12	Periodicidad de medición	Semestral.
13	Dependencia responsable	Unidad de Desarrollo de la DNPNA.
14	Comentario relevante:	Por lineamiento los Ecos F deben actualizar el ASSI cada dos años, este proceso lleva los siguientes pasos: 1, Actualización de la información de la Ficha Familiar 2. Realización de mesas de diálogo participativo 3, Elaboración del Diagnóstico comunitario participativo. 4, Actualización del Plan de acción, 5. Elaboración del ASSI.

Nombre: Porcentaje de UCSF sin Ecos Familiares que cuentan con Diagnóstico de situación de salud actualizado.

Indicador n.º 5: Número UCSF sin Ecos Familiares que cuentan con Diagnóstico de situación de salud actualizado / Total de UCSF sin Ecos Familiares × 100.

1	Estándar:	100% de UCSF sin Ecos Familiares deben contar con Diagnostico de Situación de Salud actualizado.
2	Tipo	Resultado.
3	Justificación	Este indicador busca medir la contribución del PNA al PEI 2015-2019: Eje Estratégico 7, Participación y Contraloría Social(O.E.7.1,R.E.7.1.1)
4	Objetivo	Medir que las UCSF realicen las acciones para facilitar la participación social en salud con la finalidad de incidir en la determinación social de la salud de las comunidades en corresponsabilidad con las mismas.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Número UCSF sin Ecos Familiares que cuentan con Diagnóstico de situación de salud actualizado.
7	Denominador	Total de UCSF sin Ecos Familiares
8	Umbral	100% de UCSF sin Ecos F (Para establecer que la UCSF cumple con el criterio: Diagnóstico de Situación de Salud actualizado, este debe tener una vigencia no mayor de un año de haber sido actualizado, de lo contrario no cumple con el criterio).
9	Fuente del dato	Informe de la evaluación semestral que realizan las direcciones regionales.
10	Técnica de recolección	Ruta: Consulta del dato en informe de la evaluación semestral que realizan las direcciones regionales.
11	Muestra/Universo	Los datos del indicador reflejan el universo UCSF sin Ecos Familiares.
12	Periodicidad de medición	Semestral.
13	Dependencia responsable	Unidad de Desarrollo de la DNPNA.
14	Comentario relevante:	Por lineamiento de la DNPNA las UCSF sin Ecos F deben actualizar Diagnóstico de situación de salud cada año.

Componente 2: Promoción de la Salud. (Indicadores de participación social, intersectorialidad, organización comunitaria, educación para la salud y contraloría social)

Nombre: Porcentaje de comunidades atendidas por promotor o promotora de salud con comité(s) de salud activo.		
Indicador n.º 1: Número de comunidades atendidas por promotor/a de salud con comité(s) de salud activo / Número de comunidades atendidas por promotor/a de salud × 100.		
1	Estándar:	100% de comunidades atendidas por promotor/a de salud tienen comité de salud activo.
2	Tipo	Resultado
3	Justificación	Los lineamientos vigentes establecen como eje fundamental del trabajo del promotor/a de salud, el fortalecimiento de la participación social y comunitaria en salud.
4	Objetivo	Fortalecer el proceso de participación social y comunitaria en salud.
5	Tipo de medida	Porcentual
6	Numerador	Número de comunidades atendidas por promotor/a de salud con comité(s) de salud activo
7	Denominador	Número de comunidades atendidas por promotor/a de salud
8	Umbral	100% de comunidades con por promotor/a de salud deben tener comité de salud activo.
9	Fuente del dato	SEPS
10	Técnica de recolección	Ruta: Consulta de dato en el Sistema SEPS
11	Muestra/Universo	Universo de comunidades atendidas por promotor de salud
12	Periodicidad de medición	Trimestral
13	Dependencia responsable	Unidad de Salud Comunitaria
14	Comentario relevante:	N/A

Nombre: Porcentaje de actividades educativas para la prevención de enfermedades no transmisibles realizadas en la RIIS con la población en todas las edades.		
Indicador n.º 2: No. de actividades de educación para la prevención de las ENT realizadas al periodo evaluado (no incluya personas)/No. de actividades de educación para la prevención de las ENT programadas (realizado el año anterior+10%) para el mismo periodo (no incluya personas) x 100		
1	Estándar:	80% de actividades educativas para la prevención de ENT en la RIIS
2	Tipo	Resultado
3	Justificación	<p>El Instituto Nacional de Salud (INS) realizo la “Primera Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas encontrando altas prevalencias de sobre peso 37.9%, obesidad, 27% de obesidad, dislipidemias de 26.9%, se documentó además la pre diabetes en un 25.2% y diabetes 12.5% así mismo la pre hipertensión de 27.2% y de hipertensión arterial de 37%.</p> <p>En el 2016, según SIMMOW las enfermedades Cardiovasculares presentaron la tasa más alta de mortalidad (132) de las enfermedades no transmisibles, seguida del Cáncer con una tasa de 45 x 1000 hbts y la Insuficiencia Renal Crónica (35).</p>
4	Objetivo	Medir las intervenciones de información, educación y comunicación realizadas en la RIIS con la población en el curso de vida para la prevención de las enfermedades no transmisibles y el fomento del Autocuidado de la salud y estilos de vida saludables.
5	Tipo de medida	Porcentaje
6	Numerador	No. de actividades de educación para la prevención de las ENT realizadas al periodo evaluado (no incluya personas)
7	Denominador	No. de actividades de educación para la prevención de las ENT programadas (realizado el año anterior+10%) para el mismo periodo (no incluya personas)
8	Umbral	80%
9	Fuente del dato	Sistema Estadístico de Producción de servicios de Salud (SEPS), tabulador diario de actividades de promoción de la salud y tabulador de visitas de enfermería.
10	Técnica de recolección	<p>Ruta:</p> <p>Numerador: Extraer dato del SEPS y sumar: Tabulador diario de visita domiciliar y atenciones de enfermería- actividades (4. Desnutrición severa y moderada, 7. Citologías positivas) / Tabulador de promoción de la salud I/actividades (consejerías en lactancia materna, nutrición, enfermedades crónicas degenerativas) / Tabulador de promoción de la salud II- actividades (consejerías de tabaquismo y otras drogas, alcoholismo) /Tabulador promoción de la salud VI actividades (sesiones educativas sobre lactancia materna) / tabulador promoción VII (sesiones educativas de alimentación y nutrición, hipertensión, diabetes,)/ tabulador promoción de la salud VIII (sesiones educativas sobre enfermedades cardiovasculares , sesiones de prevención de intoxicaciones por plaguicidas)</p> <p>Denominador: Extraer dato del SEPS y sumar: Tabulador diario de visita domiciliar y atenciones de enfermería- actividades (4. Desnutrición severa y moderada, 7. Citologías positivas) / Tabulador de promoción de la salud I/actividades (consejerías en lactancia materna, nutrición, enfermedades crónicas degenerativas) / Tabulador de promoción de la salud II- actividades (consejerías de tabaquismo y otras drogas, alcoholismo) /Tabulador promoción de la salud VI actividades (sesiones educativas sobre lactancia materna) / tabulador promoción VII (sesiones educativas de alimentación y nutrición, hipertensión, diabetes,)/ tabulador promoción de la salud VIII (sesiones educativas sobre enfermedades cardiovasculares , sesiones de prevención de intoxicaciones por plaguicidas), más el 10% de</p>

		incremento. Para establecer el denominador mensual se debe dividir el total de la suma anterior entre 12 meses del año
11	Muestra/Universo	Universo de actividades educativas en prevención programadas en el periodo a evaluar..
12	Periodicidad de medición	Trimestral
13	Dependencia responsable	Unidad de promoción, prevención y vigilancia de enfermedades no transmisibles /Dirección de Enfermedades no Transmisibles
14	Comentario relevante:	N/A

Nombre: Quejas resueltas en hospitales y regiones.		
Indicador n.º 3: Total de quejas resueltas /Total de quejas recibidas x 100		
1	Estándar:	Quejas de los usuarios resueltas en hospitales y regiones.
2	Tipo	Resultado.
3	Justificación	Parte de los compromisos del PQD y POI.
4	Objetivo	Establecer mecanismos de participación y Contraloría social, con el fin de evitar los abusos a las personas que usan el sistema de salud, así como garantizarles sus derechos y un trato digno y cálido.
5	Tipo de medida	Porcentaje por departamento y hospitales.
6	Numerador	Total de quejas resueltas.
7	Denominador	Total de quejas recibidas.
8	Umbral	N/A.
9	Fuente del dato	Informes regionales y de hospitales.
10	Técnica de recolección	Ruta: El dato se obtendrá de las matrices de registro de atenciones ODS / en la parte de quejas de las UCS Familiares, y que remite a los SIBASI el consolidado el cual envía a ODS regiones. En el caso de ODS hospitales el dato se obtiene de la matriz de informes de atenciones de ODS/CDS.
11	Muestra/Universo	Universo
12	Periodicidad de medición	Trimestral.
13	Dependencia responsable	Unidad por el Derecho a la Salud.
14	Comentario relevante:	N/A

Nombre: Porcentaje de reuniones del gabinete departamental en las que se incorporan temas de salud.		
Indicador n.º 4 : Total de reuniones de Gabinete Departamental en las que se incorporan temas de salud/Total de reuniones de Gabinete Departamental programadas × 100		
1	Estándar:	50% de las reuniones de Gabinete Departamental deben incorporar temas de salud.
2	Tipo	Proceso.
3	Justificación	Este indicador busca medir la contribución del PNA al PEI 2015-2019: Eje Estratégico 6, Intersectorialidad.
4	Objetivo	Medir la incorporación de temas de salud en las agendas de los gabinetes departamentales. (Intersectorialidad).
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de reuniones del gabinete departamental en las que se incorporan temas de salud.
7	Denominador	Total de reuniones del gabinete departamental programadas.
8	Umbral	En el 50% o más de las reuniones de gabinete departamental se incorporan temas de salud.
9	Fuente del dato	Actas de reuniones de los gabinetes departamentales.
10	Técnica de recolección	Ruta: Revisión de actas de gabinete departamental realizadas.
11	Muestra/Universo	Los datos reflejan el universo de las reuniones del gabinete departamental realizadas.
12	Periodicidad de medición	Semestral y anual.
13	Dependencia responsable	Unidad de Salud Comunitaria - DNPNA.
14	Comentario relevante:	N/A

Nombre: Porcentaje de establecimientos de la RIIS que cuentan con grupos de auto ayuda de personas con ENT de todas las edades, organizados y funcionando (hipertensión, diabetes, cáncer y enfermedad renal).

Indicador n.º 5: Total de establecimientos de la RIIS con grupos de autoayuda para personas con ENT de todas las edades organizados y funcionando (excluye establecimientos que reporten solamente en el grupo de edad de 60 años y más)/ Total de establecimientos de salud existentes en la RIIS x 100

1	Estándar:	Establecimientos de salud de la RIIS con al menos un grupo de auto ayuda para personas con ENT organizados y funcionando.
2	Tipo	Resultado.
3	Justificación	La evidencia a demostrado que las prácticas de auto cuidado y de prevención de ENT se fortalecen cuando se tienen oportunidades de reflexión grupal y entre iguales por lo que es importante medir el n.º de establecimientos de salud en el que las personas con ENT y se trabaja el empoderamiento para la prevención de complicaciones, se fomenta el auto cuidado de la salud de manera solidaria y participativa.
4	Objetivo	Integrar a las personas y familias afectadas por enfermedades no transmisibles a procesos educativos grupales, organizadas en grupos de auto ayuda de manera permanente para potenciar los factores protectores y el fomento del auto cuidado de la salud y estilos de vida saludables.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de establecimientos de la RIIS con grupos de autoayuda para personas con ENT de todas las edades organizados y funcionando (excluye establecimientos que reporten solamente en el grupo de edad de 60 años y más).
7	Denominador	Total de establecimientos de salud existentes en la RIIS.
8	Umbral	100%.
9	Fuente del dato	<u>Numerador:</u> Sistema Estadístico de Producción de servicios (SEPS) tabulador diario de actividades de promoción de la salud. <u>Denominador:</u> diagnóstico.
10	Técnica de recolección	Ruta: SEPS personas de todas las edades,/ participando en sesiones educativas de las temáticas descritas en los tabuladores de promoción VII y VIII./Tabulador promoción VII (sesiones educativas de alimentación y nutrición, hipertens ión, diabetes,) / tabulador promoción de la salud VIII (sesiones educativas sobre enfermedades cardiovasculares, sesiones de prevención de intoxicaciones por plaguicidas).
11	Muestra/Universo	n.º de establecimientos de la RIIS que cuentan con grupos de autoayuda en el periodo evaluado.
12	Periodicidad de medición	Trimestral.
13	Dependencia responsable	Unidad de promoción, prevención y vigilancia de enfermedades no transmisibles Dirección de Enfermedades no Transmisibles.
14	Comentario relevante:	Se consideró la definición de sesión educativa del instructivo del tabulador.

Nombre: Familias que finalizan sesiones en la estrategia familia fuerte.		
Indicador n.º 6: Total de familias que finalizan las siete sesiones de la estrategia familia fuerte/Total de familias que iniciaron estrategia familia fuerte x 100		
1	Estándar:	Madres, padres y/o cuidadores y jóvenes finalizan todas las sesiones de la estrategia <i>familia fuerte</i> .
2	Tipo	Proceso.
3	Justificación	Fortalece la comunicación efectiva entre padres e hijos, para prevenir la violencia en todas sus formas.
4	Objetivo	Conocer el número de familias fortalecidas con la estrategia familia fuerte.
5	Tipo de medida	Porcentaje
6	Numerador	Total de familias que finalizan las siete sesiones de la estrategia familia fuerte.
7	Denominador	Total de familias que iniciaron estrategia familia fuerte
8	Umbral	No aplica.
9	Fuente del dato	Sistema Producción de Servicios (SEPS).
10	Técnica de recolección	Ruta: Revisión del Sistema estadístico de Producción de Servicios.(SEPS),/Tabulador de prevención de la violencia y promoción de la salud / estrategias para el abordaje de la violencia, / total de familias que finalizan las siete sesiones de la estrategia familia fuerte.
11	Muestra/Universo	Establecimientos de los municipios priorizados por el Plan Prevención de Violencia.
12	Periodicidad de medición	Mensual.
13	Dependencia responsable	Unidad de Atención Integral a Todas las Formas de Violencia.
14	Comentario relevante:	N/A

Nombre: Porcentaje de eventos de Contraloría social.

Indicador n.º 7 : Total de eventos de Contraloría social realizados en el periodo / Total de eventos de Contraloría social programados × 100.

1	Estándar:	Porcentaje de ejercicios de Contraloría social
2	Tipo	Resultado.
3	Justificación	PQD L.4.2.6. Establecer mecanismos de participación y Contraloría social, con el fin de evitar los abusos a las personas que usan el sistema de salud, así como garantizarles sus derechos y un trato digno y cálido.
4	Objetivo	Fortalecer la participación y Contraloría de la ciudadanía para asegurar la calidad y la calidez de los servicios para toda la población salvadoreña.
5	Tipo de medida	Porcentual.
6	Numerador	Total de eventos de Contraloría social realizados .
7	Denominador	Total de eventos de Contraloría social programados
8	Umbral	No aplica.
9	Fuente del dato	Informes regionales y de hospitales.
10	Técnica de recolección	<p>Ruta: El dato se obtendrá de las actas enviadas por la vía disponible e informes enviados por las UCSF de las aperturas de buzones con participación de las sociedad civil al SIBASI quien consolida y envían a las regiones.</p> <p>En el caso de ODS hospitalarias de las actas de apertura de buzones con participación de Comité por el Derecho a la Salud</p> <p>Una «apertura de buzones de sugerencia con participación del Comité por el Derecho a la Salud» se comprenderá como: la actividad, registrada en el acta, donde se registra la apertura de todos los buzones de sugerencias instalados en el establecimiento y que contó con la participación de CDS.</p>
11	Muestra/Universo	Universo
12	Periodicidad de medición	Trimestral.
13	Dependencia responsable	Oficina por el Derecho a la Salud Regionales y Hospitalarias.
14	Comentario relevante:	N/A

Componente 3: Gestión de medicamentos

Nombre: Porcentaje de establecimientos abastecidos con la oferta básica de métodos anticonceptivos		
Indicador n.º 1: Total de establecimientos abastecidos con oferta básica de métodos anticonceptivos. Oferta básica: 1 oral, 1 inyectable, T de cobre y condones en el nivel mínimo establecido/Total de establecimientos por 100 (registrados en el modulo de programas verticales de planificación familiar).		
1	Estándar:	. Establecimientos abastecidos con la oferta básica de métodos anticonceptivos.
2	Tipo	Resultado.
3	Justificación	Para garantizar la cobertura a las personas usuarias en los servicios de anticoncepción,. Facilitando el acceso y ampliar la oferta de métodos anticonceptivos , asegurando la continuidad de los mismos La calidad requiere de la provisión del método bajo la premisa de la elección libre e informada y voluntaria, como un derecho individual. Para esto se requiere de una disponibilidad asegurada de la oferta básica de métodos de forma continua con el fin de evitar la discontinuidad en el uso y por ende la presencia de un embarazo no deseado o no planeado.
4	Objetivo	Mantener la oferta básica de métodos anticonceptivos en cada uno de establecimiento de la red nacional de servicios de acuerdo a consumos y existencias, considerando el nivel mínimo.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de establecimientos abastecidos con oferta básica de métodos anticonceptivos. Oferta básica: 1 oral, 1 inyectable, T de cobre y condones en el nivel mínimo establecido.
7	Denominador	Total de establecimientos por 100 (registrados en el modulo de programas verticales de planificación familiar).
8	Umbral	80% a 90%.
9	Fuente del dato	Ruta: <ul style="list-style-type: none"> ● SINAB. ● Módulo de programas verticales de planificación familiar. ● Indicadores logísticos de anticonceptivos. ● Generar reporte. <p>Nota: para identificar los establecimientos que no ponen DIU por falta de personal capacitado para digitar un guión (-) y no 0.</p>
10	Técnica de recolección	Revisión de datos en sistema de información: <ul style="list-style-type: none"> ● SINAB. ● Módulo de programas verticales de planificación familiar. ●
11	Muestra/Universo	Representan universo de establecimientos abastecidos con la oferta básica.
12	Periodicidad de medición	Trimestral.
13	Dependencia responsable	Unidad de atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia.
14	Comentario relevante:	N/A

Nombre: Porcentaje de abastecimiento de medicamentos en el hospital.

Indicador n.º 2: .Total de medicamentos del cuadro básico en existencia en el hospital./Total de medicamentos del cuadro básico × 100.

1	Estándar:	80%
2	Tipo	Proceso.
3	Justificación	Los hospitales de la red del ministerio de salud se categorizan como básicos, departamentales, regionales y de referencia nacional. Cada hospital según categoría tiene un cuadro básico de medicamento e insumos necesarios para dar atención especializada. Es necesario un abastecimiento de al menos el 80% respecto al cuadro básico y un 100% de abastecimiento de medicamentos de uso crítico con el fin de dar respuesta a la demanda de salud de la población, de acuerdo a Listado Institucional de Medicamentos Esenciales (LIME) según categorización del hospital.
4	Objetivo	Mantener un abastecimiento óptimo en cada hospital de la red de acuerdo al cuadro básico establecido por categoría hospitalaria.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de medicamentos del cuadro básico en existencia en el hospital.
7	Denominador	Total de medicamentos del cuadro básicos × 100.
8	Umbral	Mayor o igual a 80%.
9	Fuente del dato	Sistema nacional de abastecimiento (SINAB).
10	Técnica de recolección	Ruta: SINAB Digitar nivel de abastecimientos,/ fecha de ingresos,/existencias y cobertura en meses según consumo promedio mensual.
11	Muestra/Universo	Universo
12	Periodicidad de medición	Mensual.
13	Dependencia responsable	Asesor de suministros Área de farmacia .
14	Comentario relevante:	N/A

Nombre: Porcentaje de abastecimiento de medicamentos.		
Indicador n.º 3: Total de medicamentos abastecidos/Total de medicamentos del cuadro básico.x100		
1	Estándar:	80% de abastecimiento de medicamentos en UCSF según categorización.
2	Tipo	Proceso.
3	Justificación	La estrategia tres del objetivo n.º 4 del plan quinquenal de desarrollo plantea el abastecimiento aseguramiento a la población de medicamentos y tecnologías de calidad de forma oportuna.
4	Objetivo	Conocer el nivel de abastecimientos en el primer nivel de atención.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de medicamentos abastecidos.
7	Denominador	Total de medicamentos del cuadro básico.
8	Umbral	Mayor o igual a 80%.
9	Fuente del dato	SINAB.
10	Técnica de recolección	Ruta: Búsqueda de información en el SINAB.
11	Muestra/Universo	Representan el universo.
12	Periodicidad de medición	Mensual.
13	Dependencia responsable	Unidad de Gestión /DNPNA
14	Comentario relevante:	N/A.

Nombre: Recetas dispensadas en farmacias especializadas.		
Indicador n.º 4: Total de recetas dispensadas /Total de recetas programadas x 100		
1	Estándar :	Número de recetas dispensadas en farmacias especializadas
2	Tipo	Proceso.
3	Justificación	La dispensación de recetas a través de farmacias especializadas, permite la descentralización de usuarios atendidos en la consulta externa del hospital de referencia.
4	Objetivo	Mejorar la prestación de servicios de salud por medio de las farmacias especializadas brindando atención integral y mejorando la calidad de vida de los usuarios.
5	Tipo de medida	Porcentual.
6	Numerador	Total de recetas dispensadas.
7	Denominador	Total de recetas programadas.
8	Umbral	100% de lo programado.
9	Fuente del dato	SIAP-SUIS.
10	Técnica de recolección	Ruta: Revisión de fuentes de datos en SIAP-SUIS.
11	Muestra/Universo	100%.
12	Periodicidad de medición	Mensual.
13	Dependencia responsable	Dirección nacional de hospitales Coordinación de hospitales de tercer nivel (Hospitales de referencia) Unidad de farmacias especializadas DENT
14	Comentario relevante:	N/A.

Nombre: Pacientes atendidos en farmacias especializadas.		
Indicador n.º 5: Total de pacientes atendidos./ Total de pacientes programados x 100		
1	Estándar:	Número de pacientes atendidos en farmacias especializadas
2	Tipo	Proceso.
3	Justificación	La atención de pacientes a través de farmacias especializadas, permite el descongestionamiento en la consulta externa del hospital de referencia, con una intervención farmacéutica personalizada.
4	Objetivo	Mejorar la prestación de servicios de salud por medio de las farmacias especializadas brindando atención integral y mejorando la calidad de vida de los usuarios.
	Tipo de medida	Porcentual.
6	Numerador	Total de pacientes atendidos.
7	Denominador	Total de pacientes programados.
8	Umbral	100% de lo programado.
9	Fuente del dato	SIAP-SUIS.
10	Técnica de recolección	Ruta: Revisión de fuentes de datos en SIAP-SUIS.
11	Muestra/Universo	100%.
12	Periodicidad de medición	Mensual.
13	Dependencia responsable	Dirección nacional de hospitales coordinación de hospitales de tercer nivel Farmacias especializadas Hospitales de referencia, UFE.
14	Comentario relevante:	N/A.

Componente 4. Gestión de Servicios de Salud

Nombre: Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para consulta médica de pediatría de primera vez (días).		
Indicador n.º 1: Total de la Sumatoria de días de espera para la especialidad de pediatría en la consulta externa por paciente / Total de pacientes citados para la especialidad de pediatría en la consulta externa x100		
1	Estándar:	30 días
2	Tipo	Proceso.
3	Justificación	El indicador permite evaluar el tiempo promedio de otorgamiento de cita en la consulta externa de la especialidad de pediatría.
4	Objetivo	Medir el tiempo de espera para cita de primera vez en solicitud de consulta pediátrica.
5	Tipo de medida	Promedio.
6	Numerador	Total de la Sumatoria de días de espera para la especialidad de pediatría en la consulta externa por paciente.
7	Denominador	Total de pacientes citados para la especialidad de pediatría en la consulta externa.
8	Umbral	1 a 30 días.
9	Fuente del dato	SPME/SIAP.
10	Técnica de recolección	Ruta: Recolección de dato de cita de primera vez, de cada especialista en Pediatría asignado en consulta externa, realizando un promedio del total de días de espera.
11	Muestra/Universo	Pacientes citados de primera vez, en registro de citas de consulta externa de la especialidad de pediatría.
12	Periodicidad de medición	Mensual.
13	Dependencia responsable	Unidad de consulta externa
14	Comentario relevante:	N/A.

Nombre: Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para consulta médica de ginecología de primera vez (días).

Indicador n.º 2: .Total de la Sumatoria de días de espera para la especialidad de ginecología en la consulta externa por paciente./Total de pacientes citados para la especialidad de ginecología en la consulta externa. X 100

1	Estándar:	30 días
2	Tipo	Proceso.
3	Justificación	El indicador permite evaluar el tiempo promedio de otorgamiento de cita en la consulta externa de la especialidad de ginecología.
4	Objetivo	Medir el tiempo de espera para cita de primera vez en solicitud de consulta ginecológica.
5	Tipo de medida	Promedio.
6	Numerador	Total de la Sumatoria de días de espera para la especialidad de ginecología en la consulta externa por paciente.
7	Denominador	Total de pacientes citados para la especialidad de ginecología en la consulta externa.
8	Umbral	1 a 30 días.
9	Fuente del dato	SPME/SIAP.
10	Técnica de recolección	Ruta: Recolección de dato de cita de primera vez, de cada especialista en ginecología asignado en consulta externa, realizando un promedio del total de días de espera.
11	Muestra/Universo	Pacientes citados de primera vez, en registro de citas de consulta externa de la especialidad de ginecología.
12	Periodicidad de medición	Mensual.
13	Dependencia responsable	Unidad de consulta externa
14	Comentario relevante:	N/A.

Nombre: Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para consulta médica de obstetricia de primera vez (días).

Indicador n.º 3: Total de la sumatoria de días de espera para la especialidad de obstetricia en la consulta externa por paciente/Total de pacientes citados para la especialidad de obstetricia en la consulta externa x 100

1	Estándar:	5 días
2	Tipo	Proceso.
3	Justificación	El indicador permite evaluar el tiempo promedio de otorgamiento de cita en la consulta externa de la especialidad de obstetricia.
4	Objetivo	Medir el tiempo de espera para cita de primera vez en solicitud de consulta obstétrica.
5	Tipo de medida	Promedio.
6	Numerador	Total de la sumatoria de días de espera para la especialidad de obstetricia en la consulta externa por paciente.
7	Denominador	Total de pacientes citados para la especialidad de obstetricia en la consulta externa.
8	Umbral	1 a 5 días.
9	Fuente del dato	SPME/SIAP.
10	Técnica de recolección	Ruta: Recolección de dato de cita de primera vez, de cada especialista en obstetricia asignado en consulta externa, realizando un promedio del total de días de espera.
1	Muestra/Universo	Pacientes citados de primera vez, en registro de citas de consulta externa de la especialidad de obstetricia.
12	Periodicidad de medición	Mensual.
13	Dependencia responsable	Unidad de consulta externa
14	Comentario relevante:	N/A.

Nombre: Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Medicina Interna de primera vez (días)

Indicador n.º 4: Total de la sumatoria de días de espera para la especialidad de Medicina Interna en la Consulta Externa por paciente/Total de pacientes citados para la especialidad de medicina interna en la consulta externa. x 100

1	Estándar:	.30 días
2	Tipo	Proceso.
3	Justificación	El indicador permite evaluar el tiempo promedio de otorgamiento de cita en la consulta externa de la especialidad de medicina interna.
4	Objetivo	Medir el tiempo de espera para cita de primera vez en solicitud de consulta de medicina interna.
5	Tipo de medida	Promedio.
6	Numerador	Total de la sumatoria de días de espera para la especialidad de Medicina Interna en la Consulta Externa por paciente
7	Denominador	Total de pacientes citados para la especialidad de medicina interna en la consulta externa.
8	Umbral	1 a 30 días.
9	Fuente del dato	SPME/SIAP.
10	Técnica de recolección	Ruta: Recolección de dato de cita de primera vez, de cada especialista en medicina Interna asignado en consulta externa, realizando un promedio del total de días de espera.
11	Muestra/Universo	Pacientes citados de primera vez, en registro de citas de consulta externa de la especialidad de medicina interna.
12	Periodicidad de medición	Mensual.
13	Dependencia responsable	Unidad de consulta externa
14	Comentario relevante:	N/A

Nombre: Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para consulta médica de cirugía de primera vez (días).

Indicador n.º 5: Total de la sumatoria de días de espera para la especialidad de cirugía en la consulta externa por paciente/Total de pacientes citados para la especialidad de cirugía en la consulta externa x 100

1	Estándar:	30 días
2	Tipo	Proceso.
3	Justificación	El indicador permite evaluar el tiempo promedio de otorgamiento de cita en la consulta externa de la especialidad de cirugía.
4	Objetivo	Medir el tiempo de espera para cita de primera vez en solicitud de consulta de cirugía.
5	Tipo de medida	Promedio.
6	Numerador	Total de la sumatoria de días de espera para la especialidad de cirugía en la consulta externa por paciente.
7	Denominador	Total de pacientes citados para la especialidad de cirugía en la consulta externa.
8	Umbral	1 a 30 días.
9	Fuente del dato	SPME/SIAP.
10	Técnica de recolección	Ruta: Recolección de dato de cita de primera vez, de cada especialista en cirugía asignado en consulta externa, realizando un promedio del total de días de espera.
11	Muestra/Universo	Pacientes citados de primera vez, en registro de citas de consulta externa de la especialidad de cirugía.
12	Periodicidad de medición	Mensual.
13	Dependencia responsable	Servicio de consulta externa
14	Comentario relevante:	N/A

Nombre: Tiempo promedio (días) de espera para cirugía general electiva.		
Indicador n.º 6: Total de la 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. x 100		
1	Estándar:	60 días, vinculado al Estándar de Calidad N° 28.
2	Tipo	Proceso.
3	Justificación	Evalúa la eficiencia y oportunidad de programación de servicio para cirugía general electiva, mediante medición del tiempo promedio transcurrido desde la solicitud hasta la fecha en que se programó la ejecución del servicio.
4	Objetivo	Determina la oportunidad para la realización de un procedimiento quirúrgico, con enfoque de cirugía segura.
5	Tipo de medida	Promedio.
6	Numerador	Total de la sumatoria de días de espera por paciente para cirugía general electiva desde la indicación de plan quirúrgico
7	Denominador	Total de pacientes citados para cirugía general electiva.
8	Umbral	1 a 60 días.
9	Fuente del dato	SPME.
10	Técnica de recolección	Ruta: Revisión de fuentes de datos en SPME.
11	Muestra/Universo	Pacientes programados a intervenir quirúrgicamente en un periodo de tiempo determinado.
12	Periodicidad de medición	Mensual.
13	Dependencia responsable	Servicio de sala de Operaciones
14	Comentario relevante:	N/A

Nombre: Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias.

Indicador n.º 7: Total de cirugías mayores electivas ambulatorias realizadas en un periodo determinado/Total de cirugías mayores electivas realizadas en el mismo período X 100.

1	Estándar:	30% (Relacionado al estándar de calidad N° 28).
2	Tipo	Proceso.
3	Justificación	Medición del porcentaje que representan la cirugía mayor ambulatoria del total de cirugías mayores que se han realizado en un periodo determinado.
4	Objetivo	Determinar el porcentaje que representa la cirugía mayor ambulatoria en relación al total de cirugías mayores realizadas.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de cirugías mayores electivas ambulatorias realizadas en un periodo determinado.
7	Denominador	Total de cirugías mayores electivas realizadas en el mismo período X 100.
8	Umbral	Mayor o igual a 30%.
9	Fuente del dato	SIMMOW.
10	Técnica de recolección	Ruta: Revisión de fuente de datos SIMMOW.
11	Muestra/Universo	número de cirugías mayores ambulatorias realizadas en un periodo determinado.
12	Periodicidad de medición	Mensual.
13	Dependencia responsable	Servicio de Sala de Operaciones.
14	Comentario relevante:	N/A

Nombre: Porcentaje de UCSF en las que han implementado la gestión del tiempo y la demanda.		
Indicador n.º 8: Número de UCSF intermedias y especializadas que implementan la gestión del tiempo y la demanda/Total de UCSF intermedias y especializadas programadas en el proyecto x 100.		
1	Estándar:	Porcentaje de UCSF implementando la gestión del tiempo y la demanda.
2	Tipo	Resultado.
3	Justificación	<p>Este indicador busca medir la contribución del PNA a:</p> <p>Política Nacional de Salud 2015-2019 en el Eje 1: Fortalecimiento de las Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS), Líneas de acción 4.1. Fortalecimiento del modelo de gestión en red en el SNS (estructura, organización y funcionamiento) en consonancia con el modelo de territorialización que adopte el GOES, adaptación local e institucional.</p> <p>PEI 2015-2017: Eje Estratégico 8, Fortalecimiento Institucional, O.E.8.1. Fortalecer al MINSAL a fin de mejorar sus competencias para ejercer las funciones esenciales de salud pública.</p> <p>POI 2017: Eje Estratégico 8. Fortalecimiento Institucional, OE.8.1. Fortalecer al MINSAL a fin de mejorar sus competencias para ejercer las Funciones Esenciales de Salud Pública, RE.8.1.1. El MINSAL fortalecido para ejercer las funciones esenciales de salud pública y para el cumplimiento de su misión y visión, E.8.1.1.15. Impulsar la imagen institucional ante la opinión pública.</p>
4	Objetivo	Medir el cumplimiento de la implementación del proyecto de la gestión del tiempo y la demanda en el Primer Nivel de Atención.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	No. UCSF Intermedias y especialidades que implementan la gestión del tiempo y la demanda.
7	Denominador	Total de UCSF Intermedias y especialidades programadas en el proyecto.
8	Umbral	100% de UCSF intermedias sin Ecos F y UCSF especializadas programadas en el proyecto.
9	Fuente del dato	Informe de evaluación semestral que realizan las direcciones regionales.
10	Técnica de recolección	Ruta: Revisión de fuente de datos en informe de evaluación semestral que realizan las direcciones regionales.
11	Muestra/Universo	Los datos del indicador reflejan una muestra de las UCSF del territorio nacional.
12	Periodicidad de medición	Semestral.
13	Dependencia responsable	Unidad de Desarrollo de la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención.
14	Comentario relevante:	Por lineamiento de la DNPNA solo las UCSF I sin Ecos F y las UCSF E deben implementar este proyecto, ya que para las UCSF con Ecos F se utiliza el seguimiento a la dispensarización para tal fin.

Nombre: Porcentaje de UCSF que implementan la receta repetitiva para personas usuarias con ENTP.		
Indicador n.º 9: número de UCSF que implementan la receta repetitiva para personas usuarias con ENTP/Total de No. UCSF X 100.		
1	Estándar:	Porcentaje de UCSF que utilizan la receta repetitiva para personas usuarias con ENTP.
2	Tipo	Resultado.
3	Justificación	Este indicador busca medir la contribución del PNA a: Política Nacional de Salud 2015-2019 en el Eje 1: Fortalecimiento de las Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS), Líneas de acción 4.1. Fortalecimiento del modelo de gestión en red en el SNS (estructura, organización y funcionamiento) en consonancia con el modelo de territorialización que adopte el GOES, adaptación local e institucional. y otros similares. PEI 2015-2017: Eje Estratégico 3, Cobertura y prestación de servicios integrales de salud en los diferentes niveles de la RIIS, O.E 3.1. Ampliar progresivamente, a través de la RIIS la cobertura de salud a toda la población, así como la prestación integral de los servicios de salud en forma oportuna, haciéndolos accesibles, asequibles,R.3.1.2. Acciones de salud pública para reducir la morbi mortalidad de la persona en el curso de vida, fortalecidas, incluyendo la reducción de la morbi mortalidad a causa de enfermedades crónico transmisibles y no transmisibles. eficaces y de calidad. A.E.3.1.2.7. Reducción de la morbi mortalidad por enfermedades crónicas transmisibles.
4	Objetivo	Medir el cumplimiento de la Implementación del proyecto la receta repetitiva para personas usuarias con ENTP en el Primer Nivel de Atención.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Numero UCSF que implementan la receta repetitiva para personas usuarias con ENTP.
7	Denominador	Total de UCSF.
8	Umbral	100% de UCSF.
9	Fuente del dato	Informe de evaluación semestral que realizan las direcciones regionales.
10	Técnica de recolección	Ruta: Revisión de fuente del dato en informe de evaluación semestral que realizan las direcciones regionales.
11	Muestra/Universo	Los datos del indicador reflejan el 100% de UCSF del territorio Nacional.
12	Periodicidad de medición	Semestral.
13	Dependencia responsable	Unidad de Desarrollo de la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención.
14	Comentario relevante:	Por lineamiento de la DNPNA el proyecto debe implementarse en forma gradual entre el segundo semestre 2017 y primer semestre 2018 en todas las UCSF del país.

Nombre: Porcentaje de UCSF en las que han implementado el SIAP.		
Indicador n.º 10: número de UCSF seleccionadas en las que se ha implementado el modulo de identificación de pacientes del SIAP durante el periodo / Total de UCSF programadas para implementar el SIAP durante el periodo. X 100.		
1	Estándar:	Porcentaje de UCSF implementando el SIAP
2	Tipo	Resultado.
3	Justificación	<p>Este indicador busca medir la contribución del PNA a: <i>Política Nacional de Salud 2015-2019</i> en el eje 1: Fortalecimiento de las Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS), Líneas de acción 4.1. Fortalecimiento del modelo de gestión en red en el SNS (estructura, organización y funcionamiento) en consonancia con el modelo de territorialización que adopte el GOES, adaptación local e institucional. 4.1.2. Fortalecer la conectividad e implementar el expediente clínico en línea (historia clínica, receta electrónica, imagenología, exámenes de laboratorio, entre otros elementos del expediente) que permita el funcionamiento efectivo del sistema de referencia, retorno, interconsulta, continuidad de la atención, georeferenciación, gestión de medicamentos e insumos médicos y la calidad de la información para la toma de decisiones oportunas.</p> <p><i>PEI 2015-2017:</i> Eje Estratégico 8, Fortalecimiento Institucional, O.E.8.1. Fortalecer al MINSAL a fin de mejorar sus competencias para ejercer las funciones esenciales de salud pública.</p> <p><i>POI 2017:</i> Eje Estratégico 8. Fortalecimiento Institucional, OE.8.1. Fortalecer al MINSAL a fin de mejorar sus competencias para ejercer las Funciones Esenciales de Salud Pública, RE.8.1.1. El MINSAL fortalecido para ejercer las funciones esenciales de salud pública y para el cumplimiento de su misión y visión, E.8.1.1.15. Impulsar la imagen institucional ante la opinión pública, LO. Avanzar en la instalación y uso territorial del expediente único.</p>
4	Objetivo	Medir el cumplimiento del plan de Implementación del SIAP establecido por la DNPNA y DTIC para 2017.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Número de UCSF seleccionadas en las que se ha implementado el modulo de identificación de pacientes del SIAP durante el periodo
7	Denominador	Total de UCSF programadas para implementar el SIAP durante el periodo.
8	Umbral	100% de UCSF programadas han implementado el modulo de identificación de pacientes.
9	Fuente del dato	Sistema de Información: E-TAB.
10	Técnica de recolección	Ruta: Revisión de fuente del dato en Sistema de Información E-TAB.
11	Muestra/Universo	Los datos del indicador reflejan una muestra de las UCSF del territorio Nacional.
12	Periodicidad de medición	Semestral.
13	Dependencia responsable	Unidad de Desarrollo de la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención.
14	Comentario relevante:	N/A

Nombre: Tiempo promedio de espera para la atención de consulta externa especializada de primera vez.		
Indicador n.º11: Tiempo promedio de espera para la atención de consulta externa especializada de primera vez./ numero de citas otorgadas por especialidad en el periodo de evaluación .x 100		
1	Estándar:	Menor de 15 días (Tiempo promedio de espera para la atención de consulta externa de primera vez)
2	Tipo	Proceso y Resultado (Percepción).
3	Justificación	La atención médica especializada de los hospitales de tercer nivel es un recurso escaso y de alto impacto en el manejo de patologías complejas en la RIIS por lo que su disponibilidad y coordinación debe ser constantemente monitoreada a fin de valorar su efectividad en el manejo oportuno de la enfermedad.
4	Objetivo	Medir la oportunidad de atención a pacientes de consulta externa por especialidad médico y documentar la información que permita confrontar las expectativas de los usuarios contra la capacidad instalada en las consultas externas hospitalarias.
5	Tipo de medida	Media aritmética Sumatoria del tiempo transcurrido en días (por cada paciente en el periodo de evaluación del indicador), desde la presentación de la referencia en consulta externa hasta la fecha asignada como cita médica para la atención de la especialidad correspondiente.
6	Numerador	Sumatoria del tiempo transcurrido en días (por cada paciente en el periodo de evaluación del indicador), desde la presentación de la referencia en consulta externa hasta la fecha asignada como cita médica para la atención de la especialidad correspondiente.
7	Denominador	Número de citas otorgadas por especialidad en el periodo de evaluación.
8	Umbral	Menor a 15 día, aplica a todas las sub especialidades.
9	Fuente del dato	Sistemas internos para el otorgamiento de citas con referencia. SIAP, modulo de citas .
10	Técnica de recolección	Ruta: revisión de información recopilada por ESDOMED (Sistemas internos para el otorgamiento de citas con referencia).
11	Muestra/Universo	Total de citas otorgadas en el periodo.
12	Periodicidad de medición	Mensual.
13	Dependencia responsable	Dirección Nacional de Hospitales de segundo nivel de atención Coordinación de hospitales nacionales de tercer nivel.
14	Comentario relevante:	Para la evaluación de este indicador se han considerado como prioritarias las siguientes especialidades médicas, la consulta de primera vez :nefrología, hematología, oncología ,neurología ,urología ,cardiología ,oftalmología , endocrinología, perinatología, obstetricia, ginecología, patología cervical.

Nombre: Tiempo de espera para la realización de cirugía electiva por especialidad.		
Indicador n.º 12: Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía electiva por especialidad/Número de cirugías programados por especialidad en el periodo de evaluación.		
1	Estándar:	Menor de 15 días (Tiempo de espera para la realización de cirugía electiva por especialidad)
2	Tipo	Proceso y Resultado (Percepción).
3	Justificación	La cirugía electiva del tercer nivel representa uno de los manejos médicos de más alta complejidad y su oportunidad tiene alto impacto en la calidad de vida de la población. Por otra parte, la buena administración de la infraestructura, RR. HH., insumos médicos, equipamiento, entre otros recursos asignados al área quirúrgica se ven reflejados en los tiempos de espera para la realización de cirugías electivas.
4	Objetivo	Medir la oportunidad de atención a pacientes de manejo quirúrgico electivo por especialidad y documentar información que permita confrontar las expectativas de los usuarios contra la capacidad instalada en los centros quirúrgicos de los hospitales de tercer nivel.
5	Tipo de medida	Media aritmética.
6	Numerador	Sumatoria del tiempo transcurrido en días (por cada paciente en un periodo determinado), desde la indicación de cirugía electiva hasta la fecha asignada como cita programada para la realización de cirugía.
7	Denominador	Número de cirugías programados por especialidad en el periodo de evaluación .
8	Umbral	Menor a 15 días, aplica a todas las subespecialidades.
9	Fuente del dato	Sistemas internos para la programación de cirugías. SIMMOW.
10	Técnica de recolección	Ruta: revisión de información recopilada por ESDOMED y Jefes de Sala de Operaciones, Revisión de producción de SIMMOW.
11	Muestra/Universo	Total de pacientes programados en el periodo.
12	Periodicidad de medición	Mensual.
13	Dependencia responsable	Coordinación de hospitales nacionales de tercer nivel.
14	Comentario relevante:	De esta manera, se ha priorizado el seguimiento de los tiempos de espera para la realización de cirugías electivas en las siguientes especialidades: urología, otorrinolaringología, neurocirugía, ortopedia, oncología.,cirugía plástica., oftalmología,ginecología.

Componente 5: Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red

Nombre: Porcentaje de ejecución presupuestaria en hospital.		
Indicador n.º 1: Ejecución presupuestaria (según presupuesto asignado por hospital)/ Presupuesto asignado x 100.		
1	Estándar:	95%.
2	Tipo	Financiero.
3	Justificación	Los hospitales deben ejecutar su presupuesto asignado según programación mensual de ejecución.
4	Objetivo	Medir el porcentaje de ejecución del presupuesto asignado por hospital.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Presupuesto ejecutado.
7	Denominador	Presupuesto asignado x 100.
8	Umbral	95% al 100%.
9	Fuente del dato	SAFI.
10	Técnica de recolección	Ruta: revisar Módulo de ejecución presupuestaria (SAFI). Seleccionar la institución adscrita - seleccionar el rubro de gasto, el específico de gasto y el total (% total de la ejecución presupuestaria).
11	Muestra/Universo	Presupuesto ejecutado mensualmente por rubro asignado.
12	Periodicidad de medición	Mensual
13	Dependencia responsable	UFI
14	Comentario relevante:	N/A

Nombre: Porcentaje de ejecución presupuestaria.		
Indicador n.º 2: Porcentaje de ejecución presupuestaria de regiones/Monto presupuesto asignado DNPNA.x 100		
1	Estándar:	Porcentaje de la ejecución presupuestaria por región
2	Tipo	Resultado.
3	Justificación	PEI - Eje 3: cobertura y prestación de servicios integrales de salud en los diferentes niveles de la RIIS.
4	Objetivo	Conocer el porcentaje de ejecución.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Monto ejecutado del presupuesto asignado a DNPNA.
7	Denominador	Monto presupuesto asignado DNPNA.
8	Umbral	N/A
9	Fuente del dato	Informe financiero UFI.
10	Técnica de recolección	Ruta: Revisión de informe financiero UFI.
11	Muestra/Universo	universo.
12	Periodicidad de medición	Trimestral.
13	Dependencia responsable	Unidad de Gestión /DNPNA.
14	Comentario relevante:	N/A

Componente 6: Mecanismo de coordinación a lo largo del continuo de los servicios de salud

Aclaración: el análisis del sistema de referencia y retorno, lo realizará en el comité de referencia y retorno con la participación de ambos niveles.

Nombre: Porcentaje de referencias recibidas en hospitales.		
Indicador n.º 1: Porcentaje de referencias recibidas en Hospitales /Total de referencias enviadas por establecimiento en el periodo x 100		
1	Estándar:	Porcentaje de referencias recibidas en hospitales de otros establecimientos de las RIIS.
2	Tipo	Proceso.
3	Justificación	Garantizar el continuo al cuidado de la persona como derecho inherente a la salud.
4	Objetivo	Establecer mecanismos ágiles, oportunos, eficaces y con calidad por medio de acciones coordinadas entre los diferentes niveles de atención.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Numero de referencias recibidas en hospitales en el periodo.
7	Denominador	Total de referencias enviadas por establecimiento en el periodo
8	Umbral	N/A
9	Fuente del dato	Libro DE R-R-IC de cada establecimiento de salud. Revisión de datos en sistema de información: Sistema de Referencia, Retorno e Interconsulta
10	Técnica de recolección	Ruta: Sistema de Referencia, Retorno e Interconsultal/ Reporte/ Total RRI/ Evento/ Referencia/ Fecha de inicio de/ Fecha de fin de/ Región/ SIBASI/ Establecimiento que envía/ Establecimiento que recibe
11	Muestra/Universo	Universo
12	Periodicidad de medición	Trimestral.
13	Dependencia responsable	Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención (denominador) Dirección Nacional de Hospitales de Segundo Nivel y Coordinación de Hospitales de Tercer Nivel (Numerador)
14	Comentario relevante:	N/A

Nombre: Porcentaje de retornos recibidos de otros establecimientos de las RIIS.		
Indicador n.º2: Total de retornos recibidos/ total de referencias enviadas en el periodo x 100		
1	Estándar:	Porcentaje de retornos recibidos de otros establecimientos de las RIIS.
2	Tipo	Proceso.
3	Justificación	Garantizar el continuo al cuidado de la persona como derecho inherente a la salud.
4	Objetivo	Establecer mecanismos ágiles, oportunos, eficaces y con calidad por medio de acciones coordinadas entre los diferentes niveles de atención.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de retornos recibidos en el periodo
7	Denominador	Total de referencias enviadas en el periodo
8	Umbral	N/A
9	Fuente del dato	Libro DE R-R-IC de cada establecimiento de salud. Revisión de datos en sistema de información: Sistema de Referencia, Retorno e Interconsulta
10	Técnica recolección de	Ruta: Sistema de Referencia, Retorno e Interconsulta/ Reporte/ Total RRI/ Evento/ Retorno/ Fecha de inicio de/ Fecha de fin de/ Región/ SIBASI/ Establecimiento que envía/ Establecimiento que recibe
11	Muestra/Universo	Universo
12	Periodicidad de medición	Trimestral.
13	Dependencia responsable	Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención Dirección Nacional de Hospitales de Segundo Nivel y Coordinación de Hospitales de Tercer Nivel
14	Comentario relevante:	N/A

Nombre: Porcentaje de referencias oportunas recibidas de otros establecimientos de las RIIS		
Indicador n.º 3: Total de referencias oportunas recibidas en el periodo / Total de referencias recibidas en el periodo.x100		
1	Estándar:	Porcentaje de referencias oportunas recibidas de otros establecimientos de las RIIS.
2	Tipo	Proceso.
3	Justificación	Garantizar el continuo al cuidado de la persona como derecho inherente a la salud.
4	Objetivo	Establecer mecanismos ágiles, oportunos, eficaces y con calidad por medio de acciones coordinadas entre los diferentes niveles de atención.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de referencias oportunas recibidas en el periodo.
7	Denominador	Total de referencias recibidas en el periodo.
8	Umbral	N/A
9	Fuente del dato	Libro DE R-R-IC de cada Establecimiento de salud. Revisión de datos en sistema de información: Sistema de Referencia, Retorno e Interconsulta
10	Técnica de recolección	Ruta: Sistema de Referencia, Retorno e Interconsultal/ Indicadores/ Número de referencias P.O. recibidas/Total de referencias recibidas/ / Fecha de inicio de/ Fecha de fin de/ Región/ SIBASI/ Establecimiento que envía/ agrupado por
11	Muestra/Universo	Universo
12	Periodicidad de medición	Trimestral.
13	Dependencia responsable	Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención, Dirección Nacional de Hospitales de Segundo Nivel y Coordinación de Hospitales de Tercer Nivel.
14	Comentario relevante:	No aplica

Nombre: Porcentaje de referencias pertinentes recibidas de otros establecimientos de la RIIS.		
Indicador n.º 4: Total de referencias pertinentes recibidas en el periodo / Total de referencias recibidas en el periodo x 100		
1	Estándar:	Porcentaje de referencias pertinentes recibidas de otros establecimientos de la RIIS.
2	Tipo	Proceso.
3	Justificación	Garantizar el continuo al cuidado de la persona como derecho inherente a la salud.
4	Objetivo	Establecer mecanismos ágiles, oportunos, eficaces y con calidad por medio de acciones coordinadas entre los diferentes niveles de atención.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de referencias pertinentes recibidas en el periodo
7	Denominador	Total de referencias recibidas en el periodo
8	Umbral	N/A
9	Fuente del dato	Libro DE R-R-IC de cada Establecimiento de salud. Revisión de datos en sistema de información: Sistema de Referencia, Retorno e Interconsulta
10	Técnica de recolección	Ruta: Sistema de Referencia, Retorno e Interconsulta/ Indicadores/ Número de referencias P.O. recibidas/Total de referencias recibidas/ Fecha de inicio de/ Fecha de fin de/ Región/ SIBASI/ Establecimiento que envía/ agrupado por.
11	Muestra/Universo	Universo.
12	Periodicidad de medición	Trimestral.
13	Dependencia responsable	Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención, Dirección Nacional de Hospitales de Segundo Nivel y Coordinación de Hospitales de Tercer Nivel.
14	Comentario relevante:	N/A

Nombre: Referencias pertinentes.		
Indicador n.º5: Total de referencias pertinentes recibidas en la unidad de emergencia /Total de referencias recibidas en la unidad de emergencia por especialidad en un periodo dado. X 100		
1	Estándar:	Referencias pertinentes recibidas en la unidad de emergencia.
2	Tipo	Proceso.
3	Justificación	<p>Una de las principales actividades de la RIIS es la coordinación adecuada de las referencias, retornos e interconsultas, las cuales deben caracterizarse por su oportunidad y pertinencia.</p> <p>Dado que las unidades de emergencia son áreas hospitalarias que deben garantizar la oportunidad de atención en caso de emergencia, se hace necesario verificar que las referencias recibidas en las unidades de emergencia del tercer nivel tengan el atributo de «pertinencia» acorde al nivel resolutivo de cada hospital con la finalidad de evitar saturar estas unidades de pacientes que pueden ser manejados en otro ambiente o nivel de resolución.</p>
4	Objetivo	Medir la pertinencia de las referencias de emergencia procedentes de las diferentes instituciones de la RIIS a fin de mejorar continuamente su coordinación.
5	Tipo de medida	Porcentaje (Razón x 100).
6	Numerador	Total de referencias evaluadas como pertinentes por especialidad en la unidad de emergencia en un periodo dado.
7	Denominador	Total de referencias recibidas en la unidad de emergencia por especialidad en un periodo dado.
8	Umbral	90% a 100%
9	Fuente del dato	<p>Libro DE R-R-IC de cada Establecimiento de salud.</p> <p>Revisión de datos en sistema de información: Sistema de Referencia, Retorno e Interconsulta</p>
10	Técnica de recolección	Ruta: Sistema de Referencia, Retorno e Interconsultal/ Indicadores/ Número de referencias P.O. recibidas/Total de referencias recibidas/Fecha de inicio de/ Fecha de fin de/ Región/ SIBASI/ Establecimiento que envía/ agrupado por.
11	Muestra/Universo	Universo.
12	Periodicidad de medición	Mensual.
13	Dependencia responsable	Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención, Dirección Nacional de Hospitales de Segundo Nivel y Coordinación de Hospitales de Tercer Nivel.
14	Comentario relevante:	N/A

Componente 7: Niñez

Nombre: Tasa de mortalidad infantil.		
Indicador n.º 1: Total de defunciones de niños y niñas salvadoreños menores de un año reportadas por el SNS, durante un periodo de tiempo determinado / Proyección de nacidos vivos en El Salvador según el periodo de tiempo evaluado (El Salvador: Estimaciones y proyecciones de población nacional 2005-2050 y departamental 2005-2025). x 1,000		
1	Estándar:	Mortalidad de los niños y niñas durante el primer año de vida.
2	Tipo	Resultado.
3	Justificación	<p>En El Salvador la mortalidad infantil constituye un compromiso internacional en el marco de la agenda para el logro de los Objetivos del Desarrollo Sostenible y nacional, con las metas proyectadas para el <i>Plan Quinquenal de Desarrollo: El Salvador Productivo, Educado y Seguro</i>, donde se propone alcanzar para 2019, una tasa de mortalidad infantil igual o menor de 8 por cada 1000 nacidos vivos a nivel país.</p> <p>Para este año, la meta es reducir la tasa de mortalidad infantil a 9.0 x 1000 nacidos vivos.</p>
4	Objetivo	Evaluar el resultado de las acciones, estrategias, intervenciones y políticas públicas de salud, en la mortalidad de los niños y niñas durante el primer año de vida.
5	Tipo de medida	Tasa.
6	Numerador	Total de defunciones de niños y niñas salvadoreños menores de un año reportadas por el SNS, durante un periodo de tiempo determinado.
7	Denominador	Proyección de nacidos vivos en El Salvador según el periodo de tiempo evaluado (El Salvador: Estimaciones y proyecciones de población nacional 2005-2050 y departamental 2005-2025). x 1,000
8	Umbral	8 por mil nacidos vivos.
9	Fuente del dato	SIMMOW.
10	Técnica de recolección	Ruta: Modulo Estadísticas Vitales. Estadísticas vitales/Defunciones/Reportes/Departamento/ Municipio/Establecimiento: todos – Edad: menor de 1 año – País: El Salvador.
11	Muestra/Universo	Total de defunciones en niños y niñas salvadoreños menores de 1 año durante el periodo de tiempo analizado
12	Periodicidad de medición	Trimestral
13	Dependencia responsable	Unidad de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia
14	Comentario relevante:	N/A

Nombre: Porcentaje de LME en niños y niñas de 5-6 meses que reciben atención preventiva en primer nivel de atención.

Indicador n.º 2: Total de niños entre 5-6 meses amamantados con LME en su atención preventiva, en el período./ Total de niños entre 5-6 meses evaluados, que son alimentados con todo tipo de alimentación en el período. X 100

1	Estándar:	Porcentaje de niños entre 5-6 meses amamantados con lactancia materna exclusiva y son registrados en el expediente clínico.
2	Tipo	Resultado.
3	Justificación	Los lineamientos de atención vigentes exigen medir la práctica de la lactancia materna exclusiva en niños y niñas de 5-6 meses, como un estándar de calidad de la alimentación infantil. Alineado con PQD. Objetivo 4, línea 4.2.5 /PEI: Eje 3 AE 3.1.2.1 y 3.1.2.2/ POI: RE.3.1.2; AE.3.1.2.6; AC112 y ODS (1,2,3)
4	Objetivo	Vigilar la práctica de la lactancia materna exclusiva en niños y niñas de 5-6 meses, en el primer nivel de atención.
5	Tipo de medida	Porcentual.
6	Numerador	Total de niños entre 5-6 meses amamantados con LME en el período.
7	Denominador	Total de niños entre 5-6 meses evaluados con todo tipo de alimentación en el período.
8	Umbral	Mayor o igual a 58%.
9	Fuente de datos	SIMMOW.
10	Técnica de recolección	Ruta: Por expediente. control de niño sano a los 5-6 meses de edad.
11	Muestra/Universo	No
12	Periodicidad de medición	Trimestral.
13	Unidad responsable	Unidad de Seguridad Alimentaria y Nutricional/Dirección de Enfermedades no transmisibles.
14	Comentario relevante:	N/A

Nombre: Porcentaje de bajo peso al nacer en neonatos de termino.		
Indicador n.º 3: Total de bajo peso al nacer en neonatos de termino/Total de nacidos vivos, hijos de madres de procedencia salvadoreña durante el periodo evaluado x 100		
1	Estándar:	Nacidos vivos con bajo peso al nacer para edad gestacional.
2	Tipo	Resultado.
3	Justificación	El bajo peso al nacer representa una condición que afecta el desarrollo del niño y la niña desde la gestación, entendiendo el factor nutricional como un eslabón importante dentro de los primeros mil días, que representan la etapa crítica del neurodesarrollo, determinando para toda la vida, el coeficiente intelectual de los niños y niñas. Así mismo, los neonatos con bajo peso al nacer, están más expuestos a otras morbilidades y son más susceptibles a los cambios de temperatura y a presentar trastornos del metabolismo como hipoglicemia.
4	Objetivo	Evaluar el resultado de las acciones, estrategias, intervenciones y políticas públicas de salud, para la reducción de los nacimientos a termino con bajo peso al nacer.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de nacidos vivos con bajo peso al nacer (menores de 2500 gramos al nacimiento) y mayores de 37 semanas de gestación, hijos de madres de procedencia salvadoreña, dentro de los establecimientos del MINSAL, durante un periodo de tiempo determinado.
7	Denominador	Total de nacidos vivos, hijos de madres de procedencia salvadoreña, dentro de los establecimientos del MINSAL, durante un periodo de tiempo determinado.
8	Umbral	5.0-5.5
9	Fuente del dato	SIMMOW.
10	Técnica de recolección	Ruta: Modulo Estadísticas Vitales. Numerador: Estadísticas vitales/Nacidos vivos/Reportes/Departamento/Municipio/MINSAL/Peso (bajo 2499 o menos)/Amenorrea: otro rango (37 a 43)/Local de parto: todos/País: El Salvador. Denominador: Estadísticas vitales/Nacidos vivos/Reportes/Departamento Municipio/MINSAL/Peso: todos/ Amenorrea: todas/Local de parto: todos/País: El Salvador.
11	Muestra/ Universo	Total de nacidos vivos con bajo peso al nacer (menores de 2500 gramos al nacimiento) y mayores de 37 semanas de gestación, hijos de madres de procedencia salvadoreña, dentro de los establecimientos del MINSAL, durante un periodo de tiempo determinado.
12	Periodicidad de medición	Trimestral.
13	Dependencia responsable	Unidad de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia.
14	Comentario relevante:	En este sentido, los neonatos prematuros están condicionados por su misma edad gestacional a presentar bajo peso al nacer, sin embargo aquellos nacidos por encima de las 37 semanas de gestación, deben alcanzar un peso mayor o igual a los 2500 gramos, si el embarazo ha sido manejado adecuadamente y los factores de riesgo evidenciados y tratados oportunamente.

Nombre: Índice de prematurez.		
Indicador n.º 4: Total de nacidos vivos prematuros (menores de 37 semanas de gestación al nacimiento) hijos de madres de procedencia salvadoreña, dentro de los establecimientos del SNS, durante un periodo de tiempo determinado. / Total de nacidos vivos, hijos de madres de procedencia salvadoreña, dentro de los establecimientos del SNS, durante un periodo de tiempo determinado. X 100		
1	Estándar:	Todo neonato prematuro en condiciones estables posteriores al nacimiento recibe atención de acuerdo a la guía hospitalaria con calidad técnica.
2	Tipo	Resultado.
3	Justificación	Se denomina nacimiento prematuro a todo aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación, y que condiciona a una serie de complicaciones ocasionadas por la inmadurez física e inmunológica inherentes a estos bebés. En nuestro país la prematurez representa la primera causa de mortalidad en el periodo neonatal y la segunda en el menor de 1 año.
4	Objetivo	Evaluar el resultado de las acciones, estrategias, intervenciones y políticas públicas de salud, en la reducción de los nacimientos prematuros.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de nacidos vivos prematuros (menores de 37 semanas de gestación al nacimiento) hijos de madres de procedencia salvadoreña, dentro de los establecimientos del SNS, durante un periodo de tiempo determinado.
7	Denominador	Total de nacidos vivos, hijos de madres de procedencia salvadoreña, dentro de los establecimientos del SNS, durante un periodo de tiempo determinado.
8	Umbral	Menor de 8.0%.
9	Fuente del dato	SIMMOW.
10	Técnica de recolección	Ruta: Modulo Estadísticas Vitales. Numerador: Estadísticas vitales/Nacidos vivos/Reportes-- Departamento Municipio/Peso todos/Amenorrea: Pretermino (36 o menos)/ Local de parto: todos/País: El Salvador. Denominador: Estadísticas vitales/Nacidos vivos/Reportes/ Departamento/Municipio/Peso todos/Amenorrea: todas/Local de parto: todos/País: El Salvador.
11	Muestra/Universo	Total de nacidos vivos prematuros (menores de 37 semanas de gestación al nacer), hijos de madres de procedencia salvadoreña, dentro de los establecimientos del SNS, durante un periodo de tiempo determinado.
12	Periodicidad de medición	Trimestral.
13	Dependencia responsable	Unidad de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia.
14	Comentario relevante:	N/A

Nombre: Porcentaje de niños y niñas menor de 8 días que han sido inscritos en el Control de crecimiento y desarrollo en los establecimientos del Primer Nivel de Atención del MINSAL (incluye atención brindada en horario FOSALUD).

Indicador n.º 5: Total de niños y niñas menores de 8 días inscritas en el Control de crecimiento y desarrollo/ Total de nacidos vivos en un área geográfica de responsabilidad en El Salvador según el periodo de tiempo evaluado .x 100

1	Estándar:	Niños y niñas inscritos antes de los 8 días de vida en control de crecimiento y desarrollo.
2	Tipo	Proceso.
3	Justificación	<p>En El Salvador como parte de las estrategias para disminuir la morbilidad y mortalidad infantil, se requiere que la niña y niño sean inscritos de forma temprana en el Control de crecimiento y desarrollo, menor de 8 días en un establecimiento de salud, con el propósito de disminuir los factores de riesgo, así como la incidencia y control de las enfermedades prevalentes y no prevalentes de la infancia.</p> <p>La población infantil presenta retraso significativo en su desarrollo y una proporción muy elevada presenta alteraciones que, al no ser diagnosticadas oportunamente, afectan tanto la salud como la calidad de vida. La detección precoz de los problemas de desarrollo es un proceso continuo de vigilancia de desarrollo infantil y constituye en una estrategia de gran impacto cuando se realiza de forma oportuna.</p>
4	Objetivo	Proporcionar a todo niño o niña una atención integral periódica y sistemática a fin de vigilar el proceso de crecimiento y desarrollo oportuno para disminuir la morbi mortalidad infantil.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de niños y niñas menores de 8 días inscritas en el Control de crecimiento y desarrollo
7	Denominador	Total de nacidos vivos en un área geográfica de responsabilidad en El Salvador según el periodo de tiempo evaluado.
8	Umbral	Arriba del 70%.
9	Fuente del dato	SIMMOW del MINSAL.
10	Técnica de recolección	<p>Ruta: Módulo de atenciones preventivas.</p> <p>Numerador: Atención ambulatoria/preventivo/Atención infantil/ inscripción-control/establecimiento: todos/Departamento: todos/Edad: MENOR DE 8 DIAS/institución: MINSAL+FOSALUD.</p> <p>Denominador: Estadísticas vitales/Nacidos vivos/Reportes/Departamento/Municipio/MINSAL/Peso: /Amenorrea: Todas/País: El Salvador/Local de parto: Todos.</p>
11	Muestra/ Universo	Total, de niños y niñas menores de 8 días inscritos en el control de Crecimiento y Desarrollo del área geográfica de responsabilidad durante el periodo de tiempo analizado.
12	Periodicidad de medición	Trimestral.
13	Dependencia responsable	Unidad de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia.
14	Comentario relevante:	Se tomara en cuenta inscripciones realizadas dentro de los establecimientos del MINSAL,incluye atención brindada en horario FOSALUD.

Nombre: Tasa de incidencia de sífilis congénita.		
Indicador n.º 6: Total de niños menores de 28 días egresados de los hospitales de la red nacional con diagnóstico de sífilis congénita, hijos de madres de procedencia salvadoreña / Total de nacidos vivos, hijos de madres de procedencia salvadoreña, dentro de los establecimientos del MINSAL, durante un periodo de tiempo determinado X 1000.		
1	Estándar:	Erradicación de las enfermedades de transmisión vertical; sífilis
2	Tipo	Resultado.
3	Justificación	La sífilis constituye un problema de salud pública tanto para la mujer embarazada como para el feto, esto obedece a que toda mujer embarazada con sífilis positiva puede generar un recién nacido con anomalías congénitas secundarias. Uno de los principales objetivos es realizar diagnóstico oportuno para poder tratar adecuadamente a la embarazada y de esta forma prevenir la transmisión vertical.
4	Objetivo	Evaluar el resultado de las acciones de detección, prevención y tratamiento oportuno de la sífilis en la embarazada, para la reducción/eliminación de la sífilis congénita.
5	Tipo de medida	Tasa.
6	Numerador	Total de niños menores de 28 días egresados de los hospitales de la red nacional con diagnóstico de sífilis congénita, hijos de madres de procedencia salvadoreña.
7	Denominador	Total de nacidos vivos, hijos de madres de procedencia salvadoreña, dentro de los establecimientos del MINSAL, durante un periodo de tiempo determinado X 1000.
8	Umbral	Menor de 0.5
9	Fuente del dato	SIMMOW.
10	Técnica de recolección	Ruta: Numerador: Atención hospitalaria/Consultas/Mas >/Exporta xls /Ver: Individual/Establecimiento: todos/Solo El Salvador/Edad: Neonatal (0 a 28 días)/ Diagnóstico: Rango/Desde: A50.0/Hasta A50.9 Denominador: Estadísticas vitales/Nacidos vivos/Reportes/ Departamento Municipio/ MINSAL/ Peso: todos / Amenorrea: todas/ Local de parto: todos/ País: El Salvador
11	Muestra/Universo	Total niños menores de 28 días egresados de los hospitales de la red nacional con diagnóstico de sífilis congénita.
12	Periodicidad de medición	Trimestral.
13	Dependencia responsable	Unidad de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia.
14	Comentario relevante:	Clasificado para codificación (CIE 10: A50).

Nombre: Cobertura de inscripción en el programa de seguimiento del prematuro con peso menor de 2000 gramos al nacer.

Indicador n.º 7: Total de niños y niñas prematuros que nacieron con peso menor de 2000 gramos y han sido inscritos en el programa de seguimiento / Total de niños y niñas prematuros que nacieron con peso menor de 2000 gramos (menos las muertes por prematuridad) en los establecimientos del MINSAL. X 100

1	Estándar:	RN prematuro con peso menor de 2000 gramos con atención y seguimiento de calidad
2	Tipo	Resultado.
3	Justificación	Seguimiento integral a niños y niñas prematuros priorizando específicamente aquellos con peso menor de 2000 gramos al nacer para garantizar la vigilancia de su crecimiento y desarrollo , así como la detección y manejo oportuno de alguna discapacidad.
4	Objetivo	Evaluar el alcance o cobertura del programa de seguimiento del prematuro con peso menor de 2000 gramos al nacer.
5	Tipo de medida	Porcentaje de cobertura.
6	Numerador	Total de niños y niñas prematuros que nacieron con peso menor de 2000 gramos y han sido inscritos en el programa de seguimiento.
7	Denominador	Total de niños y niñas prematuros que nacieron con peso menor de 2000 gramos (menos las muertes por prematuridad) en los establecimientos del MINSAL.
8	Umbral	75%.
9	Fuente del dato	SIMMOW.
10	Técnica de recolección	Ruta: Registro diario de atenciones curativas y preventivas Numerador: Atención ambulatoria/preventivo/Atención infantil/inscripción-control/establecimiento: todos/Departamento: todos (excluir otros países)/Edad: todas/Solo prematuro: buscar luego: inscripción/por recurso/total Denominador: Ruta: Estadísticas vitales/Nacidos vivos/Reportes/Exporta xls--- Institución: MINSAL/ Peso otro rango: De 500 a 1999/Amenorrea: Pretermino (36 o menos)/Local de parto: todos/País: El Salvador. Además deben restarse las defunciones de prematuros menores de 2000 gramos.
11	Muestra/Universo	Total de prematuros inscritos en el programa de seguimiento del prematuro con peso menor de 2000 gr al nacer.
12	Periodicidad de medición	Trimestral.
13	Dependencia responsable	Unidad de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia.
14	Comentario relevante:	La inversión en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, así como el fortalecimiento de todas las Unidades de Atención neonatal ha permitido que cada año la sobrevivencia de los niños (as) prematuros mejore , lo que demanda que los servicios de salud de primero y segundo nivel estén preparados para brindar este tipo de atención especializada.

Nombre: Porcentaje de niños menores de un año vacunados con BCG.		
Indicador n.º 8: Total de niños menores de un año vacunados con BCG (dosis única) durante el periodo evaluado /Total de niños menores de 1año. X 100		
1	Estándar:	Esquema de vacunación completa en menor de 1 año
2	Tipo	Resultado.
3	Justificación	La vacuna BCG protege contra las formas extra pulmonares de tuberculosis. En El Salvador la tuberculosis es una enfermedad endémica en la que los niños debido a sus condiciones cronológicas pueden desarrollar meningitis tuberculosa. Último caso de meningitis tuberculosa en El Salvador fue en 2008.
4	Objetivo	Proteger a los niños menores de un año a través de la vacunación con BCG contra la meningitis tuberculosa.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de niños menores de un año vacunados con BCG (dosis única) durante el periodo evaluado
7	Denominador	Total de niños menores de 1año.
8	Umbral	95 %.
9	Fuente del dato	Sistema Nacional de Registro de Vacunas.
10	Técnica de recolección	Ruta: Monitoreo del Sistema Nacional de Registro de Vacunas.
11	Muestra/Universo	Universo.
12	Periodicidad de medición	Mensual.
13	Dependencia responsable	Dirección Nacional de Enfermedades Infecciosas/ Unidad de Vacunaciones e Inmunizaciones.
14	Comentario relevante:	Las coberturas se deben presentar mensualmente en base al porcentaje acumulado mensual el cual se calcula de la siguiente manera: Cobertura del 90% (mínima aceptable) entre 12 meses igual al 7.5% . Para el mes de septiembre el porcentaje acumulado mensual es de 67.5% y para el mes de octubre 75%. Cobertura del 100% (cobertura excelente) entre 12 meses igual al 8.3%. Para el mes de septiembre el porcentaje acumulado mensual es de 75% y para el mes de octubre 83%.

Nombre: Porcentaje de niños menores de 1 año vacunados con 2. ^{da} dosis de <i>Rotavirus</i> .		
Indicador n.º 9: Total de 2. ^{da} dosis aplicada de rotavirus en los niños menores de un año / Población total en niños menores de un año. X 100		
1	Estándar:	Coberturas de vacunación con 2. ^{da} dosis de Rotavirus en el niño menor de un año
2	Tipo	Resultado.
3	Justificación	El <i>Rotavirus</i> es un virus endémico en El Salvador siendo la causa más frecuente de diarrea en los niños menores de cinco años de edad causa frecuente de hospitalización y muerte en este grupo de edad. En el año 2006 se introdujo la vacunación contra <i>Rotavirus</i> en El Salvador
4	Objetivo	Proteger a los niños de diarreas causadas por el <i>Rotavirus</i> a través de la vacunación contra <i>Rotavirus</i> .
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de 2. ^{da} dosis aplicada de rotavirus en los niños menores de un año.
7	Denominador	Población total en niños menores de un año.
8	Umbral	95-100%.
9	Fuente del dato	Sistema Nacional de Registro de Vacunas.
10	Técnica recolección de	Ruta: Monitoreo del Sistema Nacional de Registro de Vacunas.
11	Muestra/Universo	Universo.
12	Periodicidad medición de	Mensual.
13	Dependencia responsable	Dirección Nacional de Enfermedades Infecciosas/ Unidad de Vacunaciones e Inmunizaciones.
14	Comentario relevante:	Las coberturas se deben presentar mensualmente en base al porcentaje acumulado mensual el cual se calcula de la siguiente manera: Cobertura del 90% (mínima aceptable) entre 12 meses igual al 7.5%. Para el mes de septiembre el porcentaje acumulado mensual es de 67.5% y para el mes de octubre 75% Cobertura del 100% (cobertura excelente) entre 12 meses igual al 8.3%. Para el mes de septiembre el porcentaje acumulado mensual es de 75% y para el mes de octubre 83%.

Nombre: Porcentaje de niños menores de un año vacunados con vacuna pentavalente 3 ^{ra} . Dosis.		
Indicador n.º 10: Total de 3. ^{ra} dosis aplicadas de pentavalente en los niños menores de un año / Total de niños menores de un año .x 100		
1	Estándar:	Coberturas de vacunación con Pentavalente 3 ^{ra} . dosis en el niño menor de un año.
2	Tipo	Resultado.
3	Justificación	<p>Uno de los objetivos de desarrollo del milenio es disminuir la mortalidad infantil, para conseguir dicho objetivo es importante lograr coberturas útiles de vacunación, al recibir tres dosis de vacuna pentavalente, el niño está en un 90 % protegido contra 5 enfermedades inmunoprevenibles que antes de la era de las vacunas ocupaban lugares entre las primeras 10 causas de morbimortalidad infantil.</p> <p>Responde al eje estratégico 3: Cobertura y prestación de servicios integrales de salud en los diferentes niveles de la RIIS.</p>
4	Objetivo	Proteger a los niños menores de un año a través de la vacunación con pentavalente contra cinco enfermedades: difteria, tétanos, tos ferina, meningitis por haemophilus influenza tipo b y hepatitis B.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de 3. ^{ra} dosis aplicadas de pentavalente en los niños menores de un año.
7	Denominador	Total de niños menores de un año.
8	Umbral	95-100%.
9	Fuente del dato	Sistema Nacional de Registro de Vacunas.
10	Técnica de recolección	Ruta: Monitoreo del Sistema Nacional de Registro de Vacunas.
11	Muestra/Universo	Universo.
12	Periodicidad de medición	Mensual.
13	Dependencia responsable	Dirección Nacional de Enfermedades Infecciosas/ Unidad de Vacunaciones e Inmunizaciones.
14	Comentario relevante:	<p>Las coberturas se deben presentar mensualmente en base al porcentaje acumulado mensual el cual se calcula de la siguiente manera:</p> <p>Cobertura del 90% (mínima aceptable) entre 12 meses igual al 7.5% . Para el mes de septiembre el porcentaje acumulado mensual es de 67.5% y para el mes de octubre 75%</p> <p>Cobertura del 100% (cobertura excelente) entre 12 meses igual al 8.3%. Para el mes de septiembre el porcentaje acumulado mensual es de 75% y para el mes de octubre 83%</p>

Nombre: Porcentaje de niños de un año vacunados con 1. ^{er} refuerzo de vacuna contra la poliomielitis.		
Indicador n.º11: Total de 1. ^{er} refuerzo de vacunas aplicadas de vacuna contra poliomielitis en los niños de 1 año. / Total de niños de 1 año x 100		
1	Estándar:	Coberturas de vacunación con 1. ^{er} refuerzo de vacuna contra poliomielitis en el niño de un año.
2	Tipo	Resultado.
3	Justificación	<p>Uno de los objetivos de desarrollo del milenio es disminuir la mortalidad infantil, para conseguir dicho objetivo es importante lograr coberturas útiles de vacunación, al recibir tres dosis de vacuna pentavalente, el niño está en un 90 % protegido contra 5 enfermedades inmunoprevenibles que antes de la era de las vacunas ocupaban lugares entre las primeras 10 causas de morbimortalidad infantil.</p> <p>Responde al eje estratégico 3: Cobertura y prestación de servicios integrales de salud en los diferentes niveles de la RIIS.</p> <p>Último caso autóctono de poliomielitis en El Salvador: 1987. Último caso de poliomielitis en las Américas 1991. El 29 de septiembre de 1994 se certificó la erradicación de la poliomielitis en las Américas.</p>
4	Objetivo	Proteger a los niños a través de la vacunación contra Poliomielitis.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de 1. ^{er} refuerzo de vacunas aplicadas de vacuna contra poliomielitis en los niños de 1 año.
7	Denominador	Total de niños de 1 año.
8	Umbral	95-100%.
9	Fuente del dato	Sistema Nacional de Registro de Vacunas.
10	Técnica de recolección	Ruta: Monitoreo del Sistema Nacional de Registro de Vacunas.
11	Muestra/Universo	Universo.
12	Periodicidad de medición	Mensual.
13	Dependencia responsable	Dirección Nacional de Enfermedades Infecciosas/ Unidad de Vacunaciones e Inmunizaciones.
14	Comentario relevante:	<p>Las coberturas se deben presentar mensualmente en base al porcentaje acumulado mensual el cual se calcula de la siguiente manera:</p> <p>Cobertura del 90% (mínima aceptable) entre 12 meses igual al 7.5% . Para el mes de septiembre el porcentaje acumulado mensual es de 67.5% y para el mes de octubre 75%.</p> <p>Cobertura del 100% (cobertura excelente) entre 12 meses igual al 8.3%. Para el mes de septiembre el porcentaje acumulado mensual es de 75% y para el mes de octubre 83%.</p>

Nombre: Porcentaje de niños de un año vacunados 1 ^{er} refuerzo de vacuna contra el <i>Neumococo</i> .		
Indicador n.º12: Total de 1. ^{er} refuerzo aplicadas de vacuna contra el neumococo en los niños de un año / Total de niños de un año. X 100		
1	Estándar:	Coberturas de vacunación con 1 ^{er} refuerzo de vacuna contra el neumococo en niños de un año.
2	Tipo	Resultado.
3	Justificación	<p>Uno de los objetivos de desarrollo del milenio es disminuir la mortalidad infantil, para conseguir dicho objetivo es importante lograr coberturas útiles de vacunación, al recibir tres dosis de vacuna pentavalente, el niño está en un 90 % protegido contra 5 enfermedades inmunoprevenibles que antes de la era de las vacunas ocupaban lugares entre las primeras 10 causas de morbimortalidad infantil.</p> <p>Responde al eje estratégico 3: Cobertura y prestación de servicios integrales de salud en los diferentes niveles de la RIIS.</p>
4	Objetivo	Proteger a los niños menores de cinco años contra la enfermedad neumococcica.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de 1. ^{er} refuerzo aplicadas de vacuna contra el neumococo en los niños de un año.
7	Denominador	Total de niños de un año.
8	Umbral	95-100%.
9	Fuente del dato	Sistema Nacional de Registro de Vacunas.
10	Técnica de recolección	Ruta: Monitoreo del Sistema Nacional de Registro de Vacunas.
11	Muestra/Universo	Universo.
12	Periodicidad de medición	Mensual.
13	Dependencia responsable	Dirección Nacional de Enfermedades Infecciosas/ Unidad de Vacunaciones e Inmunizaciones.
14	Comentario relevante:	<p>Las coberturas se deben presentar mensualmente en base al porcentaje acumulado mensual el cual se calcula de la siguiente manera:</p> <p>Cobertura del 90% (mínima aceptable) entre 12 meses igual al 7.5% . Para el mes de septiembre el porcentaje acumulado mensual es de 67.5% y para el mes de octubre 75%</p> <p>Cobertura del 100% (cobertura excelente) entre 12 meses igual al 8.3%. Para el mes de septiembre el porcentaje acumulado mensual es de 75% y para el mes de octubre 83%.</p>

Nombre: Porcentaje de niños de cuatro años vacunados con 2. ^{da} dosis de vacuna SPR.		
Indicador n.º 13: Total de 2. ^{da} dosis aplicadas de SPR en los niños menores de cuatro años durante el periodo a evaluar /Total de niños de cuatro años. x 100		
1	Estándar:	Coberturas de vacunación con 2. ^{da} Dosis de SPR en el niño de cuatro años.
2	Tipo	Resultado.
3	Justificación	Completar esquema de vacunación contra sarampión, rubeola y paperas.
4	Objetivo	Proteger a los niños a través de la vacunación contra SPR.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de 2. ^{da} dosis aplicadas de SPR en los niños menores de cuatro años durante el periodo a evaluar.
7	Denominador	Total de niños de cuatro años.
8	Umbral	90%.
9	Fuente del dato	Sistema Nacional de Registro de Vacunas.
10	Técnica de recolección	Ruta: Monitoreo del Sistema Nacional de Registro de Vacunas.
11	Muestra/Universo	Universo.
12	Periodicidad de medición	Mensual.
13	Dependencia responsable	Dirección Nacional de Enfermedades Infecciosas / Unidad de Vacunaciones e Inmunizaciones.
14	Comentario relevante:	<p>Las coberturas se deben presentar mensualmente en base al porcentaje acumulado mensual el cual se calcula de la siguiente manera:</p> <p>Cobertura del 90% (mínima aceptable) entre 12 meses igual al 7.5%. Para el mes de septiembre el porcentaje acumulado mensual es de 67.5% y para el mes de octubre 75%</p> <p>Cobertura del 100% (cobertura excelente) entre 12 meses igual al 8.3%. Para el mes de septiembre el porcentaje acumulado mensual es de 75% y para el mes de octubre 83%.</p>

Nombre: Indicador de transporte de neonato crítico.

Indicador n.º 14.1: Total de neonatos críticos cumpliendo 4 criterios TESALVA que fueron trasladados hacia el hospital regional/ Total de neonatos críticos trasladados hacia hospitales regionales x 100

1	Estándar:	Todo recién nacido en condiciones críticas es trasladado oportunamente cumpliendo con los criterios de estabilización y transporte del recién nacido crítico.
2	Tipo	Proceso
3	Justificación	Con este indicador se da seguimiento a la implementación del traslado de neonato crítico.
4	Objetivo	Trasladar los neonatos que cumplan los criterios de inclusión y requieran atención en centros de mayor complejidad, con el fin de mejorar la sobre-vida con el menor daño.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de neonatos críticos cumpliendo 4 criterios TESALVA que fueron trasladados hacia el hospital regional.
7	Denominador	Total de neonatos críticos trasladados hacia hospitales regionales.
8	Umbral	60 a 100 %
9	Fuente del dato	Registro de estándares de calidad en cada hospital. Registro de TNC de cada hospital. Hojas de traslado de neonatos.
10	Técnica de recolección	Ruta: Se visualiza número total de casos de TNC en cada hospital. Luego se cuenta los TNC enviados a hospital regional y con eso tenemos el denominador. Y con la hoja de traslado se contabiliza cuantos cumplen los 4 criterios TESALVA , para obtener el numerador.
11	Muestra/Universo	Todos los casos de traslado de los neonatos críticos que cumplen criterios de inclusión, en el período.
12	Periodicidad de medición	Mensual.
13	Dependencia responsable	Dirección Nacional de Hospitales de Segundo Nivel.
14	Comentario relevante:	Aplica para Hospital que brinda atención a neonato. Porcentaje de neonatos críticos que cumplen 4 criterios: Temperatura, Estabilidad hemodinámica, Soporte ventilatorio y Azúcar (TESA), en el traslado desde hospital periférico hacia el hospital regional.

Nombre: Indicador de transporte de neonato crítico.

Indicador n.º14.2: Total de neonatos críticos cumpliendo 4 criterios TESALVA que fueron trasladados desde hospital periférico a hospital de 3er Nivel./ Total de neonatos críticos que fueron trasladados desde hospital periférico hacia hospital de 3er Nivel (HNNBB). X 100

1	Estándar:	Todo recién nacido en condiciones críticas es trasladado oportunamente cumpliendo con los criterios de estabilización y transporte del recién nacido crítico. (Estándar de Calidad N°21)
2	Tipo	Proceso
3	Justificación	Con este indicador se da seguimiento a la implementación del protocolo de traslado de neonato crítico.
4	Objetivo	Trasladar aquellos neonatos que cumplan los criterios de inclusión y requieran atención en centros de mayor complejidad, con el fin de mejorar la sobrevivencia con el menor daño.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de neonatos críticos cumpliendo 4 criterios TESALVA que fueron trasladados desde hospital periférico a hospital de 3er Nivel.
7	Denominador	Total de neonatos críticos que fueron trasladados desde hospital periférico hacia hospital de 3er Nivel (HNNBB).
8	Umbral	60 a 100 %
9	Fuente del dato	Registro de estándares de calidad en cada hospital. Registro de TNC de cada hospital. Hojas de traslado de neonatos.
10	Técnica de recolección	Ruta: Se visualiza número total de casos de TNC en cada hospital. Luego se cuenta los TNC enviados a hospital de 3er nivel y con eso tenemos el denominador. Y con la hoja de traslado se contabiliza cuantos cumplen los 4 criterios TESALVA , para obtener el numerador.
11	Muestra/Universo	Todos los casos de traslado de los neonatos críticos que cumplen criterios de inclusión, en el período.
12	Periodicidad de medición	Mensual.
13	Dependencia responsable	Dirección Nacional de Hospitales de Segundo Nivel y Coordinación de Hospitales de Tercer Nivel de Atención.
14	Comentario relevante:	Aplica para Hospital que brinda atención a neonato. Porcentaje de neonatos críticos que cumplen 4 criterios: Temperatura, Estabilidad hemodinámica, Soporte ventilatorio y Azúcar (TESA), en el traslado desde hospital periférico hacia el hospital de 3er Nivel (HNNBB).

Nombre: Indicador de transporte de neonato crítico.

Indicador n.º 14.3: Total de neonatos críticos cumpliendo 4 criterios TESALVA que fueron trasladados desde hospital regional a hospital de 3er Nivel/ Total de neonatos críticos que fueron trasladados desde hospital regional hacia hospital de 3er Nivel. X 100

1	Estándar:	Todo recién nacido en condiciones críticas es trasladado oportunamente cumpliendo con los criterios de estabilización y transporte del recién nacido crítico. (Estándar de Calidad N°21)
2	Tipo	Indicador de proceso
3	Justificación	Con este indicador se da seguimiento a la implementación del protocolo de traslado de neonato crítico.
4	Objetivo	Trasladar aquellos neonatos que cumplan los criterios de inclusión y requieran atención en centros de mayor complejidad, con el fin de mejorar la sobrevida con el menor daño.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de neonatos críticos cumpliendo 4 criterios TESALVA que fueron trasladados desde hospital regional a hospital de 3er Nivel.
7	Denominador	Total de neonatos críticos que fueron trasladados desde hospital regional hacia hospital de 3er Nivel.
8	Umbral	60 a 100 %
9	Fuente del dato	Registro de estándares de calidad en cada hospital. Registro de TNC de cada hospital. Hojas de traslado de neonatos.
10	Técnica de recolección	Ruta: Se visualiza número total de casos de TNC enviados a hospital de 3er nivel y con eso tenemos el denominador. Y con la hoja de traslado se contabiliza cuantos cumplen los 4 criterios TESALVA , para obtener el numerador.
11	Muestra/Universo	Todos los casos de traslado de los neonatos críticos que cumplen criterios de inclusión, en el período.
12	Periodicidad de medición	Mensual.
13	Dependencia responsable	Dirección Nacional de Hospitales de Segundo Nivel y Coordinación de Hospitales de Tercer Nivel de Atención.
14	Comentario relevante:	Aplica para Hospital que brinda atención a neonato. Porcentaje de neonatos críticos que cumplen 4 criterios: Temperatura, Estabilidad hemodinámica, Soporte ventilatorio y Azúcar(TESA), en el traslado desde hospital regional hacia el hospital de 3er Nivel.

Nombre: Porcentaje de sobrepeso y obesidad en niñez de 2 a 4 años, que recibe atención preventiva en primer nivel de atención.

Indicador n.º 15: Total de niños de 2 a 4 años con sobrepeso u obesidad evaluados con índice peso/talla en control infantil / Total de niños de 2 a 4 años evaluados con índice peso para talla en control infantil. X 100

1	Estándar:	Vigilancia del sobrepeso y obesidad en niñez de 2 a 4 años.
2	Tipo	Resultado.
3	Justificación	Los lineamientos de atención integral vigentes exigen la vigilancia del estado nutricional de los niños y niñas de 2 a 4 años, que permita monitoreo de tendencias de la situación a través del índice peso/talla. Alineado con PQD. Objetivo 4, línea 4.2.9 /PEI: Eje E3. AE 3.1.2.7/ POI RE.3.1.2; AE.3.1.2.6; AC115 y ODS 2.
4	Objetivo	Identificar a niños y niñas de 2 a 4 años con sobrepeso y obesidad, a través del índice peso/talla.
5	Tipo de medida	Porcentual.
6	Numerador	Total de niños de 2 a 4 años con sobrepeso u obesidad evaluados con índice peso/talla en control infantil.
7	Denominador	Total de niños de 2 a 4 años evaluados con índice peso para talla en control infantil.
8	Umbral	Sobrepeso y obesidad < del 6% en niños de 2 a 4 años
9	Fuente de datos	SIMMOW.
10	Técnica de recolección	Ruta: Atención ambulatoria/preventivo-atención infantil/inscripción control estado nutricional/ edad 2 a 4años/ control /peso talla.
11	Muestra/Universo	n.º de niños de 2 a 4 años con índice peso/talla evaluados en control infantil.
12	Periodicidad de medición	Trimestral.
13	Unidad responsable	Unidad de Seguridad Alimentaria y Nutricional.
14	Comentario relevante:	N/A

Componente 8: Adolescentes

Nombre: Atención Integral de Salud de Adolescentes.		
Indicador n.º 1: Total de adolescentes de 10 a 19 años inscritos durante el periodo / Total de adolescentes de 10 a 19 años de acuerdo a población oficial para el periodo. x 100		
1	Estándar:	Las personas adolescentes reciben una atención integral a la salud de acuerdo a sus necesidades específicas en los servicios amigables de los establecimientos de la RIIS.
2	Tipo	Proceso.
3	Justificación	El lograr inscribir un adolescente permite la identificación de factores de riesgo y protectores en la salud de adolescentes y brindar una atención integral de manera multidisciplinaria.
4	Objetivo	Aumentar el número de adolescentes que acceden a una atención integral preventiva.
5	Tipo de medida	Porcentual.
6	Numerador	Total de adolescentes de 10 a 19 años inscritos durante el periodo
7	Denominador	Total de adolescentes de 10 a 19 años de acuerdo a población oficial para el periodo.
8	Umbral	30%.
9	Fuente de datos	SIMMOW.
10	Técnica de recolección	Ruta: revisar en el SIMMOW, atención ambulatoria, preventivos, atención adolescentes.
11	Muestra/Universo	Total de Adolescentes Inscritos en atención preventiva.
12	Periodicidad de medición	Trimestral.
13	Unidad responsable	Unidad de Atención Integral de Mujer, Niñez y Adolescentes.
14	Comentario relevante:	N/A

Nombre: Atención en salud integral, preventiva y temprana de Adolescentes.		
Indicador n.º 2: Total de adolescentes de 10 años inscritos durante el periodo / Total de adolescentes de 10 años de acuerdo a población oficial para el periodo x 100		
1	Estándar:	Atención integral, preventiva y temprana de adolescentes en RIIS
2	Tipo	Proceso.
3	Justificación	El lograr inscribir un adolescente de forma temprana permite la identificación de factores de riesgo y protectores en la salud de adolescentes y brindar una atención integral de manera multidisciplinaria.
4	Objetivo	Aumentar el número de adolescentes que acceden a una atención integral preventiva de forma temprana.
5	Tipo de medida	Porcentual.
6	Numerador	Total de adolescentes de 10 años inscritos durante el periodo
7	Denominador	Total de adolescentes de 10 años de acuerdo a población oficial para el periodo.
8	Umbral	20%.
9	Fuente de datos	SIMMOW.
10	Técnica de recolección	Ruta: revisar en el SIMMOW, atención ambulatoria, preventivos, atención adolescentes.
11	Muestra/Universo	Total de adolescentes Inscritos en atención preventiva.
12	Periodicidad de medición	Trimestral.
13	Unidad responsable	Unidad de Atención Integral de Mujer, Niñez y Adolescentes.
14	Comentario relevante:	N/A

Nombre: Porcentaje de adolescentes que egresan con métodos anticonceptivo posterior a un evento obstétrico.

Indicador n.º 3: Total de adolescentes que egresan con un método anticonceptivo posterior a un evento obstétrico / Total de adolescentes que egresan con evento obstétrico en la red nacional de hospitales. X 100

1	Estándar:	Anticoncepción post evento obstétrico en adolescentes
2	Tipo	Proceso.
3	Justificación	Estos datos ponen de manifiesto las intervenciones que los profesionales de salud de la RIIS realizan en cuanto a la promoción de la anticoncepción para la prevención del siguiente embarazo, con énfasis en métodos anticonceptivos de largo plazo.
4	Objetivo	Facilitar información a los actores estratégicos del nivel nacional, departamental y municipal, sobre el impacto de la consejería en anticoncepción y prevención del siguiente embarazo realizada durante el prenatal y confirmado en el post parto.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de adolescentes que egresan con un método anticonceptivo posterior a un evento obstétrico.
	Denominador	Total de adolescentes que egresan con evento obstétrico en la red nacional de hospitales.
8	Umbral	N/A
9	Fuente del datos	SIP.
10	Técnica recolección	de Ruta: SIP. Programas de administración/base elegida/ descripción de una variable: parto/aborto(variable a describir) / método elegido (variable de estratificación-ejecutar).
11	Muestra/Universo	Todas las adolescentes que egresan posterior a un evento obstétrico.
12	Periodicidad medición	de Trimestral.
13	Dependencia responsable	Unidad de Atención Integral de Mujer, Niñez y Adolescentes.
14	Comentario relevante:	N/A

Nombre: Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años en control preventivo		
Indicador n.º 4: Total de controles preventivos en adolescentes de 10 a 19 años / Total de inscripciones de adolescentes realizadas durante el año previo x 100		
1	Estándar:	Control preventivo en adolescentes de 10 a 19 años.
2	Tipo	Proceso.
3	Justificación	El lograr el seguimiento de un adolescente permite la identificación de factores de riesgo y protectores en la salud de adolescentes y brindar una atención integral de manera multidisciplinaria.
4	Objetivo	Aumentar el número de adolescentes que acceden a una atención integral preventiva.
5	Tipo de medida	Porcentual.
6	Numerador	Total de controles preventivos en adolescentes de 10 a 19 años.
7	Denominador	Total de inscripciones de adolescentes realizadas durante el año previo.
8	Umbral	80%.
9	Fuente de datos	SIMMOW.
10	Técnica de recolección	Ruta: revisar en el SIMMOW, atención ambulatoria, preventivos, atención adolescentes.
11	Muestra/Universo	Total de adolescentes en atención preventiva.
12	Periodicidad de medición	Trimestral.
13	Unidad responsable	Unidad de Atención Integral de Mujer, Niñez y Adolescentes.
14	Comentario relevante:	N/A

Componente 9: Mujeres en edad fértil

Nombre: Porcentaje de usuarias activas de métodos temporales y permanentes.		
Indicador n.º 1: Total de usuarias activas de métodos temporales y permanentes / Total de mujeres en edad fértil.* X 100		
1	Estándar:	Total de usuarias activas de métodos temporales y permanentes en el periodo
2	Tipo	Resultado.
3	Justificación	Los servicios de anticoncepción como parte de la salud sexual y reproductiva, permiten a los hombres y mujeres decidir libremente y con base a información completa y confiable la utilización de métodos anticonceptivos modernos. Además se considera la importancia que tienen los servicios de anticoncepción como pilar de maternidad segura en contribución a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna e infantil.
4	Objetivo	Medir la utilización de los servicios de anticoncepción que tienen principalmente las mujeres en edad fértil, que implica la protección para no tener un embarazo no planeado o no deseado.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de usuarias activas de métodos temporales y permanentes en el periodo
7	Denominador	Total de mujeres en edad fértil.*
8	Umbral	35% a 37% MINSAL 72 a 75% para Encuesta Nacional de Salud
9	Fuente del dato	SIMMOW, SEPS.
10	Técnica de recolección	Ruta: Revisión de datos en sistema de información: SIMMOW: Atención ambulatoria/ preventivo/ planificación familiar / usuarias activas. SEPS: Reportes: producción/ general / abastecimiento de métodos temporales Usuarías activas en abastecimiento. Reportes: producción/ general /PF métodos permanentes / usuaria activa/ resultado Dato; Sumatoria de los tres datos
11	Muestra/Universo	Representan universo de usuarias activas que están utilizando métodos.
12	Periodicidad de medición	Trimestral.
13	Dependencia responsable	Unidad de atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia.
14	Comentario relevante:	*Para MINSAL 80% de la población en edad fértil (-) el 15% de la población infértil.

Nombre: Tasa de tamizaje para detección de cáncer cérvico uterino en mujeres de 20 a 59 años de edad en un periodo de 12 meses		
Indicador n.º 2: Total de mujeres de 20 a 59 años de edad, que han sido tamizadas para detección de cáncer cérvico uterino por primera vez en el periodo de 12 meses /15 % de la población de mujeres de 20 a 59 años, responsabilidad del MINSAL x 100.		
1	Estándar:	Tamizaje para detección temprana de cáncer cervico uterino
2	Tipo	De resultado.
3	Justificación	Desde el punto de vista de la historia natural del cáncer cérvico uterino, el período comprendido entre los 20 y 59 años de edad, constituye el mejor momento para detectar lesiones pre cancerosas resultantes de infecciones crónicas persistentes por VPH. La medición anual de las tasas de tamizaje para detección cáncer cérvico uterino, permitirá en un periodo de 5 años, medir el porcentaje acumulado, el cual se espera que cause impacto en la reducción de la incidencia y morbi-mortalidad por esta patología, ello con base a criterios de salud pública. La medición puede realizarse a nivel nacional, regional, departamental y por establecimiento
4	Objetivo	Medir la efectividad con que el programa de tamizaje alcanza a la población diana por primera vez en la vida en un período de un año.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de mujeres de 20 a 59 años de edad, que han sido tamizadas para detección de cáncer cérvico uterino por primera vez en el periodo evaluado*
7	Denominador	15 % de la población de mujeres de 20 a 59 años, responsabilidad del MINSAL.
8	Umbral	15 % anual.
9	Fuente de datos	Numerador: SIMMOW. Denominador: Población DIGESTYC.
10	Técnica de recolección	Ruta: Numerador: Atención ambulatoria / preventivo/ examen clínico y mama: Sumatoria de citología de primera vez / subsecuente /VPH (según este disponible), Denominador: Del 100% de la población de mujeres de 20 a 59 años, calcular el 80% (se asume de responsabilidad del Ministerio de Salud) a este 80% específico extraerle el 15% que corresponde a la meta del año
11	Muestra/Universo	La población de mujeres de 20 a 59 años del área de responsabilidad.
12	Periodicidad de medición	Trimestral.
13	Unidad responsable	Unidad de Enfermedades no Transmisibles Priorizadas.
14	Comentario relevante	Nota. Si se definiera de forma oficial para este fin , otro porcentaje de población de responsabilidad, adapte el cálculo del denominador. * Entendiéndose primera vez durante el periodo de 12 meses y en la periodicidad de 3 meses de medición del indicador.

Nombre: Tasa de positividad de la prueba de tamizaje para detección de cáncer cérvico uterino en población de mujeres de 30 a 59 años.(primera vez y subsecuente)

Indicador n.º3: Total de tamizaje positivo (primera vez y subsecuente) para detección de cáncer cérvico uterino en mujeres de 30 a 59 años de edad / Total de tamizajes realizado (primera vez y subsecuente) en mujeres de 30 a 59 años x 100

1	Estándar:	Positividad de tamizaje para cáncer cervico uterino
2	Tipo	Resultado
3	Justificación	Siendo el cáncer de cérvix la primera causa de carga de cáncer femenino a nivel nacional, es fundamental determinar la positividad de lesiones pre canceroso a fin de brindar tratamiento oportuno basado en los Lineamientos de prevención y control del cáncer cérvico uterino y mama. La medición se puede realizar a nivel nacional, regional, departamental y por establecimiento).
4	Objetivo	Conocer el comportamiento de la infección por el VPH en la población femenina de El Salvador a fin de planear intervenciones oportunas.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de tamizaje positivo (primera vez y subsecuente) para detección de cáncer cérvico uterino en mujeres de 30 a 59 años de edad.
7	Denominador	Total de tamizajes realizado (primera vez y subsecuente) en mujeres de 30 a 59 años.
8	Umbral	2-3 % anual (estimado de positividad con PAP).
9	Fuente de datos	Numerador: VIGEPES. Denominador: SIMMOW.
10	Técnica de recolección	Ruta: Numerador: VIGEPES: Ruta 1: Consulta- Vigi cáncer- Reporte consolidado- citología. Ruta2: vige pes / Monitoreo / vigicancer / individual / citología. Denominador: SIMMOW- atención ambulatoria-preventivo-examen clínico y mama- edad de 30 a 59 años.
11	Muestra/Universo	Univero
12	Periodicidad de medición	Trimestral.
13	Unidad responsable	Unidad de Enfermedades no Transmisibles Priorizadas / DENT.
14	Comentario relevante:	N/A

Nombre: Mujeres afectadas por violencia en sus diferentes formas incorporadas en grupo de auto ayuda.		
Indicador n.º 4: Total de mujeres que consultan por primera vez por cualquier forma de violencia y que se encuentran en el grupo de auto ayuda/ Total de mujeres que consultan con diagnóstico primario o secundario de primera vez, por violencia en sus diferentes formas x 100		
1	Estándar:	Toda mujer que consulta por violencia en sus diferentes formas es incorporada al grupo de auto ayuda en establecimientos con personal de salud capacitado.
2	Tipo	Proceso.
3	Justificación	La incorporación de las mujeres afectadas por violencia en grupos auto ayuda permite la reparación del daño ocasionado por la situación de violencia y recuperar su proyecto de vida, y responde al <i>Plan Operativo Institucional</i> .
4	Objetivo	Medir en porcentaje el número de mujeres afectadas por violencia que son incorporadas a grupos de auto ayuda.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de mujeres que consultan por primera vez por cualquier forma de violencia y que se encuentran en el grupo de auto ayuda.
7	Denominador	Total de mujeres que consultan con diagnóstico primario o secundario de primera vez, por violencia en sus diferentes formas.
8	Umbral	Del 50% al 100%.
9	Fuente del dato	Sistema Estadístico de Producción de Servicios (SEPS) y SIMMOW.
10	Técnica de recolección	Ruta: Revisión del sistema de información SEPS (numerador) en el Tabulador de Prevención de la Violencia y Promoción de la Salud / Estrategias para el Abordaje de la Violencia y SIMMOW Denominador en la ruta Atención ambulatoria/ Violencia,/ Consolidado CIE-10 Atenciones, (realizar sumatoria de Violencia Física, psicológica, sexual, autoinflingida, negligencia y abandono).
11	Muestra/Universo	Mujeres afectadas por violencia en sus diferentes formas que consultan por primera vez, en los establecimientos de salud con personal capacitado en grupos de auto ayuda.
12	Periodicidad de medición	Mensual.
13	Dependencia responsable	Unidad de Atención Integral a Todas las Formas de Violencia.
14	Comentario relevante:	N/A

Nombre: Mujeres que reciben consulta médica de primera vez por violencia sexual.		
Indicador n.º 5: Total de mujeres vistas de primera vez en consulta médica por violencia sexual / .Total de mujeres atendidas por primera vez por todas las formas de violencia durante el periodo x 100.		
1	Estándar:	Toda mujer que consulta por violencia sexual debe recibir atención médica oportuna.
2	Tipo	Proceso.
3	Justificación	Toda mujer afectada por violencia sexual debe recibir atención médica oportuna.
4	Objetivo	Identificar el número de mujeres afectadas por violencia sexual atendidas de primera vez en consulta médica, en la RIIS.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de mujeres vistas de primera vez en consulta médica por violencia sexual (SIMMOW).
7	Denominador	Total de mujeres atendidas por primera vez por todas las formas de violencia durante el periodo.
8	Umbral	No aplica.
9	Fuente del dato	Sistema de Información Morbimortalidad.
10	Técnica de recolección	Ruta: Revisión del Sistema de Información Morbimortalidad (SIMMOW) Numerador: Atención ambulatoria luego violencia, luego consolidado CIE-10 atenciones, obtener el total de mujeres atendidas en consulta médica de primera vez, por violencia sexual Denominador (SIMMOW) en la ruta: Atención ambulatoria luego violencia, luego consolidado CIE-10 atenciones, hacer la Sumatoria de mujeres atendidas por violencia física, psicológica, sexual, autoinflingida, negligencia y abandono).
11	Muestra/Universo	Mujeres afectadas por violencia física atendidas en consulta médica en la RIIS.
12	Periodicidad de medición	Mensual.
13	Dependencia responsable	Unidad de Atención Integral a Todas las Formas de Violencia.
14	Comentario relevante:	El indicador mide la Incidencia de la violencia sexual, considerada una de las forma más grave de la violencia, en relación al total de todas las formas de violencia (física, sexual, psicológica, autoinflingida, negligencia y abandono) en la cual se determina el predominio de la forma de violencia, las consecuencias a la salud de la persona y las intervenciones a desarrollar. No es posible hacer la medición de este indicador en base a la detección en el establecimiento debido a que existen casos por demanda espontánea y los referidos por otras instancias como PNC, FGR y Juntas de Protección. Además todo persona afectada por violencia debe recibir según Lineamientos técnicos consulta médica(en ningún momento debe ser abordado unicamente solo por personal de psicología), siendo la fuente del dato, el <i>Registro diario de la consulta ambulatoria</i> obtenida del médico responsable de la consulta, por lo tanto la fuente vendría a ser la misma tanto para el numerados como para el denominador, obteniéndose siempre como resultado el 100% atendidos por médico.

Nombre: Mujeres que reciben consulta psicológica de primera vez por violencia sexual.		
Indicador n.º6: Total de mujeres vistas de primera vez en consulta psicológica por violencia sexual / Total de consultas médicas de primera vez en mujeres por violencia sexual x 100.		
1	Estándar:	Toda mujer que consulta por violencia sexual de primera vez, debe recibir atención psicológica.
2	Tipo	Proceso.
3	Justificación	Toda mujer afectada por violencia sexual debe recibir atención psicológica oportuna.
4	Objetivo	Identificar el número de mujeres afectadas por violencia sexual que reciben según lineamientos atención psicológica en la RIIS.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de mujeres vistas de primera vez en consulta psicológica por violencia sexual.(SIMMOW).
7	Denominador	Total de consultas médicas de primera vez en mujeres por violencia sexual.(SIMMOW).
8	Umbral	Consulta psicológica en el 100 % de mujeres vistas en consulta médica de primera vez, por violencia sexual.
9	Fuente del dato	Sistema de Información de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW) y Libro de casos atendidos por violencia, libro de referencia y retorno.
10	Técnica de recolección	Ruta: Revisión del Sistema de Información de Morbimortalidad (SIMMOW), Numerador: Atención ambulatoria, luego Violencia, luego consolidado CIE-10 atenciones, aplicar filtro Recursos: Psicólogo clínico ver total de consultas psicológicas de primera vez, por violencia sexual. Denominador en la ruta: Atención ambulatoria, luego Violencia, luego consolidado CIE-10 atenciones, ver total de consultas médicas de primera vez, por violencia sexual. En el caso de los establecimientos que no cuentan con personal de psicología por lo que refieren a otro establecimiento, la atención psicológica debe ser obtenida del Libro de Referencia y Retorno, así como el Libro de casos atendidos por violencia.
11	Muestra/Universo	Mujeres afectadas por violencia sexual atendidas en consulta psicológica de primera vez, en la RIIS.
12	Periodicidad de medición	Mensual.
13	Dependencia responsable	Unidad de Atención Integral a Todas las Formas de Violencia.
14	Comentario relevante:	N/A

Nombre: Mujeres afectadas por violencia física que reciben consulta médica de primera vez.		
Indicador n.º 7: Total de mujeres que reciben consulta médica de primera vez por violencia físico / Total de mujeres atendidas en consulta médica por primera vez, por todas las formas de violencia x 100		
1	Estándar:	Toda mujer que consulta por violencia física debe recibir atención médica.
2	Tipo	Proceso.
3	Justificación	Toda mujer afectada por violencia física debe recibir atención médica oportuna.
4	Objetivo	Medir el porcentaje de mujeres afectadas por violencia física, que reciben atención médica de primera vez en la RIIS.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de mujeres que reciben consulta médica de primera vez por violencia física.
7	Denominador	Total de mujeres atendidas en consulta médica por primera vez, por todas las formas de violencia.
8	Umbral	No aplica.
9	Fuente del dato	Sistema de Información Morbimortalidad.
10	Técnica de recolección	Ruta: Revisión del Sistema de Información Morbimortalidad (SIMMOW) Numerador: Atención ambulatoria luego violencia, luego consolidado CIE-10 atenciones, obtener el total de mujeres atendidas de primera vez, por violencia física). Denominador (SIMMOW), en la ruta: atención ambulatoria luego violencia, luego consolidado CIE-10 atenciones, hacer la sumatoria de mujeres atendidas por violencia física, psicológica, sexual, autoinflingida, negligencia y abandono).
11	Muestra/Universo	Mujeres afectadas por violencia física atendidas en consulta médica, de primera vez, en la RIIS.
12	Periodicidad de medición	Mensual.
13	Dependencia responsable	Unidad de Atención Integral a Todas las Formas de Violencia.
14	Comentario relevante:	El indicador mide la Incidencia de la violencia física en relación al total de todas las formas de violencia (física, sexual, psicológica, autoinflingida, negligencia y abandono) en la cual se determina el predominio de la forma de violencia, las consecuencias a la salud de la persona y las intervenciones a desarrollar. No es posible hacer la medición de este indicador en base a la detección en el establecimiento debido a que existen casos por demanda espontánea y los referidos por otras instancias como PNC, FGR y Juntas de protección. Además todo persona afectada por violencia debe recibir según <i>Lineamientos técnicos consulta médica</i> , siendo la fuente del dato el <i>Registro diario de la consulta ambulatoria</i> obtenida del médico responsable de la consulta, por lo tanto la fuente vendría a ser la misma tanto para el numerador como para el denominador, obteniéndose siempre como resultado el 100 % atendidos por médico.

Nombre: Mujeres que reciben consulta médica de primera vez por violencia psicológica.		
Indicador n.º 8: Total de mujeres vistas de primera vez en consulta médica por violencia psicológica / Total de mujeres atendidas por primera vez por todas las formas de violencia x100		
1	Estándar:	Toda mujer que consulta por violencia psicológica debe recibir atención médica.
2	Tipo	Proceso.
3	Justificación	Toda mujer afectada por violencia psicológica debe recibir atención médica oportuna.
4	Objetivo	Identificar el número de mujeres afectadas por violencia psicológica atendidas en consulta médica de primera vez, en la RIIS.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de mujeres vistas de primera vez en consulta médica por violencia psicológica.
7	Denominador	Total de mujeres atendidas por primera vez por todas las formas de violencia. (SIMMOW: Atención ambulatoria luego violencia, luego consolidado CIE-10 atenciones, hacer la Sumatoria de mujeres atendidas por violencia física, psicológica y sexual).
8	Umbral	No aplica.
9	Fuente del dato	Sistema de Información Morbimortalidad.
10	Técnica de recolección	Ruta: Revisión del Sistema de Información de Morbimortalidad (SIMMOW). Numerador: número de mujeres vistas de primeras vez en consulta médica por violencia psicológica. Denominador (SIMMOW) en la ruta: Atención ambulatoria luego violencia, luego consolidado CIE-10 atenciones, obtener el total de mujeres atendidas por violencia psicológica, física, sexual, autoinflingida, negligencia y abandono).
11	Muestra/Universo	Mujeres afectadas por violencia psicológica atendidas en consulta médica de primera vez, en la RIIS.
12	Periodicidad de medición	Mensual.
13	Dependencia responsable	Unidad de Atención Integral a Todas las Formas de Violencia.
14	Comentario relevante:	El indicador mide la incidencia de la violencia psicológica en relación al total de todas las formas de violencia (física, sexual, psicológica, auto inflingida, negligencia y abandono) en la cual se determina el predominio de la forma de violencia, las consecuencias a la salud de la persona y las intervenciones a desarrollar. No es posible hacer la medición de este indicador en base a la detección en el establecimiento debido a que existen casos por demanda espontánea y los referidos por otras instancias como PNC, FGR y Juntas de Protección. Además todo persona afectada por violencia debe recibir según <i>Lineamientos técnicos consulta médica</i> (no debe ser abordado unicamente por el personal de psicología), siendo la fuente del dato el <i>Registro diario de la consulta ambulatoria</i> obtenida del médico responsable de la consulta, por lo tanto la fuente vendría a ser la misma tanto para el numerador como para el denominador, obteniéndose siempre como resultado el 100% atendidos por médico.

Nombre: Personas víctimas de trata que reciben atención médica de primera vez.		
Indicador n.º9: Total de personas atendidas por primera vez, en condición de Trata que reciben atención médica por cualquier diagnóstico / Total de personas atendidas en consulta médica de primera vez, por cualquier forma de violencia incluyendo la trata de personas x 100		
1	Estándar:	Toda persona detectada en condición de trata reciba atención médica oportuna.
2	Tipo	Proceso.
3	Justificación	La trata de persona es considerada una de la formas de violencia que mas daño ocasionan a la salud de las personas que la sufren, por tal motivo debe ser atendida de forma integral, iniciando por la atención médica.
4	Objetivo	Brindar atención integral a personas en situación de trata.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de personas atendidas por primera vez, en condición de Trata que reciben atención médica por cualquier diagnóstico (SIMMOW).
7	Denominador	Total de personas atendidas en consulta médica de primera vez, por cualquier forma de violencia incluyendo la trata de personas.
8	Umbral	No aplica.
9	Fuente del dato	SIMMOW, SEPS.
10	Técnica recolección de	Ruta: Revisión del Sistema de Información de Morbimortalidad (SIMMOW), Numerador: total de personas vistas en consulta médica de primera vez, por cualquier diagnóstico, en condición de trata, para ello aplicar filtro «condición» y obtener el dato de las personas atendidas en consulta médica, de primera vez, en condición de trata). El denominador: realizar Sumatoria de las consultas médicas de primera vez por todas las formas de violencia (violencia sexual, física, psicológica, autoinflingida, negligencia y abandono, trata de personas.
11	Muestra/Universo	Total de personas en situación de Trata atendidas en consulta médica.
12	Periodicidad de medición	Mensual.
13	Dependencia responsable	Unidad de Atención Integral a Todas las Formas de Violencia.
14	Comentario relevante:	N/A

Nombre: Porcentaje de mujeres con alto riesgo reproductivo inscritas en consulta de alto riesgo reproductivo		
Indicador n.º 10: Total de mujeres inscritas en consulta de alto riesgo reproductivo / Total de mujeres con alto riesgo reproductivo identificadas x 100		
1	Estándar:	.Mujer con alto riesgo reproductivo inscrita en consulta de alto riesgo reproductivo
2	Tipo	Proceso.
3	Justificación	La consulta de alto riesgo reproductivo CARR está dirigida a mujeres en edad fértil no embarazadas con condiciones o patologías de Alto Riesgo reproductivo constituyendo un aumento de las posibilidades de enfermar o morir en caso de embarazarse al respecto de la población de mujeres en edad fértil en general.
4	Objetivo	Brindar a toda mujer con alto riesgo reproductivo una atención de calidad, consejería adecuada para la mejor decisión libre e informada sobre su vida reproductiva.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de mujeres inscritas en consulta de alto riesgo reproductivo(CARR)
7	Denominador	Total de mujeres con alto riesgo reproductivo identificadas x 100.
8	Umbral	85%
9	Fuente del datos	Datos locales de los establecimientos y base de cada región de listado de MEF con alto riesgo reproductivo.
10	Técnica de recolección	Ruta: SIMMOW: atención ambulatoria, preventivo, alto riesgo reproductivo. Datos locales de la identificación de mujeres en edad fértil con alto riesgo reproductivo.
11	Muestra/Universo	n.º de mujeres inscritas en consulta de alto riesgo reproductivo
12	Periodicidad de medición	Trimestral.
13	Dependencia responsable	Unidad de atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia.
14	Comentario relevante:	N/A

Componente 10: Mujer embarazada

Nombre: Razón de mortalidad materna		
Indicador n.º 1: Total de muertes de mujeres durante el embarazo, parto o puerperio / Proyección de nacidos vivos en El Salvador según el periodo de tiempo evaluado x 100000		
1	Estándar:	Mortalidad Materna
2	Tipo	Resultado.
3	Justificación	Se encuentra directamente relacionado con características como el nivel de complejidad de los servicios de gineceo-obstetricia de la institución, la no disponibilidad de insumos básicos que permitan resolver oportunamente una urgencia obstétrica, desarticulación interinstitucional, deficiencias en la red de referencia y retorno, el nivel socio cultural de las gestantes que demandan servicios en la institución, su perfil epidemiológico y el seguimiento o no del embarazo a través del control prenatal.
4	Objetivo	La monitorización de este indicador permitirá ofrecer elementos de juicio para generar procesos de mejoramiento en todas estas áreas de la gestión institucional.
5	Tipo de medida	Razón.
6	Numerador	Total de muertes de mujeres durante el embarazo, parto o puerperio (hasta 42 días después del parto) por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales.
7	Denominador	Proyección de nacidos vivos en El Salvador según el periodo de tiempo evaluado *
8	Umbral	Razón de mortalidad materna menos de 35 por 100 000 nacidos vivos.
9	Fuente del dato	SIMMOW, VIGEPES, BASE DE DATOS.
10	Técnica de recolección	Ruta: Migración de datos de los sistemas institucionales como SIMMOW, VIGEPES. Búsqueda en el tabulador de base de muerte materna.
11	Muestra/Universo	Los datos de razón de mortalidad materna representan el universo de muertes maternas directas e indirectas de ocurrencia temprana que ocurren en el periodo de un año.
12	Periodicidad de medición	Anual.
13	Dependencia responsable	Unidad de Atención Integral a La Mujer, Niñez y Adolescencia.
14	Comentario relevante:	* El Salvador: Estimaciones y proyecciones de población nacional 2005-2050 y departamental 2005-2025)

Nombre: Inscripción prenatal precoz *		
Indicador n.º 2: Total de gestantes inscritas al control prenatal antes de las 12 semanas de gestación./ Total de gestantes inscritas en control prenatal x 100		
1	Estándar:	Control prenatal temprano.
2	Tipo	Proceso.
3	Justificación	El Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal. Mediante el control prenatal, se puede vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo o hija. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbilidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer en edad fértil como es la mortalidad materna.
4	Objetivo	Conocer el cociente entre el número de gestantes que ingresan al control prenatal antes de las 12 semanas de gestación y el número total de gestantes en control prenatal en el periodo, multiplicado por 100 y expresado como porcentaje.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de gestantes inscritas al control prenatal antes de las 12 semanas de gestación.
7	Denominador	Total de gestantes inscritas en control prenatal.
8	Umbral	85%
9	Fuente del dato	Numerador y denominador SIMMOW Ruta: Atención ambulatoria/ Preventivo / Atención materna / Inscripción control.
10	Técnica de recolección	Ruta: Atención ambulatoria/ Preventivo / Atención materna / Inscripción control.
11	Muestra/Universo	Los datos de inscripción temprana de control prenatal representan el universo de gestantes que consultan a control prenatal por primera vez antes de las 12 semanas de gestación.
12	Periodicidad de medición	Trimestral.
13	Dependencia responsable	Unidad de Atención Integral a La Mujer, Niñez y Adolescencia.
14	Comentario relevante:	* Proporción de gestantes que consulta a control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación

Nombre: Inscripción a control puerperal temprano.*		
Indicador n.º3: Total de puérperas que reciben control puerperal antes de los primeros 7 días posparto/ Total de mujeres que reciben control puerperal x 100		
1	Estándar:	Control puerperal precoz.
2	Tipo	Proceso.
3	Justificación	La endometritis, es una infección del útero generalmente asociada tanto al parto vaginal como a cesárea. Se caracteriza por la aparición de fiebre, en general en las primeras horas después del parto, y puede tener también dolor abdominal, inflamación, bus-involución uterina y loquios de mal olor. El inicio de la infección es precoz, 84% se presentaron dentro de los primeros 7 días. De ahí radica la importancia de evaluar tempranamente a la paciente puérpera.
4	Objetivo	Detectar oportunamente complicaciones en las pacientes puérperas.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de puérperas que reciben control puerperal antes de los primeros 7 días posparto.
7	Denominador	Total de mujeres que reciben control puerperal.
8	Umbral	De 85%.
9	Fuente del dato	SIMMOW.
10	Técnica de recolección	Ruta: Atención ambulatoria/ Preventivo/ Atención materna/ Inscripción control.
11	Muestra/Universo	Los datos de inscripción temprana de control puerperal representan el universo de puérperas que consultan a control puerperal por primera vez antes de los primeros 7 días posparto.
12	Periodicidad de medición	Trimestral.
13	Dependencia responsable	Unidad de Atención Integral a La Mujer, Niñez y Adolescencia.
14	Comentario relevante:	*Proporción de gestantes que consulta a control puerperal de primera vez antes de los primeros 7 días posparto.

Nombre: Porcentaje de partos extra hospitalario		
Indicador n.º 4: Total de nacimientos que son atendidos fuera de una institución de salud, en el período de referencia / Total de nacidos vivos en el periodo x 100		
1	Estándar:	Parto extra hospitalario
2	Tipo	Proceso.
3	Justificación	Todas las mujeres deben tener acceso a la atención especializada durante el embarazo y el parto para asegurar la detección y el manejo de las complicaciones.
4	Objetivo	Determinar la proporción de los nacimientos atendidos fuera de la institución, en relación a los nacidos vivos en general de un período determinado.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de nacimientos que son atendidos fuera de una institución de salud, en el período de referencia.
7	Denominador	Total de nacidos vivos en el periodo.
8	Umbral	Menos de 1%.
9	Fuente del dato	SIMMOW.
10	Técnica de recolección	Ruta: Numerador: Estadísticas vitales, nacidos vivos, exportar XLS, local parto (extra hospitalario y comunitario). Denominador: Estadísticas vitales/ Nacido vivo/ Reportes/ Exporta XLS local parto (todos).
11	Muestra/Universo	Todos los partos atendidos fuera de una institución de salud.*
12	Periodicidad de medición	Trimestral.
13	Dependencia responsable	Unidad de Atención Integral a La Mujer, Niñez y Adolescencia.
14	Comentario relevante:	Se tomara en cuenta en numerador:Total partos atendidos fuera de la institución incluyendo los nacidos muertos de estos „para poder determinar cuantos de los partos que no llegaron a la atención institucional lograron madre e hijo sin complicaciones en la atención y responder a la dificultad en acceso a los servicios por las barreras que se encuentren caracterizadas y por consiguiente la toma de decisiones para su intervención oportuna.

Nombre: Porcentaje de adolescentes inscritas a la atención materna.		
Indicador n.º 5: Total de adolescentes inscritas para atención materna/ Total de mujeres de todas las edades inscritas para la atención materna x 100		
1	Estándar:	Embarazo en adolescentes.
2	Tipo	Resultado.
3	Justificación	Cada establecimiento de salud debe conocer la cantidad de atenciones brindadas a las adolescentes respecto al total de inscripciones maternas para todas las edades.
4	Objetivo	Generar acciones como red para la prevención del embarazo en adolescentes, planteadas en la E estrategia nacional intersectorial de prevención de embarazo de niñas y adolescentes 2017-2027.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de adolescentes inscritas para atención materna.
7	Denominador	Total de mujeres de todas las edades inscritas para la atención materna.
8	Umbral	Menos de 30%.
9	Fuente de datos	SIMMOW.
10	Técnica de recolección	Ruta: Preventivo. Atención materna/ inscripción/ control/ por edad.
11	Muestra/Universo	Todas las adolescentes inscritas en atención materna.
12	Periodicidad de medición	Trimestral.
13	Unidad responsable	Unidad de Atención Integral de Mujer, Niñez y Adolescentes.
14	Comentario relevante:	N/A

Nombre: Adolescentes embarazadas que tuvieron más de un embarazo.		
Indicador n.º 6: Total de embarazadas adolescentes que han tenido más de un embarazo/ Total de embarazadas adolescentes. x 100		
1	Estándar:	Adolescentes embarazadas con multiparidad.
2	Tipo	Proceso.
3	Justificación	<p>La adolescencia es una etapa de la vida que por sus características biológicas, psicológicas y sociales no están preparados para afrontar responsablemente la maternidad y paternidad. Sin embargo en los servicios hospitalarios un 30 % de partos atendidos son en adolescentes y es prioritario considerar la prevención de un segundo o más embarazos en esta población, para reducir el número de adolescentes que tienen más de un hijo, así como para contribuir a incrementar los periodos intergenésicos y por ende la reducción de la morbilidad materna e infantil.</p> <p>Para ello es mandatorio el uso de métodos anticonceptivos seguros y eficaces para esta población, logrando una adherencia efectiva a los mismos.</p>
4	Objetivo	Contribuir a disminuir la morbilidad materna a través de la prevención de embarazos en población adolescentes, principalmente los que han tenido al menos un embarazo y mejorar la calidad de vida en esta población.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de embarazadas adolescentes que han tenido más de un embarazo.
7	Denominador	Total de embarazadas adolescentes.
8	Umbral	Menor18.5%.
9	Fuente del dato	SIP.
10	Técnica de recolección	Ruta: Programas de administración/ base de datos/descripción de una variable: edad materna (variable a describir)/ gestas previas (variable de estratificación) /ejecutar.
11	Muestra/Universo	Representan universo de embarazadas adolescentes.
12	Periodicidad de medición	Trimestral.
13	Dependencia responsable	Unidad de atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia.
14	Comentario relevante:	N/A

Nombre: Porcentaje de embarazadas de 10 a 49 años con sobrepeso y obesidad que recibe atención preventiva en primer nivel de atención.

Indicador n.º 7: Total de embarazadas de 10 a 49 años con sobrepeso y obesidad en la inscripción prenatal./Total, de embarazadas de 10 a 49 años con evaluación del estado nutricional en la inscripción en el período x 100

1	Estándar:	Vigilancia del sobrepeso y obesidad en mujeres embarazadas.
2	Tipo	Proceso.
3	Justificación	Los Lineamientos técnicos de atención integral vigentes exigen la vigilancia del estado nutricional de la embarazada a la inscripción y la clasificación del estado nutricional, para el manejo oportuno y adecuado del riesgo nutricional PQD. Objetivo 4, línea 4.2.9 /PEI: Eje E3. AE 3.1.2.7/ -POI: RE.3.1.2; AE.3.1.2.1; AC82 y ODS 2.
4	Objetivo	Identificar a embarazadas con sobrepeso y obesidad, a través de la vigilancia nutricional.
5	Tipo de medida	Porcentual.
6	Numerador	Total de embarazadas de 10 a 49 años con sobrepeso y obesidad en la inscripción prenatal.
7	Denominador	Total, de embarazadas de 10 a 49 años con evaluación del estado nutricional en la inscripción en el período.
8	Umbral	Menor de 25% (línea de base 2016).
9	Fuente de datos	SIMMOW.
10	Técnica de recolección	Ruta: Atención /ambulatoria/preventivo/atención materna/inscripción/ de 10 a 49 años.
11	Muestra/Universo	Numero de embarazadas de 10 a 49 años con sobrepeso y obesidad inscritas en control prenatal,durante el periodo evaluado.
12	Periodicidad de medición	Trimestral.
13	Unidad responsable	Unidad de Seguridad Alimentaria y Nutricional.
14	Comentario relevante:	N/A

Nombre: Porcentaje de mujeres embarazadas vacunadas con toxoide tetánico		
Indicador n.º8: .Total de refuerzo de Tdpa en la mujer embarazada / Total de mujeres embarazadas x 100		
1	Estándar:	Coberturas de vacunación con Tdpa en la mujer embarazada.
2	Tipo	Resultado.
3	Justificación	El tétanos es una enfermedad que tiene distribución mundial y no es exclusivo del ser humano. No es una enfermedad contagiosa de persona a persona, la enfermedad natural no confiere inmunidad y no deja secuelas. El tétanos neonatal presenta una mortalidad hasta del 90%. 2010: Último caso de tétanos neonatal en El Salvador.
4	Objetivo	Proteger al niño recién nacido a través de la vacunación de la madre con toxoide tetánico.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de Tdpa en la mujer embarazada. *
7	Denominador	Total de mujeres embarazadas.
8	Umbral	80-100%.
9	Fuente del dato	Sistema Nacional de Registro de Vacunas.
10	Técnica de recolección	Ruta: Monitoreo del Sistema Nacional de Registro de Vacunas/ Ingreso de datos/ Datos de producción y procedencia/ Procedencia/ Cobertura/ Adultos
11	Muestra/Universo	Universo.
12	Periodicidad de medición	Mensual.
13	Dependencia responsable	Dirección Nacional de Enfermedades Infecciosas/ Unidad de Vacunaciones e Inmunizaciones.
14	Comentario relevante:	* Se mide refuerzo de Tdpa en mujeres embarazadas

Componente 11: Persona adulta mayor

Nombre: Adultos mayores inscritos en atención.		
Indicador n.º 1: Total de adultos mayores inscritos de 60 años./ Total Población de adultos mayores (80%) de responsabilidad MINSAL x 100		
1	Estándar:	25 % población de adultos mayores inscritos
2	Tipo	Resultado.
3	Justificación	Parte de los compromisos del PQD y POI.
4	Objetivo	Implementar el modelo de atención integral en salud para las personas adultas mayores, con enfoques de derecho.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerado	Total de adultos mayores inscritos de 60 años.
7	Denominador	Total Población de adultos mayores (80%) de responsabilidad MINSAL
8	Umbral	25%.
9	Fuente del dato	SIMMOW.
10	Técnica de recolección	Ruta: Atención ambulatoria/preventivo/atención al adulto mayor/inscripción-control estado nutricional.
11	Muestra/Universo	Universo.
12	Periodicidad de medición	Trimestral.
13	Dependencia responsable	Unidad por el Derecho a la Salud.
14	Comentario relevante:	Formular políticas con perspectiva de género que aseguren un envejecimiento de calidad, tanto para las personas que viven en la ciudades como en campo y selva.

Nombre: Caso nuevos de personas adultas mayores con EPOC.		
Indicador n.º 2: Total de personas adultas mayores con diagnóstico de primera de vez de EPOC/ Total de personas adultas mayores atendidas por morbilidad respiratoria x 100		
1	Estándar:	3% de personas adultas mayores atendidas por primera vez con diagnóstico de EPOC
2	Tipo	Resultado.
3	Justificación	Parte de los compromisos del PQD y POI.
4	Objetivo	Fortalecer la atención integral de la persona adulta mayor a través de la detección temprana especializada.
5	Tipo de medida	Porcentaje por departamento y hospitales.
6	Numerador	Total de personas adultas mayores con diagnóstico de primera de vez de EPOC.
7	Denominador	Total de personas adultas mayores atendidas por morbilidad respiratoria.
8	Umbral	3%.
9	Fuente del dato	SIMMOW.
10	Técnica de recolección	Ruta: Para primer Nivel: Atención ambulatorias/ consultas/ resumen/ diagnóstico principal (rango) j44.0 a j44.9- edad: 60años y más. A nivel Hospitalario: Consulta-Mortalidad Morbilidad / causas mas frecuentes/ sexo sumar / Lista por morbilidad por capítulos/edad 60 años a mas. Luego enfermedades del sistema respiratorio/sumar: enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especifica, con exacerbación aguda, no especificada, con infección aguda de las vías respiratoria inferiores.
11	Muestra/Universo	Universo.
12	Periodicidad de medición	Trimestral.
13	Dependencia responsable	Unidad por el Derecho a la Salud.
14	Comentario relevante:	Formular políticas con perspectiva de género que aseguren un envejecimiento de calidad, tanto para las personas que viven en la ciudades como en campo y selva.

Nombre: Adultos mayores detectados con depresión.		
Indicador n.º 3: Total de consultas de primera vez de personas adultas mayores detectados con depresión /Total de población de responsabilidad MINSAL adultos mayores (80%) x100		
1	Estándar:	2% personas adultas mayores detectadas con depresión.
2	Tipo	Resultado.
3	Justificación	Parte de los compromisos del PQD y POI.
4	Objetivo	Fortalecer la atención integral en salud de las personas adultas mayores.
5	Tipo de medida	Porcentaje en RIIS.
6	Numerador	Total de consultas de primera vez de personas adultas mayores detectados con depresión.
7	Denominador	Total de población de responsabilidad MINSAL adultos mayores (80%).
8	Umbral	2%.
9	Fuente del dato	SIMMOW.
10	Técnica de recolección	Ruta: Atención ambulatoria / consultas-resumen / diagnostico: Principal(rango) F32.0 hasta F32.9 / edad: 60 años a mas.
11	Muestra/Universo	Universo.
12	Periodicidad de medición	Trimestral.
13	Dependencia responsable	Unidad por el Derecho a la Salud.
14	Comentario relevante:	N/A

Componente 12: Atención enfermedades no transmisibles priorizadas

Nombre: Porcentaje de Hospitalizaciones por diabetes mellitus no controlada con complicaciones en pacientes de todas las edades.		
Indicador n.º 1: Egresos de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus con complicaciones (excluye otra nacionalidad, incluye egresos vivos)/ Total de egresos con diagnóstico de Diabetes mellitus (excluye otra nacionalidad, incluye egresos vivos) x 100		
1	Estándar:	Todas las complicaciones por diabetes mellitus deben ser controladas y atendidas en los establecimientos de las RIIS
2	Tipo	Resultado
3	Justificación	Según la OMS, la diabetes mellitus constituye un número de muerte anuales de aproximadamente 1,5 millones; sin embargo, la cantidad de complicaciones es aún más elevada, es por ello que es necesario incluir dentro de la vigilancia integral para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, una específica de las complicaciones de personas con diagnóstico de diabetes mellitus. Según la OPS la hospitalización por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio (CSCA) es un indicador de actividad hospitalaria que resulta útil como medida indirecta del funcionamiento del primer nivel de atención. Un modelo de atención centrado en las personas y las comunidades requiere un primer nivel de atención con capacidad resolutoria suficiente para atender adecuadamente la promoción de la salud, la prevención y el manejo oportuno de condiciones de salud, lo cual resultaría en la disminución de hospitalizaciones evitables e innecesarias, y además puede proveer servicios de rehabilitación y paliativos más cercanos a las comunidades.
4	Objetivo	Medir la atención por complicaciones en pacientes con diabetes mellitus no controlada.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Egresos de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus con complicaciones (excluye otra nacionalidad, incluye egresos vivos). Código CIE-10 (E10.0 A E10.8, E11.0 A E11.8, E12.0 A E12.8, E13.0 A E13.8, E14.0 A E14.8).
7	Denominador	Total de egresos con diagnóstico de Diabetes mellitus (excluye otra nacionalidad, incluye egresos vivos). Código CIE-10 E10.0 a E14.9.
8	Umbral	% de Hospitalizaciones por complicaciones de diabetes mellitus, menor en comparación al periodo anterior
9	Fuente del dato	Sistema de morbimortalidad (egresos).
10	Técnica de recolección	Ruta: Extraer egresos de diabetes con complicaciones por Diabetes utilizando el código CIE-10 (E10.0 A E10.8, E11.0 A E11.8, E12.0 A E12.8, E13.0 A E13.8, E14.0 A E14.8). Atención hospitalaria / consulta/ mas-exportar xls.
11	Muestra/Universo	n.º de egresos de pacientes con diagnostico de diabetes mas complicaciones.
12	Periodicidad de medición	Trimestral/anual.
13	Dependencia responsable	Unidad de Enfermedades no Transmisibles Priorizadas /Dirección Nacional de Enfermedades no Transmisibles.
14	Comentario relevante:	Nota: Para efectos de evaluación la técnica de recolección se desagregará por departamento para evidenciar de que lugar proceden los pacientes con diabetes complicada. Si se calcula por hospital es un indicador útil para gestión de la atención de pacientes diabéticos.

Nombre: Porcentaje de consulta por trastornos mentales comunes atendidos en servicios de primer nivel de atención.		
Indicador n.º 2: Total de consultas de primera vez y subsecuente por trastornos mentales comunes atendidos en establecimientos del primer nivel de atención / Total de consultas de primera vez y subsecuente por trastornos mentales comunes atendidos en todos los niveles de atención x 100		
1	Estándar:	Desconcentración de la atención de los trastornos mentales comunes
2	Tipo	Resultado.
3	Justificación	Según datos de la OPS, la brecha de tratamiento de los trastornos mentales para la región de Las Américas, va desde un 75 a un 86%. En El Salvador, para el año 2016 se brindaron un total de 30374 atenciones para los trastornos de ansiedad en todos los establecimientos de salud de MINSAL, además de 6640 atenciones para depresión, para alcoholismo 2279 y para consumo de drogas un total de 203, por tanto, desagregar las atenciones por nivel de atención se vuelve importante para medir la cobertura y la descentralización de los establecimientos especializados hacia los establecimientos comunitarios.
4	Objetivo	Evaluar la cobertura que se va alcanzando en términos de servicios de salud del primer nivel de atención, partiendo de la base de que en un modelo comunitario de SM se traslada el eje de la atención.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de consultas de primera vez y subsecuente por trastornos mentales comunes atendidos en establecimientos del primer nivel de atención de MINSAL.*
7	Denominador	Total de consultas de primera vez y subsecuente por trastornos mentales comunes atendidos en todos los niveles de atención del MINSAL.**
8	Umbral	Porcentaje de consulta por trastornos mentales comunes en primer nivel de atención mayor que el año 2016.
9	Fuente del dato	SIMMOW.
10	Técnica de recolección	Ruta: Numerador:SIMMOW Atención ambulatoria/curativas/resumen/edad todas/servicio todos/primer nivel/casos todos-grupo diagnostico principal /trastornos mentales comunes Denominador: SIMMOW Atención ambulatoria/curativas/resumen/edad todas/servicio todos-nivel todos-casos todos-grupo diagnostico principal /trastornos mentales comunes.
11	Muestra/Universo	universo
12	Periodicidad de medición	Semestral.
13	Dependencia responsable	Unidad de Salud Mental /Dirección de Enfermedades no Transmisibles.
14	Comentario relevante:	Estándar internacional: Plan de acción de salud mental de OPS/OMS: Objetivo 2.2 Reducir el papel de los hospitales psiquiátricos. * Los trastornos mentales comunes son los que diagnósticos ubicados en las siguientes categorías: F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas, F32 Episodios depresivos, F41 Trastornos de ansiedad, F43 Reacciones a estrés grave y F90 Trastornos de la conducta. (incluye todas las edades, sospechosos, consulta externa, emergencia y extra mural). ** (incluye todas las edades, sospechosos, consulta externa, emergencia y extramural). Código CIE-10 F10-F19,F32,F41,F43,F90.

Nombre: Porcentaje de consulta por trastornos mentales graves atendidos en hospitales de segundo nivel.		
Indicador n.º 3: Total de consultas de primera vez y subsecuente con trastornos mentales graves atendidos en hospitales de segundo nivel / Total de consultas de primera vez y subsecuente por trastornos mentales graves atendidos en la red de hospitales de segundo nivel (incluye hospital psiquiátrico) MINSAL x 100		
1	Estándar:	Desconcentración de la atención de los trastornos mentales graves.
2	Tipo	Resultado.
3	Justificación	Según datos de la OPS, la brecha de tratamiento de los trastornos mentales para la región de Las Américas, va desde un 75 a un 86%. En El Salvador, para el año 2016 se brindaron un total de 14456 atenciones de personas con psicosis, 2564 para el trastorno bipolar y 7639 para los trastornos del desarrollo en la red de hospitales nacionales (exceptuando Hospital Nacional Psiquiátrico). Desagregar las atenciones por nivel de atención se vuelve importante para medir la cobertura y el proceso de descentralización de la atención de los trastornos mentales graves desde el nivel especializado hacia los hospitales generales.
4	Objetivo	Estimar la cobertura de servicios de salud mental para las personas con trastornos mentales graves en los hospitales de segundo nivel.
5	Tipo de medida	Porcentaje.
6	Numerador	Total de consultas de primera vez y subsecuente con trastornos mentales graves atendidos en hospitales de segundo nivel. *
7	Denominador	Total de consultas de primera vez y subsecuente por trastornos mentales graves atendidos en la red de hospitales de segundo nivel (incluye hospital psiquiátrico) MINSAL.**
8	Umbral	Porcentaje de consulta por trastornos mentales graves en hospitales de segundo nivel de atención mayor que el año 2016.
9	Fuente del dato	SIMMOW.
10	Técnica de recolección	Ruta: Numerador: atención ambulatoria/curativas/resumen/edad todas/servicio todos/segundo nivel/casos todos/grupo diagnóstico principal/ trastornos mentales graves. Denominador: atención ambulatoria/curativas/resumen/edad todas/servicio segundo nivel (incluye hospital psiquiátrico) todos/casos todos/grupo diagnóstico principal /trastornos mentales graves.
11	Muestra/Universo	Universo
12	Periodicidad de medición	Semestral.
13	Dependencia responsable	Unidad de Salud Mental /Dirección de Enfermedades no Transmisibles.
14	Comentario relevante:	Técnica de recolección; calcular este indicador desagregado por hospital, el denominador para todos los hospitales es el total de la consulta por trastornos mentales graves. Se valora que porcentaje del total de la consulta por trastornos mentales graves atendió cada hospital en el proceso de desconcentración de estos. *Los trastornos mentales graves son los que diagnósticos ubicados en las siguientes categorías: F00-F03. Demencia, F20-29. Psicosis, F30-31. Trastorno afectivo bipolar, F80 Trastorno Generalizado del Desarrollo, F90 Trastornos hiperkinéticos, X 60 – X84 Auto lesiones/suicidio. (incluye todas las edades, sospechosos, consulta externa, emergencia y extra mural). ** (Incluye todas las edades, sospechosos, consulta externa, emergencia y extra mural). Código CIE-10 F00-F03. Demencia, F20-29. Psicosis, F30-31. Trastorno afectivo bipolar, F80 Trastorno Generalizado del Desarrollo, F90 Trastornos hiperkinéticos, X 60 – X84 Auto lesiones/ Suicidio.

Nombre: Tasa de intentos suicidas en población de 10 años y más de edad.		
Indicador n.º4: Total de personas con intento suicida de 10 y más años de edad./ Total de la población de 10 y más años de edad (80%) x 100,000		
1	Estándar:	Medición del impacto de las intervenciones de Salud Publica
2	Tipo	Resultado.
3	Justificación	En las Américas, 65 000 personas mueren por suicidio cada año. La tasa de suicidio ajustada según la edad, por 100 000 habitantes, es de 7,3 (11,5 hombres y 3,0 mujeres). El suicidio es la tercera causa de muerte en el grupo de 20 a 24 años, y la cuarta en los grupos de edad de 10 a 19 y 25 a 44. La población de más de 70 años presenta la tasa más alta (12,4 por 100,000 habitantes).
4	Objetivo	Evaluar la conducta suicida, en particular los sobrevivientes a un acto suicida, como base para poder diseñar programas de prevención y control de la conducta suicida, sustentado en la evidencia científica.
5	Tipo de medida	Tasa x 100,000 habitantes.
6	Numerador	Total de personas con intento suicida de 10 y más años de edad.
7	Denominador	Total de la población de 10 y más años de edad *
8	Umbral	Menor o igual del resultado del período previo al evaluado.
9	Fuente del dato	Numerador: SIMMOW/ atención hospitalaria/ consultas/más/ exporta xls/ lista de egresos/ solo El Salvador/ edad 10 y más años de edad/condicion de salida vivo/diagnóstico principal/rango/causa externa/ x60- x84.9 Denominador: Proyecciones y estimaciones de población Dirección General de Estadística y Censo (DIGESTYC) 80% de la población de 10 años y más.
10	Técnica de recolección	Ruta: Numerador: SIMMOW/ atención hospitalaria/ consultas/más/ exporta xls/ lista de egresos/ solo El Salvador/edad 10 y más años de edad / condición de salida vivo-diagnostico principal / rango / causa externa/ x60/ x84.9 Denominador: Proyecciones y estimaciones de población Dirección General de Estadística y Censo (DIGESTYC) 80% de la población de 10 años y más.
11	Muestra/ Universo	Numero de intentos suicidas registrados en personas de 10 y mas años en el periodo evaluado
12	Periodicidad de medición	Semestral.
13	Dependencia responsable	Unidad de Salud Mental/Dirección de Enfermedades no Transmisibles.
14	Comentario relevante:	*para evaluación se toma el total de población asignada MINSAL (80%)

Nombre: Tasa de letalidad por diabetes mellitus en población de 30 a 69 años		
Indicador n.º 5: Total de egresos fallecidos por diabetes / Total de egresos totales (vivos y fallecidos) por diabetes x 1000		
1	Estándar:	Medición del impacto de las intervenciones de salud pública
2	Tipo	Resultado
3	Justificación	Según la OMS, En 2012, la diabetes fue la causa directa de 1,5 millones de muertes en todo el mundo. Gran parte de los casos de diabetes y sus complicaciones podrían prevenirse manteniendo una dieta saludable, una actividad física regular y un peso corporal normal y evitando el consumo de tabaco. En abril de 2016, la OMS publicó el <i>Informe mundial sobre la diabetes</i> , en el que se hace un llamado a la acción para reducir la exposición a los factores de riesgo conocidos de la diabetes de tipo 2 y mejorar el acceso y la calidad de la atención sanitaria para las personas que sufren la enfermedad en cualquiera de sus variantes. En El Salvador la diabetes ocupa el tercer lugar entre las causas de muerte de enfermedades no transmisibles y de acuerdo a la <i>Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas no Transmisibles en población adulta en El Salvador, ENECA-ELS 2015</i> , en la población de 20 años y más, el 21.8% tiene antecedente familiar de Diabetes mellitus, 25.2% de esta población son pre diabéticos y 12.5% son diabéticos.
4	Objetivo	Medir el impacto de las intervenciones de prevención y control de la Diabetes.
5	Tipo de medida	Tasa x 1000.
6	Numerador	Total de egresos fallecidos por diabetes (E10.0-E14.9).
7	Denominador	Total de egresos totales (vivos y fallecidos) por diabetes(E10.0-E14.9)
8	Umbral	Menor o igual a 5.45% (línea 2016).
9	Fuente del dato	Numerador: Sistema de morbimortalidad /egresos. Denominador: Sistema de morbimortalidad /egresos
10	Técnica de recolección	Ruta: SIMMOW Extraer de egresos las muertes por diabetes utilizando el código CIE-10 (E10-E14). Numerador muertes: atención hospitalaria/consulta/más/ grupo de 30 a 69 años-exporta xls/ solo El Salvador/condición de salida muerto/otro grupo/ diabetes mellitus Denominador: egresos vivos y muertos: atención hospitalaria/consulta/más/ edad de 30 a 69 años-exporta xls/ solo El Salvador/condición de salida ambos/otro grupo- diabetes mellitus.
11	Muestra/ Universo	Numero de egresos fallecidos por diabetes en el periodo evaluado.
12	Periodicidad de medición	Trimestral.
13	Dependencia responsable	Unidad de Enfermedades no Transmisibles Priorizadas/Dirección Nacional de Enfermedades no Transmisibles.
14	Comentario relevante:	N/A

Nombre: Tasa de mortalidad por enfermedad hipertensiva en población de 30 a 69 años.		
Indicador n.º 6: Total de muertes ocurrida por enfermedad hipertensiva en personas de 30 a 69 años/ Total de Población de 30 a 69 años x 100,000		
1	Estándar:	Medición del impacto de las intervenciones de salud pública
2	Tipo	Resultado.
3	Justificación	En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes. La hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular. El marco global de vigilancia de las enfermedades no transmisibles, establece que los países deben reducir al 2025 el 25% de la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas y cáncer. En El Salvador según la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas no Transmisibles en población adulta en El Salvador, ENECA-ELS 2015, en la población de 20 años y más, el 40.3% tiene antecedente familiar de hipertensión arterial, 27% de esta población son pre - hipertensos y 37% son hipertensos.
4	Objetivo	Medir el impacto de las intervenciones de prevención y control de la hipertensión.
5	Tipo de medida	Tasa x 100,000 habitantes.
6	Numerador	Total de muertes ocurrida por enfermedad hipertensiva en personas de 30 a 69 años. Código CIE-10 (I10 – I15.9: Enfermedad Hipertensiva).
7	Denominador	Total de Población de 30 a 69 años.
8	Umbral	Reducción al 2025 del 25% de la tasa de mortalidad tomando como línea base 2016.
9	Fuente del dato	Numerador: Sistema de morbimortalidad /hechos vitales Denominador: Proyecciones y estimaciones de población Dirección General de Estadística y Censo (DIGESTYC).
10	Técnica de recolección	Ruta: SIMMOW: estadísticas vitales/defunciones/reportes/exporta xls - solo el salvador/edad de 30 a 69 años-otro grupo, código CIE-10 (I10- I15.9 Enfermedad Hipertensiva).
11	Muestra/Universo	Numero muertes por enfermedad hipertensiva en personas de 30 a 69 años.
12	Periodicidad de medición	Semestral, anual.
13	Dependencia responsable	Unidad de Enfermedades no Transmisibles Priorizadas/Dirección Nacional de Enfermedades no Transmisibles.
14	Comentario relevante:	N/A

Nombre: Tasa de mortalidad por cáncer de mama en mujeres de 30 a 69 años.		
Indicador n.º7: Total de muertes ocurrida por cáncer de mama en mujeres de 30 a 69 años/ Total Población de mujeres de 30 a 69 años. X 100000		
1	Estándar:	Medición del impacto de las intervenciones de salud pública
2	Tipo	Resultado
3	Justificación	Cada año se producen 1,38 millones de nuevos casos y 458 000 muertes por cáncer de mama (IARC Globocan, 2008). El cáncer de mama es, el más frecuente en las mujeres, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. El marco global de vigilancia de las enfermedades no transmisibles, establece que los países deben reducir al 2025 el 25% de la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas y cáncer. En el Salvador el cáncer de mama ocupa el séptimo lugar entre las primeras 10 causas de muerte de la población general y entre el sexo femenino.
4	Objetivo	Medir el impacto de las intervenciones de prevención y control de cáncer de mama
5	Tipo de medida	Tasa x 100,000 mujeres
6	Numerador	Total de muertes ocurrida por cáncer de mama en mujeres de 30 a 69 años.*
7	Denominador	Total Población de mujeres de 30 a 69 años.
8	Umbral	Reducción al 2025 del 25% de la tasa de mortalidad tomando como línea base 2016.
9	Fuente del dato	Numerador: Sistema de morbilidad y mortalidad /hechos vitales. Denominador: Proyecciones y estimaciones de población Dirección General de Estadística y Censo (DIGESTYC)
10	Técnica de recolección	Ruta: SIMMOW - estadísticas vitales-defunciones-reportes-exporta xls-solo el salvador-edad de 30 a 69 años-otro grupo (código CIE-10 C50.0-C50.9).
11	Muestra/Universo	Numero de muertes por cáncer de mama en mujeres de 30 a 69 años durante el periodo evaluado.
12	Periodicidad de medición	Semestral, anual.
13	Dependencia responsable	Unidad de Enfermedades no Transmisibles /Dirección de Enfermedades no Transmisibles.
14	Comentario relevante:	*Código CIE-10 C50.0-C50.9

Nombre: Tasa de mortalidad por Cáncer de cérvix en mujeres de 30 a 69 años.		
Indicador n.º 8: Total de muertes ocurrida por cáncer de cérvix en mujeres de 30 a 69 años / Total Población de mujeres de 30 a 69 años del período evaluado x100000		
1	Estándar:	Medición del impacto de las intervenciones de salud pública
2	Tipo	Resultado
3	Justificación	El cáncer cérvico uterino es una de las amenazas más graves para la vida de las mujeres. Se calcula que actualmente en el mundo lo padecen más de un millón de mujeres. La mayoría de ellas no han sido diagnosticadas ni tienen acceso a un tratamiento que podría curarlas o prolongarles la vida. En el 2012 se diagnosticaron 528,000 casos nuevos, y 266 000 mujeres murieron de esta enfermedad, casi el 90% de ellas en países de ingresos bajos o medianos. Se prevé que, sin atención urgente, las defunciones debidas a cáncer cervicouterino podrían aumentar casi un 25% durante los próximos 10 años. El marco global de vigilancia de las enfermedades no transmisibles, establece que los países deben reducir al 2025 el 25% de la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas y cáncer. En El Salvador el cáncer de cérvix ocupa el quinto lugar entre los primeros 10 causas de muerte por cáncer en la población general y el segundo lugar en el sexo femenino.
4	Objetivo	Medir el impacto de las intervenciones de prevención y control de Cáncer de cérvix.
5	Tipo de medida	Tasa x 100,000 mujeres
6	Numerador	Total de muertes ocurrida por cáncer de cérvix en mujeres de 30 a 69 años*.
7	Denominador	Total Población de mujeres de 30 a 69 años del período evaluado.
8	Umbral	Reducción al 2025 del 25% de la tasa de mortalidad tomando como línea base 2016.
9	Fuente del dato	Numerador: Sistema de morbimortalidad /Hechos vitales. Denominador: Proyecciones y estimaciones de población Dirección General de Estadística y Censo (DIGESTYC).
10	Técnica recolección de	Ruta: SIMMOW /estadísticas vitales-defunciones-reportes-exporta xls-solo el salvador- edad de 30 a 69 años-otro grupo código CIE-10(C53.0-C53.9).
11	Muestra/Universo	Numero de muertes por cáncer de cérvix en mujeres de 30 a 69 años ocurridas durante el periodo evaluado.
12	Periodicidad medición de	Semestral, anual.
13	Dependencia responsable	Unidad de Enfermedades no Transmisibles Priorizadas/Dirección Nacional de Enfermedades no Transmisibles.
14	Comentario relevante:	*código CIE-10(C53.0-C53.9).

Nombre: Tasa de mortalidad por Cáncer de próstata en hombres de 30 a 69 años.		
Indicador n.º 9: Total de muertes ocurrida por cáncer de próstata en hombres de 30 a 69 años./ Total Población de hombres de 30 a 69 años del período evaluado x 100000		
1	Estándar:	Medición del impacto de las intervenciones de salud pública
2	Tipo	Resultado
3	Justificación	En el Salvador el cáncer de próstata ocupa el sexto lugar entre las primeras 10 causas de muerte por cáncer en el hombre. El marco global de vigilancia de las enfermedades no transmisibles, establece que los países deben reducir al 2025 el 25% de la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas y cáncer.
4	Objetivo	Medir el impacto de las intervenciones de prevención y control de Cáncer de próstata.
5	Tipo de medida	Tasa x 100,000 hombres.
6	Numerador	Total de muertes ocurrida por cáncer de próstata en hombres de 30 a 69 años.
7	Denominador	Total Población de hombres de 30 a 69 años del período evaluado.
8	Umbral	Reducción al 2025 del 25% de la tasa de mortalidad tomando como línea base 2016.
9	Fuente del dato	Numerador: Sistema de morbimortalidad/Estadísticas vitales. Denominador: Proyecciones y estimaciones de población Dirección General de Estadística y Censo (DIGESTYC).
10	Técnica de recolección	Ruta: SIMMOW /estadísticas vitales / defunciones-reportes-exporta xls-solo el salvador-edad de 30 a 69 años-otro grupo código CIE-10(C61).
11	Muestra/Universo	Numero muertes por cáncer de próstata en hombres de 30 a 69 años durante el periodo evaluado.
12	Periodicidad de medición	Semestral, anual.
13	Dependencia responsable	Unidad de Enfermedades no Transmisibles Priorizadas/Dirección Nacional de Enfermedades no Transmisibles.
14	Comentario relevante:	*código CIE-10(C61).

Nombre: Tasa de mortalidad por insuficiencia renal crónica en población de todas las edades.		
Indicador n.º 10: Total de muertes ocurridas por insuficiencia renal crónica / Población total x 100000		
1	Estándar:	Medición del impacto de las intervenciones de salud pública
2	Tipo	Resultado.
3	Justificación	La enfermedad renal crónica afecta a cerca del 10% de la población mundial. Se puede prevenir, pero no tiene cura, suele ser progresiva, silenciosa y no presentar síntomas hasta etapas avanzadas, cuando las soluciones como la diálisis y el trasplante de riñón, ya son altamente invasivas y costosas. Muchos países carecen de recursos suficientes para adquirir los equipos necesarios o cubrir estos tratamientos para todas las personas que los necesitan. La cantidad de especialistas disponibles también resultan insuficientes. De acuerdo a la <i>Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas no Transmisibles en población adulta en El Salvador, ENECA-ELS 2015</i> , en la población de 20 años y más, el 8.7% tiene antecedente familiar de Enfermedad renal crónica, 12.6% de esta población tienen algún grado de enfermedad renal crónica y 8.5% son considerados con insuficiencia renal crónica.
4	Objetivo	Medir el impacto de las intervenciones de prevención y control de insuficiencia renal crónica.
5	Tipo de medida	Tasa x 100,000 habitantes
6	Numerador	Total de muertes ocurridas por insuficiencia renal crónica.
7	Denominador	Población total.
8	Umbral	Reducción al 2025 del 25% de la tasa de mortalidad tomando como línea base 2016.
9	Fuente del dato	Numerador: Sistema de morbimortalidad /estadísticas vitales. Denominador: Proyecciones y estimaciones de población Dirección General de Estadística y Censo (DIGESTYC).
10	Técnica de recolección	Ruta: SIMMOW-estadísticas vitales-defunciones-reportes-exporta xls-solo el salvador-otro grupo utilizando el código CIE-10(N18.0-N18.9) excluyendo muertes de otra nacionalidad.
11	Muestra/Universo	Numero de muertes por insuficiencia renal crónica durante le periodo evaluado.
12	Periodicidad de medición	Semestral, anual.
13	Dependencia responsable	Unidad de Enfermedades no Transmisibles Priorizadas/Dirección Nacional de Enfermedades no Transmisibles.
14	Comentario relevante:	N/A

Nombre: Tasa de mortalidad por diabetes mellitus en población de 30 a 69 años.		
Indicador n.º 11: Total de fallecidos por diabetes /Total población de 30 a 69 años. X 100000		
1	Estándar:	Medición del impacto de las intervenciones de salud pública
2	Tipo	Resultado.
3	Justificación	Según la OMS, En 2012, la diabetes fue la causa directa de 1,5 millones de muertes en todo el mundo. Gran parte de los casos de diabetes y sus complicaciones podrían prevenirse manteniendo una dieta saludable, una actividad física regular y un peso corporal normal y evitando el consumo de tabaco. En abril de 2016, la OMS publicó el Informe mundial sobre la diabetes, en el que se hace un llamamiento a la acción para reducir la exposición a los factores de riesgo conocidos de la diabetes de tipo 2 y mejorar el acceso y la calidad de la atención sanitaria para las personas que sufren la enfermedad en cualquiera de sus variantes. En El Salvador la diabetes ocupa el tercer lugar entre las causas de muerte de enfermedades no transmisibles y de acuerdo a la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas no Transmisibles en población adulta en El Salvador, ENECA-ELS 2015, en la población de 20 años y más, el 21.8% tiene antecedente familiar de diabetes mellitus, 25.2% de esta población son pre-diabéticos y 12.5% son diabéticos.
4	Objetivo	Medir el impacto de las intervenciones de prevención y control de la diabetes.
5	Tipo de medida	Tasa x 100,000 habitantes
6	Numerador	Total de fallecidos por diabetes (E10.0-E14.9).
7	Denominador	Total población de 30 a 69 años.
8	Umbral	Reducción al 2025 del 25% de la tasa de mortalidad tomando como línea base 2016.
9	Fuente del dato	Numerador: Sistema de morbimortalidad /estadísticas vitales. Denominador: Proyecciones y estimaciones de población Dirección General de Estadística y Censo (DIGESTYC).
10	Técnica de recolección	Ruta: SIMMOW-estadísticas vitales-defunciones-reportes-exporta xls-solo el salvador-otro grupo utilizando el código CIE-10 (E10.0-E14.9) excluyendo muertes de otra nacionalidad.
11	Muestra/Universo	Numero de fallecidos por diabetes durante el periodo evaluado
12	Periodicidad de medición	Semestral.
13	Dependencia responsable	Unidad de Enfermedades no Transmisibles Priorizadas/Dirección Nacional de Enfermedades no Transmisibles.
14	Comentario relevante:	N/A

VII. Glosario

Estándar: el término tiene su origen etimológico en el vocablo inglés standard. El concepto se utiliza para nombrar a aquello que puede tomarse como referencia, sirve de patrón, modelo o punto de referencia para medir o valorar cosas de la misma especie.

Indicador: variables que evalúan procesos con una característica específica, observable y medible, que puede ser usado para mostrar los cambios, fallas y avances que está realizando un determinado programa encaminado hacia el logro de un resultado específico. Pueden ser medidos en forma cuantitativa o cualitativa para poder respaldar acciones.

Nombre del Indicador: el nombre es un elemento que se utiliza para indicar, señalar, establecer o medir algo. El nombre del indicador debe ser claro, relacionarse con el objetivo de la medición y su método de cálculo una expresión matemática de fácil comprensión.

Tipo de indicador: permite a un indicador determinar si un proceso, área, o una organización, está siendo exitosa; es decir, si se están cumpliendo las metas. Con los criterios de decisión que se haya establecido, se pueden tomar acciones ante cada resultado. El tipo de indicador brinda información acerca del alcance de una meta, para un objetivo propuesto.

Justificación del indicador: se describe la importancia del Indicador para optimizar el proceso, hacer seguimiento, control y evaluación de manera objetiva; resaltando la necesidad del buen desempeño y evaluar la eficacia, identificando oportunidades de mejoras.

Objetivo del indicador: debe estar expresado de manera adecuada y entendible, aunque no necesariamente mensurable, en éste caso es muy importante tener definidos los efectos del logro del objetivo y formular indicadores para esos efectos (Indicadores Indirectos).

Tipo de medida: especifica como se medirán los resultados ya sea en porcentaje o números. Un medidor o indicador puede ser de proceso o de resultados. En el primer caso, se pretende medir que está sucediendo con las actividades, y en segundo se quiere medir las salidas del proceso. Ejemplo; cifra absoluta, porcentajes, promedios y otras medidas y fórmulas estadísticas de primer grado.

Numerador del indicador: es el número superior de una fracción e indica el numero de partes elegidas. Una fracción apropiada tendrá un numerador más pequeño que el denominador.

Denominador del indicador: indica el número de partes en que se ha dividido la unidad. El denominador no puede ser un cero. No se puede dividir algo en cero partes. El menor número de partes que puedes tener es uno.

Umbral del Indicador: Cada umbral se expresa como un porcentaje del rango del indicador (valor máximo menos valor mínimo).

Fuente del dato: debe existir un marco de referencia estadístico o fuente de información que permita evaluar la meta del indicador, es decir se debe contar con una fuente de información primaria o secundaria. Estas pueden ser documentos oficiales, reportes internos, bases de datos procesadas, entre otros.

Técnica de recolección: se refiere al uso de una gran diversidad de técnicas y herramientas que pueden ser utilizadas por el analista para desarrollar los sistemas de información, los cuales pueden ser la entrevistas, la encuesta, el cuestionario, la observación, el diagrama de flujo y el diccionario de datos, entre otros.

Muestra: conjunto de cosas, personas o datos elegidos al azar, que se consideran representativos del grupo al que pertenecen y que se toman para estudiar o determinar las características del grupo.

Universo: conjunto de personas, cosas o fenómenos sujetos a investigación, que tienen algunas características definitivas, que cumplen ciertas propiedades y entre los cuales se desea estudiar un determinado fenómeno.

Periodicidad de medición: frecuencia con la que se realiza la medición del indicador. Aunque en general es intuitivo determinar dicha frecuencia, es conveniente señalar algunos puntos sobre el tema. Los indicadores asociados a las actividades tienen una mayor frecuencia de medición (mensual, bimestral). Cuanto más alto es el nivel de objetivos, menor será su frecuencia de medición.

Dependencia responsable: coordinación responsable de la construcción y seguimiento de la ejecución.

Comentario relevante: con base al indicador, provee información sobre la esencia del objetivo que se quiere medir; debe estar definido sobre lo importante que se necesita dar a conocer, con sentido práctico.

Ficha técnica: documento en el cual consta la metodología, se definen las características del proceso, se detallan todas las especificaciones técnicas, resume el funcionamiento y otras características de un componente o sub sistema con el suficiente detalle para ser utilizado fácilmente.

Componentes de salud: conjuntos de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad, presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción.

VIII. Siglas y abreviaturas

SNS: Sistema Nacional de Salud.

ASSI: Análisis de situación de salud integral

MINSAL: Ministerio de Salud.

VMSS ; Viceministerio de servicios de salud.

DPNA: Dirección de Primer Nivel de Atención.

PQD: Plan quinquenal de desarrollo.

PEI:Plan estratégico institucional.

POI:Plan operativo institucional.

POA: plan operativo anual.

ODS: Objetivos de desarrollo del milenio.

ENTP: Enfermedades no transmisibles priorizadas

RIIS: Redes Integrales e Integradas de Salud.

SIAP: Sistema Informático de Atención de Pacientes

UCSF: Unidad comunitaria de salud familiar.

Ecos F: Equipos comunitarios de salud familiar.

UOC: Unidad Organizativa de la Calidad.

UDS: Unidad por el Derecho a la Salud.

TESA: Temperatura, Estabilidad hemodinámica, Soporte ventilatorio y Azúcar

SEM: Sistema de emergencias médicas.

UFE : Unidad de Farmacias Especializadas.

IX. Disposiciones finales

a) Sanciones por el incumplimiento

Es responsabilidad del personal del MINSAL, dar cumplimiento a los presentes lineamientos técnicos, caso contrario se aplicarán las sanciones establecidas en la legislación administrativa respectiva.

b) Revisión y actualización

Los lineamientos técnicos serán revisados y actualizados cuando existan cambios o avances en los tratamientos, abordajes, la estructura orgánica, el funcionamiento del MINSAL o cuando se determine necesario por parte del titular.

c) De lo no previsto

Todo lo que no esté previsto por los presentes lineamientos técnicos, se resolverá a petición de parte, por medio de escrito dirigido al titular de esta cartera de Estado, fundamentando la razón de lo no previsto, técnica y jurídicamente.

d) Derogatoria: dejase sin efecto los Lineamientos Técnicos para la Evaluación de Resultados en Salud en las RIIS de marzo 2016.

X. Vigencia

Los presentes lineamientos técnicos entrarán en vigencia a partir de la fecha de la firma de los mismos, por parte de la titular de esta cartera de Estado.

San Salvador, a los veintinueve días del mes de mayo de dos mil diecinueve.



Dra. Elvía Violeta Menjivar Escalante
Ministra de Salud

EA

XI. Referencias bibliográficas

1. *Manual de organización y funciones de las redes integrales e integradas de servicios de salud*, Ministerio de Salud,segunda edición, actualizada 2013.
2. *Norma para la implementación de las RIISS*, Ministerio de Salud,Diario Oficial 227 Tomo 401 de fecha 4 de diciembre de 2013.
3. *Lineamientos técnicos para la evaluación de resultados en salud en las RIISS*, Ministerio de Salud, marzo 2016.
4. *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*, Organización Panamericana de la Salud,Washington, D.C.: OPS, © 2010 (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4).
5. *Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud*, DIARIO OFICIAL.- Tomo 414, acuerdo N°. 288, San Salvador, lunes 6 de Marzo de 2017.
6. *Marco conceptual sobre curso de vida, ciclo de vida y continuo de la atención*. Organización Panamericana de la Salud, OPS-OMS, Oficina El Salvador, marzo 2015.
7. *Manual para el diseño y la construcción de indicadores, Instrumentos principales para el monitoreo de programas sociales de México*; Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, primera edición, 2013 primera reimpresión, junio de 2014.

XII. Anexos

Anexo 1

Componente 10

Indicador dos: "Inscripción prenatal precoz"

Numerador y denominador SIMMOW

Ruta: Atención ambulatoria/ Preventivo / Atención materna /

Inscripción control.

Paso 1

Ingresar al SIMMOW con usuario y clave de acceso asignado, buscar pestaña de atención ambulatoria.(Captura de pantalla 1)

The screenshot shows the SIMMOW web application interface. The top navigation bar includes 'Atención Hospitalaria', 'Atención Ambulatoria', 'Estadísticas Vitales', 'Oficina Central', 'Herramientas', 'Vigilancia Lesiones', and 'Busqueda Nac. DUI'. The main header displays 'Sistema Nacional de Salud MorbiMortalidad + Estadísticas Vitales' and 'Norma Cecilia Reinoso de Herrera MINSAL Nivel Central 01/04/2019'. A prominent message states: '¡IMPORTANTE: A partir del 1 de Enero de 2017, comienza el uso del Código Único de Nacimiento (de 12 dígitos), generado automáticamente por este sistema para cada Recien Nacido, el cual sera su número de Expediente a nivel nacional.' Below the header is a table of system updates.

Fecha	Descripción
01/04/2019	Nuevos reportes: Estadísticas Vitales > Defunciones > Reportes > Tabla Dinamica > 2011 al 2019
25/03/2019	Nuevos reportes: Atención Hospitalaria > Nacido Muerto > Reportes > Tabla Dinamica > 2012 al 2019
18/03/2019	Nuevo reporte: Estadísticas Vitales > Defunciones > Reportes > Graficos
15/03/2019	En el reporte: Atención Hospitalaria > Consultas > Listado Pac. Discapacidad > Exporta XLS, se agregaron las columnas: "Inscripcion", "Control", "PF In Con", "PF Metodo" y "PF Usuaría"
13/03/2019	En el reporte: Atención Ambulatoria > Proc. Salud Mental, se agrego el filtro: "Ciudad Mujer"
13/03/2019	En el reporte: Atención Ambulatoria > Violencia > Consolidado CIE10-Atenc., se agrego el filtro: "Ciudad Mujer"
12/03/2019	Nuevo reporte: Atención Hospitalaria > Nacido Muerto > Reportes > Graficos
11/03/2019	Nuevo reporte: Estadísticas Vitales > Nacido Vivo > Reportes > Graficos
20/02/2019	En el reporte: Atención Ambulatoria > Preventivo > Atención Infantil > Lactancia Materna, se agrego la opcion: "Exportar Lista Pacientes"
01/02/2019	En el reporte: Atención Ambulatoria > Preventivo > Atención Materna > Control - Estado Nut., se agrego al filtro: "Institucion", la opcion: "ISSS"
01/02/2019	En el reporte: Atención Ambulatoria > Preventivo > Atención Infantil > Lactancia Materna, se agrego al filtro: "Institucion", la opcion: "ISSS"
01/02/2019	En el reporte: Atención Ambulatoria > Preventivo > Atención Infantil > Inscripcion - Control - Estado Nut., se agrego al filtro: "Institucion", la opcion: "ISSS"
14/01/2019	En el reporte: Atención Ambulatoria > Consultas > Resumen, se agrego el filtro: "Privado de libertad" (En Establecimiento de Atención)
08/01/2019	En el reporte: Atención Ambulatoria > Preventivo > Alto Riesgo Reproductivo > Inscripcion Control PF, se agrego al filtro: "Institucion", la opcion: "ISSS"
08/01/2019	En el reporte: Atención Ambulatoria > Preventivo > Preconcepcional > Inscripcion Control IMC, se agrego al filtro: "Institucion", la opcion: "ISSS"
07/01/2019	Nuevo reporte: Estadísticas Vitales > Nacido Vivo > Reportes > Tabla Dinamica > 2019
04/01/2019	En el reporte: Atención Ambulatoria > Violencia > Exporta XLS, se agrego al filtro: "Condición", la opción: "Desplazamiento Forzado"
04/01/2019	En el reporte: Atención Ambulatoria > Proc. Salud Mental, se agrego al filtro: "Tipo", la opción: "Intervención Breve Cesación Tabaco"
03/01/2019	En el registro de Atención Ambulatoria, en el campo "Condicion", se agrego el valor: "5 - Desplazamiento Forzado"
03/01/2019	En el registro de Atención Ambulatoria, en el campo "Procedimiento Salud Mental", se agrego el valor: "Intervención Breve Cesación Tabaco"

Paso 2

Buscar en lista despegable la atención ambulatoria preventiva(Captura de pantalla 2)

The screenshot shows the SIMMOW web application interface with the 'Atención Ambulatoria' dropdown menu open. The menu options include: 'Preventivo > Atención Infantil > Monitoreo > Atención Adolescente > Odontología > Atención Materna > Violencia > Atención Adulto > Proc. Salud Me > Atención Adulto Mayor > Victimta DH > Planificación Familiar > Examen Clínico y Mama > Climaterio y Menopausia > Preconcepcional > Alto Riesgo Reproductivo > Resumen'. The background shows the same header and important message as in the previous screenshot.

Paso 3

Al desplegar la atención ambulatoria preventivo seleccionar la atención materna (Captura de pantalla 3)



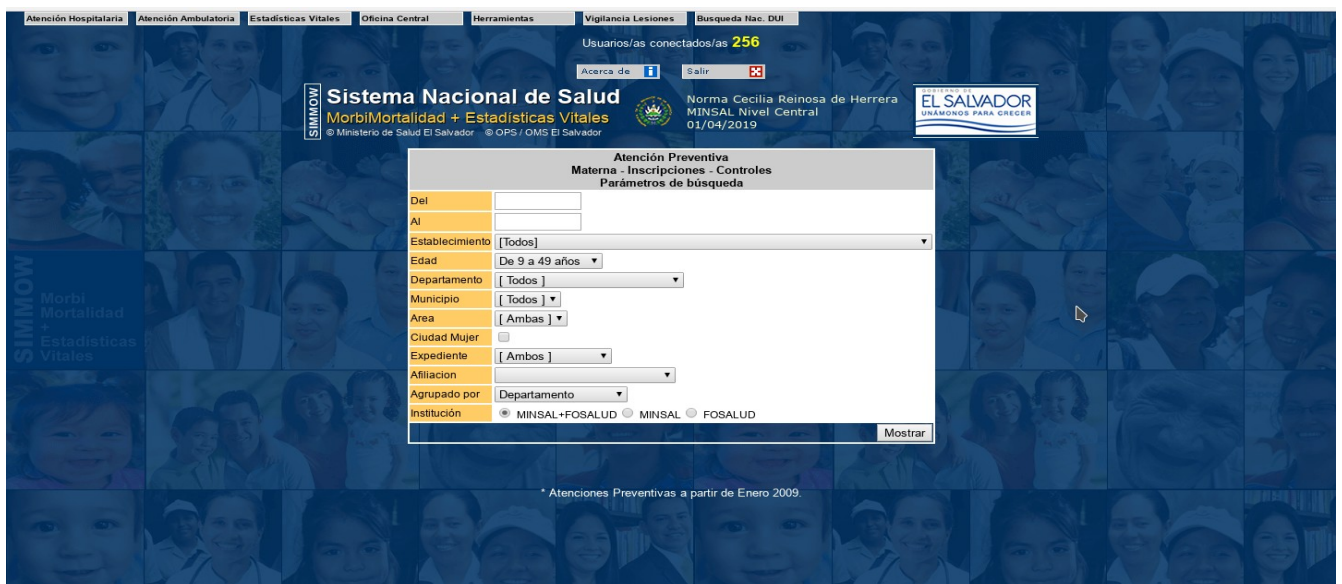
Paso 4

Al realizar la selección de Atención Materna elegir inscripción y control para ingresar y solicitar datos para la construcción del indicador.(Captura de pantalla 4)



Paso 5

Pantalla para ingresar y solicitar datos para la construcción del indicador (Captura de pantalla 5)





Anexo 2

Plan de Mejora

Problema detectado	Causa identificada	Actividades de mejora	Fecha de realización	Responsable del cumplimiento	Avance del cumplimiento	
					Cumplido	No cumplido
Problema 1						
Problema 2						
Problema 3						



Anexo 3

Metodología de Hanlon

El método de Hanlon es un Instrumento para determinar prioridades de fácil aplicación y comprensión, está basado en los cuatro componentes siguientes:

Problema	A	B	C	D	Puntuación (A + B) C x D	Prioridad

Componente A: Magnitud del problema

Componente B: Severidad del problema

Componente C: Eficacia de la solución

Componente D: La factibilidad de la intervención

Este método permite ordenar los problemas asignando un valor a cada uno de ellos según los resultados obtenidos en la siguiente fórmula: Puntuación **de prioridad: (A + B) C x D**.

Se debe asignar un valor a cada una de los componentes de la fórmula. Estos valores se establecerán por consenso del grupo encargado de realizar el establecimiento de prioridades y si bien se trata de un ejercicio subjetivo, puede obtenerse cierto rigor científico con una definición precisa de términos, la aplicación exacta de los procedimientos de clasificación ordenada y la utilización de estadísticas para guiar la clasificación. Antes de calcular, mediante la fórmula arriba expuesta, el valor que se asigna a cada problema, hay que decidir la importancia relativa que se va a dar a cada uno de los componentes y asignarles una escala. Además, es posible multiplicar un componente que se considere importante por una cifra que corresponde a un peso acordado. El componente A o magnitud del problema fue definido por Hanlon como el número de personas afectadas en relación a la población total y para ello propuso la escala que se representa en la tabla siguiente. La escala se puede adaptar al territorio que se estudia.

Estimación de la magnitud del problema a partir del número de personas

Unidades por 100.000 habitantes	Puntuación
50.000 o más	10
5000 – 49.999	8
500 – 4999	6
50 – 499	4
5 – 49	2
0,5 – 4,9	0

Fuente: Pineault - Daveluy

El componente B o severidad del problema no tiene una definición unívoca. Podemos tener en cuenta las tasas de mortalidad, las tasas de morbilidad y/o las tasas de incapacidad, además de considerar los costos que produce la enfermedad. Se asigna un valor de una escala de 0 a 10, otorgando este valor para el grado máximo de severidad.

Se evalúa cada uno de los aspectos señalados (mortalidad, morbilidad e incapacidad) en cada problema y se obtiene la media.

El componente C o eficacia de la solución se refiere a la posibilidad de modificar el problema con los recursos y tecnologías actuales. Se propone crear una escala que varía entre 0,5 para los problemas difíciles de solucionar y 1,5 para aquellos en los que existiría una solución posible. **Este componente multiplica a la suma de los componentes A y B**, por lo tanto tiene el efecto de reducir o aumentar el producto obtenido en función de que la solución sea eficaz o no.

Para el componente D o factibilidad del programa o de la intervención, Hanlon propone un grupo de factores que determinan si un programa puede ser aplicado y que resume en las siglas PEARL, donde P es pertinencia, E es factibilidad económica, A es aceptabilidad, R es disponibilidad de recursos y L es legalidad. En este caso, en cada uno de los factores se responderá con un “sí” que se le asignará un valor de 1 o “no” al que le corresponderá el valor 0. **Este componente multiplica al resto del producto obtenido en los componentes A, B y C**, por lo tanto, un valor de 0 en todos los factores del componente D considera inviable el problema que se está abordando. En este sentido, un valor positivo en la factibilidad es una condición necesaria, aunque no suficiente, para que un problema se considere como prioritario.