



*Ministerio de Salud y Deportes  
Bolivia*

# **Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica**

**SNIS - VE**

## **GUÍA GENERAL INDICADORES DE GESTION EN SALUD**

**La Paz, Bolivia  
Noviembre 2008**

**Elaboración:**

Ing. Rogel Mattos Ruedas

**Asesor General de Programas y Proyectos y Coordinador de la Planificación Sectorial**

Ministerio de Salud y Deportes

Lic. Freddy Sanabria Taboada

**Jefe Unidad de Planificación MSyD**

Ing. Abdías Cárdenas Pereyra

**Coordinador Nacional del SNIS-VE.**

Sistema Nacional de Información en Salud, Ministerio de Salud y Deportes

Dr. Felix Cantalicio Gómez Quispe.

**Responsable Vigilancia Epidemiológica SNIS-VE**

Dr. Alejandro Sanchez Bustamante.

**Responsable de ASIS SNIS-VE**

Dr. Rocco Abruzzese Castellón

**Responsable Producción de Servicios SNIS-VE**

Dr. Henry Licidio Fuentes

**Responsable Bioestadística SNIS-VE**

Sistema Nacional de Información en Salud, Ministerio de Salud y Deportes

Dr. Jhonny Rada Alvarez

**Proyecto Gestión y Calidad en Salud**

Dr. Javier Enrique López

**Proyecto Gestión y Calidad en Salud**

Lic. Edwin Choque Chambilla

**Responsable Nacional de Sistemas SNIS-VE**

Sistema Nacional de Información en Salud, Ministerio de Salud y Deportes

Dra. Gilda Fernández Morillas

Sistema Nacional de Información en Salud, Ministerio de Salud y Deportes

Dra. Verónica Larico Rojas

Sistema Nacional de Información en Salud, Ministerio de Salud y Deportes

Lic. Juan Daniel Cussi

**Sistemas SNIS-VE**

Tec. Vladimir Mendoza Álvarez

**Sistemas SNIS-VE**

Tec. Gonzalo Intimayta Roque

**Sistemas SNIS-VE**

Lic. Alba Mora Méndez

**Jefe Unidad de Planificación MSyD****Coordinación Institucional:**

Ing. Rogel Mattos Ruedas

**Asesor General de Programas y Proyectos y Coordinador de la Planificación Sectorial**

Ministerio de Salud y Deportes

Lic. Ener Chávez Justiniano

**Asesor General de Comunicación Social**

Ministerio de Salud y deportes

Lic. Freddy Sanabria Taboada

**Jefe Unidad de Planificación MSyD**

Ing. Abdías Cárdenas Pereyra

**Coordinador Nacional del SNIS-VE.**

Sistema Nacional de Información en Salud, Ministerio de Salud y Deportes

**Edición:**

Lic. Ener Chávez Justiniano

Lic. Freddy Sanabria Taboada

Ing. Abdías Cárdenas Pereyra

Lic. Fidel Duran

Dr. Alejandro Sanchez Bustamante.

Dr. Rocco Abruzzese Castellon

Dr. Henry Licidio Fuentes

Dra. Meylín Vega Fernández

Dr. Jhonny Rada Alvarez

Dr. Felix Cantalicio Gómez Quispe.

**La Paz, Noviembre del 2008**

Depósito Legal: 4-8-1519-06

Tiraje 3500 unidades

## PRESENTACION

Presentar una Guía de Indicadores de salud como herramienta de trabajo para los operadores de salud es una tarea muy importante, puesto que de ella dependerá el recolectar, procesar, analizar y difundir la misma de manera adecuada y que nos sirva en todos los niveles para la toma de decisiones por que información es acción.

Los indicadores son variables que nos permiten medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa sucesos del proceso salud enfermedad, son medidas para poder evaluar el comportamiento de los mismos en el tiempo, comparar comportamientos en los diferentes nichos ecológicos.

Todo ello nos permite respaldar acciones políticas, logros y metas. De tal manera que los indicadores de salud se constituyen en instrumentos de evaluación y seguimiento.

Cada día es más importante usar la información para la toma de decisiones de manera efectiva que contribuyan a la mejoría de la salud de la población, a conocer y comprender la situación de salud del país, punto de partida del ciclo de planificación de la salud.

El Ministerio de Salud y Deportes a través del SNIS – VE pone a disposición de los decisores, gerentes y trabajadores de salud, comunidad Internacional y movimientos sociales, la publicación de la “Guía General Indicadores de Gestión en Salud “2008, elaborada por el personal del manejo estadístico del SNIS - VE con la colaboración la Unidad de Planificación del MSyD.

Esperando así poder llevar a sus manos una fuente de información que les sea útil, el presente documento pretende servir de apoyo y orientación en las diferentes instancias de gestión compartida y sectorial del modelo sanitario vigente.

Por una Bolivia unida e incluyente, para vivir bien.

**Dr. Ramiro Tapia Sainz**  
**MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES**

---

## RESUMEN

La presente Guía General de Indicadores en Salud esta conformada por doce capítulos para su interpretación, donde cada uno tiene diferentes características en su desarrollo.

Tomando en cuenta los grupos etáreos más vulnerables.

El capítulo I. Indicadores en Salud, nos hace referencia a las definiciones mas importantes de un Indicador, sus características, su elaboración y fuentes primarias de información.

El Capítulo II. Se considera los tipos de indicadores más importantes.

El Capítulo III. Algunas medidas de frecuencia y las tasas más importantes en Morbilidad.

El Capítulo IV. Comprende un listado de los indicadores Demográficos mas utilizados por el personal de salud, también los diferentes indicadores de Mortalidad Infantil y Materna.

El Capítulo V. Indicadores relacionados con la Mujer, con un listado de indicadores relacionados con la atención integral a la Mujer, controles prenatales, atenciones de parto institucional, planificación familiar, administración de micronutrientes en embarazadas y puérperas, y administración de vacunas.

El Capítulo VI. Comprende un listado de indicadores priorizados en los menores de cinco años, Inmunizaciones con terceras dosis de vacunas según el esquema regular del PAI. y otras vacunas nuevas, también se tiene indicadores para medir los diferentes grados de desnutrición según el Programa desnutrición Cero.

El Capítulo VII. Indicadores Hospitalarios, con los indicadores de atención Hospitalaria según numero de camas medico, enfermera y días cama disponibles para su atención.

El Capítulo VIII. Enfermedades Transmisibles con los indicadores más importantes de los diferentes programas de Salud, Chagas, Malaria, Tuberculosis y VIH/SIDA.

El Capítulo IX. Intoxicación Aguda por Plaguicidas (I.A.P.), donde es importante medir y conocer la morbilidad y mortalidad con los diferentes indicadores.

El Capítulo X. Salud familiar Comunitaria e intercultural (SAFCI), como nuevo modelo de salud se tiene indicadores relacionados a la Salud Familiar, Salud Comunitaria y Salud Intercultural.

El Capítulo XI. Comprende dos grandes grupos de indicadores, Indicadores de Compromiso de Gestión y los Indicadores de las Metas del Desarrollo del Milenio.

El Capítulo XII. Es una guía general de indicadores para el CAI- Nacional un determinado momento

El presente documento pretende servir como herramienta para la instauración, evaluación de las diferentes actividades de cada sector de salud.

	<b>Capítulo 1 INDICADORES DE SALUD</b>	
<b>1.1</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b>	
<b>1.2</b>	<b>CARACTERÍSTICAS DE UN BUEN INDICADOR</b>	
<b>1.3</b>	<b>FUENTES DE INFORMACIÓN PARA LA CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES</b>	
<b>1.4</b>	<b>FUENTES PRIMARIAS</b>	
<b>1.5</b>	<b>OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	
	<b>Capítulo 2 TIPOS DE INDICADORES DE SALUD</b>	
<b>2.1</b>	<b>TIPOS DE INDICADORES</b>	
<b>2.2</b>	<b>INDICADORES OPERACIONALES</b>	
	<b>INDICADORES DE ESTRUCTURA</b>	
<b>2.4</b>	<b>INDICADORES DE PROCESO</b>	
<b>2.5</b>	<b>INDICADORES DE RESULTADO</b>	
<b>2.5.1</b>	<b>Indicadores de resultados finales</b>	
<b>2.5.2</b>	<b>Indicadores de impacto</b>	
<b>2.6</b>	<b>ESTRUCTURA DE UN INDICADOR O ÍNDICE</b>	
	<b>Capítulo 3 MEDIDAS GENERALES DE INDICADORES DE SALUD</b>	
<b>3.1</b>	<b>ALGUNAS MEDIDAS GENERALES</b>	
<b>3.1.2</b>	<b>PROPORCIONES</b>	
<b>3.1.3</b>	<b>TASAS</b>	
<b>3.1.4</b>	<b>RAZONES</b>	
<b>3.1.5</b>	<b>INDICES</b>	
<b>3.2</b>	<b>TASAS IMPORTANTES DE MORBILIDAD:</b>	
<b>3.2.1</b>	<b>TASA DE INCIDENCIA</b>	
<b>3.2.2</b>	<b>TASA DE PREVALENCIA</b>	
<b>3.2.3</b>	<b>TASA DE ATAQUE.</b>	
	<b>Capítulo 4 INDICADORES DEMOGRAFICOS DE SALUD</b>	
<b>4.1</b>	<b>INDICADORES DEMOGRAFICOS</b>	
<b>4.2</b>	<b>TASA DE FECUNDIDAD GENERAL:</b>	
<b>4.3</b>	<b>NATALIDAD</b>	
<b>4.4</b>	<b>MORTALIDAD GENERAL:</b>	
<b>4.5</b>	<b>RAZON DE MORTALIDAD MATERNA</b>	
<b>4.6</b>	<b>MORTALIDAD PERINATAL:</b>	
<b>4.7</b>	<b>MORTALIDAD NEONATAL:</b>	
<b>4.8</b>	<b>TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (TMI)</b>	
<b>4.9</b>	<b>MORTALIDAD EN LA NIÑEZ</b>	
	<b>Capítulo 5 INDICADORES RELACIONADOS CON LA MUJER</b>	
<b>5</b>	<b>INDICADORES RELACIONADOS CON LA MUJER</b>	
<b>5.1</b>	<b>ATENCIÓN A LA MUJER:</b>	
<b>5.2</b>	<b>ANTICONCEPCION QUIRURGICA VOLUNTARIA (AQV)</b>	
<b>5.3</b>	<b>METODOS NATURALES FAMILIAR (OPF)</b>	
<b>5.5</b>	<b>CONTROL PRENATAL</b>	
<b>5.6</b>	<b>CONTROL PRENATAL EN ADOLESCENTES</b>	
<b>5.7</b>	<b>CUARTO CONTROL PRENATAL</b>	
<b>5.8</b>	<b>EMBARAZADAS CON ALTO RIESGO OBSTETRICO (A.R.O.)</b>	
<b>5.9</b>	<b>COBERTURA DE PARTO INSTITUCIONAL:</b>	
<b>5.10</b>	<b>ADMINISTRACIÓN DE HIERRO EN EMBARAZADAS</b>	
	<b>ADMINISTRACIÓN DE HIERRO EN PUERPERAS.</b>	
<b>5.12</b>	<b>EMBARAZADAS DESNUTRIDAS.</b>	
<b>5.13</b>	<b>ADMINISTRACIÓN DE (T.T.) EN EMBARAZADAS</b>	
	<b>Capítulo 6 INDICADORES DEL MENOR DE 5 AÑOS</b>	
<b>6.1</b>	<b>INMUNIZACIONES</b>	
<b>6.2</b>	<b>ESTADO NUTRICIONAL</b>	
<b>6.3</b>	<b>NUTRIBEBE EN MENORES DE 6 A 23 MESES</b>	
	<b>Capítulo 7 INDICADORES HOSPITALARIOS DE SALUD</b>	

<b>7.1</b>	<b>INDICADORES HOSPITALARIOS</b>	
<b>7.2</b>	<b>NUMERO DE CAMAS POR ENFERMERA.</b>	
<b>7.3</b>	<b>Intervalos de Sustitución.</b>	
<b>7.4</b>	<b>MORTALIDAD HOSPITALARIA:</b>	
	<b>Capítulo 8 INDICADORES ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DE SALUD</b>	
8.1	<b>ENFERMEDADES TRANSMISIBLES PROGRAMAS ESPECIALES DE SALUD</b>	
8.2	<b>COBERTURA DE CUMPLIMIENTO Y TRATAMIENTO</b>	
8.3	<b>CHAGAS CONGENITO INDICADOR EPIDEMIOLÓGICO</b>	
8.4	<b>INDICADORES DE COBERTURA</b>	
8.5	<b>MALARIA INDICADORES DE PROCESO</b>	
8.6	<b>INDICE DE LAMINAS POSITIVAS (ILP)</b>	
8.7	<b>IMPACTO</b>	
8.8	<b>TUBERCULOSIS</b>	
8.9	<b>SINTOMATICOS RESPIRATORIOS (S.R.)</b>	
8.10	<b>TUBERCULOSIS PULMONAR BAAR (+) CURADOS</b>	
8.11	<b>INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL (ITS)</b>	
<b>8.12</b>	<b>VIH-SIDA</b>	
<b>8.13</b>	<b>PREVALENCIA DE VIH EN EMBARAZADAS</b>	
<b>8.14</b>	<b>CASOS DE VIH-SIDA RELACION HOMBRES Y MUJERES</b>	
	<b>Capítulo 9 INDICADORES DE INTOXICACION AGUDA POR PLAGUICIDAS (I.A.P.)</b>	
<b>9.1</b>	<b>INTOXICACION AGUDA POR PLAGUICIDAS (I.A.P.)</b>	
<b>9.2</b>	<b>Tasa de Mortalidad por (I.A.P.)</b>	
<b>9.3</b>	<b>Tasa de Letalidad por Intoxicación de Plaguicidas</b>	
<b>9.4</b>	<b>Porcentaje de Controles de Focos Desarrollados en Intoxicaciones por Plaguicidas</b>	
	<b>Capítulo 10 INDICADORES RELACIONADOS CON RL MODELO (SAFCI)</b>	
<b>10.1</b>	<b>INDICADORES RELACIONADOS CON SALUD FAMILIAR COMUNITARIA E INTERCULTURAL (SAFCI)</b>	
<b>10.1.1</b>	<b>SALUD FAMILIAR</b>	
10.1.2	<b>Nº de atenciones realizadas por el personal de salud fuera del Establecimiento</b>	
10.1.3	<b>Nº de establecimientos implementando la carpeta familiar</b>	
10.1.4	<b>Número de familias registradas en las carpetas familiares</b>	
10.1.5	<b>Registro de nuevas carpetas familiares reportados al Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia epidemiológica SNIS-VE</b>	
<b>10.2</b>	<b>SALUD COMUNITARIA</b>	
<b>10.3</b>	<b>SALUD INTERCULTURAL</b>	
	<b>Capítulo 11 INDICADORES DE COMPROMISOS DE GESTION Y ODM DE SALUD</b>	
<b>11.1</b>	<b>11.2 INDICADORES DE COMPROMISO DE GESTION</b>	
<b>11.2</b>	<b>INDICADORES EN EL MARCO DE LAS METAS DE DESARROLLO DEL MILENIO</b>	
	<b>Capítulo 12 INDICADORES PRIORIZADOS CAI 2008</b>	
<b>12.1</b>	<b>GUÍA GENERAL DE INDICADORES EN SALUD PARA COMITÉ DE ANALISIS DE LA INFORMACION C.A.I. NACIONAL 2008</b>	
<b>12.1.1</b>	<b>INDICADORES (MENORES DE 5 AÑOS)</b>	
<b>12.2</b>	<b>INDICADORES (MUJER)</b>	
<b>12.3</b>	<b>INDICADORES ENFERMEDADES TRANSMISIBLES</b>	
<b>12.3</b>	<b>INDICADORES HOSPITALARIOS</b>	
<b>12.3</b>	<b>INDICADORES (SAFCI)</b>	
<b>12.6</b>	<b>PROMOCIÓN DE LA SALUD</b>	

---

## Capítulo 1

### INDICADORES DE SALUD

#### 1.1 INTRODUCCIÓN

La salud es una de las principales preocupaciones de los gobiernos y organizaciones mundiales, ya que es parte de las dimensiones de la calidad de vida de una población. Es así como la disponibilidad de información respaldada en datos válidos y confiables es condición indispensable para el análisis y evaluación objetiva de la situación sanitaria, la toma de decisiones basada en la evidencia y la programación en salud.

Un indicador de salud es “una noción de la vigilancia en salud pública que define una medida de la salud, la ocurrencia de una enfermedad o de otro evento relacionado con la salud o de un factor asociado con la salud, el estado de salud u otro factor de riesgo en una población especificada. En términos generales, los indicadores de salud representan medidas-resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud y que, vistos en conjunto, intentan reflejar la situación sanitaria de una población y sirven para vigilarla”.

Un indicador es una variable cualitativa o cuantitativa cuya función permite objetivar cambios para la toma de decisiones en salud Pública también nos permite detectar o medir total o parcialmente un comportamiento y evaluar el grado de cumplimiento de actividades y objetivos propuestos en un determinado tiempo.

En consecuencia, sin ellos tendríamos dificultades para efectuar comparaciones

“La OPS define como variables que sirven para medir cambios. “

Los indicadores son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa y cualitativa, sucesos colectivos (especialmente sucesos biodemográficos) para así poder respaldar acciones políticas, evaluar logros y metas. Si se está evaluando un programa para mejorar las condiciones de salud de la población infantil, se puede determinar los cambios observados utilizando varios indicadores que revelen indirectamente esta modificación. Indicadores posibles de utilizar pueden ser el estado de nutrición (por ejemplo, relación pondoestatural), las coberturas de inmunización, las tasas de mortalidad por edades, las tasas de morbilidad por enfermedades y la tasa de discapacidad por enfermedad crónica en una población infantil.

#### 1.3 CARACTERÍSTICAS DE UN BUEN INDICADOR

Un buen indicador debe abarcar, como sea posible el mayor número de las siguientes características

- Disponibilidad: los datos básicos para la construcción del indicador deben ser de fácil obtención sin restricciones de ningún tipo.
- Simplicidad: el indicador debe ser de fácil elaboración.
- Validez: significa que éstos deben tener la capacidad de medir realmente el fenómeno que se quiere medir y no otros.
- Especificidad: si un indicador no mide realmente lo que se desea medir, su valor es limitado, pues no permite la verdadera evaluación de la situación al reflejar características que pertenecen a otro fenómeno paralelo.
- Confiabilidad: los datos utilizados para la construcción del indicador deben ser fidedignos (fuentes de información satisfactorias).
- Sensibilidad: el indicador debe ser capaz de poder identificar las distintas situaciones de salud aún en áreas con distintas particularidades, independientemente de la magnitud que ellas tengan en la comunidad.

- Alcance: el indicador debe sintetizar el mayor número posible de condiciones o de distintos factores que afectan la situación descrita por dicho indicador. En lo posible el indicador debe ser globalizador.

Al medir el nivel de salud se intenta estimar como se manifiesta el proceso salud enfermedad en una población. A pesar del desarrollo y los avances experimentados en la investigación sobre indicadores positivos de salud, hoy por hoy, la información que está disponible recurre al uso de indicadores negativos de salud, basados en la pérdida de ésta. Pese a las limitaciones propias de trabajar con una parte del fenómeno salud enfermedad (daños), estos son los indicadores de mayor utilidad en salud.

### **1.3 FUENTES DE INFORMACIÓN PARA LA CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES**

Un indicador requiere siempre del uso de fuentes confiables de información y rigurosidad técnica en su construcción e interpretación.

Las principales fuentes de datos universalmente propuestas para el cálculo de indicadores usados en salud pública son:

### **1.4 FUENTES PRIMARIAS**

Son aquellos que pueden recolectar datos rutinarios en forma sistemática de instituciones o sectores confiables.

Las principales fuentes primarias de información consideradas en este documento son:

- Instituto Nacional de Estadística (INE) para la información proveniente de censos de población y vivienda, demográfica.
- Registro Civil para información de nacimientos, defunciones, estado civil y matrimonios.
- Encuesta Nacional de demografía y Salud (ENDSA).
- Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE) que registra datos e información para la gerencia, epidemiología y Análisis de situación de Salud ASIS.
- Registros de morbilidad aguda y crónica, mortalidad y neoplasias, que serán obtenidos del Sistema nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE).
- Datos e información de encuestas realizadas en la población, como las encuestas de cobertura vacuna del programa ampliado de inmunizaciones.

### **1.5 OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN**

Referidos a la recolección de información específica de alguna situación y que no se dispone de información rutinaria, como por ejemplo los referidos a información resultado de investigaciones, información de centros centinela como los que se obtienen de la vigilancia epidemiológica del VIH-SIDA en grupos de riesgo, investigaciones de resistencia bacteriana, vigilancia de las infecciones de haemophilus influenza en hospitales.

---

## Capítulo 2

### TIPOS DE INDICADORES DE SALUD

#### 2.1 TIPOS DE INDICADORES

Los indicadores epidemiológicos se utilizan para estimar la magnitud y trascendencia de una situación determinada. Siempre deben estar referidos a: La población o personas a partir de las cuales se calculan, el periodo de tiempo que representan, el lugar geográfico que proviene la información (variables de persona, de tiempo y de lugar). Se puede medir el impacto y/o los efectos de los programas de salud comparando un mismo indicador epidemiológico antes y después de la ejecución de las actividades de un programa determinado. Estos indicadores tienen gran utilidad en la etapa de formulación diagnóstica y en la de evaluación del programa. La evaluación es en cierto modo, un diagnóstico de situación actualizado.

#### 2.2 INDICADORES OPERACIONALES

Los indicadores operacionales miden el trabajo realizado, ya sea en función de la cantidad o de la calidad de él, miden la cantidad de actividades y procedimientos realizados, en relación con metas o estándares establecidos previamente.

También existen diversos rubros relacionados con la salud, en los cuales, con frecuencia se elaboran indicadores.

2.2.1 Indicadores de Política Sanitaria: este tipo de indicadores lo constituyen la asignación de recursos, expresada como la proporción del producto nacional bruto invertido en actividades relacionadas con servicios de salud. La distribución de recursos con relación a población es otro indicador que puede ser definido como la relación entre el número de camas de hospital, médicos u otro personal de salud y el número de habitantes en distintas regiones del país.

2.2.2 Indicadores Sociales y económicos: se pueden mencionar, la tasa de crecimiento de la población, su producto geográfico bruto, la tasa de alfabetismo de adultos, indicadores de las condiciones de vivienda, de pobreza, de disponibilidad de alimentos. Las fuentes de información para elaborar estos indicadores suelen estar disponibles en instituciones relacionadas con la seguridad social, políticas económicas y de planificación y demográficas.

2.2.3 Indicadores de prestación de Salud (de actividad): la disponibilidad de servicios, su accesibilidad (en términos de recursos materiales), indicadores de calidad de la asistencia, indicadores de cobertura pueden ser desagregados por subgrupos de población de acuerdo con políticas de focalización de recursos en determinados grupos.

2.2.4 Indicadores de cobertura: la cobertura se refiere al porcentaje de una población que efectivamente recibe atención en un período definido, la cobertura de vacunación BCG (Tuberculosis) en recién nacidos en determinado periodo de tiempo.

2.2.5 Indicadores del Estado de Salud: estos indicadores son los más usados. Se pueden distinguir operacionalmente, al menos cuatro tipos.

Indicadores de Mortalidad: son ampliamente utilizados ya que la muerte es un fenómeno universal, ocurre una sola vez y se registra habitualmente en forma sistemática.

2.2.6.1 **Natalidad:** en este rubro son importantes los indicadores que miden la capacidad de reproducción de una población. Existe una asociación positiva entre altas tasas de natalidad y nivel sanitario, socioeconómico y cultural. Son importantes también, los indicadores que reflejan el estado de la salud materno-infantil, la tasa de bajo peso al nacer, la que requiere de un registro confiable de nacimientos (vivos o muertos o defunciones fetales).

2.2.6.2 **Morbilidad:** son indicadores que intentan estimar el riesgo de enfermedad (carga de morbilidad), cuantificar su magnitud e impacto. Los eventos de enfermedad pueden no ser fáciles de definir y pueden prolongarse y repetirse en el tiempo, lo que plantea dificultades en la elaboración de estos indicadores.

2.2.6.3 **Calidad de vida:** indicadores generalmente compuestos que intentan objetivar un concepto complejo que considera aspectos como: capacidad funcional de las personas, expectativa de vida, y nivel de adaptación del sujeto en relación con su medio, la "calidad material de la vida" que se construye a partir de la mortalidad infantil, la expectativa de vida al nacer y la capacidad de leer y escribir.

## 2.3 INDICADORES DE ESTRUCTURA

Contiene indicadores que miden la adecuación cultural, accesibilidad física a los servicios de salud, estado de la oferta, las condiciones de trabajo, la disponibilidad de sistemas de apoyo y la equidad en la distribución de los recursos de salud el personal médico de enfermería o auxiliar con el que cuentan por recurso cama y a la inversa.

## 2.4 INDICADORES DE PROCESO

Incluye indicadores de costo, actividad y utilización de servicios. Muestra la forma como se utilizan los recursos disponibles en la producción por servicio o por producto, su influencia sobre el acceso económico a la atención hospitalaria y la sustentabilidad de los servicios.

## 2.5 INDICADORES DE RESULTADO

Presentan a los indicadores resultados como consecuencia del proceso y los cambios en el estado de salud de los pacientes atribuibles a la atención de salud anterior. Depende de la calidad de la atención que se provee. Muestra el desempeño general de una unidad y/o programa de salud.

### 2.5.1 Indicadores de resultados finales

Miden las necesidades sentidas, la eficacia y eficiencia.

### 2.5.2 Indicadores de impacto

Miden la oportunidad, calidad, eficacia y efectividad de los Servicios.

## 2.6 ESTRUCTURA DE UN INDICADOR O ÍNDICE

- Partes:

Numerador: número de veces del evento

Denominador: total del evento

Constante = 100, 1000, 10000, 1000000.

Características = tiempo lugar y naturaleza del hecho

$$\frac{A}{B} \times K \text{ es decir } \frac{\text{(numerador)}}{\text{(denominador)}} \times X$$

## Capítulo 3

### MEDIDAS GENERALES DE INDICADORES DE SALUD

#### 3.1 ALGUNAS MEDIDAS GENERALES

Para medir eficazmente el impacto, primero se necesitan indicadores de base o un punto de partida para entender la situación antes de empezar cualquier actividad. Sin este conocimiento será difícil identificar el impacto. Hay dos tipos de indicadores – indicadores cuantitativos que pueden expresarse en números e indicadores cualitativos que miden cambios de actitud y comportamiento, también se cuenta con diferentes medidas generales, las más utilizadas son:

##### 3.1.1 NUMEROS ABSOLUTOS

##### 3.1.2 PROPORCIONES

##### 3.1.3 TASAS

##### 3.1.4 RAZONES

##### 3.1.5 INDICES

##### 3.1.2 PROPORCIONES

Las proporciones son medidas que expresan la frecuencia con la que ocurre un evento en relación con la población total en la cual éste puede ocurrir. Esta medida se calcula dividiendo el número de eventos ocurridos entre la población objeto como cada elemento de la población puede contribuir únicamente con un evento es lógico que al ser el numerador (el volumen de eventos) una parte del denominador (población en la que se presentaron los eventos) aquel nunca pueda ser más grande que éste. Esta es la razón por la que el resultado nunca pueda ser mayor que la unidad y oscile siempre entre cero y uno.

Por ejemplo, si en un año se presentan tres muertes en una población compuesta por 100 personas, la proporción anual de muertes en esa población será:

$$P = \frac{3 \text{ muertes}}{100 \text{ personas}} \times 0.03$$

A menudo las proporciones se expresan en forma de porcentaje, y en tal caso los resultados oscilan entre cero y 100. En el ejemplo anterior, la proporción anual de muertes en la población sería de 3 por 100, o de 3%. Nótese, asimismo, que el denominador no incluye el tiempo. Las proporciones expresan únicamente la relación que existe entre el número de veces en las que se presenta un evento y el número total de ocasiones en las que se pudo presentar.

##### 3.1.3 TASAS

Las tasas expresan la dinámica de un suceso en una población a lo largo del tiempo. Se pueden definir como la magnitud del cambio de una variable (enfermedad o muerte) por unidad de cambio de otra (usualmente el tiempo) en relación con el tamaño de la población que se encuentra en riesgo de experimentar el suceso. En las tasas, el numerador expresa el número de eventos acaecidos durante un periodo en un número determinado de sujetos observados.

A diferencia de una proporción el denominador de una tasa no expresa el número de sujetos en observación sino el tiempo durante el cual tales sujetos estuvieron en riesgo de sufrir el evento. La unidad de medida empleada se conoce como tiempo-persona de seguimiento. Por ejemplo, la observación de 100 individuos libres del evento durante un año corresponde a 100 años-persona de seguimiento; de manera similar, 10 sujetos observados durante diez años corresponden a 100 años-persona.

Dado que el periodo entre el inicio de la observación y el momento en que aparece un evento puede variar de un individuo a otro, el denominador de la tasa se estima a partir de la suma de los periodos de todos los individuos. Las unidades de tiempo pueden ser horas, días, meses o años, dependiendo de la naturaleza del evento que se estudia.

El cálculo de tasas se realiza dividiendo el total de eventos ocurridos en un periodo dado en una población entre el tiempo-persona total (es decir, la suma de los periodos individuales libres de la enfermedad) en el que los sujetos estuvieron en riesgo de presentar el evento. Las tasas se expresan multiplicando el resultado obtenido por una potencia de 10, con el fin de permitir rápidamente su comparación con otras tasas.

$$\text{TASA} = \frac{\text{Numero de eventos ocurridos en una población en un periodo}}{\text{Sumatoria de los periodos durante los cuales los sujetos de la población libres del evento estuvieron expuestos al riesgo de presentarlo en el mismo periodo}} \times 10$$

### 3.1.4 RAZONES

Las razones pueden definirse como magnitudes que expresan la relación aritmética existente entre dos eventos en una misma población, o un solo evento en dos poblaciones. En el primer caso, un ejemplo es la razón de residencia hombre: mujer en una misma población. Si en una localidad residen 5 000 hombres y 4 000 mujeres se dice que, en ese lugar, la razón de residencia hombre: mujer es de 1:0.8 (se lee 1 a 0.8), lo que significa que por cada hombre residen ahí 0.8 mujeres. Esta cantidad se obtiene como sigue:

$$\text{Razón hombre: mujer} = \frac{4000}{5000} = 0.8$$

En este caso, también se podría decir que la razón hombre: mujer es de 10:8, pues esta expresión aritmética es igual a la primera (1:0.8).

En el segundo ejemplo se encuentran casos como la razón de tasas de mortalidad por causa específica (por ejemplo, por diarreas) en dos comunidades. En este caso, la razón expresaría la relación cuantitativa que existe entre la tasa de mortalidad secundaria a diarreas registrada en la primera ciudad y la tasa de mortalidad secundaria a diarreas registrada en la segunda. La razón obtenida expresa la magnitud relativa con la que se presenta este evento en cada población. Si la tasa de mortalidad por diarreas en la primera ciudad es de 50 por 1 000 y en la segunda de 25 por 1000 la razón de tasas entre ambas ciudades sería:

$$\text{RTM} = \frac{\text{Tasa de mortalidad de la ciudad B}}{\text{Tasa de mortalidad en la ciudad A}} = \frac{50 \times 1000}{25 \times 1000} = 20$$

Donde RTM es la razón de tasas de mortalidad (en este caso, por diarreas) entre las ciudades A y B. El resultado se expresa como una razón de 1:2, lo que significa que por cada caso en la ciudad A hay 2 en la ciudad B.

## 3.2 TASAS IMPORTANTES DE MORBILIDAD:

### 3.2.1 TASA DE INCIDENCIA

Las tasas de incidencia son la forma más común de medir y comparar la frecuencia de enfermedad en las poblaciones. Las usamos en lugar de números en bruto para comparar la ocurrencia de enfermedad en diversas poblaciones ya que las tasas se ajustan a los diferentes tamaños de población. La tasa de incidencia expresa la probabilidad o riesgo de enfermarse en una población durante un período de tiempo.

Como la incidencia es una medida de riesgo, cuando una población tiene una mayor incidencia de enfermedad que otra, decimos que la primera tiene un mayor riesgo de desarrollar enfermedad que la segunda, siendo iguales otros factores. Podemos también expresar esto diciendo que la primera población es un grupo de **alto riesgo** comparada con la segunda.

Una tasa de incidencia (referida algunas veces simplemente como **incidencia**) es una medida de la frecuencia con que un evento, tal como un caso nuevo de enfermedad, ocurre en una población durante un período de tiempo. La fórmula para calcularla es la siguiente:

$$\frac{\text{Nº. de casos nuevos de una determinada enfermedad en un intervalo de tiempo.}}{\text{Población en un periodo.}} \times 1000$$

### 3.2.2 TASA DE PREVALENCIA

Es una medida que cuantifica los casos nuevos y antiguos de una enfermedad. Puede ser calculada para un momento dado (de punto) o para un periodo determinado.

Es un indicador que mide los casos de una enfermedad en un cierto momento.

$$\frac{\text{Número de casos de una enfermedad en un momento dato}}{\text{Población en el mismo periodo}} \times 1000$$

### 3.2.3 TASA DE ATAQUE.

Una variante de esta tasa es la que considera el ataque secundario que mide la velocidad de propagación de una enfermedad entre los contactos (personas que tienen relación o vinculación directa) de un caso de enfermedad transmisible.

$$\frac{\text{Nº total de casos secundarios}}{\text{Nº de población de contactos expuestos al riesgo de la enfermedad}} \times 100$$

Los casos secundarios son todos los casos nuevos presentados entre los contactos de los casos primarios durante la epidemia.

## Capítulo 4

### INDICADORES DEMOGRAFICOS DE SALUD

#### 4.1 INDICADORES DEMOGRAFICOS

##### 4.1 DENSIDAD POBLACIONAL:

Es un indicador que mide el grado de concentración de la población, se obtiene relacionando el número de habitantes con la superficie territorial.

Ejemplo:

$$\frac{\text{Nº de Habitantes}}{\text{Superficie Territorial}}$$

El análisis depende de la unidad o ámbito territorial examinado:

Si el ámbito es nacional, habrá que tomar en cuenta la población total nacional sobre el total de superficie territorial expresado en kilómetros cuadrados.

**4.1.1 Tipo de Indicador:** De insumo o de estructura por la referencia poblacional en el trazo de otros de indicadores

**4.1.2 Expresión:** Refiere la cantidad de habitantes por Km<sup>2</sup>, es una unidad de medida que puede expresar concentración o dispersión poblacional.

**Fuente:** Instituto Nacional de Estadística (INE), censo y proyecciones.

##### 4.2 TASA DE FECUNDIDAD GENERAL:

Tasa de Fecundidad General es el medidor de la fecundidad, que se refiere a la relación que existe entre el número de nacimientos ocurrido en un cierto periodo de tiempo y la cantidad de población femenina en edad fértil en el mismo periodo. El lapso es casi siempre un año, y se puede ver como el número de nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil (en un año).

Su fórmula es:

$$\frac{\text{Tasa Global de Fecundidad}}{\frac{\text{Número de nacimientos en un año}}{\text{Población femenina en edad fértil}} \times 1.000.}$$

**4.2.1 Tipo de Indicador:** Es un indicador de impacto resultado de otras actividades relacionados a la educación, programas de anticoncepción, realidad socioeconómica (ingresos, trabajo), etc.

**4.2.2 Expresión:** Tasa de Fecundidad General es el medidor de la fecundidad, que se refiere a la relación que existe entre el número de nacimientos ocurrido en un cierto periodo de tiempo y la cantidad de población femenina en edad fértil en el mismo periodo. El lapso es casi siempre un año, y se puede ver como el número de nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil (en un año).

**Fuente:** Instituto Nacional de Estadísticas (INE), registro civil y hospitales. Los nacimientos registrados en establecimientos de salud son documentados en el SNIS-VE (Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica).

### 4.3 NATALIDAD

Su fórmula:

$$\text{Tasa Bruta de Natalidad} = \frac{\text{Número total de nacimientos en un año}}{\text{Población total del periodo.}} \times 1.000 \text{ Hab.}$$

**4.3.1 Tipo de Indicador:** Indicador de impacto o resultado, por acciones que promueven la salud materna, incorporando la libre decisión de planificar el número de las familias con alternativas como los programas de anticoncepción.

**4.3.2 Expresión:** La tasa bruta de natalidad o simplemente tasa de natalidad es una medida de cuantificación de la fecundidad, que refiere a la relación que existe entre el número de nacimientos ocurridos en un cierto periodo de tiempo y la cantidad total de efectivos del mismo periodo. El lapso es casi siempre un año, y se puede leer como el número de nacimientos de una población por cada mil habitantes en un año.

**Fuente:** Instituto Nacional de Estadística (INE), Registro civil y Hospitales. Los nacimientos registrados en establecimientos de salud, son documentados en el SNIS-VE (Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica).

### 4.4 MORTALIDAD GENERAL:

$$\text{Tasa de Mortalidad General} = \frac{\text{Número de defunciones ( todas )}}{\text{Población total}} \times 1.000 \text{ Hab.}$$

**4.4.1 Tipo de Indicador:** Indicador de Impacto

**4.4.2 Expresión:** Mide el riesgo de morir por cualquier causa, involucra a todas las causas de defunción, a todas las edades y sexos en una población determinada.

**Fuente:** Instituto Nacional de Estadísticas (INE). El Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE) difundirá a través de su página Web los datos de mortalidad clasificados por los códigos de la CIE 10.

### 4.5 RAZON DE MORTALIDAD MATERNA

$$\text{Razón de M.M.} = \frac{\text{Todas las defunciones maternas ocurridas en 1 año}}{\text{Número de Nacidos Vivos ocurridos en ese año}} \times 10.000 \text{ Hab.}$$

**4.5.1 Razón de mortalidad materna:** Es el número de defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos. Algunas veces se usa 1.000 o 10.000 nacidos vivos.

**4.5.2 Tasa de mortalidad materna:** número de defunciones maternas por 100,000 mujeres en edad reproductiva.

$$\text{Tasa de M.M.} = \frac{\text{Todas las defunciones maternas ocurridas en 1 año}}{\text{Nº de mujeres en edad fértil}} \times 100.000 \text{ Hab.}$$

**4.5.3 Tipo de Indicador:** Indicador que mide impacto.

**4.5.4 Expresión:** Mide el riesgo de muerte en una mujer durante el periodo de embarazo, parto, o durante los 42 o 46 días transcurridos después del parto (puerperio) por una causa específica, expresada como denominador el número de mujeres en edad fértil y una constante poblacional de 100.000 hab.

#### 4.6 MORTALIDAD PERINATAL:

Relaciona, el número de muertes fetales tardías (22 semanas o más de gestación) más las muertes de nacidos vivos menores de siete días sobre el número de nacidos vivos multiplicado por mil.

$$\text{Tasa de Mortalidad Perinatal} = \frac{\text{Muertes fetales de más de 22 semanas d.g.} + \text{Muertes de R.N menores de 7 días.}}{\text{Número de Nacidos vivos.}} \times 1.000$$

**4.6.1 Tipo de Indicador:** Indicador que mide impacto.

**4.6.2 Expresión:** Es la proporción de defunciones perinatales en el total de nacimientos. Las defunciones perinatales normalmente incluyen las defunciones de fetos de 28 semanas o más de gestación (también conocidos como mortinatos u óbito fetal) y defunciones de nacidos vivos dentro de los primeros 7 días de vida. El total de nacimientos incluye las defunciones fetales de 28 semanas de gestación más el número de nacidos vivos, o sea, todos los nacimientos después de 28 semanas de gestación (nacidos vivos más mortinatos). La OPS/OMS recomienda el uso de un límite de 22 semanas o 500 gramos.

**Fuente:** Encuestas Nacional de Demografía y Salud ( ENDSA ), Instituto Nacional de Estadísticas (INE) , registros hospitalarios que son sistematizados y consolidados en el Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE) a través del Certificado Único de Defunción Perinatal.

#### 4.7 MORTALIDAD NEONATAL:

Refiere la mortalidad que ocurre dentro del primer mes de vida (antes de cumplir 28 días de vida)

$$\text{Tasa de mortalidad neonatal} = \frac{\text{Número de defunciones en RN vivos < de 28 días}}{\text{Número de nacidos vivos.}} \times 1000 \text{ Hab.}$$

**4.7.1 Tipo de Indicador:** Resultado o Impacto

**4.7.2 Expresión:** Refiere la mortalidad que ocurre en el recién nacido vivo dentro del primer mes de vida (antes de cumplir 28 días de vida). El recién nacido esta expuesto a la muerte por condiciones genéticas, congénitas o problemas de salud que se van produciendo en la misma gestación o en el nacimiento, además, por algunas condiciones adversas del medio o su entorno (clima, condiciones de sanidad, pobreza, educación) etc.

**Fuente:** Registros civiles, Establecimientos de Salud, datos sistematizados y consolidados del Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE).

#### 4.8 TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (TMI)

Es la relación entre el total de defunciones de menores de un año, ocurridas durante un periodo y el número de nacimientos vivos ocurridos en el mismo periodo multiplicado por mil.

$$\text{Tasa de mortalidad Infantil} = \frac{\text{Número de defunciones de menores de un año durante un periodo de tiempo}}{\text{Número de nacidos vivos}} \times 1.000 \text{ Hab.}$$

**4.8.1 Tipo de Indicador:** Indicador que mide impacto, resultado de la interacción de múltiples factores que influyen en las condiciones de salud de las poblaciones (sociales, económicos, educación, salud), etc.

**4.8.2 Expresión:** . La tasa de mortalidad infantil (TMI) es el número de defunciones de niños menores de un año por cada 1,000 nacidos vivos en un determinado año. En los países menos desarrollados, la tasa ha sido estimada hasta en 200 por 1,000, mientras que en los países industrializados está por debajo de 10 por 1,000.

**Fuente:** Las posibles fuentes de los datos del numerador (defunciones) y del denominador (nacimientos) son los registros de eventos vitales, los registros de atención primaria de la salud, los censos y encuestas. Debido a que las defunciones infantiles son relativamente poco frecuentes, un gran número de viviendas deben ser incluidas en las muestras de encuestas. Es deseable que la tasa de mortalidad infantil se base en una población de al menos 50,000 personas.

#### 4.9 MORTALIDAD EN LA NIÑEZ

El indicador se calcula de la siguiente forma:

$$\text{Tasa de mortalidad en la niñez} = \frac{\text{Número de defunciones menores de 5 de años durante un año dado}}{\text{Número total de niños menores de 5 años a la mitad de ese año}} \times 1000 \text{ Hab.}$$

**4.9.1 Definición:** El número de niños menores de 5 años que mueren en un año por cada 1,000 niños en esas edades.

**4.9.2 Qué mide:** La tasa de mortalidad de todos los niños menores de 5 años puede usarse para reflejar tanto las tasas de mortalidad infantil como de la niñez. Esto tiene ciertas ventajas. Los problemas de malnutrición, en particular, pueden perder la atención como factor causal, especialmente en aquellos países donde el niño es más vulnerable a la malnutrición en su segundo año de vida.

**Fuentes de datos:** Las posibles fuentes de los datos del numerador sobre defunciones son los registros de eventos vitales, los registros de atención primaria de la salud y encuestas. Los datos del denominador sobre población se toman de las tabulaciones censales o de estimaciones hechas entre censos. Como los niños menores son el grupo objetivo para la inmunización, su tamaño poblacional debería ser registrado por la unidad local de atención primaria de la salud o por el equipo de inmunización. Es deseable que la tasa de mortalidad de la niñez se base sobre una población de al menos 5.000 niños menores de 5 años.

## Capítulo 5

### INDICADORES RELACIONADOS CON LA MUJER

#### 5 INDICADORES RELACIONADOS CON LA MUJER

##### 5.1 ATENCIÓN A LA MUJER:

$$\frac{\text{Porcentaje de usuarias nuevas de métodos modernos de anticoncepción}}{\text{Nº de usuarias nuevas de anticoncepción Oral, inyectable trimestral, condón y dispositivo intrauterino}} \times 100 \text{ Hab.}$$

*Población Mujeres en Edad Fértil*

5.1.1 **Tipo de Indicador:** Resultado

5.1.2 **Expresión:** Refleja el porcentaje de mujeres en edad fértil que optan o eligen algún método anticonceptivo moderno para regular su fecundidad y la protección contra las infecciones de transmisión sexual, además; de evitar los embarazos no deseados. Este indicador esta relacionado con la oferta que hace el Ministerio de Salud a través del programa de salud reproductiva con los anticonceptivos modernos (inyectable, píldora, condón, dispositivo intrauterino). Es un indicador que puede evaluar, diferenciando el uso de cada uno de los métodos anticonceptivos modernos, tomando como denominador la población total de las mujeres en edad fértil (MEF).

**Fuente:** Registros del sector, Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS-VE).

##### 5.2 ANTICONCEPCION QUIRURGICA VOLUNTARIA (AQV)

$$\frac{\text{Cobertura de usuarias de A.Q.V.}}{\text{Nº de AQV realizadas}} \times 100 \text{ Hab.}$$

*Población Mujeres en Edad Fértil*

5.2.1 **Tipo de indicador:** resultado

5.2.2 **Expresión:** Refleja el porcentaje de mujeres en edad fértil que optan y/o eligen la anticoncepción quirúrgica voluntaria, en mujeres en edad fértil (MEF). Actualmente la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria se ha convertido en uno de los métodos de regulación de la fecundidad mas ampliamente usados en el mundo por su seguridad y eficacia del 100% que son procedimientos que se realizan tanto a la mujer como al hombre

**Fuente:** Registros del sector, Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE).

##### 5.3 METODOS NATURALES

$$\frac{\text{Cobertura de usuarias Nuevas de Métodos Naturales}}{\text{Nº de usuarias nuevas con métodos Naturales}} \times 100 \text{ Hab.}$$

*Población Mujeres en Edad Fértil*

**5.3.1 Expresión:** Refleja el porcentaje de mujeres en edad fértil que optan y fueron orientadas a elegir como método anticonceptivo formas naturales (método de billings se basa en las características particulares del moco cervical, también la temperatura basal corporal que se modifica el día de la ovulación).  
Como denominador se consideran a las mujeres en edad fértil (MEF).

**Fuente:** Registros del sector, Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS-VE).

#### 5.4 ORIENTACION PLANIFICACION FAMILIAR (OPF)

$$\text{Cobertura de OPF} = \frac{\text{Nº de orientaciones en planificación familiar}}{\text{Población de 15 a 49 años}} \times 100 \text{ Hab.}$$

#### 5.5 CONTROL PRENATAL

$$\text{Cobertura primer control prenatal antes del 5to mes} = \frac{\text{Nº de primeros controles prenatales antes del 5to mes un periodo determinado}}{\text{Nº total de primeros controles prenatales en el mismo periodo}} \times 100 \text{ Hab.}$$

**5.5.1 Tipo de Indicador:** De resultado

**5.5.2 Expresión:** Es un indicador que define la captación de embarazadas antes de las 22 semanas de gestación del total de consultas prenatales nuevas, su importancia radica en el diagnóstico precoz de los factores de riesgo y las complicaciones que pueden afectar el término del periodo de gestación en un parto seguro.

**Fuente:** SNIS-VE (Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica).

#### 5.6 CONTROL PRENATAL EN ADOLESCENTES

$$\text{Proporción primer Control prenatal en adolescentes} = \frac{\text{Nº de primeros controles prenatales nuevos antes y a partir del 5to mes de embarazo en adolescentes (< 20 años)}}{\text{Embarazos nuevos}} \times 100 \text{ Hab.}$$

**5.6.1 Tipo de Indicador:** De resultado

#### 5.7 CUARTO CONTROL PRENATAL

$$\text{Proporción 4tos Controles prenatales} = \frac{\text{Nº de Embarazadas con cuatro controles prenatales en un periodo}}{\text{Total de Nacimientos esperados}} \times 100 \text{ Hab.}$$

**5.7.1 Tipo de Indicador:** De resultado.

- 5.7.2 **Expresión:** Es un indicador que permite evaluar el control prenatal y todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

**Fuente:** SNIS-VE (Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia epidemiológica)

## 5.8 EMBARAZADAS CON ALTO RIESGO OBSTETRICO (A.R.O.)

$$\text{Porcentaje embarazadas con alto riesgo obstétrico} = \frac{\text{Nº de embarazadas con alto riesgo obstétrico}}{\text{Nº total de controles prenatales nuevos y repetidos.}} \times 100 \text{ Hab.}$$

- 5.8.1 **Tipo de Indicador:** Resultado

- 5.8.2 **Expresión:** Refiere la relación porcentual de embarazos de alto riesgo obstétrico (hipertensión, diabetes, obesidad, tabaquismo, alcoholismo) con los controles prenatales nuevos y repetidos realizados, el resultado de este indicador puede definir políticas de información, prevención y educación sanitaria; basadas en la importancia de los controles prenatales precoces e institucionales durante el cual la madre, el feto o el recién nacido tienen o tendrán un riesgo elevado de morbilidad o mortalidad antes o después del parto.

## 5.9 COBERTURA DE PARTO INSTITUCIONAL:

$$\text{Cobertura de parto Institucional} = \frac{\text{No de partos atendidos en el servicio de salud + partos atendidos en domicilio por personal institucional en un periodo determinado.}}{\text{Nº total de partos esperados}} \times 100 \text{ Hab.}$$

- 5.9.1 **Tipo de Indicador:** De resultado

- 5.9.2 **Expresión:** Describe la atención de partos atendidos institucionalmente, lo cual significa poner a disposición de las embarazadas, el personal de salud (médico, enfermera, auxiliar de enfermería), la infraestructura, equipos y otros servicios del establecimiento.

**Fuente:** Registros del sector, Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS-VE).

## 5.10 ADMINISTRACIÓN DE HIERRO EN EMBARAZADAS.

$$\text{Porcentaje de administración de sulfato ferroso en embarazadas.} = \frac{\text{Nº de embarazadas con 90 tabletas de sulfato ferroso administrados en periodo determinado}}{\text{Embarazos esperados del mismo periodo}} \times 100 \text{ Hab.}$$

**5.10.1 Tipo de Indicador:** Proceso

**5.10.2 Expresión:** Es un indicador porcentual y administrativo del programa, refiere la entrega de sulfato ferroso por parte del servicio de salud a la embarazada y así cumplir la norma establecida de entrega mensual hasta completar las 90 tabletas requeridas en la etapa prenatal para evitar los riesgos maternos y fetales por anemia.

**Fuente:** Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS-VE)

**5.11 ADMINISTRACIÓN DE HIERRO EN PUERPERAS.**

$$\frac{\text{Porcentaje de administración de sulfato ferroso en puérperas}}{\frac{\text{Nº de puérperas con dosis completa de sulfato ferroso administrados en periodo determinado}}{\text{Nº total de mujeres con primer control puerperio}}} \times 100$$

**5.11.1 Tipo de Indicador:** Proceso

**5.11.2 Expresión:** Es más un indicador porcentual, refiere la entrega de sulfato ferroso por parte del servicio de salud a las puérperas en su primer control para evitar los riesgos maternos por anemia.

**Fuente:** Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS-VE)

**5.12 EMBARAZADAS CON ALGUN GRADO DE DESNUTRICION.**

$$\frac{\text{Porcentaje de embarazadas con algún grado de desnutrición}}{\frac{\text{Nº de embarazadas con algún grado de desnutrición}}{\text{Nº de embarazos nuevos}}} \times 100$$

**5.13 ADMINISTRACIÓN DE (T.T.) EN EMBARAZADAS**

$$\frac{\text{Cobertura de embarazadas con 2da. dosis de TT}}{\frac{\text{Nº de embarazadas con 2da dosis de TT en periodo determinado}}{\text{No de embarazos esperados}}} \times 100$$

La vacuna T.T. que se administra a toda mujer considerada en el grupo etáreo de 15 a 49 años ( edad fértil ) con la finalidad de que los niños recién nacidos tengan la protección o inmunidad pasiva contra el tétanos neonatal

**5.13.1 Tipo de Indicador:** De resultado.

**5.13.2 Expresión:** Es el porcentaje de mujeres en edad fértil que estando o no embarazadas acceden a la segunda dosis de vacuna de toxoide tetánico (un mes después de recibida la primera dosis) la cual le confiere una inmunidad relativa para transferir anticuerpos en forma pasiva al recién nacido previniendo la ocurrencia del tétanos neonatal.

**Fuente:** Registros del Programa Ampliado de Inmunizaciones, Sistema Nacional de Información en Salud.

## Capítulo 6

### INDICADORES DEL MENOR DE 5 AÑOS

#### 6.1 INMUNIZACIONES

##### 6.1.1 VACUNACION CON B.C.G. EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO.

$$\frac{\text{Cobertura de BCG en niños menores de 1 año.}}{\frac{\text{Niños menores de 1 año que recibieron dosis única de vacuna BCG en un periodo determinado}}{\text{Población de niños menores de 1 año del mismo periodo}}} \times 100$$

**6.1.1.1 Tipo de Indicador:** Es un indicador de acceso por la dosis administrada y la protección que le confiere.

**6.1.1.2 Expresión:**

Mide el grado de protección ante la probabilidad de enfermar con tuberculosis y sus formas graves. El numerador representado por los niños menores de 1 año que recibieron la dosis única de vacuna de BCG y en el denominador la población total de niños menores de 1 año del periodo, multiplicados por una constante 100 .

**Fuente:** Registros hospitalarios, Sistema Nacional de Información en Salud.

##### 6.1.2 TERCERA DOSIS DE VACUNA ANTIPOLIOMIELITICA EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO

$$\frac{\text{Porcentaje de tercera dosis de vacuna anti poliomielítica.}}{\frac{\text{Tercera dosis de vacuna antipoliomielítica administradas en niños < de 1 año en un periodo definido}}{\text{Población Total de niños menores de 1 año en el mismo periodo}}} \times 100$$

**6.1.2.1 Tipo de Indicador:** Es un indicador que tiene varias concepciones, puede ser considerado de acceso (1ra. dosis) por la dosis administrada y la protección que le confiere. También es considerado indicador de resultado (3ra. dosis) por la implicancia con actividades previas para el logro del objetivo y de cobertura porque es medible en función a la meta propuesta a inicio de gestión.

**6.1.2.1 Expresión:** Refiere al porcentaje de niños menores de 1 año que acceden a la tercera dosis de vacuna antipoliomielítica que supone formación de anticuerpos protectores de la enfermedad sobre una población total de menores de 1 año del periodo, multiplicado por una constante 100.

**Fuente:** Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia epidemiológica (SNIS-VE).

##### 6.1.3 VACUNA PENTAVALENTE EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO

$$\frac{\text{Cobertura de vacuna pentavalente 3ra dosis}}{\frac{\text{3ras dosis de vacuna pentavalente administradas en niños < de 1 año en un periodo definido}}{\text{Población de niños menores de 1 año del mismo periodo analizado.}}} \times 100$$

**6.1.3.1 Tipo de Indicador:** De resultado por la implicancia con actividades previas para el logro del objetivo y de cobertura porque es medible en función a la meta propuesta a inicio de gestión.

**6.1.3.2 Expresión:** Describe la población de niños menores de 1 año que recibieron la tercera dosis de vacuna pentavalente, su importancia radica en la protección o inmunidad contra la Difteria, Coqueluche, Tétanos, Hepatitis B y las infecciones por haemophilus influenzae tipo B, dependiendo en suma a las manifestaciones de seroconversión.

**Fuente:** Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE).

#### 6.1.4 VACUNA CONTRA ROTAVIRUS

$$\frac{\text{Cobertura de vacuna Contra rotavirus 1ra. dosis}}{\frac{\text{1ra. dosis de vacuna contra rotavirus administradas en niños < de 6 meses}}{\text{Población de niños menores de 1 año del mismo periodo analizado.}}} \times 100$$

**Tipo de Indicador:** Indicador de acceso.

$$\frac{\text{Cobertura de vacuna Contra rotavirus 2da dosis}}{\frac{\text{2 dosis de vacuna contra rotavirus administradas en niños < de 6 meses}}{\text{Población de niños menores de 1 año del mismo periodo analizado.}}} \times 100$$

**6.14.1 Tipo de Indicador:** Indicador de resultado, mide la cobertura de vacuna contra rotavirus en niños menores de 6 meses, esta vacuna protege contra infecciones gastrointestinales producidas por un virus denominado Rotavirus, responsable de la principal causa de diarrea y vómitos graves. Las infecciones por este agente son muy contagiosas, y la vía predominante de transmisión es la fecal-oral.

**Fuente.** PAI, Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE).

## 6.2 ESTADO NUTRICIONAL.

### 6.2.1 TASA DE INCIDENCIA DESNUTRICION AGUDA DE NIÑOS DE 2 A MENORES DE 5 AÑOS

$$\frac{\text{Tasa de incidencia Desnutrición aguda}}{\frac{\text{Número de niños desnutridos agudos moderados + número de niños desnutridos severos en niños de 2 a menores de 5 años}}{\text{Población de niños menores de 1 año del mismo periodo analizado.}}} \times 100$$

**6.2.1.1 Tipo de Indicador:** Indicador de Resultado (indicador epidemiológico).

**6.2.1.2 Expresión:** Es un indicador que refiere casos de desnutrición Aguda (peso para la talla) que se hallan por debajo de - 2 de desviación estándar respecto a poblaciones de referencia que maneja el Programa Nacional de Atención al Niño Menor de 5 Años. Es un indicador referencial que no infiere a la población total de niños de 2 a menores de 5 años (solo se toma en cuenta como denominador a niños que acceden al control de crecimiento y desarrollo acorde al grupo etáreo que corresponda).

**Fuente.-** Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE).

## 6.2.2 DESNUTRICION AGUDA EN MENORES DE 2 AÑOS.

$$\frac{\text{Tasa de incidencia de desnutrición aguda en menor de 2 años}}{\frac{\text{Numero de niños desnutridos agudos moderados + numero de niños desnutridos severos menores de 2 años}}{\text{Total de niños menores de 2 años evaluados}} \times 1000}$$

**6.2.2.1 Tipo de Indicador:** Indicador de Resultado (indicador epidemiológico).

**6.2.2.2 Expresión:** Es un indicador que refiere casos de desnutrición Aguda ( peso para la talla) que se hallan por debajo de - 2 de desviación estándar respecto a poblaciones de referencia que maneja el Programa Nacional de Atención al Niño Menor de 5 Años. Es un indicador referencial que no infiere a la población total de niño menor de 2 años (solo se toma en cuenta como denominador a niños que acceden al control de crecimiento y desarrollo acorde al grupo etáreo que corresponda).

**Fuente.-** Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS).

## 6.2.3 DESNUTRICION CRONICA EN MENORES DE 2 AÑOS

$$\frac{\text{Tasa de prevalectia de desnutrición Crónica Menores de 2años}}{\frac{\text{Número de menores desnutridos crónicos menores de 2 años}}{\text{Total de niños menores de 2 años evaluados}} \times 1000}$$

**6.2.3.1 Tipo de Indicador:** Indicador de Resultado (indicador epidemiológico).

**6.2.3.2 Expresión:** Es un indicador que refiere casos de desnutrición Crónica en menores de 2 años (talla para la edad). Es un indicador referencial que no infiere a la población total del menor de 2 años (solo se toma en cuenta como denominador a menores que acceden al control de crecimiento y desarrollo acorde al grupo etáreo que corresponda). Donde la constante será catalogada acorde a la población por encima de 1000.

**Fuente.-** Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS-VE).

## 6.2.4 DESNUTRICION CRONICA EN NIÑOS DE 2 A MENORES DE 5 AÑOS

*Prevalencia de  
desnutrición  
Crónica en niños  
De 2 a < de 5 años*

$$\frac{\text{Número de niños desnutridos crónicos de 2 a menores de 5 años}}{\text{Total de niños de 2 años a menores de 5 años evaluados}} \times 1000$$

**6.2.4.1 Tipo de Indicador:** Indicador de Resultado (indicador epidemiológico).

**6.2.4.2 Expresión:** Es un indicador que refiere casos de desnutrición Crónica en niños de 2 a menores de 5 años (talla para la edad). Es un indicador referencial que no infiere a la población total de niño menor de 2 años (solo se toma en cuenta como denominador a niños que acceden al control de crecimiento y desarrollo acorde al grupo etáreo que corresponda). Donde la constante será catalogada acorde a la población por encima de 1000.

**Fuente.-** Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS-VE).

## 6.2.5 SUPLEMENTO DE HIERRO EN MENORES DE 6 MESES A < DE 5 AÑOS

*Porcentaje de  
Suplemento de  
Hierro en  
menores de 6  
meses a < 5 años*

$$\frac{\text{Numero de menores de 6 meses a < de 5 años con entrega de suplemento de hierro.}}{\text{Total de niñas de 6 meses a menores de 5 años}} \times 1000$$

**6.2.5.1 Tipo de Indicador:** Indicador de acceso que denota resultado, como producto de la entrega de este micronutriente en establecimientos de Salud.

**6.2.5.1 Expresión:** Es un indicador que permite evaluar la probabilidad de disminución del riesgo de la carencia de hierro en los niños de 6 meses a menores de 5 años.

**Fuente.-** Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia epidemiológica (SNIS-VE).

## 6.2.6 VITAMINA "A" EN MENORES DE 1 A 5 AÑOS

*Porcentaje de Vit.  
"A" 2da dosis en  
niñas de 1 año a <  
de 5 años*

$$\frac{\text{Nº. de niñas de 1 a < de 5 años con adm. 2da dosis de vit. A.}}{\text{Total de niños de 1 a menores de 5 años}} \times 1000$$

**6.2.6.1 Tipo de Indicador:** Indicador de acceso que denota resultado, como producto de la administración de este micronutriente en establecimientos de Salud y campañas con movilización social.

**6.2.6.2 Expresión:** Es un indicador que permite evaluar la probabilidad de disminución del riesgo de la carencia vitamínica en los niños de 1 a menores de 5 años.

**Fuente.-** Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS-VE).

## 6.3 NUTRIBEBE EN MENORES DE 6 A 23 MESES

---

**Cobertura de Nutribebe  
En niños de 6 a 23  
meses**

$$\frac{\text{Número de niños de 6 a 23 meses  
que reciben nutribebé}}{\text{Total de niños de 6 a 23 meses.}} \times 1000$$

- 6.3.1 Tipo de Indicador:** Indicador de acceso que denota resultado, que en alguna medida también refleja un indicador administrativo (gasto de insumo).
- 6.3.2 Expresión:** Es un indicador que permite evaluar la probabilidad de disminución del riesgo de la desnutrición, siendo un alimento fortificado de uso en niños de 6 a 23 meses de edad.
- Fuente.-** Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS-VE).

## Capítulo 7

### INDICADORES HOSPITALARIOS DE SALUD

#### 7.1 INDICADORES HOSPITALARIOS

Los hospitales son estructuras de servicio social en los cuales se encuentran involucrados recursos humanos, físicos, financieros e insumos que son los factores de producción para responder a las necesidades sentidas de la población con relación a la conservación de su salud.

##### 7.1.1 NUMERO DE CAMAS POR MEDICO.

$$\text{Camas por médico} = \frac{\text{Nº de camas dispuestas ( censales) en el periodo}}{\text{Nº de médicos T.C. de hospitalización en el periodo}} \times 1000$$

**7.1.2 Tipo de Indicador:** Es un indicador de disponibilidad y oferta del recurso cama por cada médico, el mismo comparado con el estándar. Una relación aceptable es de 5 a 6 camas por cada médico de los servicios de hospitalización. Para los hospitales de nivel II, el estándar es de 6 camas por médico y para los hospitales generales e institutos especializados, es aceptables 5 camas por médico. Se obtiene del WINSIG (Sistema Informático)

**Fuente.-** Sistema de información hospitalaria. Se obtiene del WINSIG

#### 7.2 NUMERO DE CAMAS POR ENFERMERA.

$$\text{Camas por enfermera} = \frac{\text{Nº de camas dispuestas Censables en el periodo}}{\text{Nº de enfermeras T.C. De hospitalización en el periodo}} \times 100$$

**7.2.1 Tipo de Indicador:** Es un indicador de disponibilidad y oferta del recurso cama por enfermera, el mismo comparado con el estándar. Una relación aceptable es de 5-6 camas por cada enfermera de los servicios de hospitalización. Para los hospitales de nivel II, el estándar es de 6 camas por médico y para los hospitales generales e institutos especializados, es aceptable 5 camas por médico.

**Fuente:** Sistema de información hospitalaria, Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS-VE). Información se la obtiene del WINSIG.

##### 7.2.2 NUMERO DE CAMAS POR AUXILIAR DE ENFERMERA.

$$\text{Camas por aux. de enfermería} = \frac{\text{Nº de camas censables en el periodo}}{\text{Nº de aux. de enfermería (T.C.)}} \times 100$$

**7.2.2.1 Tipo de Indicador:** Es un indicador de disponibilidad y oferta de camas por auxiliar de enfermería, el mismo comparado con el estándar. Es aceptable una asignación de cuatro camas por auxiliar de enfermería tanto, sin diferenciación de si se trata de hospitales de nivel II o III.

**Fuente:** Sistema de información hospitalaria, Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE), WINSIG

### 7.2.3 DIAS CAMA DISPONIBLES (D.C.D.)

$$\text{Nº de camas de todos los servicios} \times \text{Nº días del mes} = \text{D-C-D}$$

**D-C-D** = Días cama disponibles.

**7.2.3.1 Tipo de Indicador:** Es una medida de la capacidad de disponibilidad y oferta de servicios, determinada por la dotación de camas. Determina la capacidad de oferta de servicios de la Institución, en combinación con otros indicadores.

Facilita la formulación de la programación y el presupuesto de la institución (nota: los recursos se asignan en función de producción, pero la capacidad de producción está determinada por el número de D-C-D). El estándar de uso eficiente de la cama oscila entre 85% - 95%.

**Fuente.-** Sistema de información hospitalaria, Sistema nacional de Información en Salud y vigilancia epidemiológica (SNIS-VE). WINSIG.

### 7.2.4 ÍNDICE OCUPACIONAL DE CAMAS

**7.2.4.1 Tipo de Indicador:** Este indicador hospitalario informa sobre el nivel de utilización del recurso cama; el valor resulta de un conjunto de factores que inciden en la calidad de la oferta y la demanda; en relación con la oferta, los aranceles que se cobran, la calidad del personal que trabaja, la complejidad tecnológica y la cantidad de camas disponibles. Es la proporción media en un periodo de tiempo en que las camas disponibles han estado ocupadas por algún usuario, en relación a la máxima capacidad de ocupación.

Es aceptable un índice ocupacional entre el 85% y 95%. Este indicador está afectado por los mismos factores que la estancia media y se correlaciona positivamente con ella. Se calcula para todo el hospital y por servicio trazador, por día, semana, mes y año. Está destinado a medir la eficiencia en el uso del recurso cama y la capacidad instalada para su atención.

Representa una medida parcial de la capacidad productiva de la institución: a mayor índice ocupacional mayor capacidad de oferta de servicios y costos de operación más bajos; a menor índice ocupacional mayor capacidad ociosa y mayores costos de operación.

$$\text{Índice Ocupacional de Camas} = \frac{\text{Nº días Cama Ocupadas mes}}{\text{Nº días cama disponibles}} \times 95$$

Aplicaciones analíticas: El nivel de uso de las camas hospitalarias y por tanto la capacidad ociosa.

7.2.4.2 Proyección de la capacidad de oferta de servicios de la institución (cantidad de usuarios que es posible atender en un período dado bajo ciertas premisas de eficiencia).

7.2.4.3 Evaluar los niveles de uso de la capacidad instalada y requerimientos futuros de inversión física.

7.2.4.4 Establecer patrones de dotación de recurso humano en base al uso real de la capacidad productiva (y no a la dotación física de camas).

- 7.2.4.5 Determinar el punto de equilibrio para la costeabilidad de la cama (o en su defecto el costo agregado por subutilización de camas).
- 7.2.4.6 Evaluar la oferta (nivel de uso de la dotación de camas) y hacer proyecciones sobre los requerimientos de inversión física futura.
- 7.2.4.7 Inferir la presencia de barreras gerenciales a la accesibilidad, por ejemplo: lista de espera para intervenciones quirúrgicas cuando hay capacidad operativa ociosa en los quirófanos por organización de horarios u otros factores; lista de espera para internación con índices ocupacionales bajos.

**Fuente.-** Sistema de información hospitalaria, Sistema Nacional de Información en Salud y vigilancia epidemiológica (SNIS-VE), WINSIG.

## 7.2.5 Estancia promedio hospitalaria

$$\text{Promedio de estadía} = \frac{\text{Nº. de días camas ocupadas mes}}{\text{Total de egresos mes}} \times 100$$

**7.2.5.1 Tipo de Indicador:** Es el número de días que en promedio han permanecido hospitalizados los usuarios egresados, el promedio se obtiene dividiendo el número de días estadía (días de hospitalización de los egresados en un periodo con el número total de egresos (altas y defunciones) durante el mismo periodo.

**Fuente.-** Sistema de información hospitalaria, Sistema Nacional de Información en Salud y vigilancia epidemiológica (SNIS-VE).

## 7.3 Intervalos de Sustitución.

**7.3.1 Tipo de Indicador:** Es el tiempo promedio, en días o fracción de días que esta desocupada una cama, entre un egreso y un nuevo ingreso. La teoría debería ser únicamente el tiempo que toma en preparar la cama para el siguiente ingreso y no debería superar a 1 día o día y medio.

$$\text{Intervalo de sustitución} = \frac{\text{Días cama disponible} - \text{días cama ocupada}}{\text{Egresos en el mismo periodo ( total de egresos )}}$$

**Fuente.-** Sistema de información hospitalaria, Sistema Nacional de Información en Salud y vigilancia epidemiológica (SNIS-VE).

## 7.3.2 ROTACION:

$$\text{Índice de rotación} = \frac{\text{Egresos de un periodo de tiempo dado}}{\text{Promedio de camas reales del mismo periodo}}$$

**7.3.2.1 Tipo de Indicador:** Indicador de rendimiento que denota productividad

**7.3.2.2 Expresión:** Este indicador mide el número de pacientes que egresan por cada cama censable recibiendo toda la asistencia hospitalaria en un periodo de tiempo determinado.

Este indicador también es conocido como promedio de egresos por cada cama dispuesta o giro de cama.

**Fuente.-** Sistema de información hospitalaria, Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE).

## 7.4 MORTALIDAD HOSPITALARIA:

### 7.4.1 Tasa de Mortalidad Hospitalaria temprana 48hrs.

Este indicador muestra la relación de egresos por muerte antes de las 48 horas del ingreso, respecto al total de usuarios egresados en el mismo periodo, multiplicado por 1000.

Interpretación: la mortalidad intrahospitalaria en las primeras 48 horas tiene una relación muy directa con las causas del ingreso del usuario, también muestra el acceso a la red de salud. La tasa de mortalidad hospitalaria temprana aceptable es 10 x 1000 egresos en hospitales de nivel II y 15 x mil egresos en hospitales de nivel III.

Límites de la interpretación: tiene que ver con la complejidad de los servicios demandados, con la capacidad resolutive del hospital, la oportunidad en la referencia de los usuarios. Este indicador se obtiene con el SICE (Sistema de Información Clínico Estadístico)

$$\text{Mortalidad antes de las 48 horas} = \frac{\text{Total de fallecidos antes de 48 horas de ingresado al servicio de hospitalización}}{\text{Total de egresos}} \times 1000$$

### 7.4.2 Tasa de Mortalidad Hospitalaria tardía o mortalidad hospitalaria neta y mortalidad hospitalaria bruta.

Este indicador muestra la relación de egresos por muerte después de las 48 horas de su internación en un periodo, dividido entre el número total de egresos de ese periodo, multiplicado por 1000. La tasa de mortalidad hospitalaria temprana aceptable es 10 x 1000 egresos.

$$\text{Mortalidad tardía o mortalidad hospitalaria} = \frac{\text{Nº de egresos por muerte >a 48hrs.,mes}}{\text{Total de egresos mes}} \times 1000$$

## Capítulo 8

### INDICADORES ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DE SALUD

#### 8.1 ENFERMEDADES TRANSMISIBLES PROGRAMAS ESPECIALES DE SALUD

##### 8.1.1 CHAGAS

##### 8.1.2 INDICE DE INFESTACION DE CHAGAS

$$= \frac{\text{Nº Viv. infestadas}}{\text{Nº Viv. Evaluadas}} \times 100$$

#### 8.2 COBERTURA DE CUMPLIMIENTO Y TRATAMIENTO

Se analiza el cumplimiento del tratamiento en dos grupos etáreos

$$\text{Cobertura de Cumplimiento y Tratamiento} = \frac{\text{Tratamientos terminados en el mes, de recién nacido a menores de 1 año}}{\text{Tratamientos iniciados en el mes, de recién nacido a menores de 1 año}} \times 100$$

$$\text{Cobertura de Cumplimiento y Tratamiento} = \frac{\text{Tratamientos terminados en el mes, en niños de 1 a 15 años}}{\text{Tratamientos iniciados en el mes, en niños de 1 a 15 años}} \times 100$$

$$\text{Cobertura de Cumplimiento y Tratamiento} = \frac{\text{Tratamientos terminados en el mes, en mayores de 15 años}}{\text{Tratamientos iniciados en el mes, en mayores a 15 años}} \times 100$$

**8.2.1 Tipo de Indicador:** Indicador de rendimiento.

**8.2.2 Expresión:** Este indicador mide el número de pacientes menores de 15 años que recibieron tratamiento completo en el mes, es importante la detección precoz para evitar las complicaciones (cardiopatías).

**Fuente.-** Sistema de información hospitalaria, Sistema Nacional de Información en Salud y vigilancia epidemiológica (SNIS-VE).

#### 8.3 CHAGAS CONGENITO INDICADOR EPIDEMIOLÓGICO

##### 8.3.1 SEROPREVALENCIA MATERNA

$$\frac{\text{Total gestantes positivas (Chagas mujeres embarazadas positivas)}}{\text{Total gestantes tamizadas (Chagas mujeres embarazadas positivas y negativas)}} \times 100$$

**8.3.2 Tipo de Indicador:** Indicador de rendimiento que denota productividad

**Expresión:** Permite medir la magnitud del problema de Chagas en la población. Su descenso en el tiempo indica la efectividad de las acciones conjuntas del programa, de los servicios de salud y de la comunidad. Se calcula con datos del formulario SNIS 303

Fuente: Sistema de información hospitalaria, Sistema Nacional de Información en Salud y vigilancia epidemiológica (SNIS-VE), Programa Nacional de Chagas, Laboratorios de referencia.

## 8.4 INDICADORES DE COBERTURA

### 8.4.1 COBERTURA TAMIZAJE EN EMBARAZADAS

Embarazadas tamizadas (Chagas mujeres embarazadas positivas y negativas) X100  
Primer control prenatal

8.4.2 Expresión: Permiten medir el rendimiento del servicio de salud y su capacidad para educar e informar a su población, de manera que las madres vuelvan al control con sus niños, y en caso de necesitar tratamiento, que se cumpla hasta el final

Fuente: Sistema de información hospitalaria, Sistema Nacional de Información en Salud y vigilancia epidemiológica (SNIS-VE), Programa Nacional de Chagas.

## 8.5 MALARIA INDICADORES DE PROCESO

### 8.5.1 INDICE ANUAL DE EXAMENES DE SANGRE (IAES)

IAES 
$$\frac{\text{muestras examinadas}}{\text{población en riesgo}} \times 1000 \text{ Hab.}$$

8.5.2 Expresión: Porcentaje de muestras tomadas y examinadas sobre el total de población en riesgo.

## 8.6 INDICE DE LAMINAS POSITIVAS (ILP)

ILP 
$$\frac{\text{muestras positivas}}{\text{muestras examinadas}} \times 1000 \text{ Hab.}$$

8.5.3 Expresión: Porcentaje de muestras positivas para malaria sobre total de muestras examinadas.

## 8.7 IMPACTO

### 8.7.1 INCIDENCIA PARASITARIA ANUAL (IPA)

IPA 
$$\frac{\text{Casos confirmados por Laboratorio}}{\text{Población en Riesgo}} \times 1000 \text{ Hab.}$$

8.7.2 Expresión: Número de casos de malaria por cada 1000 habitantes en zonas de transmisión.

Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud y vigilancia epidemiológica (SNIS-VE), Programa Nacional de Enfermedades Metaxenicas.

## 8.8 TUBERCULOSIS

### 8.8.1 TASA DE INCIDENCIA TB

Tasa de Incidencia de TBP BAAR (+) 
$$\frac{\text{Nº de casos TBP BAAR(+)} \text{ nuevos notificados}}{\text{Total Población}} \times 100000 \text{ Hab.}$$

## 8.9 SINTOMATICOS RESPIRATORIOS (S.R.)

## 8.9.1 COBERTURA DE CAPTACION DE SINTOMATICOS RESPIRATORIOS

$$\frac{\text{Cobertura de captación de S.R}}{\frac{\text{Sintomáticos respiratorios identificados}}{\text{Sintomáticos respiratorios programados}}} \times 100.$$

## 8.9.2 COBERTURA DE DETECCION DE TBP BAAR(+)

$$\frac{\text{Cobertura de detección de TBP BAAR(+)}}{\frac{\text{TBP BAAR (+) Nuevos diagnosticados}}{\text{TBP BAAR (+) programados}}} \times 100.$$

## 8.10 TUBERCULOSIS PULMONAR BAAR (+) CURADOS

$$\frac{\text{Tuberculosis Pulmonar BAAR(+) Curados}}{\frac{\text{TBP BAAR (+) Nuevos curados}}{\text{TBP BAAR (+) Nuevos Notificados}}} \times 100.$$

## 8.11 INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL (ITS)

## 8.11.1 SIFILIS

$$\frac{\text{Porcentaje de Casos de Sífilis}}{\frac{\text{Nº de personas con Ulcera genital}}{\text{población total}}} \times 100.$$

## 8.12 VIH-SIDA

## 8.12.1 PORCENTAJE DE CASOS DE VIH

$$\frac{\text{Porcentaje de casos de VIH}}{\frac{\text{Nº de personas con VIH(+)}}{\text{población total}}} \times 100.$$

## 8.13 PREVALENCIA DE VIH EN EMBARAZADAS

$$\frac{\text{Prevalencia de VIH Embarazadas}}{\frac{\text{Nº de Embarazadas entre 15 a 24 años con VIH}}{\text{Total de mujeres embarazadas entre 15 a 24 años}}} \times 100.$$

## 8.14 CASOS DE VIH-SIDA RELACION HOMBRES Y MUJERES

$$\frac{\text{Casos notificados de VIH-SIDA Relación hombre mujer}}{\frac{\text{Nº de casos de VIH-SIDA en hombres}}{\text{Nº de casos de VIH-SIDA en mujeres}}} \times 100.$$

**Capítulo 9**  
**INDICADORES DE INTOXICACION AGUDA POR PLAGUICIDAS (I.A.P.)**

**9.1 INTOXICACION AGUDA POR PLAGUICIDAS (I.A.P.)**

**9.1 TASA DE INCIDENCIA DE INTOXICACIONES POR PLAGUICIDA**

$$\frac{\text{Nº. de Casos Nuevos por Intoxicaciones por plaguicidas}}{\text{Población Estimada}} \times 100,000$$

**9.2 Expresión:** Estima la magnitud del problema, valores altos pueden sugerir falla en los cuidados primarios por parte de los usuarios en la manipulación de plaguicidas. Valores bajos indican la eficacia del sistema de salud pública en acciones de control y prevención.

**Fuentes de datos:** **Numerador** Ficha epidemiológica de registro de casos  
**Denominador** Estimaciones poblacionales realizadas por el SNIS-VE

**9.2 TASA DE MORTALIDAD POR (I.A.P.)**

$$\frac{\text{Nº. de Fallecidos por Intoxicación por Plaguicida en periodo}}{\text{Población del período}} \times 100.000$$

**9.3 TASA DE LETALIDAD POR INTOXICACIÓN DE PLAGUICIDAS**

$$\frac{\text{No. de Fallecidos por Intoxicación por Plaguicida}}{\text{Total de Casos de Intoxicaciones por Plaguicida}} \times 100$$

**9.3.1 Expresión:** Indica la probabilidad de morir por Intoxicaciones por Plaguicidas que tiene la población en riesgo.

**Fuentes de datos:** **Ficha epidemiológica**  
**Numerador:** Total de personas fallecidas en cuyo certificado de defunción este registrado como causa básica de muerte la intoxicación por plaguicidas.  
**Denominador** Se contabilizaran el total de casos por intoxicación de Plaguicidas registrado en un periodo determinado.

**9.4 PORCENTAJE DE CONTROLES DE FOCOS DESARROLLADOS EN INTOXICACIONES POR PLAGUICIDAS**

$$\frac{\text{Número de Controles de Focos Realizados en Intoxicaciones por Plaguicidas}}{\text{Total de Casos Notificados con Criterios de Alerta}} \times 100$$

- 9.4.1 Expresión:** Indica el porcentaje de controles de foco realizados dentro del total de Casos Notificados. Valores altos indican la eficacia del establecimiento de salud frente a una intoxicación por plaguicida.

**Fuentes de Datos: Numerador** Se contabilizarán el Total de Controles de Focos Realizados. Control de Focos: Es la búsqueda de los contactos que han originado los casos de intoxicación, de origen común, el mismo plaguicida, que ocurra en el mismo período de tiempo y vinculada al misma exposición o lugar.

**Denominador:** Se contabilizaran el total de Casos Notificados que cumple con los criterios de alerta.

Criterios de Alerta: Todos aquellos casos que ocurran:

Embarazadas, menores de edad (<18 años), laborales, brotes de intoxicaciones, productos no registrados.

**Constante** Siempre será 100

## 9.5 PROPORCIÓN DE HOSPITALIZADOS DEL TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS

$$\frac{\text{No. de hospitalizados por Intoxicación por Plaguicida en periodo}}{\text{No. De casos de Intoxicación por Plaguicida en un periodo}} \times 100$$

---

## **Capítulo 10**

### **INDICADORES RELACIONADOS CON RL MODELO (SAFCI)**

#### **10.1 INDICADORES RELACIONADOS CON SALUD FAMILIAR COMUNITARIA E INTERCULTURAL (SAFCI)**

##### **10.1.1 SALUD FAMILIAR**

- 10.1.2 N° de atenciones realizadas por el personal de salud fuera del Establecimiento.
- 10.1.3 N° de establecimientos implementando la carpeta familiar
- 10.1.4 Número de familias registradas en las carpetas familiares
- 10.1.5 Registro de nuevas carpetas familiares reportados al Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia epidemiológica SNIS-VE

#### **10.2 SALUD COMUNITARIA**

- 10.2.1 N° de Comités Locales de Salud conformadas por establecimientos de salud del municipio
- 10.2.2 N° de propuestas locales de Salud ejecutadas entre el personal de salud del establecimiento y los Comités Locales de Salud
- 10.2.3 N° de Consejos Sociales Municipales Conformados y funcionando por departamento
- 10.2.4 N° de municipios con Estrategias Municipales de Salud elaboradas participativamente y en ejecución

#### **10.3 SALUD INTERCULTURAL**

- 10.3.1 N° de Establecimientos de salud de 1er nivel con adecuación cultural de: espacios físicos, equipamiento e indumentaria y utilizando protocolos de atención
- 10.3.2 N° Referencia y contra referencia entre el personal de salud y la medicina tradicional.

## Capítulo 11

### INDICADORES DE COMPROMISOS DE GESTION Y ODM DE SALUD

#### 11.3 INDICADORES DE COMPROMISO DE GESTION

No	Indicador	META 2007 PROPUESTA NACIONAL		META 2008 PROPUESTA DPTAL.		Problemas Identificado s	Propuesta de Soluciones	
		Nº	%	Nº	%		Solucione s	Responsables
1	Cobertura de Parto institucional							
2	Cobertura de cuarto control prenatal							
3	Mortalidad neonatal hospitalaria temprana x 1000 nacidos vivos en hospitales de 2do y 3er nivel.							
4	Mortalidad neonatal hospitalaria temprana x 1000 nacidos vivos en el H. Regional SJDD							
5	Número de casos de neumonía en menores de 5 años atendidos por personal de salud							
6	2da Dosis de Vitamina A en niños de 1 a 4 años							
7	Niños de 6 meses a < 2 años con dosis completa de micronutrientes (Entrega de 60 sobres de chispitas nutricionales de acuerdo a instructivo adjunto)							
8	Niños de 2 menores de 5 años con 3ra dosis de jarabe de hierro (2da entrega de acuerdo a instructivo adjunto)							
9	Entrega de 90 Tabletas de Sulfato Ferroso a Mujeres Embarazadas							
10	Cobertura de 3ra dosis de Pentavalente en menores de 1 año							
11	Número de Municipios con Cobertura de 3ra dosis de Pentavalente en menor al 80%							
12	Porcentaje de ocupación de camas en hospitales de 2do y 3er. Nivel							
13	Promedio de días de estadía en hospitales de 2do y 3er. Nivel en Maternidad							
14	Incidencia Parasitaria Anual IPA x 1000 hab expuestos							
15	Numero de municipios con porcentaje de infestacion menor a 3 % por Triatoma infestans							
16	Captación de casos de TB pulmonar BK +							
17	Curación de casos TBP BK+							

## 11.2 INDICADORES EN EL MARCO DE LAS METAS DE DESARROLLO DEL MILENIO

METAS, OBJETIVOS E INDICADORES ASOCIADOS A LA INICIATIVA METAS DEL MILENIO					
SECTOR: SALUD					
METAS DEL MILENIO				COMPROMISOS PRSC	
No.	META	OBJETIVO	INDICADORES	INDICADORES IMPACTO	INDICADORES INTERMEDIOS
1	Erradicar la extrema pobreza y el hambre	Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que sufren de hambre	Prevalencia de desnutrición en menores de cinco años	Prevalencia de desnutrición en menores de 3 años	
4	Reducir la mortalidad en la niñez	Reducir en dos tercios, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad en la niñez.	Tasa de mortalidad de la niñez		
			Tasa de mortalidad infantil	Tasa de mortalidad infantil	
			Porcentaje de niños menores de un año inmunizados con antisarampionosa		Porcentaje de niños menores de un año con 3a. Dosis de Pentavalente
5	Mejorar la salud materna	Reducir en tres cuartos, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna	Tasa de mortalidad materna	Tasa de mortalidad materna	
			Porcentaje de partos institucionales		Porcentaje de partos atendidos institucionalmente
6	Combatir el VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades mayores	Haber detenido e iniciar la reversión de la propagación del VIH/SIDA Haber detenido e iniciar la reversión de la incidencia de malaria y otras enfermedades mayores.	Tasa de prevalencia de contracepción		
			Prevalencia de la malaria		IPA de malaria en áreas de riesgo
			Porcentaje de la población en áreas de riesgo de malaria que utilizan medidas preventivas y tratamiento		Tasa de infestación de Chagas
			Prevalencia de Tuberculosis		
			Proporción de casos de TB diagnosticados y curados bajo DOTS		Proporción de casos TBP BARR(+) curados bajo DOTS
8	Crear Alianzas Globales para el desarrollo	Proveer acceso a medicamentos esenciales en países en desarrollo en cooperación con las compañías farmacéuticas	Proporción de población con acceso a medicamentos esenciales	-	-

## Capítulo 12

### INDICADORES PRIORIZADOS CAI 2008

#### 12.1 GUIA GENERAL DE INDICADORES EN SALUD PARA COMITÉ DE ANALISIS DE LA INFORMACION C.A.I. NACIONAL 2008

##### 12.1.1 INDICADORES (MENORES DE 5 AÑOS)

DIMENSION	INDICADOR	FORMULA INDICADORES	ACCIONES Y PROCEDIMIENTOS
Mortalidad Infantil	Tasa de mortalidad Infantil	$TMI : \frac{\text{Niños fallecidos < 1 año}}{\text{Total de niños nacidos vivos}} \times 1000$	
Inmunización	Cobertura de vacunación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• BCG.</li> <li>• 3ra. Pentavalente/</li> <li>• 3ra. Antipoliomelítica</li> </ul>	$\frac{\text{Niños menores de 1 año que reciben dosis única de BCG}}{\text{Total de Niños menores de 1 año}} \times 100$ $\frac{\text{Tercera dosis de vacuna penta <1año}}{\text{Población total < de 1 año}} \times 100$ $\frac{\text{Tercera dosis de vacuna Antipolio <1año}}{\text{Población total < de 1 año}} \times 100$	Vacunación en niños menores de 1 año
	1ra. Dosis Vacuna contra Rotavirus	$\frac{\text{1ra Dosis de Vacuna AV < de 6 meses de edad}}{\text{Población total <1 año de edad}} \times 100$	Vacunación en menores de 6 meses
Estado Nutricional	<p>-Tasa de prevalencia de bajo peso en menores de 5 años</p> <p>-Tasa de incidencia de desnutrición aguda en menores de 2 años</p> <p>-Tasa de prevalencia de desnutrición grave en &lt; de 2años</p>	$\frac{\text{Numero de niños <de 5años con bajo peso}}{\text{Población total < de 5años}} \times 10000$ <p style="text-align: right;"><i>(ODM)</i></p> $\frac{\text{Numero de niños desnutridos agudos < 2años}}{\text{Total de niños menores de 2 años evaluados}} \times 10000$ $\frac{\text{Número de <de 2 años con desnutrición grave}}{\text{Total de niños menores de 2 años evaluados}} \times 10000$	Atención Integral a enor de 5 años
Violencia Intrafamiliar (VIF)	-Número de casos VIF< de 5 años reportados en el establecimiento de salud:	$\frac{\text{Número de casos VIF < de 5 años reportados en el establecimiento de salud}}{\text{Total de consultas externas de <5 años}} \times 100$	

## 12.2 INDICADORES (MUJER)

DIMENSION	INDICADOR	FORMULA INDICADORES	ACCIONES Y PROCEDIMIENTOS
Mortalidad Materna	Razón de Mortalidad materna	$\frac{\text{Total de defunciones maternas ocurridas en un periodo}}{\text{Total de nacidos vivos en el mismo periodo}} \times 100000$	Control Prenatal
	Proporción de 4tos. Controles Prenatales	$\frac{\text{Nº de Embarazadas con 4to controles prenatales}}{\text{En un periodo}} \times 100$	
	Cobertura de Parto Institucional:	$\frac{\text{Nº de partos atendidos en servicio de salud+partos atendidos en domicilio por personal institucional en un periodo determinado}}{\text{Nº Total de partos esperados}} \times 100$	Parto Institucional
Salud Reproductiva	Atención a la MUJER Cobertura de usuarias nuevas método moderno de anticoncepción	$\frac{\text{Nº de usuarias nuevas de anticoncepción métodos modernos}}{\text{Población Mujeres en edad fértil}} \times 100$	Anticoncepción

## 12.3 INDICADORES ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

DIMENSION	INDICADOR	FORMULA INDICADORES	ACCIONES Y PROCEDIMIENTOS
Tuberculosis	Tasa de incidencia TBP BAAR(+)	$\frac{\text{Nº Casos TBP BAAR (+) nuevos}}{\text{Total Población}} \times 100000$	Detección TBP BAAR (+)
	Tasa de curacion de curados TBP BAAR(+) Nuevos	$\frac{\text{número de enfermos curados TBP BAAR (+)}}{\text{Total TBP BAAR(+)} \text{ nuevos notificados}} \times 100$	Enfermos Curados

Infecciones de Transmisión Sexual	Número de Casos Confirmados:	-Porcentaje de Casos de Sífilis: $\frac{\text{No. de Personas con Úlcera genital}}{\text{Población total}} \times 100$	Sífilis
	• Sífilis		
	• VIH-SIDA	Porcentaje de Casos de VIH: $\frac{\text{No. de Personas con VIH (+)}}{\text{Población total}} \times 100$	VIH
	Prevalencia VIH en embarazadas	$\frac{\text{Nº de embarazadas entre 15-24 años con VIH}}{\text{Total de mujeres embarazadas entre 15-24 años}} \times 100$	
	Casos notificados de VIH-SIDA: Relación Hombre /mujer	$\frac{\text{Nº. casos VIH SIDA hombre}}{\text{Nº. casos VIH SIDA mujer}}$	
Enfermedades Metaxénicas Malaria	Tasa de Incidencia por malaria.	$\frac{\text{No. de Casos Nuevos de Malaria}}{\text{Población Riesgo}} \times 10000$	Detectar casos confirmados
	Índice Parasitario Anual (IPA)	$\frac{\text{Nº de casos (+) de malaria}}{\text{Población en riesgo}} \times 1000$	
Chagas	Tasa de notificación de chagas	$\frac{\text{Nº de casos notificados en niños de 5 a 10 años}}{\text{Población total de niños de 5 a 10 años}} \times 1000'$	Calcular el riesgo a enfermar por malaria
	Tratamiento terminado	$\frac{\text{Nº de tratamientos terminados de niños(a) de 1 a 14 años anual}}{\text{Tratamientos iniciados en niños de 1 a 14 años}} \times 100$	
Violencia Intrafamiliar	Porcentaje de personas que sufren violencia intrafamiliar: Mujer	$\frac{\text{No. de personas de 5 a 20 años que sufren violencia intrafamiliar}}{\text{Población de 5 a 20 años}} \times 100$	
		$\frac{\text{No. de personas de 21 a 59 años que sufren violencia intrafamiliar}}{\text{Población de 21 a 59 años}} \times 100$	
		$\frac{\text{No. de personas mayores de 60 años que sufren violencia intrafamiliar}}{\text{Población mayor de 60 años}} \times 100$	
	Porcentaje de personas que sufren violencia intrafamiliar: Hombre	$\frac{\text{No. de personas de 5 a 20 años que sufren violencia intrafamiliar}}{\text{Población de 5 a 20 años}} \times 100$	
		$\frac{\text{No. de personas de 21 a 59 años que sufren violencia intrafamiliar}}{\text{Población de 21 a 59 años}} \times 100$	
		$\frac{\text{No. de personas mayores de 60 años que sufren violencia intrafamiliar}}{\text{Población mayor de 60 años}} \times 100$	

### 12.3 INDICADORES HOSPITALARIOS

DIMENSION	INDICADOR	FORMULA INDICADORES	ACCIONES Y PROCEDIMIENTOS
ATENCION HOSPITALARIA	Proporción de Internaciones  $\frac{\text{No. internaciones hospitalarias}}{\text{Población total}}$ <i>Nota:</i> en caso de tasa multiplicar por 1.000	Disponibilidad y Acceso	<i>Porcentaje Ocupacional</i> $\frac{\text{DCO}}{\text{DCD}} \times 100$ <i>Promedio de Días Estancia</i> $\frac{\text{Días paciente}}{\text{Egresos}}$ <i>Intervalo de Sustitución:</i> $\frac{\text{DCD} - \text{DCO}}{\text{Total Egresos}}$

### 12.3 INDICADORES (SAFCI)

DIMENSION	INDICADOR	FORMULA INDICADORES	ACCIONES Y PROCEDIMIENTOS
Salud Familiar		$\frac{\text{Nº estab. de 1er. Nivel con Carpeta Familiar implementada}}{\text{Nº de establecimientos de 1er. nivel}} \times 100$	

### 12.6 PROMOCIÓN DE LA SALUD

DIMENSION	INDICADOR	FORMULA INDICADORES	ACCIONES Y PROCEDIMIENTOS
Intoxicación	Porcentaje de Intoxicaciones en la población en general (drogas, alcohol)	$\frac{\text{Nº personas con Intoxicaciones}}{\text{Total de Consultas externas}} \times 100$	

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[México: S.pública, 2000]

Salud pública México vol.42 n.4 Cuernavaca July/Aug. 2000

[Chile: UCA WEB, 2000]

Guía Universidad Católica de Chile [http:// escuela.med.puc.cl /recurso/recepdem/insintrod9d.htm](http://escuela.med.puc.cl/recurso/recepdem/insintrod9d.htm)

---

[Chile: UCA WEB, 2008]	Guía Universidad Católica de Chile <a href="http://escuela.med.puc.cl/recurso/receptem/insintrod9d.htm">http:// escuela.med.puc.cl/recurso/receptem/insintrod9d.htm</a>
[ccp.ucr.ac.cr: web, 2000]	<a href="http://ccp.ucr.ac.cr/cursoweb/3315per.htm">ccp.ucr.ac.cr/cursoweb/3315per.htm</a>
[Santiago: v.70 n.5 2005]	Rev. chil. obstet. ginecol. v.70 n.5 Santiago 2005
[Serie forgeo N° 1]	Serie forgeo N° 1 Monitoreo del desempeño Hospitalario - Gestión Gerencial
[Atlanta, Georgia: CDC]	Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) Oficina del Programa de Epidemiología, Oficina del Programa de Práctica de la Salud Pública Atlanta, Georgia, 30333

## ACRONIMOS

- 1.- AQV. Anticoncepción Quirúrgica voluntaria
- 2.- ARO. Alto riesgo Obstétrico.
- 3.- INE. Instituto Nacional de Estadística.
- 4.- ENDSA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud.
- 5.- TMI. Tasa de Mortalidad Infantil.
- 6.- TMM. Tasa de mortalidad Materna.
- 7.- MEF. Mujeres en edad fértil.
- 8.- OPF. Orientación Planificación Familiar.
- 9.- TT. Toxoide tetanito.
- 10.- CAI. Comité de análisis de información.
- 11.- D-C-D. Días cama disponible.
- 12.- IPA. Incidencia parasitaria anual.
- 13.- IAES. Índice anual de exámenes de sangre.
- 14.- IPL. Índice de laminas positivas.
- 15.- IAP. Intoxicación aguda por Plaguicidas.
- 16.- SAFCI. Salud familiar Comunitaria e Intercultural.
- 17.- MSD. MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES.
- 18.-SNIS-VE. Sistema Nacional de información en Salud y Vigilancia Epidemiológica.
- 19.- ODM. Objetivos del Milenio.

