



SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

***Metodología para ranking de indicadores
vinculados a la prestación de servicios en la
red de establecimientos del
Servicio Nacional de Salud***

Responsable institucional

Servicio Nacional de Salud

Coordinación: Lic. Chanel Rosa Chupany, director Ejecutivo

Elaboración: Lic. Dania Guzmán, directora de Gestión de la Información

Lic. Julio Mieses, encargado del Departamento de Análisis y Estudios

Unidad Responsable:

Dirección de Gestión de la Información.

Citar: Servicio Nacional de Salud, 2019. Metodología para ranking de indicadores vinculados a la prestación de servicios en la red de establecimientos del Servicio Nacional de Salud. Santo Domingo: SNS.

Avenida Leopoldo Navarro, esquina César Nicolás Penson
Santo Domingo, República Dominicana

Diciembre 2019

www.sns.gob.do

Siglas y abreviaturas

CAF	Marco Común de Evaluación
DGI	Dirección de Gestión de la Información
DIGEPI	Dirección General de Epidemiología
EDI	Sistema de Evaluación del Desempeño Institucional
END	Estrategia Nacional de Desarrollo
IBOG	Indicadores Básicos de Organización y Gestión
IDH	Índice de Desarrollo Humano
LNSPDD	Laboratorio Nacional de Salud Pública Dr. Defilló
MAP	Ministerio de Administración Pública
MSP	Ministerio de Salud Pública
NA	No Aplica
ND	No Disponible
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
PLANDES	Plan Nacional Decenal de Salud
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PNAI	Programa Nacional de Atención Integral
PNPSP	Plan Nacional Plurianual del Sector Público
PROFAMILIA	Asociación Pro-Bienestar de la Familia
PSS	Prestadoras de Servicios de Salud
RON	Registro Oportuno de Nacimiento
SAI	Servicios de Atención Integral
SENASA	Seguro Nacional de Salud
SIDA	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
SIRNAI	Sistema de Registro Nacional de Atención Integral
SIRS	Sistema Integrado de Registros de Salud
SISMAP	Sistema de Monitoreo de la Administración Pública
SIV	Sub-Indicadores Vinculados
SNS	Servicio Nacional de Salud
SRS	Servicios Regionales de Salud
SSa	Secretaría de Salud de México
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Adquirida

Contenido

1.	Introducción.....	1
2.	Objetivo e importancia de la implementación del ranking Hospitalario.....	2
3.	Marco legal del monitoreo y evaluación del desempeño.....	3
4.	El SISMAP y el desempeño hospitalario.....	5
5.	Indicadores, fuentes de datos, abordaje de medición y análisis.....	7
5.1.	Indicadores evaluados y enfoques de la medición del índice.....	7
5.2.	Indicadores evaluados y enfoques de la medición para reporte al SISMAP.....	11
5.3.	Fuentes de datos y abordaje para la medición.....	12
6.	Establecimientos sujetos al ranking institucional y reporte al SISMAP.....	15
6.1.	Grupos de medición.....	15
6.2.	Establecimientos para reporte al SISMAP.....	16
7.	Abordaje metodológico y homologación con SISMAP.....	18
7.1.	Evaluación y estandarización de los indicadores.....	18
7.2.	Cálculo del Índice global.....	22
7.3.	Vinculación del puntaje por indicadores con el SISMAP.....	22
8.	Limitaciones del análisis y presentación de resultados de mejor desempeño en hospitales.....	24
8.1.	Análisis de los datos y limitaciones para la interpretación.....	24
8.2.	Principales resultados hospitales generales.....	28
8.2.1.	Hospitales generales regionales.....	28
8.2.2.	Hospitales generales provinciales.....	30
8.2.3.	Hospitales generales municipales.....	31
8.3.	Principales resultados hospitales especializados.....	32
8.3.1.	Hospitales especializados en salud materna.....	32
8.3.2.	Hospitales especializados en salud materna e infantil.....	33
8.3.3.	Principales resultados hospitales incluidos en primera fase SISMAP salud.....	34
9.	Glosario de términos.....	35
10.	Bibliografía.....	37
11.	Anexos.....	38

1. Introducción.

El Servicio Nacional de Salud (SNS) fue creado mediante la Ley N° 123-15 como ente de coordinación de la provisión de servicios públicos de salud, con los Servicios Regionales de Salud (SRS) como expresión territorial desconcentrada. Entre las funciones dispuestas por dicha Ley se encuentran la de promover e impulsar el proceso de cambio, modernización y mejoramiento continuo de los prestadores públicos de servicios de salud que conforman los SRS; así como impulsar y gestionar programas de gestión de calidad, equidad y acceso a los servicios de salud, y el desarrollo armónico y proporcional de los SRS.

Para ello, el SNS ha considerado relevante desarrollar, en conjunto con el Ministerio de Administración Pública (MAP), el Sistema de Monitoreo de la Administración Pública (SISMAP) Hospitalario con el objetivo de dar pleno cumplimiento a lo estipulado en la Ley N° 247-12 Orgánica de la Administración Pública.

Con esta alianza se busca monitorear el hacer de la red pública única de establecimientos considerando una serie de indicadores mediante una aplicación tecnológica que recoge información sobre la gestión de los establecimientos del nivel complementario de salud para identificar sus avances, áreas de mejora y resultados.

El SISMAP, constituye, en conjunto con el Marco Común de Evaluación (CAF) un instrumento del Sistema de Evaluación del Desempeño Institucional (EDI), el cual es un proceso sistemático, sustentado en instrumentos técnicos y confiables, que muestran los esfuerzos de las organizaciones por lograr los resultados esperados, en forma efectiva y eficiente, de frente a sus ciudadanos - clientes y a la población en general.

2. Objetivo e importancia de la implementación del ranking Hospitalario.

El uso de ranking como herramienta comparativa del “desempeño” global de los establecimientos a partir de un conjunto de indicadores tiene por objetivo verificar los resultados de la prestación de los servicios y de los procesos relacionados con la administración institucional y la rendición de cuentas de dichas ejecutorias.

Puede decirse que sirve como un elemento que permite visualizar fácilmente entre establecimientos de una misma especialidad y ámbito territorial el funcionamiento en cuanto a los servicios que ofrecen a la población, así como la capacidad de gestión y reporte que tienen. Por tanto, deben servir para mejoren el proceso de atención de los usuarios.

El ranking es importante en la medida que sirve para:

- Informar a la ciudadanía en general sobre el desempeño de las Prestadoras de Servicios de Salud y los ayude a tomar decisiones sobre la posible capacidad resolutive que a través de datos reportados es posible medir.
- Contextualizar a las PSS sobre lo que las evidencias cuantitativas comunican sobre su desempeño para identificar intervenciones que les permitan cerrar las brechas para el alcance de los estándares definidos, ya sean relacionados con la reducción de una tasa de mortalidad o con el desarrollo de las capacidades para mejorar la gestión eficiente y eficaz de los recursos físicos, humanos y financieros.
- Proporcionar información útil a las diferentes instituciones que forma parte del sistema de salud o del tren gubernamental con responsabilidad en el monitoreo de la gestión pública.

En el caso del SISMAP hospitalario permite apoyar al SNS en el *Fortalecimiento Institucional* mediante:

- ✓ Adaptación del SISMAP al sector salud, involucrando a los actores del sector salud (rector + prestadores del servicio) ;
- ✓ Mejorar los mecanismos de coordinación entre los responsables de los indicadores que se definan;
- ✓ Definir indicadores e hitos de avance que contribuyan al mejor desempeño de los hospitales;
- ✓ Estructurar el acompañamiento de los responsables a los prestadores del servicio;
- ✓ Mejora en la gestión de los servicios de salud, mediante la implementación de planes de acciones para superar las brechas y las oportunidades de mejora identificadas;
- ✓ Mejora en la calidad de la provisión de los servicios de salud;
- ✓ Mejora en la percepción ciudadana sobre el servicio de salud;
- ✓ Mejorar indicadores país en aspectos de salud definidos en la Estrategia Nacional de Desarrollo (END) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

3. Marco legal del monitoreo y evaluación del desempeño.

El país cuenta con un conjunto de normativas que establecen el monitoreo y evaluación del desempeño institucional como una función que deben asumir las organizaciones para fortalecer la gestión y los servicios públicos brindados a los ciudadanos, entre las que podemos referir:

La Ley de la Estrategia Nacional de Desarrollo No. 1-12, en su Objetivo General 1.1 “Administración pública eficiente, transparente y orientada a resultados” y objetivo específico 1.1.1, contiene la línea de acción 1.1.1.4 que insta a “Promover la gestión integrada de procesos institucionales, basada en medición, monitoreo y evaluación sistemática.”

- *Artículo 37 crea el Sistema Nacional de Monitoreo y evaluación de la planificación y la inversión pública y en ese marco, establece en su:*
 - *Párrafo II: **Los sistemas de monitoreo y evaluación** sectoriales, regionales e **institucionales** estarán integrados al Sistema Nacional de Monitoreo y Evaluación, conforme a las normas, procedimientos y metodologías emanadas del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo.*

La Ley No. 41-08, de fecha 9 de agosto del año 2012, que establece la Ley de Función Pública y que dispone en:

- *Artículo 8: Atribuciones del Ministerio de Administración Pública:*
 - Numeral 15: Diseñar, ejecutar y evaluar políticas, planes y estrategias para la implantación de **metodologías, técnicas y sistemas de evaluación de la gestión institucional**. Para ello promoverá y regulará la realización de evaluaciones periódicas del desempeño institucional que impulsen una cultura de transparencia, y responsabilización de la gestión pública.

La Ley No. 247-12, de fecha 9 de agosto del año 2012, que establece la Ley Orgánica de la Administración Pública y que dispone en:

- *Artículo 12: Principios:*
 - *Principio de funcionamiento planificado y evaluación del desempeño y de los resultados.* El funcionamiento de los entes y órganos que conforman la Administración Pública se sujetará a las políticas, estrategias, metas y objetivos que se establezcan en los respectivos planes estratégicos u operativos y a los convenios de gestión. Igualmente, comprenderá el **seguimiento de las actividades, así como la evaluación y control del desempeño institucional y de los resultados alcanzados.**
- *Artículo 15: Función de dirección estratégica de los órganos de gobierno del Estado.*
 - Los órganos de gobierno del Estado tendrán a su cargo la conducción estratégica del Estado y, en especial, el diseño, formulación, aprobación y evaluación de las políticas públicas, el **seguimiento de su ejecución y la evaluación del desempeño institucional y de sus resultados.** Asimismo, de conformidad a esta ley, ejercerán el control de la actividad y de las políticas

desarrolladas por los órganos inferiores y los entes autónomos que le estén adscritos, a los cuales evaluarán en su funcionamiento, desempeño y resultados.

- *Artículo 45: Indicadores de Gestión:*
 - Los ministerios a cargo de la coordinación y planificación, fortalecimiento institucional, fiscalización y control determinarán los **indicadores de gestión aplicables para la evaluación del desempeño institucional de los entes descentralizados** funcionalmente de conformidad con el reglamento respectivo. Como instrumento del control de tutela administrativa sobre el desempeño institucional, se podrán suscribir compromisos de gestión de conformidad con la presente ley entre entes descentralizados y el respectivo ministerio sin que la flexibilidad y agilización de la tutela administrativa obstaculicen la eficiencia del control.

El Decreto No. 273-13, de fecha 13 de septiembre del año 2013, que establece el Reglamento para la implementación del **Sistema de Evaluación por Desempeño Institucional** (EDI), entendiendo esta última como un proceso constante sustentado en instrumentos técnicos, válidos, confiables efectivos, y que abarca todos los aspectos que propendan la mejora continua del desempeño de las instituciones.

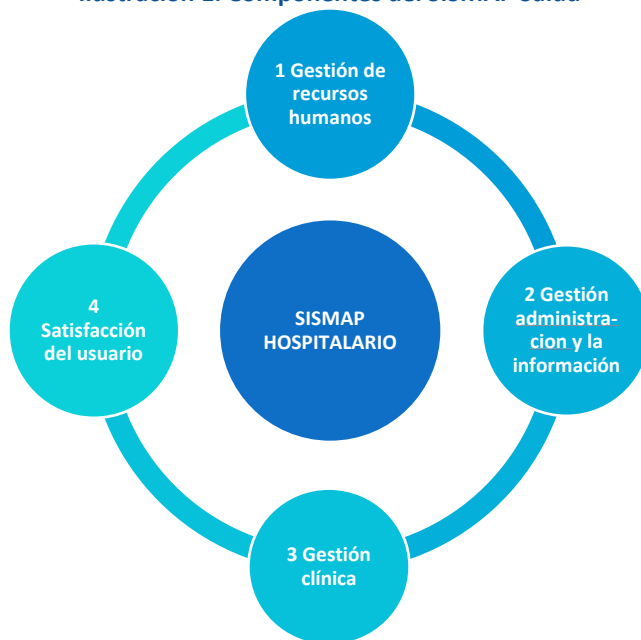
4. El SISMAP y el desempeño hospitalario.

El Sistema de Indicadores de Monitoreo de la Administración Pública (SISMAP) está orientado a monitorear la gestión de los entes y órganos del Poder Ejecutivo, a través de nueve Indicadores Básicos de Organización y Gestión (IBOG) y sus Sub-Indicadores Vinculados (SIV), relacionados principalmente a la Ley de Función Pública y otras normativas complementarias, en términos de Profesionalización del Empleo Público, Fortalecimiento Institucional y Calidad.

El SISMAP tiene una vertiente dirigida a medir los niveles de desarrollo de la gestión de las entidades locales, en términos de eficiencia, eficacia, calidad y participación, en correspondencia con los marcos normativos y procedimentales que inciden en su fortalecimiento, que se denomina SISMAP Municipal, la cual entró en funcionamiento en abril 2015.

Con base a estos antecedentes del SISMAP surge el SISMAP-Salud, un sistema con un número de indicadores variables, incrementales y progresivos que se corresponden con cuatro ejes para la mejora de la gestión de los hospitales que se aprecian en la ilustración siguiente:

Ilustración 1. Componentes del SISMAP Salud



- **Gestión de recursos humanos:** Componente que se basa en indicadores de planificación de recursos humanos, documentos organizacionales y funcionales, evaluación de desempeño del personal, planes de capacitación y medición del absentismo laboral.
- **Gestión administrativa y de la información:** Módulo en el cual se mide la aplicación de la planificación operativa, la gestión de la información, la transparencia, los

mecanismos de compras, el control interno y aspectos vinculados a la infraestructura y atención.

- **Gestión clínica:** Se compone de indicadores sobre la utilización de servicios, la congestión de la demanda, aplicación de protocolos de salud y la gestión en áreas de productos terminales (hospitalización, consultas, laboratorio, etc.).
- **Satisfacción de usuarios:** Esfera en la cual se evalúa la calidad del servicio a partir de indicadores sobre la percepción de los usuarios que acuden a los establecimientos de la red hospitalaria del SNS.

El Servicio Nacional de Salud ha de alimentar el componente de gestión clínica, con el cual se ha de medir y monitorear el desempeño de la prestación de servicios de salud en los 185 establecimientos con internamiento del Servicio Nacional de Salud, proveyendo mecanismos para la rendición de cuentas.

El MAP ha definido un conjunto de indicadores en varios grupos, a saber:

- Grupo A: Indicadores vinculados a la gestión de los RRHH.
- Grupo B: Indicadores vinculados a la aplicación de las normas del MSP en el Hospital
- **Grupo C: Indicadores vinculados a la prestación del servicio a los ciudadanos.**
- Grupo D: Avance en el compromiso/planificación de la mejora de la calidad (gestión + prestación).
- Grupo E. Satisfacción ciudadana con el servicio prestado por el Hospital.

En esta metodología nos centramos en el Grupo C, los cuales tienen un peso de un 20%. La medición que realiza el MAP para cada establecimiento se basa en el promedio de cumplimiento del conjunto de cada grupo.

5. Indicadores, fuentes de datos, abordaje de medición y análisis.

Los indicadores son instrumentos de medida que pueden ser usadas para describir y comprender como funciona la calidad de un sistema o una actividad en concreto, en el área específica de la salud, nos brindan información relativa a varios aspectos de la salud de la población: indicadores de dinámica demográfica (esperanza de vida, mortalidad y natalidad, en tanto indicadores de la salud de la población), estadísticas de morbilidad (Cantidad de personas que enferman en un lugar y un período de tiempo determinados en relación con el total de la población) e información sobre la población con cobertura de salud.

Es importante tomar en consideración que aunque cada vez más se utilizan los indicadores de calidad de la atención clínica para mejorar y evaluar la prestación de servicios sanitarios, dando seguimiento a aspectos estructurales, de procesos y resultados de la atención, cuyo análisis permite llegar a conclusiones y/o juicio de valor sobre el desempeño de los establecimientos y prestadores de servicios de salud, su desarrollo debe basarse en un enfoque sistemático que garantice la transparencia y permita estándares confiables y de calidad para poder aportar una valoración definitiva para dar validez a la eficacia y la calidad de la atención médica sobre la base de los datos reportados a los diferentes sistemas de información.

Generalmente los indicadores utilizados son específicos de determinados entornos y, como consecuencia, *no siempre* se pueden comparar para establecer las desviaciones y posibles mejoras. Para ello es importante disponer de una batería de indicadores de resultados con alta validez, factibilidad y utilidad, que además permitan la comparabilidad y es por ello por lo que se optado por utilizar los indicadores ya disponibles, que hayan pasado un proceso exhaustivo de revisión, con miras a ir incorporando otros que cuenten con los prerrequisitos de gestión de información, a saber:

- ✓ Instrumento de recolección de datos definido e implementado de manera homogénea y estandarizada en todos los establecimientos de la red;
- ✓ Procedimiento claramente definido sobre los responsables de la recolección, procesamiento, reporte y validación de los datos;
- ✓ Sistema de información de registro o de reporte de datos implementado;
- ✓ Fichas de indicadores debidamente llenada.

5.1. Indicadores evaluados y enfoques de la medición del índice.

El conjunto de indicadores a ser medidos bajo criterio de cumplimiento o no de los parámetros establecidos aportan información sobre el cumplimiento normativo, estándar internacional, alcance de metas y/u objetivos institucionales, sectoriales, gubernamentales y mundiales, entre otros. El aporte de datos desde Gestión de la Información al SISMAP se concentrará en inicios en los de resultados de la atención y desempeño de los servicios que corresponde a la esfera de **Gestión clínica** en el marco del SISMAP salud.

- **Cobertura de datos en los sistemas de información:** permite visualizar a nivel de establecimiento / región todas las unidades de la red del SNS, cuantificando la

- oportunidad de la notificación de los servicios brindados a la población en los plazos establecidos en el macroproceso de gestión de información y de los eventos que requeridos y que se presentan a través del Informe Semanal de Síndromes, Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria (EPI-1)¹.
- La oportunidad de los reportes tanto en el SINAVE como en el módulo web de producción de servicios es importante en tanto nos permite valorar la capacidad de los sistemas de gestión de datos para recopilar, transmitir, documentar y notificar datos de calidad.
 - **Resultados de la atención:** apuntan a evaluar la calidad de la atención sanitaria. Los datos de mortalidad representan una fuente fundamental de información demográfica, geográfica y de causa de muerte. Estos datos se usan para cuantificar los problemas de salud, así como para determinar o monitorear prioridades o metas en salud.
 - Los datos de mortalidad indican el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa. Se consideran indicadores demográficos y que reflejan el estado de salud de la población. Las estadísticas de mortalidad son la fuente de información más completa y con más tradición sobre la salud de la población.
 - **Cumplimiento de normativas y metas:** los indicadores de cumplimiento sirven para comprobar los resultados reales frente a los estándares y metas fijados para tomar las decisiones correctas y correctivas para el alcance de los logros esperados.
 - El cumplimiento del Registro Oportuno de Nacimiento (RON) constituye una medición sobre el avance de las metas presidenciales, institucionales, normativas y de protección de derechos de los nacidos vivos.
 - **Desempeño financiero:** arrojan resultados cuantitativos sobre los factores de éxito que puede tener una organización. En este caso, permite medir si se están alcanzando los objetivos financieros relacionados con la capacidad de los establecimientos para la diversificación de las fuentes de financiamiento para prestar los servicios incluidos en su cartera.
 - **Desempeño de los servicios de atención:** referidos a aquellos indicadores que proporcionan información cuantitativa sobre la cobertura, efectividad y/o calidad de los servicios e intervenciones de salud brindadas a la población usuaria de la red de establecimientos del SNS.

¹ MISPAS (2013). Resolución No. 00004 d/f 17 de enero de 2013 que declara la actualización de enfermedades eventos de notificación obligatoria del Sistema Nacional de Salud, y modifica la Resolución No. 00005-06 d/f 5 de mayo del 2006 sobre el reporte obligatorio y oportuno por parte de todo el Sistema Nacional de Salud de diagnósticos probables de enfermedades o eventos realizados.

- La medición del índice de ocupación evalúa la eficiencia en la utilización del recurso cama, las atenciones en consulta externa en el nivel de atención primaria mide el grado de avance en la implementación del modelo de atención; las consultas externas brindadas en la emergencia permiten medir indirectamente la demanda insatisfecha de la atención en el área de consultas de un establecimiento de salud del nivel complementario.

Cuadro 1: Indicadores seleccionados para el monitoreo en establecimientos de la red del SNS		
Denominación	Relevancia	Fuente
Desempeño de los servicios		
1. Días promedio de estadía	Es un indicador de producción de servicios relacionado con la disponibilidad. Este indicador es relevante porque una menor duración justificada en la estancia hospitalaria implica una disminución de costos y mejora de los procesos asistenciales.	Reportes en módulo web producción
2. Porcentaje de ocupación	Permite visualizar el nivel de saturación de los servicios y revela la utilización de este recurso con base a la proporción de camas reales generadas en un periodo. A partir de ese indicador se puede visualizar la eficiencia con que se utilizan los recursos hospitalarios, considerándose un rango óptimo niveles entre 80 y 85%. A partir del 90% se compromete la capacidad del hospital y la seguridad de los pacientes. Valores por debajo del 80% indican ineficiencia en la asignación y uso de recursos.	Reportes en módulo web producción
3. Giro cama	Este indicador es relevante para conocer la productividad físicos instalados para la hospitalización de pacientes.	Reportes en módulo web producción
4. Porcentaje de atenciones ambulatorias provistas en áreas de emergencias	Sirve para conocer indirectamente la demanda insatisfecha de consulta externa del hospital. Este indicador se justifica en la necesidad de evaluar el grado de concentración entre de las atenciones a pacientes externos entre las áreas de consulta o emergencias.	Reportes en módulo web producción
5. Porcentaje de partos por cesáreas	Permite, controlar en forma continua (monitorear) las características del cuidado obstétrico, ya que este procedimiento se realiza con cierta frecuencia. Este indicador busca mostrar que tanto que tanto los partos son asistidos utilizando procedimientos quirúrgicos obstétricos (cesáreas).	Reportes en módulo web producción
Resultados de la atención		
6. Tasa Neta de Mortalidad Intrahospitalaria	Es un medidor de la productividad y permite discernir entre los casos de defunciones más vinculados a la atención ambulatoria o complicación del paciente que perdura menos de 48 ingresados, diferenciando de la tasa bruta en la cual, la medición se realiza sin importar el tiempo de estancia. También es importante para medir el desempeño porque bajo condiciones similares, la atención debería resultar en una menor mortalidad que la generada por una atención deficiente.	Reportes en módulo web producción

Cuadro 1: Indicadores seleccionados para el monitoreo en establecimientos de la red del SNS		
Denominación	Relevancia	Fuente
7. Razón de mortalidad materna	Es un indicador clave de desarrollo porque refleja los problemas estructurales, tanto de acceso al control de la natalidad como el nivel y la calidad de la asistencia proporcionada a las mujeres antes, durante y después del embarazo.	Reportes de casos de muertes en SINAVE Reporte de nacidos vivos a módulo web de producción
8. Tasa de mortalidad neonatal	Son indicadores de la salud infantil y una variable explicativa del desarrollo socioeconómico. Se trata de un indicador sensible y específico que permite evaluar la calidad del sistema sanitario, principalmente a la hora de valorar la eficacia de los cuidados proporcionados durante el embarazo, el parto y el periodo neonatal.	
9. Tasa de mortalidad post-neonatal	Se considera a la mortalidad infantil como un foco de atención para todas las políticas de salud, así como un indicador de las condiciones de salud y mortalidad de una población.	
Cumplimiento de normativas y metas		
10. Cumplimiento de Estrategia 90-90-90 continuo de la atención en VIH (Segundo pilar)	La importancia de lograr al menos el 90% en este indicador es la maximización de las herramientas disponibles para brindar tratamientos para todas las personas viviendo con VIH y erradicar el VIH/SIDA para el año 2030.	Reportes del Módulo FAPSS del SIRNAI Estimaciones Nacionales VIH/Sida
11. Cumplimiento de Estrategia 90-90-90 continuo de la atención en VIH (Tercer pilar)	El alcance de al menos el 90% de este indicador es clave para erradicar el VIH/SIDA para el año 2030 pues permite medir indirectamente la efectividad del tratamiento.	
12. Porcentaje de Registro Oportuno de Nacimiento	Puede interpretarse como indicador que mide “el derecho a tener derechos”. Cuando no se inscribe en un registro el nacimiento de un niño, se corre el riesgo de excluirlo de la sociedad, ya que se le niega el derecho a una identidad oficial, a un nombre reconocido y a una nacionalidad.	Reportes Junta Central Electoral sobre RON.
Cobertura de datos en los sistemas de información		
13. Oportunidad reporte en módulo de producción web	La producción hospitalaria es un dato importante a partir del cual se mide utilización de los servicios, eficiencia, cobertura.	Reporte de edición de auditoria de calidad de la base de datos
14. Oportunidad reporte en módulo del SINAVE	Las normas nacionales y las resoluciones del órgano rector del sistema establecen la obligatoriedad del reporte de patologías y eventos de notificación obligatoria.	Reporte del módulo de alerta temprana de DIGEPI
Desempeño financiero		
15. Porcentaje de disminución de glosa por parte de SeNaSa	Permite medir la falta de oportunidad en el cobro de servicios que han sido glosados por parte de los pagadores impidiendo el recaudo efectivo de los servicios prestados, debido a la falta de articulación y comunicación de los procesos asistenciales con los de facturación, lo que se traduce en una disminución de los ingresos operacionales.	Reportes de glosas aplicadas por SeNaSa, Módulo SIRSS

Cuadro 1: Indicadores seleccionados para el monitoreo en establecimientos de la red del SNS		
Denominación	Relevancia	Fuente
16. Índice de criticidad de la deuda hospitalaria *	Representa la relación entre el monto de la deuda hospitalaria y los ingresos líquidos (fondo reponible + venta de servicios) que maneja el establecimiento. El indicador representa el número de meses del gasto presupuestado y generado que se encuentra comprometido a través de la deuda. Se establece que un índice de 1.5 meses de gasto en deuda es manejable y es equivalente a 45 días de antigüedad de la deuda. En mediciones trimestrales la equivalencia sería de 11.25 días.	Reportes de ingresos y egresos Control y Fiscalización.
Fuente. Elaboración propia DGI-SNS, noviembre 2019.		

El enfoque del desempeño podría agrupar los indicadores por efectividad (tasas de mortalidad), eficiencia (porcentaje de ocupación, día de estadías y giro cama) y pertinencia (porcentaje de cesáreas).

5.2. Indicadores evaluados y enfoques de la medición para reporte al SISMAP.

Para medir el componente de **gestión clínica** se construyó un panel de indicadores vinculados a los procesos o resultados de la atención sanitaria en los establecimientos de salud con internamiento. Los indicadores se consideraron en función de la disponibilidad y la relevancia en términos de las estrategias para mejorar el desempeño de los centros de salud, a saber:

El inventario de indicadores seleccionados inicialmente es el siguiente:

- 1. Días promedio de estadía:** Cuantifica el número de días que, en promedio, permanecen los pacientes internados en el hospital.
- 2. Porcentaje ocupacional:** Mide el porcentaje de camas hospitalarias disponibles durante los días del período ocupadas por pacientes ingresados.
- 3. Giro cama:** Mide la rotación media de las camas y expresa cuantos pacientes pasan en un período dado, en promedio por cama disponible.
- 4. Porcentaje de atenciones provistas en área de emergencias:** Mide la proporción de atenciones de emergencia en relación con las atenciones de consulta externa y emergencias.
- 5. Porcentaje de partos por cesáreas:** Se expresa como el cociente entre el número de partos realizados por cesáreas y el total de partos realizados en el establecimiento en un determinado periodo.
- 6. Tasa neta de mortalidad hospitalaria:** Mide la relación entre el número de defunciones y el total de egresos hospitalarios en un período determinado.

7. **Proporción de personas en tratamiento antirretroviral que se encuentran activas:** Informa sobre la proporción de pacientes que reciben terapia antirretroviral y han asistido al menos a una visita en un período de 90 días.
8. **Proporción de personas que viven con VIH activas en tratamiento con carga viral suprimida:** Determina la proporción de personas que viven con VIH activas en tratamiento con carga viral suprimida.
9. **Razón de mortalidad materna:** Mide el riesgo de morir de la mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, por complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, no por causas accidentales. Este indicador mide la incidencia de la muerte provocada por la maternidad y otras referidas más directamente a la morbilidad o enfermedades.
10. **Tasa de mortalidad neonatal:** Se expresa como el cociente entre número de fallecidos del grupo de edad neonatal (0 a 27 días) y el número total de nacidos vivos del establecimiento en un período de tiempo dado, multiplicado por una constante de 1000. Es un indicador que mide la intensidad de la mortalidad durante los primeros 28 días de nacidos.
11. **Tasa de mortalidad post-neonatal:** Mide la relación entre el número de fallecidos del grupo de edad post-neonatal (28 días a 1 año) y el número de nacidos vivos del establecimiento².

5.3. Fuentes de datos y abordaje para la medición.

A partir de las fuentes de información primarias y secundarias se construye un panel de datos de monitoreo por parte del SNS y de reporte trimestral al SISMAP con base a los indicadores seleccionados. Las principales fuentes de información para su obtención o cálculo son las siguientes:

- **Módulo Web de Producción de Servicios de Salud:** Es un módulo de carga y gestión de datos de los establecimientos del nivel complementario (hospitales y centros diagnósticos especializados), donde se reporta de forma estandarizada las cantidades de atenciones prestadas.
- **Módulo FAPPS del Sistema de Registro Nacional de Atención Integral (SIRNAI):** El módulo de los Servicios de Atención Integral (SAI) es un registro nominal de los pacientes detectados con VIH y en seguimiento. En este se registra la atención y el estado de los pacientes.
- **Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE):** es el conjunto de normas, procedimientos, recursos y usuarios estructurados para la recopilación,

² Esta se medirá a nivel institucional pero no se reportará al SISMAP.

procesamiento, análisis, interpretación y divulgación sistemática y oportuna de información de calidad sobre enfermedades y eventos para la toma de decisiones en salud pública. Las bases de datos del reporte son gestionadas por la Dirección General de Epidemiología (DIGEPI) del Ministerio de Salud Pública (MSP).

- **Sistema Integrado de Registros de Salud (SIRS):** es el sistema de registro de la cobertura de servicios de salud que realizan los establecimientos de salud que proveen servicios a los afiliados al Seguro Nacional de Salud (SeNaSa). Los datos estadísticos pueden obtenerse por especialidad médica, segregados por región, provincia, municipio, cantidad de servicios autorizados, cantidad de usuarios para cada uno y el valor autorizado³.
- **Estimaciones Nacionales de VIH:** es el reporte que realiza el Ministerio de Salud Pública para estimar y proyectar la prevalencia del VIH en adultos y en niños, así como la incidencia a partir de los datos arrojados por el sistema de vigilancia epidemiológica.

Cuadro 2: Indicadores y fuentes de información a reportar al SISMAP	
Indicador	Fuente de información
1. Días promedio de estadía.	Módulo Web de Producción de Servicios de Salud - SNS
2. Porcentaje ocupacional.	
3. Giro cama.	
4. Porcentaje de atenciones provistas en área de emergencias.	
5. Porcentaje de partos por cesáreas.	
6. Tasa neta de mortalidad hospitalaria.	
7. Proporción de personas en tratamiento antirretroviral que se encuentran activas.	Módulo FAPPS de Servicios de Atención Integral - SNS
8. Proporción de personas que viven con VIH activas en tratamiento con carga viral indetectable.	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica - MSP y Módulo Web de Producción de Servicios de Salud - SNS.
9. Razón de mortalidad materna.	
10. Tasa de mortalidad neonatal.	
11. Tasa de mortalidad post-neonatal.	
Fuente. Elaboración propia DGI-SNS, noviembre 2019.	

Para asegurar una correcta medición del avance de un indicador, se debe utilizar un *modo de acumulación* dependiendo de si el objetivo o la dirección del indicador es incrementar su valor, reducirlo o mantenerlo. De esta forma, la acumulación responde al tipo de análisis que se debe hacer para determinar el verdadero esfuerzo que está llevando a cabo el Gobierno, a través de sus instituciones, para alcanzar una meta. Por ejemplo, los esfuerzos realizados con las intervenciones materno – neonatales buscan reducir los índices de mortalidad, por lo cual las tasas y razones calculadas deben ir disminuyendo.

Para los indicadores en los cuales no proceda sumar el numerador y el denominador de los meses del período se utilizan los siguientes procedimientos:

³ <http://www.datos.gob.do/ro/dataset/cobertura-de-servicios-por-especialidad-regimen-subsidiado-2018>

- Acumulativos:** Los indicadores de mortalidad se utilizan tomando los denominadores y numeradores al trimestre estudiado. En el caso de la muerte neonatal, la acumulación implica considerar el total de muertes ocurridas y reportadas al SINAVE en los meses correspondientes a cada trimestre para el numerador, mientras que para el denominador considera el total de los nacidos vivos reportados a la fecha de evaluación.
- Promedios:** Los indicadores vinculados con la respuesta nacional al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) se basan en número de personas alcanzadas. Consecuentemente, estos datos no pueden ser sumados, por lo que para el denominador y el numerador se utiliza la media mensual del trimestre.

En el valor de los indicadores puede presentarse el valor “N/A” o “N/D” por *No aplica* y *No disponible*, lo cual se sustenta principalmente en que los servicios relativos al indicador no se están prestando o que el establecimiento no reportó uno de los denominadores/numeradores necesarios para el cálculo.

Cuadro 3: Principales razones para un indicador que no aplica o no disponible	
Indicador	Sustento
1. Días promedio de estadía.	<ul style="list-style-type: none"> No reportó el numerador o denominador para el cálculo. El centro tiene actividades de hospitalización suspendidas por reconstrucción.
2. Porcentaje ocupacional.	
3. Giro cama.	<ul style="list-style-type: none"> El centro tiene actividades de emergencias suspendidas por reconstrucción.
4. Porcentaje de atenciones provistas en área de emergencias.	
5. Porcentaje de partos por cesáreas.	<ul style="list-style-type: none"> No realizó partos durante el período.
6. Tasa neta de mortalidad hospitalaria.	<ul style="list-style-type: none"> No realizó egresos durante el período.
7. Proporción de personas en tratamiento antirretroviral que se encuentran activas.	<ul style="list-style-type: none"> El establecimiento no dispone de un Servicio de Atención Integral para atención al VIH.
8. Proporción de personas que viven con VIH activas en tratamiento con carga viral suprimida.	
9. Razón de mortalidad materna.	<ul style="list-style-type: none"> No realizó partos durante el período.
10. Tasa de mortalidad neonatal.	
11. Tasa de mortalidad post-neonatal.	
Fuente. Elaboración propia DGI-SNS, diciembre 2019.	

6. Establecimientos sujetos al ranking institucional y reporte al SISMAP.

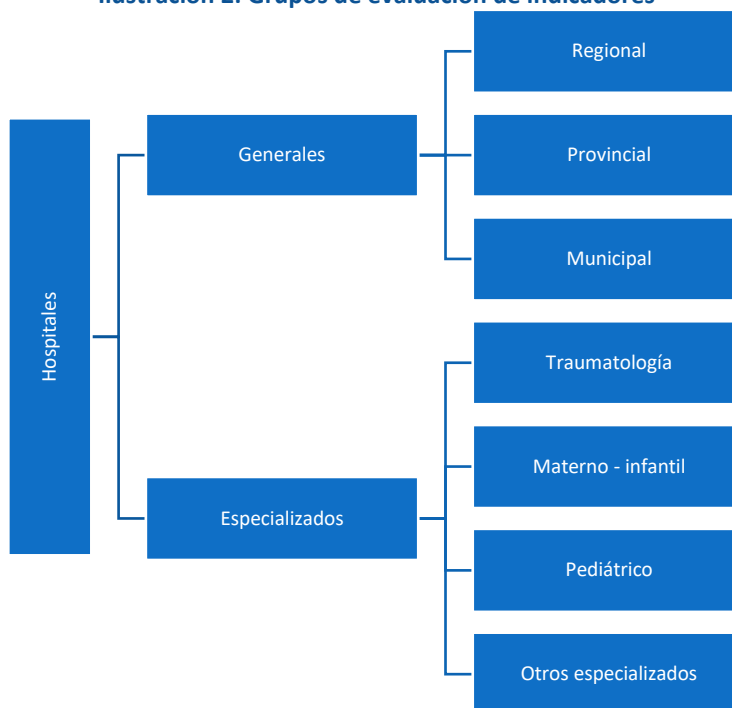
6.1. Grupos de medición.

Se definieron grupos de medición para una mayor homogeneidad en el cálculo del puntaje global del componente de gestión clínica y el análisis de los indicadores que serán evaluados. Esto se debe a que la cartera de servicios de cada centro y su complejidad incide en que los valores de los indicadores estén en ciertos rangos.

El sistema segmenta los establecimientos hospitalarios con base a la extensión geográfica y el nivel de especialización o complejidad en las siguientes categorías:

- General: *regional, provincial y municipal.*
- Especializado por disciplina: *traumatología, materna – infantil, pediátrico y otros especializados.*

Ilustración 2: Grupos de evaluación de indicadores



Para agrupar los establecimientos se procedió a dividir los centros en hospitales generales y hospitales especializados, definidos de la siguiente manera:

- Los **hospitales generales** son centros con internamiento fundamentado en servicios básicos de pediatría, ginecoobstetricia, cirugía, medicina interna y salud mental. Se complementa de servicios diagnósticos, orientación e información a usuarios y de trabajo social. Las subcategorías de los hospitales generales se basan en su extensión territorial: regional, provincial y municipal.

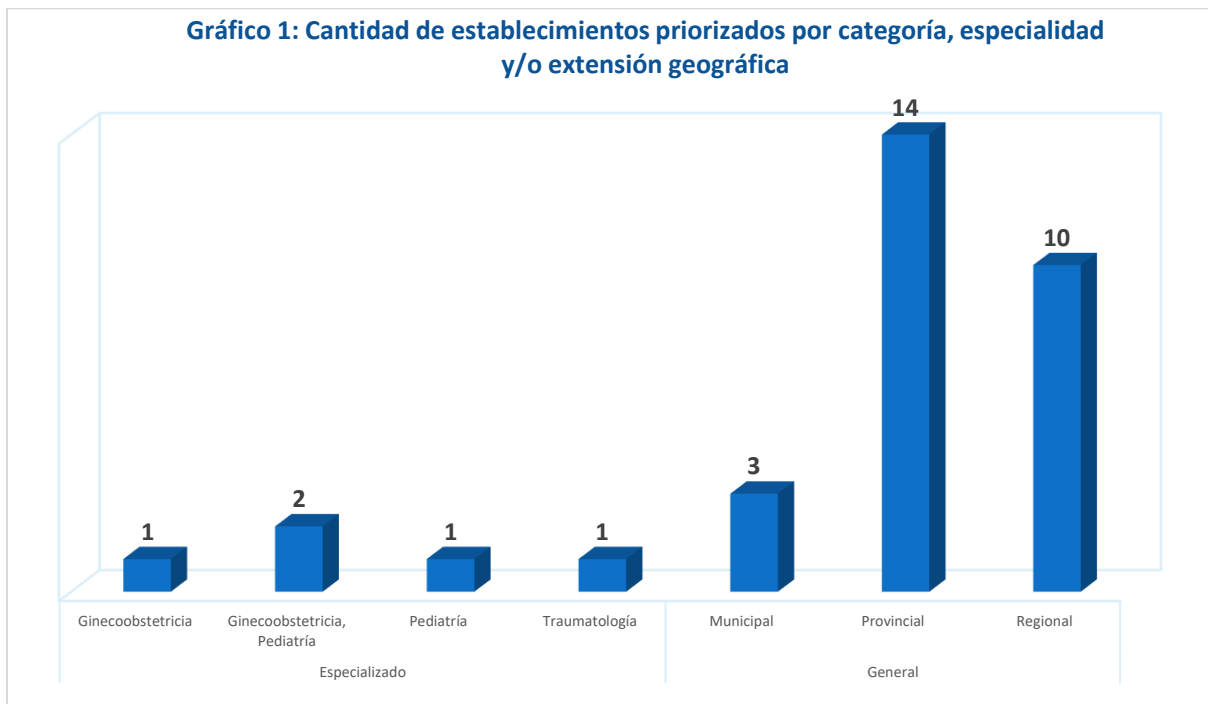
- Los **hospitales especializados** son establecimientos con internamiento especializado en temas específicos o patologías (quemados, diabetes, oftalmología, oncología, cardiología, traumatología, salud mental, entre otros). Las subcategorías de los hospitales especializados son traumatología, materna – infantil, pediátrico y otros especializados. No se utilizó la extensión territorial estos hospitales porque las disciplinas son un mejor agrupador en base a complejidad en este caso.

En virtud de que los hospitales especializados manejan distintas capacidades resolutorias en función de sus particularidades, se caracterizaron con base en las disciplinas a las cuales responden. En el catálogo de establecimientos de salud se identificaron unos 20 hospitales especializados.

En el Anexo III se presenta el catálogo de establecimientos de salud para monitoreo institucional categorizados según nivel, disciplina / especialidad y extensión geográfica.

6.2. Establecimientos para reporte al SISMAP.

Si bien a nivel institucional serán incorporados todos los establecimientos del SNS en la medición de los indicadores que sean de su competencia, el reporte al SISMAP, en una primera etapa propone incluir 32 establecimientos según las características incluidas en la tabla siguiente:



Cuadro 4: Establecimientos de salud en fase I de intervención Proyecto PRO-HOSPITAL por variables de denominación							
REGION DE SALUD	PROVINCIAS	ESTABLECIMIENTOS	EXTENSION GEOGRAFICA	TIPOLOGIA	ESPECIALIDAD	DOCENTE	
1	REGION 0	DISTRITO NACIONAL	DR. FRANCISCO E MOSCOSO PUELLO	MUNICIPAL	GENERAL	NO APLICA	NO
2	REGION 0	SANTO DOMINGO	DARIO CONTRERAS	NACIONAL	ESPECIALIZADO	TRAUMATOLÓGICO	SI
3	REGION 0	DISTRITO NACIONAL	DR. ROBERT REID CABRAL	NACIONAL	ESPECIALIZADO	INFANTIL	SI
4	REGION 0	DISTRITO NACIONAL	SALVADOR B. GAUTIER	MUNICIPAL	GENERAL	NO APLICA	SI
5	REGION 0	MONTE PLATA	DR. ANGEL CONTRERAS	PROVINCIAL	GENERAL	NO APLICA	NO
6	REGION 0	SANTO DOMINGO	EL ALMIRANTE	MUNICIPAL	GENERAL	NO APLICA	NO
7	REGION 0	SANTO DOMINGO	CIUDAD JUAN BOSCH	MUNICIPAL	GENERAL	NO APLICA	NO
8	REGION 0	SANTO DOMINGO	SAN LORENZO DE LOS MINA MATERNO INFANTIL	NACIONAL	ESPECIALIZADO	MATERNO - INFANTIL	SI
9	REGION 0	DISTRITO NACIONAL	MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA	NACIONAL	ESPECIALIZADO	MATERNO	SI
10	REGION 1	SAN CRISTOBAL	JUAN PABLO PINA	REGIONAL	GENERAL	NO APLICA	NO
11	REGION 1	PERAVIA	NUESTRA SEÑORA DE REGLA	PROVINCIAL	GENERAL	NO APLICA	NO
12	REGION 2	ESPAILLAT	TORIBIO BENCOSME	PROVINCIAL	GENERAL	NO APLICA	NO
13	REGION 2	PUERTO PLATA	RICARDO LIMARDO	PROVINCIAL	GENERAL	NO APLICA	SI
14	REGION 2	SANTIAGO	JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ	REGIONAL	GENERAL	NO APLICA	SI
15	REGION 2	SANTIAGO	PRESIDENTE ESTRELLA URENA (IDSS)	REGIONAL	GENERAL	NO APLICA	NO
16	REGION 3	DUARTE	SAN VICENTE DE PAUL	REGIONAL	GENERAL	NO APLICA	NO
17	REGION 3	MARIA TRINIDAD SANCHEZ	DR. ANTONIO YAPOUR HEDDED	PROVINCIAL	GENERAL	NO APLICA	NO
18	REGION 3	SAMANA	LEOPOLDO POU	PROVINCIAL	GENERAL	NO APLICA	NO
19	REGION 4	BARAHONA	JAIME MOTA	REGIONAL	GENERAL	NO APLICA	NO
20	REGION 4	INDEPENDENCIA	GENERAL MELENCIANO	PROVINCIAL	GENERAL	NO APLICA	NO
21	REGION 4	BAHORUCO	SAN BARTOLOME	PROVINCIAL	GENERAL	NO APLICA	NO
22	REGION 5	SAN PEDRO DE MACORIS	DR. ANTONIO MUSA	REGIONAL	GENERAL	NO APLICA	NO
23	REGION 5	LA ROMANA	DR. FRANCISCO ANTONIO GONZALVO	PROVINCIAL	GENERAL	NO APLICA	NO
24	REGION 6	AZUA	TAIWAN 19 DE MARZO	REGIONAL	GENERAL	NO APLICA	NO
25	REGION 6	SAN JUAN	DR. ALEJANDRO CABRAL	REGIONAL	GENERAL	NO APLICA	NO
26	REGION 6	ELIAS PIÑA	ROSA DUARTE	PROVINCIAL	GENERAL	NO APLICA	NO
27	REGION 7	VALVERDE	ING. LUIS L. BOGAERT	REGIONAL	GENERAL	NO APLICA	NO
28	REGION 7	VALVERDE	MATERNO INFANTIL JOSE FRANCISCO PENA GOMEZ	MUNICIPAL	ESPECIALIZADO	MATERNO - INFANTIL	NO
29	REGION 7	MONTE CRISTI	PADRE FANTINO	PROVINCIAL	GENERAL	NO APLICA	NO
30	REGION 7	SANTIAGO RODRIGUEZ	GENERAL SANTIAGO RODRIGUEZ	PROVINCIAL	GENERAL	NO APLICA	NO
31	REGION 8	LA VEGA	DR. LUIS MORILLO KING	REGIONAL	GENERAL	NO APLICA	SI
32	REGION 8	SANCHEZ RAMIREZ	INMACULADA CONCEPCION	PROVINCIAL	GENERAL	NO APLICA	NO

Fuente: Base De Datos De Establecimientos De Salud, SNS.

7. Abordaje metodológico y homologación con SISMAP.

7.1. Evaluación y estandarización de los indicadores.

La metodología empleada es una adaptación de la definida por la Secretaría de Salud de México (SSa) y la Asociación Pro-Bienestar de la Familia (PROFAMILIA) de Colombia. Ambas metodologías parten de medir “quién se desempeña mejor”, puesto que existen indicadores para los cuales existen estándares internacionales y/o nacionales del rango en el que deben encontrarse cuando el indicador está a nivel de establecimiento. Por ejemplo, de acuerdo con la declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a nivel nacional recomienda un 15% de cesáreas, estándar no recomendado para el nivel hospitalario porque el nivel de cesáreas aceptables puede variar entre centros.

Lo anterior también sucede con indicadores como la mortalidad materna e infantil, para las cuales los países establecen metas a nivel nacional, pero no existe una referencia por establecimiento, donde el valor es mucho más alto por solo tener como denominador los nacimientos de cada centro.

En ambas metodologías se presenta como limitación que la valoración de un indicador depende de cómo se desempeñe el resto de las observaciones del grupo analizado. Al efecto, si en un grupo todos los centros de salud presentan un indicador inadecuado, los menos malos del grupo son los que figurarán con mejor puntaje.

A nivel cuantitativo se presentan las siguientes diferencias:

- **México:** En esta metodología se utilizan los rangos cuartiles para ordenar establecimientos de peor a mejor. Los cuartiles se emplearon para asignar puntajes y se asigna la puntuación empleada para el propio cuartil (0.25, 0.5, 0.75 y 1).

Aunque los valores de los cuartiles para cada indicador se obtienen para cada grupo de hospitales, con miras a hacer una evaluación de los indicadores para cada hospital más justa, ya que dichos valores de referencia son obtenidos a partir del mismo grupo al que pertenecen, la metodología tiene una clara limitación, ya que la calificación dependerá del desempeño del grupo, es decir, si el grupo en general tiene un pobre desempeño los menos peores obtendrán una mejor calificación, sin que necesariamente pueda considerarse como excelente.

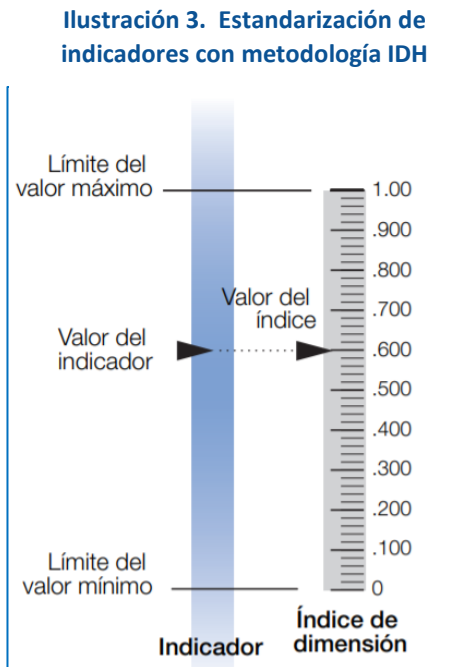
La desventaja de esta metodología es que presenta un sesgo al colocar en una misma categoría valor con una mayor diferencia en términos absolutos, puesto que se agrupan observaciones.

Es por ello por lo que, a pesar de hacer un ejercicio para evaluar el comportamiento por cada establecimiento, se decidió descartarla.

- Colombia:** En este abordaje se aplica la fórmula utilizada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para estandarizar indicadores que integran el Índice de Desarrollo Humano (IDH). Esta metodología no se utiliza para establecimientos, sino para evaluar departamentos de salud (regiones).

El desempeño en cada dimensión se expresa como un valor entre 0 y 1 tras aplicar la siguiente fórmula general:

$$\text{Indicador estandarizado} = \frac{\text{Valor real} - \text{Valor mínimo}}{\text{Valor máximo} - \text{Valor mínimo}} * 100$$



Para los fines propuestos se presenta un ejercicio de estandarización de indicadores con ambos métodos en el Cuadro 5. Como se observa, la metodología de Ssa – México agrupa observaciones y con un rango más amplio se podrían colocar observaciones con alta dispersión en una misma categoría de establecimientos. En cambio, la metodología de Colombia / PNUD expresa el indicador en términos relativos al rango máximo de la distribución.

Cuadro 5: Comparación de resultados con ambas metodologías			
Establecimiento	Giro cama	SSa - México	Colombia / PNUD
Hospital 1	16.6	1	1.00
Hospital 2	5.9	0.75	0.35
Hospital 3	5.2	0.5	0.31
Hospital 4	1.2	0.25	0.07
Hospital 5	-	0	-
Fuente. Elaboración propia DGI-SNS, noviembre 2019.			

En el caso ejemplificado el valor mínimo es 0, por lo que el mayor rango es 16.6. Por lo tanto, 1.2 (Hospital 4) dividido entre 16 resulta en un valor de 0.072. Cuando el valor mínimo no sea 0, que es la mayoría de los casos, el valor se ajustará de manera dinámica al rango, mientras que en la metodología de México dependerá del número de observaciones.

Para la aplicación metodológica se seleccionó el enfoque aplicado en Colombia por PROFAMILIA (2019) empleando las siguientes directrices:

- Escala de desempeño.** Los indicadores son estandarizados a una escala entre 0 y 100, donde 100 es el mejor desempeño y 0 el peor.

- **Estandarización de los indicadores.** Los indicadores presentados anteriormente requieren ser estandarizados por las siguientes razones:
 - i) Se requiere un método de cálculo que se ajuste al rango de cada indicador,
 - ii) Existen indicadores que no tienen un valor máximo a registrar,
 - iii) Para generar un índice global para el componente de gestión clínica se requiere que los componentes del cálculo se presenten en la misma escala.

Cuadro 6: Criterios de evaluación para estandarización de indicadores	
Indicador	Escala de evaluación
1. Días promedio de estada	A menor valor, mejor resultado.
2. Tasa de mortalidad neonatal	A menor valor, mejor resultado. Cuando el indicador supere las 14 defunciones por cada 1000 NV, se valora en cero.
3. Razón de mortalidad materna	A menor valor, mejor resultado. Cuando el indicador supere las 70 defunciones por cada 100 mil NV, se valora en cero.
4. Tasa de mortalidad post-neonatal	A menor valor, mejor resultado.
5. Porcentaje de atenciones provistas en área de emergencias	A menor valor, mejor resultado.
6. Tasa neta de mortalidad hospitalaria	A menor valor, mejor resultado.
7. Porcentaje de partos por cesárea	A menor valor, mejor resultado.
8. Proporción de personas en tratamiento antirretroviral que se encuentran activas	A mayor valor, mejor resultado.
9. Proporción de personas que viven con VIH activas en tratamiento con carga viral suprimida	A mayor valor, mejor resultado.
10. Giro cama	A mayor valor, mejor resultado.
11. Porcentaje ocupacional	A mayor valor, mejor resultado. Cuando el valor del indicador sea mayor a 89% se multiplica por 0.75 ⁴ .

Fuente. Elaboración propia DGI-SNS, noviembre 2019.

Para la metodología de cálculo para estandarizar los datos se utilizan las fórmulas 1 y 2, las cuales se emplean en función de si el resultado es mejor a mayor o menor valor. Para los indicadores 1 a 7 se utiliza la Fórmula 1:

$$\text{Fórmula 1} = \frac{\text{Valor real} - \text{Valor mínimo}}{\text{Valor máximo} - \text{Valor mínimo}} * 100$$

Ilustración 4. Ejemplo de cálculo con Fórmula 1

⁴ Dado que el rango óptimo no debe superar el 89% de porcentaje ocupacional, de manera arbitraria se ha determinado ajustar el valor en 0.75, con lo cual en la homologación del SISMAP caerían en el rango de cierto avance (amarillo), considerando que los establecimientos que tengan más de un 90% no están subutilizando el recurso cama, pero supone un riesgo para la salud por lo indicado en la literatura internacional: *“Los estándares internacionales refieren que para el indicador de ocupación hospitalaria se recomiendan niveles alcanzados entre un 80% y 85%, en los cuales se considera que existe eficiencia de la capacidad instalada. De reportarse un nivel inferior al 80% se considera que existe una subutilización de los recursos físicos y en niveles superiores al 85% puede presentarse una escasez de camas e incrementarse la mortalidad y las infecciones hospitalarias”*.

Establecimiento	Giro cama
Juan Pablo Pina	6.9
Dr. Luis Morillo King	6.1
Presidente Estrella Ureña	7.0 → Valor máximo
San Vicente de Paúl	3.5
Taiwán 19 de Marzo	4.0
Dr. Alejandro Cabral	2.6 → Valor mínimo
Dr. Antonio Musa	4.7
Jaime Mota	4.8
Dr. Marcelino Vélez Santana	N/D
Ing. Luis L. Bogaert	5.2
Jose María Cabral y Báez	3.5

Indicador estandarizado

$$Jaime Mota = \frac{4.8 - 2.6}{7.0 - 2.6} \times 100 = 50$$

Como se observa en el ejemplo de la fórmula 1, el indicador se ajusta a un valor entre 0 y 1 al tener como denominador el rango de 7.0 y 2.6.

Para los indicadores 8 a 11, en los que, a menor valor mayor resultado, se utiliza la Fórmula 2. Esta fue creada por DGI para los casos opuestos, ya que la metodología de PNUD – IDH no presenta una aplicación cuantitativa para casos en que a menor valor mayor resultado.

$$Fórmula 2 = \frac{Valor\ real - Valor\ máximo}{Valor\ mínimo - Valor\ máximo} * 100$$

Ilustración 5. Ejemplo de cálculo con Fórmula 2

Establecimiento	Tasa neta de mortalidad hospitalaria
Juan Pablo Pina	1.7
Dr. Luis Morillo King	4.2
Presidente Estrella Ureña	2.8
San Vicente de Paúl	4.2
Taiwán 19 de Marzo	1.5
Dr. Alejandro Cabral	5.5
Dr. Antonio Musa	3.8
Jaime Mota	0.6 → Valor mínimo
Dr. Marcelino Vélez Santana	5.6 → Valor máximo
Ing. Luis L. Bogaert	2.8
Jose María Cabral y Báez	6.5

Indicador estandarizado

$$Marcelino Vélez = \frac{5.6 - 5.6}{0.6 - 5.6} \times 100 = 0$$

$$Jaime Mota = \frac{0.6 - 5.6}{0.6 - 5.6} \times 100 = 100$$

Como se observa tanto los valores máximos como mínimo alcanzaron indicadores estandarizados de 0 y 1 al aplicarse la fórmula 2. Por ejemplo, el Hospital Regional Jaime Mota tiene una tasa neta de mortalidad hospitalaria de 0.6 por cada 100 egresos, la más baja del grupo de hospitales de su categoría, y tiene un valor estandarizado de 1. Este valor lo sitúa como el hospital con el desempeño más alto del grupo.

7.2. Cálculo del Índice global.

Para obtener el índice global de desempeño en gestión clínica se utiliza la fórmula indicada debajo, que sirve para generar una media de los valores estandarizados aplicando la misma ponderación a todos los indicadores.

Esta ponderación puede diferir entre establecimiento ya que dependerá del número de indicadores que apliquen.

$$\text{Índice global} = \left(\frac{\text{Indicador estandarizado}_1 + \text{Indicador estandarizado}_2 + \text{Indicador estandarizado} \dots}{\text{Cantidad de indicadores que aplican}} \right) \times 100$$

Este índice global será utilizado en el análisis institucional del desempeño global del SNS, ya que la mirada del SISMAP Salud es por cada indicador.

7.3. Vinculación del puntaje por indicadores con el SISMAP.

Cada indicador y el puntaje global será evaluado conforme a las escalas del SISMAP: poco avance (0 – 59 puntos), Cierta avance (60 – 79 puntos) y Objetivo logrado (80 – 100 puntos). En virtud de que los puntajes son ajustados a estar entre 0 y 100, se establece que cada indicador será evaluado en los rangos anteriormente descritos.

Objetivo logrado	80-100%
Cierta avance	60-79%
Poco/ningún avance	0-59%

Cuadro 7: Matriz de valoración de indicadores reportados al SISMAP

Sub-Indicadores Vinculados (SIVs)	Estatus	VALORACIÓN	
		Cualitativa	Cuantitativa
Indicadores esfera gestión clínica			
Días promedio de estadía	Puntaje relativo entre 80 y 100	Objetivo Logrado	80-100
	Puntaje relativo entre 60 y 79	Cierta Avance	60-79
	Puntaje relativo entre 0 y 59	Poco/Ningún Avance	0-59
Porcentaje Ocupacional	Entre 80% y 89% de ocupación	Objetivo Logrado	80-100
	Entre 60% y 79%;90% o más	Cierta Avance	60-79
	Entre 0% y 59% de ocupación hospitalaria	Poco/Ningún Avance	0-59
Giro cama	Puntaje relativo entre 80 y 100	Objetivo Logrado	80-100
	Puntaje relativo entre 60 y 79	Cierta Avance	60-79
	Puntaje relativo entre 0 y 59	Poco/Ningún Avance	0-59
Porcentaje de atenciones provistas en área de emergencias	Puntaje relativo entre 80 y 100	Objetivo Logrado	80-100
	Puntaje relativo entre 60 y 79	Cierta Avance	60-79
	Puntaje relativo entre 0 y 59	Poco/Ningún Avance	0-59
Porcentaje de partos por cesáreas	Puntaje relativo entre 80 y 100	Objetivo Logrado	80-100
	Puntaje relativo entre 60 y 79	Cierta Avance	60-79
	Puntaje relativo entre 0 y 59	Poco/Ningún Avance	0-59

Cuadro 7: Matriz de valoración de indicadores reportados al SISMAP

Sub-Indicadores Vinculados (SIVs)	Estatus	VALORACIÓN	
		Cualitativa	Cuantitativa
Tasa neta de mortalidad hospitalaria	Puntaje relativo entre 80 y 100	Objetivo Logrado	80-100
	Puntaje relativo entre 60 y 79	Cierto Avance	60-79
	Puntaje relativo entre 0 y 59	Poco/Ningún Avance	0-59
Proporción de personas en tratamiento antirretroviral que se encuentran activas	Puntaje relativo entre 80 y 100	Objetivo Logrado	80-100
	Puntaje relativo entre 60 y 79	Cierto Avance	60-79
	Puntaje relativo entre 0 y 59	Poco/Ningún Avance	0-59
Proporción de personas que viven con VIH activas en tratamiento con carga viral suprimida	Puntaje relativo entre 80 y 100	Objetivo Logrado	80-100
	Puntaje relativo entre 60 y 79	Cierto Avance	60-79
	Puntaje relativo entre 0 y 59	Poco/Ningún Avance	0-59
Razón de mortalidad materna (1000 NV)	Puntaje relativo entre 80 y 100	Objetivo Logrado	80-100
	Puntaje relativo entre 60 y 79	Cierto Avance	60-79
	Puntaje relativo entre 0 y 59; Si tiene más de 0.7 muertes por cada 100 mil NV	Poco/Ningún Avance	0-59
Razón de mortalidad neonatal (1000 NV)	Puntaje relativo entre 80 y 100	Objetivo Logrado	80-100
	Puntaje relativo entre 60 y 79	Cierto Avance	60-79
	Puntaje relativo entre 0 y 59; Si tiene más de 14 muertes por cada 1000 NV	Poco/Ningún Avance	0-59
Razón de mortalidad post-neonatal (1000 NV)	Puntaje relativo entre 80 y 100	Objetivo Logrado	80-100
	Puntaje relativo entre 60 y 79	Cierto Avance	60-79
	Puntaje relativo entre 0 y 59; Si tiene más de 5.2 muertes por cada 1000 NV	Poco/Ningún Avance	0-59
Indicadores esfera Gestión Administrativa y de la Información			
Oportunidad de reporte de producción hospitalaria	3 meses reportados	Objetivo Logrado	80-100
	2 meses reportados o menos	Cierto Avance	60-79
	1 mes o menos	Poco/Ningún Avance	0-59
Porcentaje de disminución de glosa por parte de SeNaSa	3 meses reportados	Objetivo Logrado	80-100
	2 meses reportados o menos	Cierto Avance	60-79
	1 mes o menos	Poco/Ningún Avance	0-59
Fuente. Elaboración propia DGI-SNS, diciembre 2019.			

8. Limitaciones del análisis y presentación de resultados de mejor desempeño en hospitales.

8.1. Análisis de los datos y limitaciones para la interpretación.

Trimestralmente se efectuará un análisis descriptivo de los avances hacia la meta final de los indicadores que se hayan determinado. Es importante señalar que los análisis se realizarán con base en *fuentes de información de acceso público*, y que el origen de la información son las mismas unidades hospitalarias donde se registra la información nominal en instrumentos físicos y se reporta de manera consolidada, pasando por varios procesos de validación para garantizar la consistencia de la información.

La metodología para estimar los indicadores no integra el ajuste por riesgo (ajustes por complejidad y recursos disponibles en las unidades hospitalarias) que podrían reflejar de una mejor manera la dinámica hospitalaria y replicar los indicadores de desempeño hospitalario para años anteriores, con la finalidad de analizar su comportamiento en el tiempo y genera recomendaciones. Este es un proceso que requiere de un análisis de mayor profundidad y que será abordado toda vez se afiance la dinámica de medición y utilización de los resultados para la toma de decisiones y mejora de la calidad de la atención.

De igual manera, para alcanzar comparaciones más justas, en el mediano plazo se prevé clasificar a los hospitales generales y especializados según su tipo, número de camas hospitalarias, la cantidad de egresos y los servicios que ofrecen⁵.

Cuando se lleva a cabo un juicio de valor se busca tener la mayor objetividad posible, de tal manera que se apliquen los mismos criterios y se tenga una medida estándar de referencia para cada indicador. Para ello, lo mejor es contar con estándares internacionales, sin embargo, no siempre está disponible dicha información o no es comparable por las diferentes metodologías de cálculo.

Al respecto sólo se cuenta con estándares internacionales para dos indicadores. El porcentaje o tasa de ocupación, como lo denomina la OCDE, menciona que 85% de ocupación es el nivel óptimo acorde con estudios realizados en Reino Unido⁶; de tal manera que se consideró un rango entre 80 y 90% como el mejor puntaje. En el caso de las cesáreas, la recomendación de la OMS en 2007 era que su nivel debiera estar entre 10-15% a nivel nacional; sin embargo, en su Declaración de 2013 procedió a establecer que cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal, proponiendo un sistema de clasificación universal para poder determinar la tasa a nivel hospitalario. En efecto, OMS aclaró que las tasas de cesárea de los establecimientos sanitarios varían en gran medida según las diferencias en la casuística de las poblaciones obstétricas a las que estos brindan

⁵ Una ayuda importante en este proceso será la actualización y difusión de la cartera de servicios que está en construcción.

⁶ OECD (2013). Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing. Última consulta: 3 noviembre 2019. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance2013-en

atención, su capacidad y recursos, y los protocolos clínicos. En consecuencia, debido a dichas diferencias, **la tasa de cesárea recomendada a nivel de población no se puede extrapolar y utilizarse a nivel hospitalario**⁷, con lo cual, una de las mejoras metodológicas implicará trabajar para recolectar la información sobre las cesáreas

El análisis de los datos en el informe a generar trimestralmente es de tipo **descriptivo**, es decir, consiste en describir las tendencias claves en los datos existentes, con lo cual el trabajo incluye la recopilación de datos relacionados, su organización, tabulación y descripción de los resultados. Un análisis básico descriptivo implica calcular las medidas simples de composición y distribución de variables. Dependiendo del tipo de datos, pueden ser proporciones, tasas, razones o promedios. Para la **INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS** en los análisis es preciso indicar que existen limitaciones a considerar al momento de efectuar la comparabilidad.

1. Días promedio de estadía.

- El promedio de días de estada depende de diversos factores, como la característica del establecimiento, el tipo de pacientes admitidos y la eficiencia de las unidades de diagnóstico y tratamiento, la morbilidad atendida, la técnica médico-quirúrgica, hábitos administrativos, entre otros. La variación de la magnitud de este indicador es muy grande en función de las patologías atendidas.
- Este es un indicador que podría afectar la interpretación de la relación camas/población y, por lo tanto, es importante para la planificación del recurso cama. Tiene limitaciones cuando se trata de unidades operativas determinadas, tales como Geriatria o aquellas que atienden las enfermedades crónicas.
- Este indicador es útil para evaluar la gestión de un establecimiento y no sirve para comparación a nivel de áreas geográficas en el ámbito nacional ni entre el ámbito nacional e internacional.

2. Porcentaje ocupacional.

- Es un indicador muy utilizado cuando se analiza el funcionamiento de los establecimientos con internación, pero presenta algunas limitaciones para la comparación de unidades operativas o para la ayuda a la gestión a corto plazo. Esta limitación parte de considerar la ocupación como indicador de un concepto global de funcionamiento de un establecimiento, cuando en realidad puede entenderse simplemente como un indicador de recursos ocupados.
- Su desventaja radica en la imposibilidad de valorar la adecuación de los recursos disponibles cuando se desconoce el funcionamiento de los servicios de salud de acuerdo con las políticas de cada lugar.

⁷ OMS (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación Organización Mundial de la Salud. WHO/RHR/15.02. Ginebra, Suiza.

3. Giro cama.

- Las diferencias entre estructura y tamaño de los establecimientos, así como los recursos tecnológicos con que cuenta, la organización del establecimiento, la condición social de los pacientes que concurren a los mismos y el tipo de patologías, influyen en el nivel del giro cama.

4. Porcentaje de atenciones provistas en área de emergencias.

- La demanda ambulatoria en emergencias está influenciada por las características demográficas, socioeconómicas y epidemiológicas de la población, lo que dificulta el análisis comparativo. Además, de un alto componente cultural, un análisis de demanda de servicios en turnos donde la consulta externa no está disponible sería un factor incidente pendiente de valorar.

5. Porcentaje de partos por cesáreas.

- La práctica de comparar la frecuencia de nacimientos vaginales con las cesáreas de distintas instituciones o regiones de salud no tiene beneficios, dado que es poco frecuente encontrar instituciones similares en el tipo de pacientes o en las políticas obstétricas.
- Un centro que recibe pacientes de alto riesgo tendrá más intervenciones que uno de bajo nivel de resolución. Hay diferencias por consideraciones de medicina defensiva, experiencia profesional, estado socioeconómico, edad, paridad, normas institucionales, preferencias de pacientes, etc. En las instituciones con mayor frecuencia de cesáreas se ha observado mayor frecuencia de partos vaginales instrumentales.
- Como indicador de calidad debe utilizarse la frecuencia de cesáreas primarias por falta de progreso del trabajo de parto y por asfixia-hipoxia. La construcción de este tipo de indicador será trabajada en el corto plazo.

6. Tasa neta de mortalidad hospitalaria.

- Está condicionado por las características de los pacientes atendidos, la naturaleza y la severidad de las afecciones tratadas y el nivel de resolución del establecimiento.
- El tiempo transcurrido entre el ingreso y la muerte es un factor muy importante en el nivel de esta tasa. Si es muy breve, pudo no haber sido suficiente para que el tratamiento tuviera efecto. Por tal razón, este indicador se calcula excluyendo del numerador y del denominador las defunciones de menos de 48 horas. Con esto se buscaba detectar las muertes que, presumiblemente, pudieron ser evitadas por el establecimiento.
- Sin embargo, en la actualidad, teniendo en cuenta la tecnología disponible, se considera más apropiado para ciertas unidades operativas y/o patología, calcularla excluyendo las muertes de menos de 24 horas. Para ello deberá tenerse en cuenta

como fuente de datos el Informe Estadístico de Hospitalización, lo cual será una de las mejoras en el mediano plazo para afianzar el cálculo de este indicador, considerando, en la medida de lo posible hacer mediciones, además de por establecimiento y por ocurrencia a las 48 horas, por unidad operativa, por ocurrencia a las 24 horas, por patología o complicaciones de esta, por sexo y por grupos de edades seleccionadas, entre otras variables.

7. Proporción de personas en tratamiento antirretroviral que se encuentran activas.

- El inicio del módulo FAPPS implicó el registro de todos los pacientes que alguna vez habían sido incorporados en el Programa Nacional de Atención Integral (PNAI), por lo que es posible que un número considerable de PVVS se encuentren aportando al primer pilar, pero no se encuentren “activos”, categoría determinada por los que cuentan con registros de seguimiento continuo.
- Las guías de atención señalan que un paciente con 90 días + 1 del último registro caen en abandono, razón por lo cual, muchos de los PVVS caen automáticamente en la condición de “abandono”, producto de que el registro en los SAI no es en línea y la acumulación de datos por registrar puede arrojar resultados no reales de la situación. La DIGECITSS remitió una comunicación autorizando el cambio en sistema a 90 días + 5 para cubrir el retraso en la asistencia por caer la cita en días feriados o fines de semana.

8. Proporción de personas que viven con VIH activas en tratamiento con carga viral suprimida.

- El flujo desde el Laboratorio Nacional de Salud Pública Dr. Defilló (LNSPDD) hacia los SAI para el registro de los resultados de carga viral retrasaba conocer la realidad de esta prueba, con lo cual, los resultados de la cascada podrían no arrojar la realidad; sin embargo, el SNS, con la anuencia del MSP y el apoyo de CDC desarrollaron un módulo de carga directa desde el LNSPDD que permitirá disponer del dato en menor tiempo.

9. Tasa de mortalidad neonatal y post-neonatal y razón de mortalidad materna.

- La oportunidad y cobertura de los reportes de muertes materno – infantil afectan los resultados y el análisis de los datos, producto de los subregistros en el SINAVE de los eventos ocurridos en las 52 semanas epidemiológicas.
- Para el cálculo de la tasa de muerte neonatal se utilizan los reportes en SINAVE; sin embargo, dado que se utilizan los registros de nacidos vivos como variable para el denominador, los establecimientos pediátricos no podrían ser medidos porque no contemplan nacimientos. A este fin, se hace necesario recopilar información de egresos hospitalarios en cada uno de los rangos de edad analizados para determinar la tasa de fallecidos sobre el total de egresos durante el mismo período.

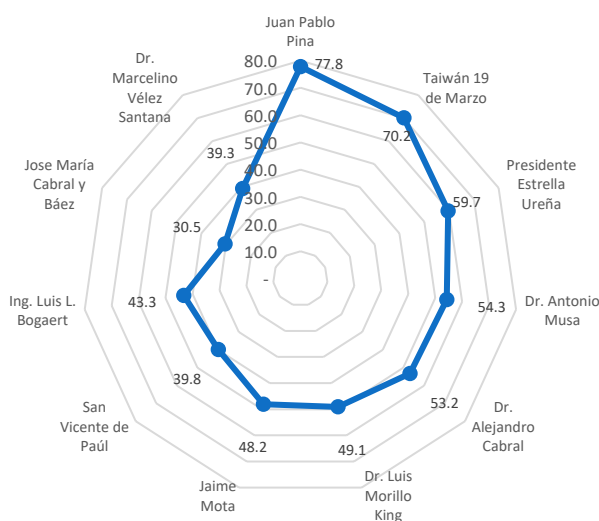
8.2. Principales resultados hospitales generales.

En el documento de análisis se presentarán los resultados principales a nivel de cada establecimiento de salud en el conjunto al cual pertenece, pero considerados como una unidad, es decir, no es un promedio de los valores de los hospitales del conjunto y como fuera indicado, los indicadores mostrados no incluyen ajustes por riesgos y otras variables que pudieran incidir en los resultados. Por ello hemos recomendado se evite hacer comparaciones con indicadores internacionales que incluyan ese tipo de ajuste⁸.

No debe confundirse el resultado del índice para el ranking con los resultados del indicador, cuyos parámetros nacionales deberán ser definidos cuando el mismo no haya sido establecido en los ODS, la END, el PNPSP, el PLANDES o algún otro instrumento de planificación del sector salud.

8.2.1. Hospitales generales regionales.

Gráfico 2: Desempeño en global de hospitales regionales, enero - marzo 2019



En el análisis global se aprecia que el Hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal de su grupo y número de indicadores evaluados (11 en total) es el que presenta mejor desempeño; sin embargo, al analizar los índices de manera individual se observa que el porcentaje de atenciones en emergencia de este establecimiento fue el mayor del grupo de análisis con un 50.2% y una tasa de mortalidad neonatal por encima de la meta de 14 por cada 1000 NV, razón por la cual al normalizar los valores con la fórmula 1 del punto 7.1. *Evaluación y estandarización de los indicadores*, siendo el mayor valor de los hospitales generales con 11 indicadores medidos asume el menor valor que es cero (0) y condición de **poco o ningún avance**.

En el cuadro 8 se presentan los valores normalizados y el nivel de avance relativo que aporta el ranqueo frente a sus pares y con base a las categorías previstas del SISMAP. Los valores que se normalizan para cada indicador son los presentados en el cuadro 9, donde se aprecia que, tomando el mismo hospital Pina de ejemplo, para el trimestre 1 no reportó ninguna muerte materna, por lo cual, su valor

⁸ A los que nos referimos es que, por ejemplo, en el caso específico de la mortalidad neonatal, la literatura internacional [AHRQ Quality Indicators, Versión 5.0, 2015. Neonatal Quality Indicators #2, Technical Specifications, Neonatal] recomienda excluir a los egresos con menos de 500 gramos de peso, sin embargo, no tenemos esta posibilidad ya que por el momento las fuentes de información no físicas no permiten asociar el peso del neonato en gramos, al egreso hospitalario. Eso tiene como resultado una posible sobreestimación de la mortalidad neonatal, amén de que las consideraciones de registro en el SINAVE lo contemplen, lo cual será objeto de levantamiento de procesos de captura, registro y análisis de datos.

normalizado es 100, ya que como se indicara en el Cuadro 6: Criterios de evaluación para estandarización de indicadores - A menor valor, mejor resultado. Cuando el indicador supere las 70 defunciones⁹ por cada 100 mil NV, se valora en cero -.

Cuadro 8: Desempeño global e individual de índice por hospital general regional, enero – marzo 2019

Establecimiento	Índice global	Días promedio de estadía	Porcentaje ocupacional	Giro cama	Porcentaje de atenciones provistas en área de emergencias	Porcentaje de partos por cesárea	Tasa neta de mortalidad hospitalaria	Proporción de personas en tratamiento antiretroviral que se encuentran activas	Proporción de personas que viven con VIH activas en tratamiento con carga viral suprimida	Tasa de mortalidad neonatal	Razón de mortalidad materna	Tasa de mortalidad post-neonatal
11 indicadores												
Juan Pablo Pina	77.8	75.6	80.8	96.0	33.8	100.0	88.2	85.2	100.0	0.0	100.0	96.3
Taiwán 19 de Marzo	70.2	79.8	18.0	31.7	43.9	70.6	82.4	96.5	49.2	100.0	100.0	100.0
Presidente Estrella Ureña	59.7	68.1	69.0	100.0	84.5	71.1	67.4	84.6	97.4	0.0	0.0	14.1
Dr. Antonio Musa	54.3	55.5	75.5	47.8	33.1	81.6	74.1	44.2	74.7	0.0	100.0	10.7
Dr. Alejandro Cabral	53.2	72.4	0.0	0.0	57.5	96.3	74.0	100.0	86.0	0.0	0.0	99.4
Dr. Luis Morillo King	49.1	64.5	92.6	79.3	59.9	45.7	50.6	48.1	99.7	0.0	0.0	0.0
Jaime Mota	48.2	91.4	11.2	49.7	0.0	62.7	100.0	80.2	67.6	0.0	0.0	66.8
San Vicente de Paúl	39.8	36.3	65.9	20.2	77.9	34.6	61.5	52.8	54.4	0.0	0.0	34.6
8 o menos indicadores												
Ing. Luis L. Bogaert	43.3	59.4	82.2	59.8	7.6	N/A	69.3	0.0	67.9	0.0	N/A	N/A
Jose María Cabral y Báez	30.5	0.0	73.6	20.1	100.0	N/A	0.0	50.1	0.0	0.0	N/A	N/A
Dr. Marcelino Vélez Santana	39.3	100.0	N/D	N/D	65.0	0.0	45.9	N/A	N/A	29.2	0.0	34.8

Fuente: Elaborado por la Dirección de Gestión de la Información

Si se analizan los resultados de los indicadores de porcentaje ocupacional se observa que los Hospitales Estrella Ureña y Cabral y Báez de Santiago presentan valores de 92.0 y 98.1, respectivamente, superando el valor condicionado de 90+, lo que impacta el índice y lo coloca con **cierto avance**, por presentar saturación de los servicios.

Cuadro 9: Resultados cálculo indicadores hospital general regional, enero – marzo 2019

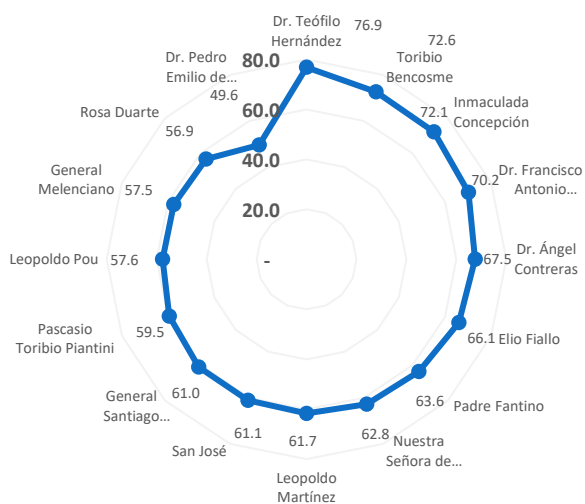
Establecimiento	Índice global	Días promedio de estadía	Porcentaje ocupacional	Giro cama	Porcentaje de atenciones provistas en área de emergencias	Porcentaje de partos por cesárea	Tasa neta de mortalidad hospitalaria	Proporción de personas en TARV que se encuentran activas	Proporción de personas que viven con VIH activas en TARV con carga viral suprimida	Tasa de mortalidad neonatal	Razón de mortalidad materna	Tasa de mortalidad post-neonatal
11 indicadores												
Juan Pablo Pina	77.8	3.4	77.9	6.9	50.2	35.4	1.4	65.6	82.8	18.0	0.0	2.0
Taiwán 19 de Marzo	70.2	3.1	41.5	4.0	45.1	45.2	1.9	69.0	58.3	6.1	0.0	1.5
Presidente Estrella Ureña	59.7	3.9	92.0	7.0	24.7	45.0	3.2	65.4	81.5	27.6	176.4	2.9
Dr. Antonio Musa	54.3	4.8	74.8	4.7	50.6	41.5	2.6	53.6	70.6	31.4	0.0	3.0
Dr. Alejandro Cabral	53.2	3.6	31.0	2.6	38.3	36.7	2.6	70.0	76.0	26.3	154.6	1.5
Dr. Luis Morillo King	49.1	4.2	84.7	6.1	37.1	53.4	4.6	54.7	82.6	36.5	792.4	3.2
Jaime Mota	48.2	2.4	37.5	4.8	67.2	47.8	0.4	64.2	67.2	20.8	104.0	2.1
San Vicente de Paúl	39.8	6.1	69.2	3.5	28.0	57.1	3.7	56.1	60.9	54.7	520.8	2.6
8 o menos indicadores												
Ing. Luis L. Bogaert	43.3	4.5	78.7	5.2	63.4	N/A	3.0	40.6	67.4	N/A	N/A	N/A
Jose María Cabral y Báez	30.5	8.5	98.1	3.5	16.9	N/A	8.9	55.3	34.7	N/A	N/A	N/A
Dr. Marcelino Vélez Santana	39.3	1.8	N/D	N/D	34.5	68.6	5.0	N/A	N/A	11.7	130.0	2.6

Fuente: Elaborado por la Dirección de Gestión de la Información

⁹ Este valor que condiciona los resultados para que el rango se evalúe entre 0 y 70, no es dinámico como otros indicadores incluidos en el ranqueo. El Plan Nacional Plurianual del Sector Público (PNPSP) 2017-2020 establece que la meta a 2020 es disminuir la mortalidad materna de 99.3 (LB 2015) a 70 en 2020; en tanto, para la mortalidad neonatal el objetivo es 14 en relación con 2014 con LB de 24.

8.2.2. Hospitales generales provinciales

Gráfico 3: Índice global de desempeño en los primeros 15 hospitales generales provinciales, enero - marzo 2019



En el análisis global se aprecia que el Hospital Teófilo Hernández de El Seibo del grupo de hospitales provinciales (17) con 11 indicadores evaluados es que presenta mejor desempeño; sin embargo, 12 de los 17, equivalente al 70.51% presentan un IG con condición de **cierto avance**, por estar entre el 60-79%.

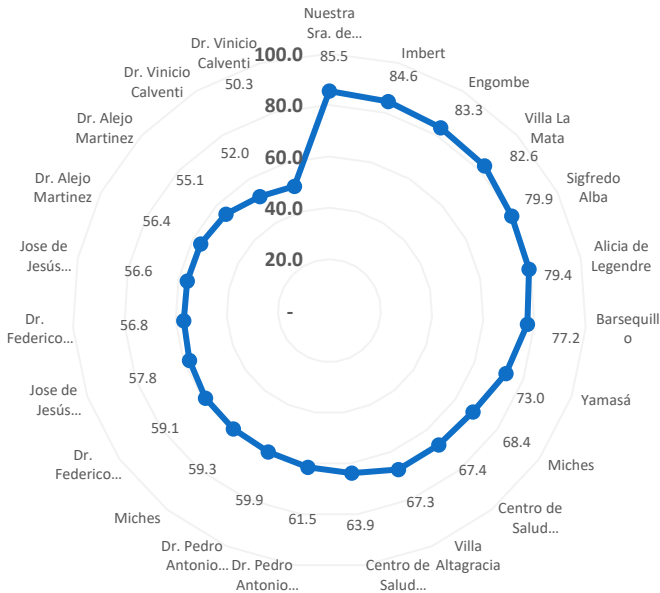
En comparación con el grupo de hospitales generales regionales, estos hospitales presentan cifras menores de mortalidad. Su porcentaje de cesáreas está fuera de los rangos recomendados.

Cuadro 10: Desempeño global e individual de índice por hospital general provincial, enero – marzo 2019

Establecimiento	Índice global	Días promedio de estada	Porcentaje ocupacional	Giro cama	Porcentaje de atenciones provistas en área de emergencias	Porcentaje de partos por cesárea	Tasa neta de mortalidad hospitalaria	Proporción de personas en tratamiento antirretroviral que se encuentran activas	Proporción de personas que viven con VIH activas en tratamiento con carga viral suprimida	Tasa de mortalidad neonatal	Razón de mortalidad materna	Tasa de mortalidad post-neonatal
11 indicadores que aplican												
Dr. Teófilo Hernández	76.9	46.0	63.6	44.4	94.4	48.5	96.3	75.3	77.1	100.0	100.0	100.0
Toribio Bencosme	72.6	25.6	70.5	33.5	59.7	55.4	81.8	73.2	98.3	100.0	100.0	100.0
Inmaculada Concepción	72.1	64.0	87.5	100.0	58.6	64.0	94.3	74.2	94.9	55.9	0.0	100.0
Dr. Francisco Antonio Gonzalvo	70.2	30.8	75.0	82.4	51.4	56.1	98.3	70.1	100.0	79.4	100.0	29.0
Dr. Ángel Contreras	67.5	26.2	91.4	47.7	38.6	43.2	63.4	76.4	81.7	73.5	100.0	100.0
Elio Fiallo	66.1	65.9	27.8	27.0	6.0	62.9	100.0	80.7	56.3	100.0	100.0	100.0
Padre Fantino	63.6	46.7	64.2	45.6	44.3	51.0	98.2	59.3	28.3	62.0	100.0	100.0
Nuestra Señora de Regla	62.8	37.1	55.4	30.1	32.9	41.6	87.5	57.4	97.2	52.1	100.0	100.0
Leopoldo Martínez	61.7	36.5	57.6	31.6	29.0	48.2	95.9	76.4	60.9	42.4	100.0	100.0
San José	61.1	46.1	41.8	25.2	31.8	35.6	93.3	28.7	69.9	100.0	100.0	100.0
General Santiago Rodríguez	61.0	67.0	29.6	29.9	23.8	31.4	95.8	18.0	76.0	100.0	100.0	100.0
Pascasio Toribio Piantini	59.5	40.1	15.1	0.0	55.6	36.1	89.2	72.9	45.9	100.0	100.0	100.0
Leopoldo Pou	57.6	55.1	49.1	40.2	42.9	44.6	100.0	62.7	47.7	75.7	100.0	16.1
General Melenciano	57.5	100.0	0.0	25.2	36.2	81.7	100.0	64.1	25.1	100.0	0.0	100.0
Rosa Duarte	56.9	41.4	36.4	17.8	61.7	77.2	94.8	29.7	21.6	44.8	100.0	100.0
Dr. Pedro Emilio de Marchena	49.6	49.6	49.7	35.1	26.0	39.7	74.9	-	-	70.2	100.0	100.0
Ricardo Limardo	47.8	38.5	84.5	53.9	28.1	55.3	79.6	77.1	95.3	0.0	0.0	13.7
9 indicadores que aplican												
San Bartolomé	68.7	59.0	61.7	59.3	-	38.1	100.0	N/A	N/A	100.0	100.0	100.0
Dr. Jaime Oliver Pino	62.3	31.6	29.4	8.4	60.5	68.9	62.0	N/A	N/A	100.0	100.0	100.0
Dr. Rafael J. Mañón	61.1	8.8	34.8	5.9	82.9	75.0	43.1	N/A	N/A	100.0	100.0	100.0
Dr. Antonio Yapour Hedded	59.1	32.4	70.1	37.4	31.1	54.8	85.6	N/A	N/A	20.6	100.0	100.0
Dr. Francisco E. Moscoso Puello	53.4	-	99.8	37.1	43.2	-	-	N/A	N/A	100.0	100.0	100.0
8 o menos indicadores que aplican												
Matias Ramón Mella	84.0	N/D	N/D	N/D	41.8	41.7	100.0	100.0	88.5	100.0	100.0	100.0
Nuestra Señora de La Altagracia	63.0	N/D	N/D	N/D	100.0	100.0	100.0	N/A	N/A	78.3	-	-
Aristides Fiallo Cabral	32.1	50.6	45.2	31.7	22.0	N/A	43.3	N/A	N/A	-	N/A	N/A
Jaime Sánchez	30.9	N/D	N/D	N/D	61.8	N/A	N/A	N/A	N/A	-	N/A	N/A
La Altagracia de Alta Especialidad	26.2	46.0	N/D	N/D	11.1	N/A	47.6	N/A	N/A	-	N/A	N/A

8.2.3. Hospitales generales municipales.

Gráfico 4: Índice global de desempeño en los primeros 15 hospitales generales municipales, enero - marzo 2019



A manera de ejemplo, presentamos los hospitales municipales que se les miden 11 indicadores, ya que, en este conjunto de establecimientos se tienen 124.

Los hospitales municipales se caracterizan por tener gran variabilidad entre ellos, algunos presentan unas calificaciones muy buenas, mientras otros presentan desempeños más pobres.

El principal foco de atención es que su porcentaje de ocupación es muy bajo. La mortalidad hospitalaria es baja, lo cual se explica porque generalmente se transfieren los pacientes con casos de mayor complejidad a hospitales de mayor tamaño y recursos.

Cuadro 11: Desempeño global e individual de índice por hospital general municipal, enero – marzo 2019

Establecimiento	Índice global	Días promedio de estadía	Porcentaje ocupacional	Giro cama	Porcentaje de atenciones provistas en área de emergencias	Porcentaje de partos por cesárea	Tasa neta de mortalidad hospitalaria	Proporción de personas en tratamiento antirretroviral que se	Proporción de personas que viven con VIH activas en tratamiento con carga	Tasa de mortalidad neonatal	Razón de mortalidad materna	Tasa de mortalidad post-neonatal
11 indicadores que aplican												
Yamasá	73.0	79.9	52.8	38.0	41.5	53.5	97.9	100.0	61.6	100.0	100.0	77.3
Centro de Salud Integral Bella Vista	67.4	78.7	29.2	20.0	43.8	69.2	100.0	38.1	61.9	100.0	100.0	100.0
Villa Altigracia	67.3	72.6	48.4	26.4	35.8	28.1	97.9	50.8	80.7	100.0	100.0	100.0
Dr. Pedro Antonio Céspedes	59.9	67.2	43.7	21.3	27.1	41.1	83.0	45.6	29.8	100.0	100.0	100.0
Miches	59.3	75.8	31.0	19.2	32.4	0.0	100.0	75.7	18.2	100.0	100.0	100.0
Jose de Jesús Jiménez Almonte	57.8	80.8	15.9	11.6	48.5	56.6	100.0	60.5	61.5	100.0	0.0	100.0
Dr. Federico Armando Aybar	56.8	83.3	16.0	13.1	26.8	37.6	100.0	37.6	10.5	100.0	100.0	100.0
Dr. Alejo Martínez	55.1	79.4	15.8	10.9	57.2	42.9	100.0	0.0	0.0	100.0	100.0	100.0
Dr. Vinicio Calventi	52.0	60.0	73.5	30.4	53.1	59.6	70.4	58.9	58.6	16.2	0.0	91.8

Fuente: Elaborado por la Dirección de Gestión de la Información

8.3. Principales resultados hospitales especializados.

En los Hospitales de Referencia Nacional y Especializados se presentan las mayores razones/tasas de mortalidad a nivel de indicadores, y con tasas de ocupación con niveles cercanos a las recomendaciones internacionales. Los análisis que se incluirán abarcarán los hospitales agrupados según los conjuntos siguientes:

- ✓ Maternos
- ✓ Maternos Infantiles
- ✓ Traumatológicos
- ✓ Pediátricos
- ✓ Otras especialidades

Por otro lado, tienen promedios de días de estancia elevados, como los traumatológicos que presentan un promedio nacional de 6.98, explicados en parte por la complejidad de los pacientes que atienden.

En el grupo de los hospitales maternos – infantiles tienen una proporción elevada de cesáreas, esencialmente porque constituyen establecimientos de referencia nacional que no solo albergan las pacientes que provienen de la red del SNS, sino del sector privado, con referimientos que muchas veces no aportan datos suficientes para un manejo adecuado o con tiempo escaso para realizar todas las maniobras que le permitan preservar la vida de la mujer.

8.3.1. Hospitales especializados en salud materna.

Gráfico 5: Índice global de desempeño en los hospitales especializados en salud materna, enero - marzo 2019



El Hospital Reynaldo Almánzar, según los registros realizados en el SINAVE es el que presenta menor razón de mortalidad materna, cuyo resultado del indicador presentó 0% por NV, mientras que la Maternidad La Altagracia tuvo un cociente de 45.7% y esto es lo que conlleva a los resultados del índice al normalizar los resultados.

Cuadro 12: Desempeño global e individual de índice por hospitales maternos, enero – marzo 2019

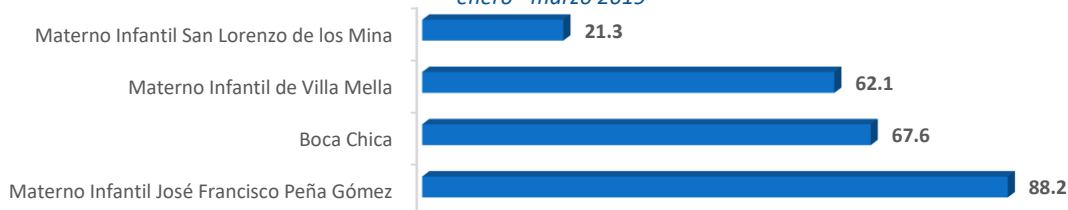
Establecimiento	Índice global	Días promedio de estadía	Porcentaje ocupacional	Giro cama	Porcentaje de atenciones provistas en área de emergencias	Porcentaje de partos por cesárea	Tasa neta de mortalidad hospitalaria	Proporción de personas en TARV que se encuentran activas	Proporción de personas que viven con VIH activas en TARV con carga viral suprimida	Tasa de mortalidad neonatal	Razón de mortalidad materna	Tasa de mortalidad post-neonatal
Dra. Evangelina Rodríguez Perozo	63.6	100.0	0.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	0.0	100.0	0.0	0.0
Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia	40.0	35.9	97.5	51.3	0.0	0.0	0.0	24.2	100.0	0.0	34.7	96.8
Materno Dr. Reynaldo Almánzar	30.8	0.0	46.3	0.0	34.3	52.1	6.1	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0

Fuente: Elaborado por la Dirección de Gestión de la Información

Al analizar el porcentaje de cesáreas pareciera que el Evangelina Rodríguez presenta mejores valores, pero esto ocurre porque dentro de su grupo es el que presenta el menor valor, por lo tanto, asume el mayor resultado. Tal como se explicara anteriormente, una vez se definan los rangos, la metodología deberá revisarse y ajustarse.

8.3.2. Hospitales especializados en salud materna e infantil

Gráfico 6: Índice global de desempeño en los hospitales especializados en salud materna e infantil, enero - marzo 2019



Cuadro 13: Desempeño global y valores de indicadores por hospital especializado en salud materna e infantil, enero – marzo 2019

Establecimiento	Índice global	Días promedio de estadía	Porcentaje ocupacional	Giro cama	Porcentaje de atenciones provistas en área de emergencias	Porcentaje de partos por cesárea	Tasa neta de mortalidad hospitalaria	Proporción de personas en tratamiento antirretroviral que se viven con VIH activas en tratamiento con carga	Tasa de mortalidad neonatal	Razón de mortalidad materna	Tasa de mortalidad post-neonatal
11 indicadores que aplican											
Boca Chica	67.6	54.3	14.1	0.0	0.0	100.0	75.1	100.0	100.0	100.0	100.0
Materno Infantil San Lorenzo de los Mina	21.3	0.0	86.6	24.4	68.2	3.5	0.0	0.0	0.0	0.0	51.2
9 indicadores que aplican											
Materno Infantil José Francisco Peña Gómez	88.2	88.2	79.3	100.0	100.0	26.5	100.0	N/A	N/A	100.0	100.0
Materno Infantil de Villa Mella	62.1	100.0	0.0	11.2	47.7	0.0	100.0	N/A	N/A	100.0	100.0

8.3.3. Principales resultados hospitales incluidos en primera fase SISMAP salud.

Cuadro 14: Desempeño global e individual de indicadores en 32 hospitales priorizados, enero – marzo 2019

Establecimiento	Índice global	Días promedio de estadía	Porcentaje ocupacional	Giro cama	Porcentaje de atenciones provistas en área de emergencias	Porcentaje de partos por cesárea	Tasa neta de mortalidad hospitalaria	Proporción de personas en tratamiento antirretroviral que se encuentran activas	Proporción de personas que viven con VIH activas en tratamiento con carga viral suprimida	Tasa de mortalidad neonatal	Razón de mortalidad materna	Tasa de mortalidad post-neonatal
General - Regional												
Juan Pablo Pina	77.8	75.6	80.8	96.0	33.8	100.0	88.2	85.2	100.0	-	100.0	96.3
Dr. Luis Morillo King	49.1	64.5	92.6	79.3	59.9	45.7	50.6	48.1	99.7	-	-	-
Presidente Estrella Ureña	59.7	68.1	69.0	100.0	84.5	71.1	67.4	84.6	97.4	-	-	14.1
San Vicente de Paúl	39.8	36.3	65.9	20.2	77.9	34.6	61.5	52.8	54.4	-	-	34.6
Taiwán 19 de Marzo	70.2	79.8	18.0	31.7	43.9	70.6	82.4	96.5	49.2	100.0	100.0	100.0
Dr. Alejandro Cabral	53.2	72.4	-	-	57.5	96.3	74.0	100.0	86.0	-	-	99.4
Dr. Antonio Musa	54.3	55.5	75.5	47.8	33.1	81.6	74.1	44.2	74.7	-	100.0	10.7
Jaime Mota	48.2	91.4	11.2	49.7	-	62.7	100.0	80.2	67.6	-	-	66.8
Ing. Luis L. Bogaert	43.3	59.4	82.2	59.8	7.6	N/A	69.3	-	67.9	-	N/A	N/A
Jose María Cabral y Báez	30.5	-	73.6	20.1	100.0	N/A	-	50.1	-	-	N/A	N/A
General - Provincial												
Dr. Ángel Contreras	67.5	26.2	91.4	47.7	38.6	43.2	63.4	76.4	81.7	73.5	100.0	100.0
Dr. Francisco Antonio Gonzalvo	70.2	30.8	75.0	82.4	51.4	56.1	98.3	70.1	100.0	79.4	100.0	29.0
Toribio Bencosme	72.6	25.6	70.5	33.5	59.7	55.4	81.8	73.2	98.3	100.0	100.0	100.0
Ricardo Limardo	47.8	38.5	84.5	53.9	28.1	55.3	79.6	77.1	95.3	-	-	13.7
Rosa Duarte	56.9	41.4	36.4	17.8	61.7	77.2	94.8	29.7	21.6	44.8	100.0	100.0
General Santiago Rodríguez	61.0	67.0	29.6	29.9	23.8	31.4	95.8	18.0	76.0	100.0	100.0	100.0
General Melenciano	57.5	100.0	-	25.2	36.2	81.7	100.0	64.1	25.1	100.0	-	100.0
Padre Fantino	63.6	46.7	64.2	45.6	44.3	51.0	98.2	59.3	28.3	62.0	100.0	100.0
Inmaculada Concepción	72.1	64.0	87.5	100.0	58.6	64.0	94.3	74.2	94.9	55.9	-	100.0
Leopoldo Pou	57.6	55.1	49.1	40.2	42.9	44.6	100.0	62.7	47.7	75.7	100.0	16.1
Nuestra Señora de Regla	62.8	37.1	55.4	30.1	32.9	41.6	87.5	57.4	97.2	52.1	100.0	100.0
Dr. Francisco E. Moscoso Puello	53.4	-	99.8	37.1	43.2	-	-	N/A	N/A	100.0	100.0	100.0
San Bartolomé	68.7	59.0	61.7	59.3	-	38.1	100.0	N/A	N/A	100.0	100.0	100.0
General - Municipal												
Ciudad Juan Bosch	38.3	89.7	7.5	9.0	23.9	N/A	100.0	N/A	N/A	-	N/A	N/A
Salvador B. Gautier	46.3	-	85.4	14.7	87.2	N/A	18.8	64.1	100.0	-	N/A	N/A
El Almirante	68.2	72.5	26.2	14.5	41.5	59.5	100.0	N/A	N/A	100.0	100.0	100.0
Especializado - Traumatología												
Darío Contreras	49.2	8.1	86.8	100.0	-	N/A	100.0	N/A	N/A	-	N/A	N/A
Especializado - Materna e Infantil												
Materno Infantil San Lorenzo de los Mina	21.3	-	86.6	24.4	68.2	3.5	-	-	-	-	-	51.2
Materno Infantil José Francisco Peña Gómez	88.2	88.2	79.3	100.0	100.0	26.5	100.0	N/A	N/A	100.0	100.0	100.0
Especializado - Materna												
Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia	40.0	35.9	97.5	51.3	-	-	-	24.2	100.0	-	34.7	96.8
Especializado - Infantil												
Dr. Robert Reid Cabral	22.4	79.3	-	100.0	N/A	-	-	-	-	N/A	N/A	N/A

Fuente: Elaborado por la Dirección de Gestión de la Información

9. Glosario de términos

- **Cuartiles:** se refieren a la división en cuatro partes del mismo tamaño a todos los valores posibles obtenidos para cada indicador, donde cada uno contendrá un 25% de las unidades. Para ello, se identifican 3 valores: el primero es el que por debajo de él se encuentra el 25% de los valores, el segundo es el valor que por debajo de él se encuentra el 50% de los valores, y el tercero el 75% de los valores.
- **Denominador:** es el número de personas de la población de interés al inicio del período de observación, independientemente de que padezcan alguna enfermedad o trastorno de salud específico.
- **Glosa:** Es la objeción a una cuenta, la cual puede originarse por diferentes motivos tales como diferencias entre las tarifas pactadas y las tarifas cobradas, falta de soportes, cobros de procedimientos no pactados y diferencias en cobros al paciente, y cuando se señalan materiales gastables no cubiertos, entre otras razones.
- **Indicador**¹⁰: instrumento o medio que permite medir el comportamiento de las variables asociadas tanto a la gestión interna de las instituciones públicas como al cumplimiento de los objetivos establecidos en el Sistema Nacional de Planificación e Inversión Pública (Regl. 134-14 END). En el marco de la caja de herramientas del MEPyD el indicador³ es entendido como el que establece una relación entre dos o más variables, donde normalmente una está referida al proyecto o programa y otra sirve como referencia para comparar el desempeño del programa. El indicador no opina, sólo mide.
- **Indicadores de mortalidad:** los datos de mortalidad representan una fuente fundamental de información demográfica, geográfica y de causa de muerte. Estos datos se usan para cuantificar los problemas de salud, así como para determinar o monitorear prioridades o metas en salud.
- **Media:** denominado también promedio, es una medida de tendencia central. Resulta al efectuar una serie determinada de operaciones con un conjunto de números y que, en determinadas condiciones, puede representar por sí solo a todo el conjunto.
- **Meta:** constituye la expresión concreta y cuantificable de los logros que se planea alcanzar en un determinado período de tiempo con relación a los objetivos previamente definidos. La meta es una decisión técnico-política ya que son los gerentes públicos los que deben definirlas de acuerdo con las capacidades institucionales, los recursos disponibles y las condiciones del entorno (Guía MEPyD 2011).

¹⁰ Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (2014). Decreto No. 134-14 del Reglamento de la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030. Alfa y Omega. Febrero 2011.

- **Numerador:** está compuesto por los individuos con alguna probabilidad de convertirse en sujetos que padecen el evento. En otras palabras, el numerador debe ser la población con el trastorno o el evento objeto de la observación.
- **Producción:** proceso físico, realizado bajo la responsabilidad, control y gestión de una unidad institucional, en el que se utilizan mano de obras y activos para transformar insumos de bienes y servicios en productos de otros bienes y servicios (SCN, 2008).
- **Política pública:** es una decisión que abarca a la comunidad en su conjunto y concierne a los políticos, a los gobernantes y a los gobernados, se expresa comúnmente en una ley, ordenanza, acuerdo, decreto o resolución o cualquier otro acto administrativo; la política genera una serie de acciones que apuntan al logro del propósito de la política.
- **Porcentaje de ocupación de camas:** es la proporción de camas que estuvieron diariamente disponibles en el período dado.
- **Razón:** en matemáticas muestra la relación entre dos números. Se calcula dividiendo dos cantidades cualesquiera, sean o no de la misma naturaleza.
- **Sistema Nacional de Salud:** es el conjunto interrelacionado de elementos, mecanismos de integración, formas de financiamiento, provisión de servicios, recursos humanos y modelos de administración de las instituciones públicas y privadas, gubernamentales y no gubernamentales, legalmente constituidas y reglamentadas por el Estado, así como por los movimientos de la comunidad y las personas físicas o morales que realicen acciones de salud y cuya función principal sea atender, mediante servicios de carácter nacional o local, la salud de la población (LGS, Art. 6).
- **Tasa:** el numerador es el número absoluto de veces que ocurre el evento de interés en un período específico. El denominador es la población de referencia (o la población estudiada) en el mismo tiempo.
- **Tasa de mortalidad hospitalaria neta:** es el número de defunciones de pacientes con 48 horas o más de admisión por cada 100 egresos hospitalarios. Este indicador aporta más información sobre los pacientes ingresados con un estado de salud más vinculado a la atención recibida durante su internamiento.

10. Bibliografía

- AHRQ (2015). Neonatal Quality Indicators #2 (NQI #2) AHRQ Quality Indicators™, Version 5.0. Agency for Healthcare Research and Quality Estados Unidos, Marzo 2015.
- DNP (2018). *Guía para la construcción y análisis de indicadores*. Departamento Nacional de Planeación. Dirección de Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas, Colombia.
- MEPyD (2014). *Decreto No. 134-14 del Reglamento de la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030*. Alfa y Omega. Febrero 2011.
- MSAL (2005). *Guía para la elaboración de indicadores seleccionados*. Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Argentina, 14 de noviembre 2015.
- MSP (2013). *Resolución No. 00004 d/f 17 de enero de 2013 que declara la actualización de enfermedades eventos de notificación obligatoria del Sistema Nacional de Salud, y modifica la Resolución No. 00005-06 d/f 5 de mayo del 2006 sobre el reporte obligatorio y oportuno por parte de todo el Sistema Nacional de Salud de diagnósticos probables de enfermedades o eventos realizados*.
- OMS (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación Organización Mundial de la Salud. WHO/RHR/15.02. Ginebra, Suiza
- OPS. *Indicadores de Salud: Aspectos conceptuales y operativos*.
- Profamilia y Así Vamos en Salud (2019). *Guía Metodológica para la Medición del Índice Departamental en Salud InDes*. Bogotá.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2006). *Informe sobre Desarrollo 2006*. México: PNUD.
- República Dominicana (2010). *Decreto que establece el Marco Común de Evaluación*, No. 211-10. G.O. No. 10691 del 14 de agosto de 2012.
- República Dominicana (2012). *Ley Orgánica de la Administración Pública*, No. 247-12. G.O. No. 10691 del 14 de agosto de 2012.
- República Dominicana (2015). *Ley que crea el Servicio Nacional de Salud, adscrita al Ministerio de Salud Pública, con una Dirección Central y sus respectivas expresiones territoriales regionales de carácter desconcentrado*, No. 123-15. G.O. No. 10807 del 16 de julio de 2015.
- Secretaría de Salud. (2015). *MH 2015: Mejores Hospitales de la Secretaría de Salud Federal y los Servicios Estatales de Salud*. México: Dirección General de Evaluación del Desempeño. Secretaría de Salud.

11. Anexos

Anexo I: Ejemplo de Índice global de desempeño en hospitales incluidos en el SISMAP Salud y valores de indicadores

Establecimiento	Índice global	Cantidad de indicadores que aplican	Proporción de personas en tratamiento antirretroviral que se encuentran activas	Proporción de personas que viven con VIH activas en tratamiento con carga viral indetectable	Días promedio de estadía	Porcentaje ocupacional	Giro cama	Razón de mortalidad neonatal	Razón de mortalidad materna	Razón de mortalidad post-neonatal	Porcentaje de atenciones provistas en área de emergencias	Porcentaje de partos vaginales	Tasa neta de mortalidad hospitalaria
Dr. Antonio Trueda	93.9	6.0	N/A	N/A	N/A	N/D	N/D	-	-	-	13.9	77.8	-
Evangelina Rodríguez Perozo	89.6	6.0	N/A	N/A	N/A	N/D	N/D	-	-	-	1.7	37.5	-
Félix María Goico	89.3	7.0	N/A	N/A	2.3	N/D	N/D	-	-	-	15.2	65.9	0.4
Cevicos	87.4	6.0	N/A	N/A	N/A	N/D	N/D	-	-	-	7.1	30.8	-
Imbert	84.7	9.0	N/A	N/A	0.9	53.0	17.0	-	-	-	24.1	34.6	-
Engombe	83.4	9.0	N/A	N/A	1.5	71.4	14.8	-	-	-	45.8	47.2	-
Villa La Mata	82.8	9.0	N/A	N/A	2.1	69.7	9.8	-	-	-	19.0	52.0	0.2
Villa Isabela	82.0	6.0	N/A	N/A	N/A	N/D	N/D	-	-	-	8.7	-	-

Anexo II: Fichas para la construcción de indicadores objeto de medición.

Ficha de indicador: Porcentaje de atenciones provistas en área de emergencias

Indicador No.	NC 16.0	Nivel de atención	Nivel complementario		
Área	Hospitalización				
Justificación	Conocer y evaluar la magnitud de las atenciones de emergencia con relación a las atenciones de consulta externa en un período.				
Sustento Normativo	No identificado.				
Definición	Mide la proporción de atenciones de emergencia con relación a las atenciones de consulta externa y emergencias.				
Tipo de Indicador	Proceso				
Metodología de Cálculo	Numerador	Cantidad de emergencias			
	Denominador	Cantidad de emergencias + cantidad de consultas externas			
	Fórmula	$\frac{\text{Cantidad de emergencias}}{\text{Cantidad de emergencias} + \text{cantidad de consultas externas}}$			
Fuente de la Información	Numerador	Módulo de producción de servicios SNS cargados con base a variables del formulario 67-A			
	Denominador	Módulo de producción de servicios SNS cargados con base a variables del formulario 67-A			
	Descripción	El cálculo del indicador requiere conocer por establecimiento que contenga fallecimientos y cantidades de egresos.			
Unidad de Medida	Porcentaje				
Generadores de demanda de información	END	PNPSP	ODS	MP	Otro, especifique
Meta	Año base:		Año meta:		Valor:
	Referencia:				
Periodicidad de recolección	Mensual	Periodicidad de consolidación	Mensual	Periodicidad de la difusión	Mensual
Desagregación Geográfica	Nacional / Región de salud / Provincia / Establecimiento				
Desagregación Demográfica	Ninguna				
Responsable de la Medición	Dirección de Gestión de la Información – Servicio Nacional de Salud				
Responsable de la Operación estadística	Dirección de Gestión de la Información – Servicio Nacional de Salud				
Fecha de Elaboración	20-3-18	Fecha de actualización	20-3-18	Versión	1
Observaciones					

Ficha de indicador: Tasa neta de mortalidad intrahospitalaria

Indicador No.	NC 16.0	Nivel de atención		Nivel complementario	
Área	Hospitalización				
Justificación	Se emplea para medir el desempeño de los servicios de hospitalización, considerando que en condiciones similares una buena gestión hospitalaria debe generar una tasa de mortalidad similar.				
Sustento Normativo	No identificado.				
Definición	Relación entre el número de defunciones y el total de egresos hospitalarios en un periodo determinado.				
Tipo de Indicador	Resultados: Calidad / Efectividad				
Metodología de Cálculo	Numerador	Cantidad de egresos por defunciones con más de 48 horas de estancia			
	Denominador	Cantidad de egresos			
	Fórmula	$\frac{\text{Cantidad de egresos por defunciones con más de 48 horas de estancia}}{\text{Cantidad de egresos}} \times 100$			
Fuente de la Información	Numerador	Módulo de producción de servicios SNS cargados con base a variables del formulario 67-A			
	Denominador	Módulo de producción de servicios SNS cargados con base a variables del formulario 67-A			
	Descripción	El cálculo del indicador requiere conocer por establecimiento que contenga fallecimientos y cantidades de egresos.			
Unidad de Medida	Tasa				
Generadores de demanda de información	END	PNPSP	ODS	MP	Otro, especifique
Meta	Año base:		Año meta:		Valor:
	Referencia:				
Periodicidad de recolección	Mensual	Periodicidad de consolidación	Mensual	Periodicidad de la difusión	Mensual
Desagregación Geográfica	Nacional / Región de salud / Provincia				
Desagregación Demográfica	Ninguna				
Responsable de la Medición	Dirección de Gestión de la Información – Servicio Nacional de Salud				
Responsable de la Operación estadística	Dirección de Gestión de la Información – Servicio Nacional de Salud				
Fecha de Elaboración	20-3-18	Fecha de actualización	20-3-18	Versión	1
Observaciones					

Ficha de indicador: Promedio de días de estadía hospitalaria

Indicador No.	NC 14.0	Nivel de atención		Nivel complementario	
Área	Gestión hospitalaria				
Justificación	Las estancias de menor duración permiten una reducción de costos e implican mejor coordinación de los procesos internos de la unidad de gestión.				
Sustento Normativo	No disponible				
Definición	Número de días que, en promedio, permanecen los pacientes internados en el hospital.				
Tipo de Indicador	Proceso: Eficiencia				
Metodología de Cálculo	Numerador	Número de total de cesáreas realizadas.			
	Denominador	Número de total de partos atendidos.			
	Fórmula	$\frac{\text{Cantidad de días de estadía hospitalaria}}{\text{Cantidad de egresos}}$			
Fuente de la Información	Numerador	Módulo de producción de servicios SNS cargados con base a variables del formulario 67-A			
	Denominador	Módulo de producción de servicios SNS cargados con base a variables del formulario 67-A			
	Descripción	El cálculo del indicador requiere conocer por establecimiento que contenga días de estadía y cantidades de egresos.			
Unidad de Medida	Número absoluto				
Generadores de demanda de información	END	PNPSP	ODS	MP	Otro, especifique
Meta	Año base:	Valor:	Año meta:	Valor:	
	Referencia:				
Periodicidad de recolección	Mensual	Periodicidad de consolidación	Trimestral	Periodicidad de la difusión	Trimestral
Desagregación Geográfica	Nacional / Región de salud / provincial				
Desagregación Demográfica	Ninguna				
Responsable de la Medición	Dirección de Gestión de la Información – Servicio Nacional de Salud				
Responsable de la Operación estadística	Dirección de Gestión de la Información – Servicio Nacional de Salud				
Fecha de Elaboración	20-3-18	Fecha de actualización	20-3-18	Versión	1
Observaciones					

Ficha de indicador: Giro cama

Indicador No.	NC 16.0	Nivel de atención		Nivel complementario	
Área	Hospitalización				
Justificación	El giro cama es un indicador relacionado con la producción de los servicios que se emplea para cuantificar el número de egresos que en promedio comprometieron cada cama disponible.				
Sustento Normativo	No identificado.				
Definición	Es la rotación media de las camas y expresa cuantos pacientes pasan en un período dado, en promedio por cama disponible.				
Tipo de Indicador	Proceso				
Metodología de Cálculo	Numerador	Cantidad de egresos.			
	Denominador	Cantidad de camas			
	Fórmula	$\frac{\text{Cantidad de egresos}}{\text{Cantidad de camas}}$			
Fuente de la Información	Numerador	Módulo de producción de servicios SNS cargados con base a variables del formulario 67-A			
	Denominador	Módulo de producción de servicios SNS cargados con base a variables del formulario 67-A			
	Descripción	El cálculo del indicador requiere conocer por establecimiento que contenga fallecimientos y cantidades de egresos.			
Unidad de Medida	Razón				
Generadores de demanda de información	END	PNPSP	ODS	MP	Otro, especifique
Meta	Año base:		Año meta:		Valor:
	Referencia:				
Periodicidad de recolección	Mensual	Periodicidad de consolidación	Mensual	Periodicidad de la difusión	Mensual
Desagregación Geográfica	Nacional / Región de salud / Provincia / Establecimiento				
Desagregación Demográfica	Ninguna				
Responsable de la Medición	Dirección de Gestión de la Información – Servicio Nacional de Salud				
Responsable de la Operación estadística	Dirección de Gestión de la Información – Servicio Nacional de Salud				
Fecha de Elaboración	20-3-18	Fecha de actualización	20-3-18	Versión	1
Observaciones					

Ficha de indicador: Porcentaje de ocupación hospitalaria

Indicador No.	NC 15.0	Nivel de atención		Nivel complementario	
Área	Gestión hospitalaria				
Justificación	El indicador permite conocer la utilización de la capacidad instalada del hospital y las tendencias, puesto que un alto porcentaje de ocupación puede traducirse en un incremento de la mortalidad hospitalaria.				
Sustento Normativo					
Definición	Se expresa como el porcentaje de camas hospitalarias disponibles durante los días del período ocupadas por pacientes ingresados.				
Tipo de Indicador	Proceso: Eficiencia				
Metodología de Cálculo	Numerador	Cantidad de días de estadía.			
	Denominador	Días cama disponibles			
	Fórmula	$\frac{\text{Cantidad de días de estadía}}{\text{Días cama disponibles}}$			
Fuente de la Información	Numerador	Módulo de producción de servicios SNS cargados con base a variables del formulario 67-A			
	Denominador	Módulo de producción de servicios SNS cargados con base a variables del formulario 67-A			
	Descripción	El cálculo del indicador requiere conocer por establecimiento que contenga días de estadía y cantidades de camas.			
Unidad de Medida	Porcentaje				
Generadores de demanda de información	END	PNPSP	ODS	MP	Otro, especifique
Meta	Año base:	Valor:		Año meta:	
	Referencia:	•			
Periodicidad de recolección	Mensual	Periodicidad de consolidación	Mensual	Periodicidad de la difusión	Mensual
Desagregación Geográfica	Nacional / Región de salud / provincia				
Desagregación Demográfica	Ninguna				
Responsable de la Medición	Dirección de Gestión de la Información – Servicio Nacional de Salud				
Responsable de la Operación estadística	Dirección de Gestión de la Información – Servicio Nacional de Salud				
Fecha de Elaboración	20-3-18	Fecha de actualización	20-3-18	Versión	1
Observaciones	<p>La revisión de la literatura muestra que el óptimo de los niveles de ocupación hospitalaria es un 85% y que niveles crecientes por encima de ese umbral pueden traducirse en escasez de camas e incremento de probabilidad de la mortalidad hospitalaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> NICE (2018). Guideline: Emergency and acute medical care in over 16s: service delivery and organization. Jones R (2016) Bed occupancy and hospital mortality. British Journal of Healthcare Management 22(6): 380-381. (2014). Gestión de estancias y ocupación de camas de hospitales públicos de Costa Rica SEDESAL (2002). Sistema de Evaluación del Desempeño. Ficha de indicador de porcentaje de ocupación hospitalaria. 2014 (2004) Reducing hospital beds. What are the lessons to be learned? (2012) Bed occupancy rates and hospital-acquired infections—should beds be kept empty? 				

Ficha de indicador: Razón de mortalidad materna por establecimiento de ocurrencia

Indicador No.	NC 6.0	Nivel de atención		Nivel complementario	
Área	Materna				
Justificación	Es un indicador de salud sexual y reproductiva. Refleja la calidad de la asistencia médica a la mujer en el clímax de su etapa reproductiva. Las elevadas tasas de mortalidad materna expresan servicios de salud precarios dirigidos a ese grupo poblacional. Mide el riesgo de morir de la mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, por complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, no por causas accidentales.				
Sustento Normativo	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 42-01 General de Salud (Art. 31), Mayo 2001. • Reglamento Técnico de Atención a la Mujer durante el Embarazo, el Parto y el Puerperio, diciembre 2013. • Protocolos de atención: a. Para el manejo integral del embarazo, el parto y el puerperio en adolescentes menores de 15 años; b. Atención para Obstetricia y Ginecología, marzo 2016. • Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (CSP29/6). 				
Definición	Número de muertes maternas (MM) debido a complicaciones del embarazo, parto y puerperio para un periodo específico, expresado por 1,000 nacidos vivos.				
Tipo de Indicador	Proceso: Calidad (oportunidad) / Eficacia				
Metodología de Cálculo	Numerador	Número de muertes de mujeres durante el embarazo, parto o puerperio (42 días después del parto).			
	Denominador	Total de nacidos vivos durante el período evaluado.			
	Fórmula	$\frac{\text{Cantidad de muertes maternas}}{\text{Cantidad de nacidos vivos}} \times 100,000$			
Fuente de la Información	Numerador	Módulo mortalidad materna Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica			
	Denominador	Módulo de registro de nacidos vivos del MISPAS / Módulo de producción de servicios de salud			
	Descripción	El cálculo del indicador requiere que los establecimientos remitan y/o registren la información por mes las defunciones de embarazadas o en el lapso de los 42 días posteriores de la terminación del embarazo, independientemente de la duración y por causas relacionadas con o agravada por dicha condición de salud o su atención.			
Unidad de Medida	Tasa				
Generadores de demanda de información	END	PNPSP	ODS	MP	Otro, especifique
Meta	Año base: 2016	Valor: 90.6 (MISPAS – Nacional)		Año meta: 2020	Valor: 70
	Referencia:				
Periodicidad de recolección	Trimestral	Periodicidad de consolidación	Trimestral	Periodicidad de la difusión	Trimestral
Desagregación Geográfica	Regional / Provincial				
Desagregación Demográfica	Rango de edad				
Responsable de la Medición	Dirección de Gestión de la Información – Servicio Nacional de Salud				
Responsable de la Operación estadística	Dirección de Gestión de la Información – Servicio Nacional de Salud				
Fecha de Elaboración	17-12-18	Fecha de actualización	17-12-18	Versión	2
Observaciones	1. Hay que considerar que la meta de un 70% es nacional, incluyendo los PSS privados y que el dato equivale a la Meta del Objetivo 3 Salud y Bienestar de los ODS: 3.1 Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.				

Ficha de indicador: Tasa de mortalidad neonatal hospitalaria por establecimiento de ocurrencia

Indicador No.	NC 7.0	Nivel de atención		Nivel complementario	
Área	Infantil				
Justificación	<p>Las tasas de mortalidad infantil constituyen un exponente del desarrollo socioeconómico nacional y del sistema de salud en particular. La reducción de la tasa de mortalidad neonatal presenta mayor dificultad porque es en este período, más próximo al nacimiento, donde la morbilidad es más compleja y dependiente en su mayoría de causas endógenas, de más difícil evitabilidad.</p> <p>Con el desarrollo de la atención médica dirigida a esta edad, en que se incluyen los servicios de terapia intensiva, tecnologías y medicamentos novedosos, así como la prioridad concedida por el sistema sanitario a la atención infantil, puede observarse un desplazamiento de la edad al morir del recién nacido.</p> <p>Mide el riesgo de morir de los nacidos vivos en cada uno de los períodos de dos de los tres componentes en que se divide el primer año de vida de una persona. Se computa la mortalidad neonatal precoz (0-6 días) y la mortalidad neonatal tardía (7-27 días).</p>				
Sustento Normativo	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 42-01 General de Salud (Art. 31), mayo 2001. • Resolución No. 00020-2013 que pone en vigencia el Reglamento Técnico para la Atención Integral de Niños y Niñas Menores de Cinco Años, mayo 2013. • Protocolos de atención para Pediatría. Volumen I, marzo 2016. • Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (CSP29/6). 				
Definición	Se expresa como el cociente entre número de fallecidos del grupo de edad neonatal y el número total de nacidos vivos de un territorio y período de tiempo dado, multiplicado por una constante de 1000.				
Tipo de Indicador	Resultado / Efectividad				
Metodología de Cálculo	Numerador	Número de defunciones en menores de 28 días (0-27 días) ocurridas en el establecimiento.			
	Denominador	Total de nacidos vivos en el establecimiento durante el período evaluado.			
	Fórmula	$\frac{\text{Cantidad de muertes neonatales}}{\text{Cantidad de nacidos vivos}} \times 1,000$			
Fuente de la Información	Numerador	Módulo de mortalidad infantil Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica			
	Denominador	Módulo de registro de Nacidos Vivos MISPAS / Módulo de producción de servicios de salud			
	Descripción	El cálculo del indicador requiere que los establecimientos remitan y/o registren la información por mes las defunciones de los menores de 28 días en los diferentes sistemas de reporte.			
Unidad de Medida	Tasa				
Generadores de demanda de información	END	PNPSP	ODS	MP	Otro, especifique
Meta	Año base: 2016	Valor: 28 (MISPAS Nacional)		Año meta: 2020	Valor: 12
	Referencia:				
Periodicidad de recolección	Mensual	Periodicidad de consolidación	Mensual	Periodicidad de la difusión	Mensual
Desagregación Geográfica	Región de salud / Provincial				
Desagregación Demográfica					
Responsable de la Medición	Dirección de Gestión de la Información – Servicio Nacional de Salud				
Responsable de la Operación estadística	Dirección de Gestión de la Información – Servicio Nacional de Salud				
Fecha de Elaboración	17-12-18	Fecha de actualización	17-12-18	Versión	2

Observaciones

Un elemento importante es que, para obtener este indicador por un hospital específico, habría que considerar a los nacidos vivos en el propio hospital y que fallecen dentro de los 27 días.

Algunas defunciones neonatales que ocurren en ese hospital específico corresponden a recién nacidos cuyo nacimiento se registró en otro hospital, estas defunciones no debieran formar parte del numerador.

Un indicador relacionado que se puede obtener por hospital y que elimina las dificultades de identificar las defunciones neonatales con los nacidos vivos en el hospital, es el porcentaje de defunciones neonatales respecto del total de defunciones en el hospital, el resultado de este indicador señala la importancia que tienen las defunciones neonatales en el patrón de mortalidad del hospital.

Ficha de indicador: Tasa de mortalidad post - neonatal hospitalaria por establecimiento de ocurrencia

Indicador No.	NC 7.0	Nivel de atención			Nivel complementario
Área	Infantil				
Justificación	Las tasas de mortalidad infantil constituyen un exponente del desarrollo socioeconómico nacional y del sistema de salud en particular. La reducción de la tasa de mortalidad neonatal presenta mayor dificultad porque es en este período, más próximo al nacimiento, donde la morbilidad es más compleja y dependiente en su mayoría de causas endógenas, de más difícil evitabilidad. Con el desarrollo de la atención médica dirigida a esta edad, en que se incluyen los servicios de terapia intensiva, tecnologías y medicamentos novedosos, así como la prioridad concedida por el sistema sanitario a la atención infantil, puede observarse un desplazamiento de la edad al morir del recién nacido. Mide el riesgo de morir de los nacidos vivos en cada uno de los períodos de dos de los tres componentes en que se divide el primer año de vida de una persona. Se computa la mortalidad neonatal precoz (0-6 días) y la mortalidad neonatal tardía (7-27 días).				
Sustento Normativo	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 42-01 General de Salud (Art. 31), mayo 2001. • Resolución No. 00020-2013 que pone en vigencia el Reglamento Técnico para la Atención Integral de Niños y Niñas Menores de Cinco Años, mayo 2013. • Protocolos de atención para Pediatría. Volumen I, marzo 2016. • Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (CSP29/6). 				
Definición	Se expresa como el cociente entre número de fallecidos del grupo de edad post - neonatal y el número total de nacidos vivos de un territorio y período de tiempo dado, multiplicado por una constante de 1000.				
Tipo de Indicador	Resultado / Efectividad				
Metodología de Cálculo	Numerador	Número de defunciones en menores en edad post neonatal (28 días a 1 año) ocurridas en el establecimiento.			
	Denominador	Total de nacidos vivos en el establecimiento durante el período evaluado.			
	Fórmula	$\frac{\text{Cantidad de muertes post - neonatales}}{\text{Cantidad de nacidos vivos}} \times 1,000$			
Fuente de la Información	Numerador	Módulo de mortalidad infantil Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica			
	Denominador	Módulo de registro de Nacidos Vivos MISPAS / Modulo de producción de servicios de salud			
	Descripción	El cálculo del indicador requiere que los establecimientos remitan y/o registren la información por mes las defunciones de los menores de 1 año y mayores de 27 días en los diferentes sistemas de reporte.			
Unidad de Medida	Tasa				
Generadores de demanda de información	END	PNPSP	ODS	MP	Otro, especifique
Meta	Año base:	2016			Año meta: 2020
	Referencia:				
Periodicidad de recolección	Mensual	Periodicidad de consolidación	Mensual	Periodicidad de la difusión	Mensual
Desagregación Geográfica	Región de salud / Provincia				
Desagregación Demográfica					
Responsable de la Medición	Dirección de Gestión de la Información – Servicio Nacional de Salud				
Responsable de la Operación estadística	Dirección de Gestión de la Información – Servicio Nacional de Salud				
Fecha de Elaboración	17-12-18	Fecha de actualización	17-12-18	Versión	2
Observaciones					

Ficha de indicador: Tasa de partos realizados por cesáreas

Indicador No.	NC 1.0	Nivel de atención		Nivel complementario	
Área	Materna				
Justificación	Expresa la calidad de la atención al parto. No hay una cifra estándar de referencia, pero cifras elevadas representan un exceso de intervencionismo obstétrico en la atención al parto. Esto plantea no ser conveniente para el estado de salud reproductiva de las mujeres ni de la población en general dado los riesgos del procedimiento. La cesárea, como proceder quirúrgico ante el parto se admite ante situaciones de riesgo de la vida o daño importante al feto o la madre				
Sustento Normativo	<ul style="list-style-type: none"> Declaración de la OMS sobre las tasas de cesárea. 				
Definición	Se expresa como el cociente entre el número de partos realizados por cesáreas y el total de partos realizados en el establecimiento en un determinado periodo.				
Tipo de Indicador	Producto: calidad (desempeño) / Efectividad				
Metodología de Cálculo	Numerador	Número de total de partos por cesáreas			
	Denominador	Número de total de partos atendidos.			
	Fórmula	$\frac{\text{Cantidad de partos por cesareas}}{\text{Cantidad de partos atendidos}}$			
Fuente de la Información	Numerador	Módulo de producción de servicios SNS cargados con base a variables del formulario 67-A			
	Denominador	Módulo de producción de servicios SNS cargados con base a variables del formulario 67-A			
	Descripción	El cálculo del indicador requiere conocer información nominal del número de mujeres a las cuales les realizaron partos en el período de medición y a cuantas de estas se le practicó parto por cesárea.			
Unidad de Medida	Porcentaje				
Generadores de demanda de información	END	PNPSP	ODS	MP	Otro, especifique
Meta	Año base: 2017	Valor:		Año meta: 2020	Valor: >15% nacional
	Referencia:				
Periodicidad de recolección	Mensual	Periodicidad de consolidación	Mensual	Periodicidad de la difusión	Mensual
Desagregación Geográfica	Nacional / Región de salud / provincia				
Desagregación Demográfica	Rango de edad				
Responsable de la Medición	Dirección de Gestión de la Información – Servicio Nacional de Salud				
Responsable de la Operación estadística	Dirección de Gestión de la Información – Servicio Nacional de Salud				
Fecha de Elaboración	17-12-18	Fecha de actualización	17-12-18	Versión	2
Observaciones	<ol style="list-style-type: none"> Los indicadores generados a partir libro de partos y cesáreas en establecimientos que cuentan con servicios obstétricos se utilizarían como fuente alterna del numerador. En la medida de lo posible deberá valorarse el uso del sistema de clasificación de Robson para computar las exclusiones. 				

Ficha de indicador: Proporción de personas en tratamiento antirretroviral que se encuentran activas

Indicador No.		Nivel de atención	Primario y Complementario.		
Área	Infecciones de transmisión sexual.				
Justificación	La Estrategia 90-90-90 establece la medición de la captación de pacientes en las diversas etapas de atención (diagnóstico, tratamiento y carga viral suprimida) en los servicios de atención integral para VIH.				
Sustento Normativo	Estrategia 90-90-90: Tratamiento para todos.				
Definición	Mide cobertura del tratamiento antirretroviral para personas seropositivas en los servicios de atención integral.				
Tipo de Indicador	Resultado				
Metodología de Cálculo	Numerador	Número de personas en tratamiento antirretroviral activas.			
	Denominador	Número de personas en tratamiento antirretroviral.			
	Fórmula	$\frac{\text{Número de personas en tratamiento antirretroviral activas}}{\text{Número de personas en tratamiento antirretroviral}}$			
Fuente de la Información	Numerador	Reporte SNS Módulo FAPPS.			
	Denominador	Reporte SNS Módulo FAPPS.			
	Descripción	El módulo FAPPS de sistema de información mantiene los registros nominales de los servicios de atención integral para VIH.			
Unidad de medida	Porcentaje.				
Generadores de demanda de información	END	PNPSP	ODS	MP	Otro, especifique
	X	X	X		
Meta	Año Base:		Año Meta:		
	Referencia:	Estrategia 90-90-90			
Periodicidad de recolección	Mensual	Periodicidad de consolidación	Mensual	Periodicidad de la difusión	Mensual
Desagregación geográfica	Nacional, regional y provincial.				
Desagregación demográfica	Sexo y edad.				
Responsable de la medición	Dirección de Gestión de la Información - Departamento de Análisis y Estudios				
Responsable de la operación estadística	Dirección de Gestión de la Información - Departamento de Análisis y Estudios				
Fecha de elaboración	07/11/2019	Fecha de actualización	07/11/2019	Versión	1.0
Observaciones	-				

Ficha de indicador: Proporción de personas VIH+ en los SAI activas en TARV y con carga viral suprimida

Indicador No.		Nivel de atención	Primario y Complementario.		
Área	Infecciones de transmisión sexual.				
Justificación	La Estrategia 90-90-90 establece la medición de la captación de pacientes en las diversas etapas de atención (diagnóstico, tratamiento y carga viral suprimida) en los servicios de atención integral para VIH.				
Sustento Normativo	Estrategia 90-90-90: Tratamiento para todos.				
Definición	Mide la efectividad del tratamiento antirretroviral en la población incorporada que se encuentra activa.				
Tipo de Indicador	Resultado				
Metodología de Cálculo	Numerador	Personas activas en tratamiento antirretroviral con carga viral suprimida.			
	Denominador	Número de personas activas en tratamiento antirretroviral.			
	Fórmula	$\frac{\text{Personas activas en tratamiento antirretroviral con carga viral suprimida}}{\text{Número de personas activas en tratamiento antirretroviral}}$			
Fuente de la Información	Numerador	Reporte SNS Módulo FAPPS.			
	Denominador	Reporte SNS Módulo FAPPS.			
	Descripción	El módulo FAPPS de sistema de información mantiene los registros nominales de los servicios de atención integral para VIH.			
Unidad de medida	Porcentaje.				
Generadores de demanda de información	END	PNPSP	ODS	MP	Otro, especifique
	X	X	X		
Meta	Año Base:		Año Meta:		
	Referencia:	Estrategia 90-90-90			
Periodicidad de recolección	Mensual	Periodicidad de consolidación	Mensual	Periodicidad de la difusión	Mensual
Desagregación geográfica	Nacional, regional y provincial.				
Desagregación demográfica	Sexo y edad.				
Responsable de la medición	Dirección de Gestión de la Información - Departamento de Análisis y Estudios				
Responsable de la operación estadística	Dirección de Gestión de la Información - Departamento de Análisis y Estudios				
Fecha de elaboración	07/11/2019	Fecha de actualización	07/11/2019	Versión	1.0
Observaciones	-				

Anexo III. Catálogo de establecimientos de salud para monitoreo institucional

Establecimiento	Complejidad	Disciplina 1	Disciplina	Extensión
Alberto Gautreaux	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Alfredo González Gil Roldán	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Alicia de Legendre	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Ángel Ponce	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Antonio Fernández	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Arenoso	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Aristides Fiallo Cabral	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Provincial
Arturo Grullón	Especializado	Infantil	Pediatría	Regional
Bánica	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Barsequillo	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Dr. Robert Reid Cabral	Especializado	Infantil	Pediatría	Nacional
Bohechio	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Cabral	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Cambita Garabito	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Cambita Pueblo	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Castillo	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Pediátrico Dr. Hugo Mendoza	Especializado	Infantil	Pediatría	Nacional
Dra. Evangelina Rodríguez Perozo	Especializado	Materna	Ginecoobstetricia	Nacional
Centro de Salud Integral Bella Vista	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Centro de Salud Integral Y Desarrollo	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Centro Especializado de Atención de Salud Juan XXIII	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Cevicos	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Ciudad Juan Bosch	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia	Especializado	Materna	Ginecoobstetricia	Nacional
Desiderio Acosta	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Dolores de La Cruz	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Dr. Alejo Martinez	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Dr. Antonio Musa	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Regional
Dr. Pedro María Santana	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Dr. Rafael J. Mañón	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Provincial
Dr. Teófilo Hernández	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Provincial
Dr. Alejandro Cabral	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Regional
Dr. Ángel Concepción Lajara	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Dr. Ángel Contreras	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Provincial
Dr. Antonio Trueda	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Dr. Antonio Yapor Hedded	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Provincial
Dr. Federico Armando Aybar	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Dr. Federico Leopoldo Lavandier	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Dr. Francisco Antonio Gonzalvo	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Provincial
Dr. Francisco E. Moscoso Puello	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Provincial
Dr. Guarionex Alcántara	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Dr. Jacinto Ignacio Mañón	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Dr. Jaime Oliver Pino	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Provincial
Dr. Jose A. Columna	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Dr. Juan Antonio Castillo	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Dr. Luis Bonilla Castillo	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Dr. Luis E. Aybar	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Nacional
Dr. Luis Morillo King	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Regional
Dr. Marcelino Vélez Santana	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Regional

Establecimiento	Complejidad	Disciplina 1	Disciplina	Extensión
Dr. Mario Fernández Mena	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Dr. Pedro Antonio Céspedes	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Dr. Pedro Emilio de Marchena	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Provincial
Dr. Pedro Heredia Rojas	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Dr. Pedro María Santana	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Dr. Rafael Cantisano Arias	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Dr. Ramón Báez	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Materno Dr. Reynaldo Almánzar	Especializado	Materna	Ginecoobstetricia	Nacional
Dr. Román Bautista Brache	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Dr. Vinicio Calventi	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Dr. Virgilio A García	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Dra. Armida García	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Dra. Etanaïlda Brito	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Boca Chica	Especializado	Materna - infantil	Ginecoobstetricia, Pediatria	Municipal
El Almirante	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
El Cercado	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
El Factor	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
El Valle	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Elio Fiallo	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Provincial
Elvira Echavarría Viuda Castillo	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Engombe	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Enriquillo	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Evangelina Rodríguez Perozo	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Fausto José Ovalle	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Felipe J. Achécar	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Félix María Goico	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
General Melenciano	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Provincial
General Santiago Rodríguez	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Provincial
Gregorio Luperón Montellano	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Guananico	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Guayabal	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Guaymate	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Guayubín	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Hacienda Estrella	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Hato Del Yaque	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Hondo Valle	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Dr. Rafael Castro	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Hospital Dr. Carlos A. Zafra	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Yrene Fernández	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Imbert	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Ing. Luis L. Bogaert	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Regional
Inmaculada Concepción	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Provincial
Materno Infantil de Villa Mella	Especializado	Materna - infantil	Ginecoobstetricia, Pediatria	Municipal
Jaime Mota	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Regional
Jaime Sánchez	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Provincial
Jamao Al Norte	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Jima Abajo	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Jorge Armando Martínez	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Jose Contreras	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Jose de Jesús Jiménez Almonte	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Jose María Cabral y Báez	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Regional
José Pérez	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Juan de Herrera	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal

Establecimiento	Complejidad	Disciplina 1	Disciplina	Extensión
Juan Pablo Pina	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Regional
Julia Santana	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Julio Álvarez Acosta	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Julio Moronta	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
La Altagracia de Alta Especialidad	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Provincial
La Descubierta	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
La Victoria	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Las Lagunas Nisibon	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Las Matas de Santa Cruz	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Leopoldo Martínez	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Provincial
Leopoldo Pou	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Provincial
Licey al Medio	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Lilian Fernández	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Los Alcarrizos II	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Los Ríos	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Luis N. Beras	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Maimón	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Manuel de Luna	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Manuel Joaquín Mendoza Castillo	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
María Paniagua	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Materno Infantil José Francisco Peña Gómez	Especializado	Materna - infantil	Ginecoobstetricia, Pediatría	Regional
Materno Infantil San Lorenzo de los Mina	Especializado	Materna - infantil	Ginecoobstetricia, Pediatría	Nacional
Santo Socorro	Especializado	Infantil	Pediatría	Municipal
Centro Cardio-Neuro Oftalmológico y de Trasplante	Especializado	Otros especializados	Cardiología, neurología y oftalmología	Nacional
Matías Ramón Mella	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Provincial
Miches	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Monción	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Napier Díaz	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Natividad Alcalá	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Nizao	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Nuestra Señora de La Altagracia	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Provincial
Nuestra Señora de Regla	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Provincial
Nuestra Señora del Carmen	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Nuestra Sra. de La Altagracia	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Octavia Gautier de Vidal	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Pablo Antonio Paulino	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Pablo Morrobel Jiménez	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Padre Billini	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Nacional
Padre Fantino	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Provincial
Partido	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Pascasio Toribio Piantini	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Provincial
Centro de Gastroenterología	Especializado	Otros especializados	Gastroenterología	Nacional
Pepillo Salcedo	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Peralta	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Piedra Blanca	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Polo	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Presidente Estrella Ureña	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Regional
Rafael Gutiérrez	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Ramón Adriano Villalona	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Restauración	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal

Establecimiento	Complejidad	Disciplina 1	Disciplina	Extensión
Ricardo Limardo	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Provincial
Rodolfo de la Cruz Lora	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Rosa Duarte	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Provincial
Sabana Iglesia	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Salvador B. Gautier	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
San Bartolomé	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Provincial
San José	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Provincial
San José de Las Matas	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sanchez de Tavares	Especializado	Otros especializados	Oncología	Nacional
San Vicente de Paúl	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Regional
Santo Cristo de Los Milagros	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Unidad de Salud Mental Profesor Ramón Rey Ardid	Especializado	Otros especializados	Psiquiatría	Municipal
Sigfredo Alba	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Srta. Elupina Cordero	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Taiwán 19 de marzo	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Regional
Teófilo Gautier	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Tomasina Valdez	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Toribio Bencosme	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Provincial
Unidad de Quemados Pearl F. Ort.	Especializado	Otros especializados	Quemaduras	Nacional
Unidad de Quemados Thelma Rosario	Especializado	Otros especializados	Quemaduras	Regional
Darío Contreras	Especializado	Traumatología	Traumatología	Nacional
Traumatológico Dr. Ney Arias Lora	Especializado	Traumatología	Traumatología	Nacional
Traumatológico y Quirúrgico Prof. Juan Bosch	Especializado	Traumatología	Traumatología	Regional
Vallejuelo	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Vicente Noble	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Villa Altagracia	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Villa Fundación	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Villa Isabela	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Villa La Mata	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Villa Los Almacigos	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Villa Tapia	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Villa Vásquez	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Yaguate	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal
Yamasá	General	Especialidades varias	Varias especialidades	Municipal