



GOBIERNO DE
MÉXICO



2019-2024

MANUAL METODOLÓGICO DE INDICADORES MÉDICOS

Dirección de Prestaciones Médicas





Manual Metodológico de Indicadores Médicos 2019 -2024

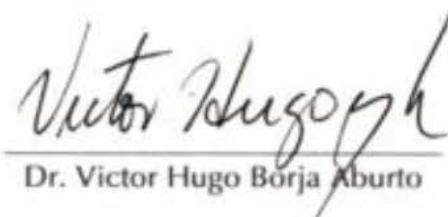
Síntesis del Documento

Contiene la metodología para la construcción y operación de los indicadores del Área Médica Institucional, como una contribución para fortalecer los sistemas de evaluación de los servicios médicos otorgados a la población derechohabiiente.

Ámbito de Aplicación

Dirección de Prestaciones Médicas,
Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada y Órganos Operativos.

Autorización



A handwritten signature in black ink, appearing to read "Victor Hugo Borja". Below the signature is a horizontal line.

Dr. Victor Hugo Borja Aburto

Titular de la Dirección de Prestaciones Médicas



SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Autorización

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Arturo Viniegra Osorio".

Dr. Arturo Viniegra Osorio

Titular de la Unidad de
Atención Primaria a la Salud

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Ramón Alberto Rascón Pacheco".

Dr. Ramón Alberto Rascón Pacheco

Titular de la Coordinación de
Vigilancia Epidemiológica

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Manuel Cervantes Ocampo".

Dr. Manuel Cervantes Ocampo

Titular de la Coordinación de
Atención Integral a la Salud en el
Primer Nivel



SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Autorización



Dr. Juan Manuel Lira Romero

Titular de la Unidad de Atención Médica



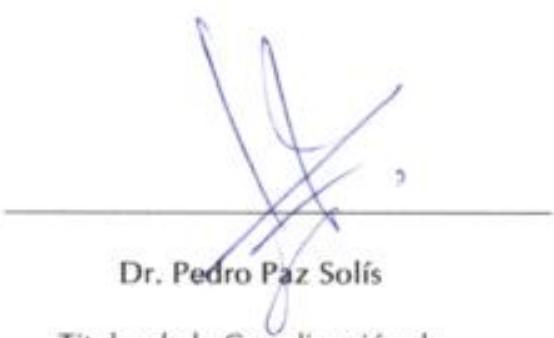
Dr. Raúl Peña Viveros

Titular de la Coordinación de
Atención Integral en el
Segundo Nivel



Dr. Efraín Arizmendi Uribe

Titular de la Coordinación de
Unidades Médicas de Alta
Especialidad



Dr. Pedro Paz Solís

Titular de la Coordinación de
Donación y Trasplantes de Órganos,
Tejidos y Células



Autorización



Dra. Carolina del Carmen Ortega Franco

Encargada de despacho de la Unidad de Educación,
Investigación y Políticas de Salud



Dra. Carolina del Carmen Ortega
Franco

Titular de la Coordinación de
Educación en Salud



Dr. Cesar Raúl González Bonilla

Titular de la Coordinación de
Investigación en Salud



Dr. Juan Luis Gerardo Durán Arenas

Titular de la Coordinación de
Planeación en Salud



Autorización

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Gisela JSL". It is written over two lines and has a horizontal line underneath it.

Dra. Gisela Juliana Lara Saldaña

Titular de la Unidad del Programa
IMSS BIENESTAR

A handwritten signature in black ink, appearing to read "PA. Hernández". It is written over two lines and has a horizontal line underneath it.

Dr. Francisco Hernández Torres

Titular de la Coordinación de Planeación Estratégica, Evaluación
y Padrón de Beneficiarios del Programa IMSS BIENESTAR

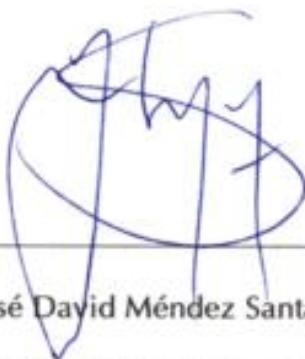
Firma por suplencia la Lic. **Maria de los Angeles Romero Flores** en ausencia del titular de la
Coordinación, con la autorización efectuada por la Dra. Gisela Juliana Lara Saldaña, Titular
de la Unidad del Programa IMSS-BIENESTAR
(oficio 1341, 03 de abril de 2020)



IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Autorización

A blue ink signature of the name "Mtro. José David Méndez Santa Cruz" is written over a horizontal line.

Mtro. José David Méndez Santa Cruz
Titular de la Unidad de Prestaciones Económicas
y Salud en el Trabajo

A blue ink signature of the name "Dr. Manuel Carlos Ortega Álvarez" is written over a horizontal line.

Dr. Manuel Carlos Ortega Álvarez
Titular de la Coordinación de
Salud en el Trabajo



SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CONTENIDO

I	Introducción	1
II	Antecedentes	5
III	Marco Normativo	19
IV	Consideraciones Generales	31
V	Procesos de Salud – Enfermedad en Población Derechohabiente	37
	1. Atención Integral de la Diabetes Mellitus, en población derechohabiente de 20 años y más	41
DM 01	Cobertura de detección de primera vez de Diabetes mellitus en población derechohabiente de 20 años y más	45
DM 02	Índice de confirmación de pacientes sospechosos de Diabetes mellitus en población derechohabiente de 20 años y más	48
DM 03	Tasa de incidencia de Diabetes mellitus, en población derechohabiente de 20 años y más	50
DM 04	Porcentaje de pacientes con Diabetes mellitus de 20 años y más, en control adecuado de glucemia en ayuno (glucosa en ayuno, punto de corte 70-130 mg/dl)	52
DM 05	Porcentaje de pacientes diabéticos de 20 años y más, con cifras de tensión arterial en control	54
DM 06	Porcentaje de pacientes con Diabetes mellitus, sin registro de seguimiento	56
DM 07	Tasa de hospitalizaciones evitables por Diabetes mellitus en población derechohabiente de 20 años y más	58
DM 08	Índice de amputación debida a complicación por Diabetes mellitus en pacientes de 20 años y más	60
DM 09	Tasa de incidencia de Invalidez por Diabetes mellitus y sus complicaciones por cada 100,000 trabajadores asegurados, según Unidad Médica de adscripción del trabajador	62
DM 10	Disminución de la mortalidad por Diabetes mellitus, en población derechohabiente de 20 años y más	65

2. Atención Integral de las Enfermedades Hipertensivas en población derechohabiente de 20 años y más	67
EH 01 Cobertura de detección de Hipertensión Arterial en población derechohabiente de 20 años y más	71
EH 02 Índice de confirmación de casos sospechosos de Hipertensión Arterial en población derechohabiente de 20 años y más	74
EH 03 Tasa de incidencia de Enfermedades Hipertensivas en población derechohabiente de 20 años y más	76
EH 04 Porcentaje de pacientes de 20 años y más, en control de Hipertensión Arterial en Medicina Familiar	78
EH 05 Porcentaje de pacientes con Hipertensión Arterial sin registro de seguimiento	80
EH 06 Tasa de hospitalizaciones evitables por Hipertensión Arterial en población derechohabiente de 20 años y más	82
EH 07 Tasa de incidencia de Invalidez por Enfermedades Hipertensivas y sus complicaciones por cada 100,000 trabajadores asegurados, según Unidad Médica de adscripción del trabajador	84
EH 08 Reducción de la tasa de mortalidad por Enfermedades Hipertensivas en población derechohabiente de 20 a 64 años	87
3. Atención Integral del Cáncer de Mama en la Mujer	89
CA_MAma 01 Cobertura de mastografía de tamizaje de primera vez en mujeres entre 40 y 49 años	93
CA_MAma 02 Cobertura de mastografía de tamizaje de primera vez en mujeres entre 50 y 69 años	96
CA_MAma 03 Porcentaje de mujeres entre 50 y 69 años con mastografías de tamizaje de Cáncer de Mama con clasificación BIRADS 3 a 5 (sospecha de Cáncer).	99
CA_MAma 04 Confirmación diagnóstica de Cáncer de Mama	101
CA_MAma 05 Oportunidad del diagnóstico de Cáncer de Mama	103
CA_MAma 06 Tasa de incidencia de Cáncer de Mama en mujeres derechohabientes de 25 años y más	105
CA_MAma 07 Oportunidad en el inicio del tratamiento de Cáncer de Mama	107

CA_MAma 08	Tasa de incidencia de Invalidez por Cáncer de Mama por cada 100,000 trabajadoras aseguradas, según Unidad Médica de adscripción de la trabajadora	109
CA_MAma 09	Tasa de mortalidad por Cáncer de Mama en mujeres derechohabientes de 25 años y más	112
4. Atención Integral del Cáncer Cérvico Uterino		115
CA_CU 01	Cobertura de tamizaje de primera vez de Cáncer Cérvico Uterino en mujeres entre 25 y 64 años.	119
CA_CU 02	Oportunidad diagnóstica de Cáncer Cérvico Uterino	122
CA_CU 03	Confirmación diagnóstica de Cáncer Cérvico Uterino	125
CA_CU 04	Tasa de incidencia de Cáncer Cérvico Uterino en mujeres de 25 años y más	127
CA_CU 05	Tasa de incidencia de Displasia Cervical leve o moderada, en mujeres de 25 años y más	129
CA_CU 06	Tasa de incidencia de Displasia Cervical severa y Carcinoma in situ, en mujeres derechohabientes de 25 años y más	131
CA_CU 07	Oportunidad en el inicio del tratamiento de Cáncer Cérvico Uterino	133
CA_CU 08	Tasa de incidencia de Invalidez por Cáncer Cérvico Uterino por cada 100,000 trabajadoras aseguradas, según Unidad Médica de adscripción de la trabajadora	135
CA_CU 09	Disminución porcentual de la tasa de mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino en mujeres de 25 años y más	138
5. Atención Materna Integral		141
Materna 01	Proporción de adolescentes embarazadas	145
Materna 02	Oportunidad de inicio de la Vigilancia Prenatal	147
Materna 03	Promedio de atenciones prenatales por embarazada	149
Materna 04	Proporción de Infección Genitourinaria en embarazadas	151
Materna 05	Proporción de Preeclampsia – Eclampsia	153

Materna 06	Proporción de Hemorragias de la segunda mitad del embarazo	156
Materna 07	Cobertura de Protección Anticonceptiva Posparto (incluye transcesárea) con métodos de alta continuidad	159
Materna 08	Cobertura de protección anticonceptiva pos evento obstétrico	161
Materna 09	Cobertura de protección anticonceptiva Posaborts	163
Materna 10	Porcentaje de Partos vaginales en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención o en Unidades Médicas de Alta Especialidad	165
Materna 11	Porcentaje de Parto Pretermino en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención o en Unidades Médicas de Alta Especialidad	167
Materna 12	Proporción de prematuros (28 a 36.6 semanas de gestación) en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención y en Unidades Médicas de Alta Especialidad	169
6. Atención Integral Neonatal		171
Neonatal 01	Oportunidad en el diagnóstico de Enfermedades Metabólicas Congénitas (EMC)	175
Neonatal 02	Seguimiento epidemiológico de casos probables de Enfermedades Metabólicas Congénitas (EMC)	177
Neonatal 03	Proporción de prematuros (menores de 37 semanas) con peso menor o igual a 1,500 g.	179
Neonatal 04	Porcentaje de sobrevida en recién nacidos prematuros con peso menor o igual a 1,500 g al nacimiento	181
Neonatal 05	Letalidad Neonatal por Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido y sus complicaciones, en unidades médicas hospitalarias	183
Neonatal 06	Letalidad relacionada a Infección Asociada a la Atención a la Salud en recién nacidos hasta antes de los 28 días de vida en las unidades médicas de segundo nivel de atención con 20 o más camas censables, o en Unidades Médicas de Alta Especialidad	186
Neonatal 07	Tasa de Mortalidad por Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido (Tipo I) y sus complicaciones	189

7. Atención Integral del Sobrepeso y Obesidad en población derechohabiente de 20 años y más	193
S_Ob 01 Cobertura de medición de peso y talla en derechohabientes de 20 años y más, en Unidad Médica	197
S_Ob 02 Cobertura de medición de peso y talla en derechohabientes usuarios de 20 años y más, en Unidad Médica	200
S_Ob 03 Prevalencia de Sobre peso en población derechohabiiente de 20 años y más	202
S_Ob 04 Prevalencia de Obesidad en derechohabientes de 20 años y más	203
S_Ob 05 Prevalencia de Obesidad central en derechohabientes de 20 años y más	204
 VI Indicadores del Desempeño de las Coordinaciones Normativas	 207
 1. Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel (CAISPN)	 211
CAISPN 01 Cobertura de Chequeo PrevenIMSS	213
CAISPN 02 Productividad de Chequeo PrevenIMSS por personal de Enfermería	216
CAISPN 03 Índice de Módulos de Enfermería por consultorio de Medicina Familiar	217
CAISPN 04 Cobertura con esquemas completos de vacunación en niños de un año de edad	219
CAISPN 05 Productividad de Atención Integral por la Enfermera Especialista en Medicina de Familia	221
CAISPN 06 Logro de aceptantes de primera vez de Métodos Anticonceptivos, en relación con la meta programada en Consulta Externa	222
CAISPN 07 Tasa de abortos por 1,000 mujeres en edad fértil (régimen ordinario)	224
CAISPN 08 Porcentaje de derechohabientes referidos al Segundo Nivel de Atención por Medicina Familiar	225
CAISPN 09 Promedio de consultas de Medicina Familiar por hora/médico	227
CAISPN 10 Tasa de partos por 1000 mujeres en edad fértil	228

CAISPN 11	Porcentaje de Recién Nacidos con Tamiz Neonatal (Cobertura de TNA)	230
CAISPN 12	Cobertura de Protección Anticonceptiva Posevento Obstétrico en mujeres de 10 a 19 años	232
CAISPN 13	Porcentaje de niños de 6 meses con lactancia materna exclusiva	234
CAISPN 14	Promedio de consultas de los Servicios de Estomatología Asistencial.	236
2. Coordinación de Atención Integral en el Segundo Nivel (CAISN)		237
CAISN 01	Porcentaje de pacientes con Estancia Prolongada (más de 12 horas) en el área de Observación Adultos del servicio de Urgencias en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel	239
CAISN 02	Porcentaje de pacientes con Estancia Prolongada (más de 12 horas) en el área de Observación Pediátrica del servicio de Urgencias en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel	241
CAISN 03	Porcentaje de ocupación en el área de Observación Adultos del servicio de Urgencias en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel	243
CAISN 04	Porcentaje de ocupación en el área de Observación Pediátrica del servicio de Urgencias en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel	245
CAISN 05	Índice de Consultas de Urgencia por 1,000 derechohabientes en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel	247
CAISN 06	Porcentaje de Ocupación Hospitalaria en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel	249
CAISN 07	Promedio de Días Estancia por División Médica y tipo de Unidad de Servicios Médicos de Segundo Nivel	251
CAISN 08	Tasa de mortalidad hospitalaria en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel	256
CAISN 09	Porcentaje de ocupación de las Salas Quirúrgicas en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel	258
CAISN 10	Tasa de pacientes con Extracción de Catarata y colocación de lente intraocular en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel	261
CAISN 11	Oportunidad Quirúrgica en Cirugías Electivas realizadas no Concertadas en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel, a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud	263
CAISN 12	Oportunidad en la Programación de la Consulta de Especialidades en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel, a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud	265

CAISN 13	Promedio de Consultas Diarias por Consultorio de Especialidad en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel	267
CAISN 14	Promedio de Consulta de Especialidad por hora/médico en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel	271
CAISN 15	Porcentaje de utilización de las áreas quirúrgicas en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA) sin Centro de Excelencia Oftalmológica (CEO)	273
CAISN 16	Porcentaje de utilización de las áreas de endoscopia en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA)	275
CAISN 17	Porcentaje de utilización del área de quimioterapia en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA)	278
CAISN 18	Porcentaje de utilización del área de hemodiálisis en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA)	280
CAISN 19	Porcentaje de atenciones otorgadas en el servicio de inhaloterapia de las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA)	283
CAISN 20	Índice de subsecuencia en la consulta de Medicina de Rehabilitación en Unidades de Servicios Médicos de los tres niveles de atención	286
CAISN 21	Promedio de consultas por hora/médico en los servicios de Medicina Física y Rehabilitación en los tres niveles de atención	288
CAISN 22	Promedio de sesiones de fisioterapia por Terapista Físico por día en Unidades Médicas de los tres niveles de atención	290
CAISN 23	Razón de muerte materna hospitalaria por 100,000 Nacidos Vivos	292
CAISN 24	Tasa de mortalidad perinatal por 1,000 nacimientos	294
CAISN 25	Tasa de mortalidad neonatal por 1,000 nacidos vivos	296
CAISN 26	Porcentaje de utilización de las áreas quirúrgicas en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA), con Centro de Excelencia Oftalmológica (CEO)	298
3. Coordinación de Vigilancia Epidemiológica (CVE)		301
CVE 01	Índice de la notificación inmediata de casos nuevos sujetos a Vigilancia Epidemiológica y Brotes	303
CVE 02	Tasa de Mortalidad Infantil	308

CVE 03	Porcentaje de Egresos Hospitalarios con diagnóstico de Enfermedades Hipertensivas (EH) con complicaciones - Enfermedad Vascular Cerebral (EVC) y Enfermedad Isquémica del Corazón (EIC)	310
4. Coordinación de Educación en Salud (CES)		313
CES 01	Porcentaje de cursos de especialización en el Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC) del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT)	315
CES 02	Porcentaje de satisfacción de alumnos en programas educativos de personal para la salud	317
CES 03	Eficiencia terminal de los Cursos de Residencias Médicas	318
CES 04	Aprovechamiento de formación de personal para la salud	321
CES 05	Publicaciones en revistas indexadas relacionadas con la Educación y las Humanidades en Salud	323
CES 06	Personal de salud capacitado en el uso de los Recursos Electrónicos de Información en Salud (REIS)	325
CES 07	Porcentaje de personal del área de la salud de base actualizado en temas prioritarios a través de modalidad presencial y a distancia por unidad médica por delegación y por UMAE	327
CES 08	Porcentaje de cursos de educación continua presencial, efectuados por Unidad Médica, por nivel de atención por delegación y por UMAE	329
CES 09	Variación de personal del área de la salud capacitado a través de cursos de desarrollo profesional continuo, durante el año en curso respecto al año previo	331
5. Coordinación de Investigación en Salud (CIS)		333
CIS 01	Número de Publicaciones Científicas generadas por Personal del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	335
CIS 02	Porcentaje de Publicaciones Científicas con Factor de Impacto en cuartiles 1 y 2	338
CIS 03	Personal Institucional formado en Investigación en Ciencias de la Salud	341
CIS 04	Investigadores del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores (SNI)	344
CIS 05	Protocolos de Investigación en Salud relacionados a Prevención Primaria de la Salud	349

CIS 06	Protocolos de Investigación en Salud relacionados a tema prioritario del Instituto Mexicano del Seguro Social	351
CIS 07	Protocolos de Investigación en Salud finalizados en publicación	354
CIS 08	Protocolos de Investigación en Salud registrados en el Comité Nacional de Investigación Científica (CNIC) con colaboraciones extra institucionales	357
CIS 09	Financiamiento obtenido para el desarrollo de Protocolos de Investigación en Salud, según su origen extra institucional / institucional	359
CIS 10	Índice H de autores de Publicaciones Científicas	361
CIS 11	Porcentaje de Protocolos de Investigación en Salud con Dictamen emitido por los Comités Locales de Investigación en Salud (CLIS) en < 30 días	362
CIS 12	Número de solicitudes de patente presentadas por año	364
CIS 13	Porcentaje de Tesis de Especialidad y Subespecialidad Médicas que son publicadas en Revistas Médico Científicas	365
6. Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad (CUMAE)		367
CUMAE 01	Porcentaje de ocupación en el área de Observación del servicio de Admisión Continua y/o Urgencias en Unidades Médicas de Alta Especialidad	377
CUMAE 02	Porcentaje de pacientes con estancia prolongada (más de 8 hrs.) en el área de observación en Unidades Médicas de Alta Especialidad	379
CUMAE 03	Porcentaje de pacientes a quienes se les programa una consulta de especialidad, a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud, en Unidades Médicas de Alta Especialidad	381
CUMAE 04	Índice de subsecuencia en Consulta de Especialidad en Unidades Médicas de Alta Especialidad	384
CUMAE 05	Promedio de Consultas de Especialidad por hora/médico en Unidades Médicas de Alta Especialidad	386
CUMAE 06	Promedio de días estancia en Unidades Médicas de Alta Especialidad	388
CUMAE 07	Porcentaje de ocupación hospitalaria en Unidades Médicas de Alta Especialidad	390
CUMAE 08	Tasa de mortalidad hospitalaria en Unidades Médicas de Alta Especialidad	392

CUMAE 09	Tasa de letalidad en Neonatos en Unidades Médicas de Alta Especialidad	394
CUMAE 10	Intervalo de sustitución de camas hospitalarias en unidades Médicas de Alta Especialidad	396
CUMAE 11	Porcentaje de pacientes a quienes se les realiza una cirugía electiva no concertada, a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud, en Unidades Médicas de Alta Especialidad	398
CUMAE 12	Promedio de cirugías por sala en Unidades Médicas de Alta Especialidad	400
CUMAE 13	Porcentaje de utilización de las salas de cirugía efectiva en fin de semana, en Unidades Médicas de Alta Especialidad	402
CUMAE 14	Porcentaje de suspensión de cirugías electivas programadas en Unidades Médicas de Alta Especialidad	405
CUMAE 15	Porcentaje de utilización de las salas de cirugía efectiva en días hábiles, en Unidades Médicas de Alta Especialidad	407
7. Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células (CDTOTC)		411
CDTOTC 01	Porcentaje de pacientes con trasplante renal exitoso a un año, posterior a un Trasplante Renal de donador vivo, en Unidades Médicas de Alta Especialidad	415
CDTOTC 02	Porcentaje de pacientes con trasplante corneal exitoso a un año en Unidades Médicas de Alta Especialidad	417
CDTOTC 03	Tasa anualizada de Donación de Órganos y Tejidos por Delegación	419
VII Indicadores del Desempeño del Programa IMSS BIENESTAR		421
IB 01	Cobertura de detección de primera vez de Diabetes mellitus en población beneficiaria de 20 años y más adscrita al Padrón de IMSS-BIENESTAR	425
IB 02	Tasa de incidencia de Diabetes mellitus en población beneficiaria de 20 años y más adscrita al Padrón de IMSS-BIENESTAR	428
IB 03	Disminución de la mortalidad por Diabetes mellitus en población beneficiaria de 20 años y más adscrita al Padrón de IMSS-BIENESTAR	430

IB 04	Tasa de incidencia de Enfermedades Hipertensivas en población beneficiaria de 20 años y más adscrita al Padrón de IMSS-BIENESTAR	432
IB 05	Reducción de la tasa de mortalidad por Enfermedades Hipertensivas en población beneficiaria de 20 a 64 años adscrita al Padrón de IMSS-BIENESTAR	434
IB 06	Tasa de incidencia de Cáncer de Mama en mujeres en población beneficiaria de 25 años y más adscrita al Padrón de IMSS-BIENESTAR	436
IB 07	Tasa de mortalidad por Cáncer de Mama en mujeres beneficiarias de 25 años y más adscrita al padrón de IMSS-BIENESTAR	438
IB 08	Oportunidad de inicio de la Vigilancia Prenatal	439
IB 09	Proporción de Preeclampsia – Eclampsia	441
IB 10	Proporción de Hemorragias de la segunda mitad del embarazo	443
IB 11	Cobertura de Protección Anticonceptiva Posparto (incluye transcesárea) con métodos de alta continuidad	445
IB 12	Porcentaje de Partos Vaginales en Hospitales Rurales del Programa IMSS-BIENESTAR	446
IB 13	Proporción de prematuraz (28 a 36.6 semanas de gestación) en Hospitales Rurales del Programa IMSS-BIENESTAR	447
IB 14	Prevalencia de Sobre peso en población derechohabiente de 20 años y más	448
IB 15	Porcentaje de Ocupación Hospitalaria en Hospitales Rurales del Programa IMSS-BIENESTAR	449
IB 16	Promedio de días estancia en Hospitales Rurales del Programa IMSS-BIENESTAR	451
IB 17	Porcentaje de Mortalidad Hospitalaria en Hospitales Rurales del Programa IMSS BIENESTAR	453
VIII	Indicadores Transversales con seguimiento en diferentes niveles de atención	455
1. Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud en Unidades Médicas de Segundo Nivel o en Unidades Médicas de Alta Especialidad		459

IN_AAS01	Tasa de Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud por 1,000 días estancia en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención con 20 camas censables o más, o en Unidades Médicas de Alta Especialidad	463
IN_AAS 02	Tasa de infección de sitio quirúrgico en cirugías limpias en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención con 20 o más camas censables, o en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria, o en Unidades Médicas de Alta Especialidad	466
IN_AAS 03	Tasa de Neumonía asociada a ventilación mecánica por 1,000 días ventilador en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención con 20 o más camas censables, o en Unidades Médicas de Alta Especialidad	469
IN_AAS 04	Tasa de Infección del torrente sanguíneo asociada a catéter venoso central por 1,000 días catéter en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención con 20 o más camas censables, o en Unidades Médicas de Alta Especialidad	472
IN_AAS 05	Tasa de Infección de vías urinarias asociada a sonda vesical por 1,000 días sonda en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención con 20 o más camas censables, o en Unidades Médicas de Alta Especialidad	475
IN_AAS 06	Tasa de Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud por 1,000 días estancia en las Unidades de Cuidados Intensivos de Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención con 20 o más camas censables, o de Unidades Médicas de Alta Especialidad	477

2. Coordinación de Salud en el Trabajo 481

CST 01	Promedio de días de incapacidad temporal con y sin subsidio por enfermedad general por trabajador de empresas afiliadas	483
CST 02	Promedio de días de incapacidad temporal con subsidio por riesgo de trabajo por caso	485
CST 03	Promedio de días de incapacidad temporal con subsidio por enfermedad general por caso	487

IX	Glosario	489
----	----------	-----

X	Anexo	509
---	-------	-----

Prólogo

Manual Metodológico de Indicadores Médicos, 2019-2024.



Prólogo

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), apoya la evaluación de los servicios de salud, a través de la integración de indicadores médicos. Se tiene antecedente desde 2002 del Manual Metodológico de Indicadores Médicos (MMIM), como herramienta técnico-normativa para concentrar y estandarizar la metodología de cálculo de indicadores representativos para evaluar los procesos de atención médica que están a cargo de las diferentes Coordinaciones Normativas.

El MMIM contiene las fichas técnicas de los indicadores y la metodología de evaluación para las unidades y delegaciones del IMSS. Esta evaluación, ha evolucionado integrando en procesos de salud-enfermedad indicadores de las diferentes Coordinaciones Normativas para que de forma conjunta y colaborativa se evalúe la atención de los principales padecimientos que afectan a la población.

La elaboración del MMIM estaba a cargo de la Coordinación de Planeación en Salud (CPS), específicamente en la División de Información en Salud (DIS), sin embargo, con la reorganización, se creó la División de Diagnósticos en Salud, quien fue la encargada de las últimas versiones del MMIM hasta el 2018.

En este último sexenio (2018-2024), se solicitó nuevamente a las instituciones gubernamentales la modificación de su estructura orgánica en los niveles normativos para hacerlos más eficientes; en el IMSS esta transición se ha logrado de forma parcial y actualmente se estableció una reestructura funcional que está pendiente de ser autorizada por H. Consejo Consultivo.

Con esta reorganización, la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica (CVE) sufrirá un cambio nominativo y de funciones, pasará a ser la Coordinación de Inteligencia en Salud, la cual estará encargada de la vigilancia epidemiológica, y de manera integral de concentrar y analizar la información que resulte de otorgar la atención médica. Al interior de esta Coordinación, será la División de Información Epidemiológica (DIE) (próxima reestructura - División de Análisis en Salud), la responsable de la integración y publicación del MMIM, recepción y cálculo de resultados de indicadores médicos para su publicación, así como de la integración de la evaluación del desempeño de Delegaciones y UMAE.

Para este MMIM, se solicitaron cambios por la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM), para alinearse con los objetivos gubernamentales del sexenio, como la inclusión del programa IMSS BIENESTAR, así como revisar el número de indicadores y su utilidad en la evaluación de los servicios médicos.

Adicional a estos cambios, la DIE propuso que la revisión del MMIM se realice con el cambio de sexenio (2019-2024), para dar seguimiento a los programas y servicios otorgados para hacer balances comparativos con el logro de objetivos planeados en el Plan Nacional de Desarrollo (PND), Plan Sectorial de Salud, Plan Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social (PIIIMSS), y las iniciativas de la Dirección General (DG) y Dirección de Prestaciones Médicas (DPM).

Con todo este contexto, se presenta el contenido de este manual con el propósito de que sea una herramienta de utilidad en los diferentes niveles jerárquicos, operativo (Unidades Médicas), táctico (Delegaciones) y estratégico (Coordinaciones Normativas).



I.

Introducción

Manual Metodológico de Indicadores Médicos, 2019-2024.



SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

I. Introducción

El **Manual Metodológico de Indicadores Médicos (MMIM)**, es la herramienta técnico-normativa que concentra los criterios y estándares para la construcción homogénea de los indicadores que establece la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM) a través de las Coordinaciones Normativas conformadas por: Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel (CAISPN), Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel (CAISN), Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad (CUMAE), Coordinación de Educación en Salud (CES), Coordinación de Investigación en Salud (CIS), Coordinación de Vigilancia Epidemiológica (CVE), Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células (CDTOTC), y la Coordinación de Planeación en Salud (CPS), además de indicadores que pertenecen a la Coordinación de Salud en el Trabajo (CST) que están relacionados con el impacto de la atención médica y otras prestaciones que otorga el Instituto; en esta versión del MMIM se incluye por primera vez la Coordinación de Planeación Estratégica y Padrón de Beneficiarios de la Unidad del Programa IMSS BIENESTAR.

A partir de 2019, la DPM para garantizar el Derecho Constitucional (Artículo 4º) de que “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”¹, al otorgar servicios de salud de primer y segundo nivel, en favor de la población que carece de seguridad social, solicitó la inclusión del Programa IMSS-BIENESTAR en la Evaluación del Desempeño Delegacional contenida en este Manual; este programa otorga servicios de salud sustentados en el Modelo de Atención Integral a la Salud, que vincula los servicios de Salud y acción comunitaria en las entidades donde tiene cobertura.

El Manual es un documento normativo que se actualiza periódicamente de forma colegiada, consensuada con cada una de las coordinaciones y en apego a lo que establece el Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas y la Norma que establece las disposiciones en materia de información en salud del IMSS.^{2,3}

La presentación de estos criterios y estándares se lleva a cabo en las fichas técnicas de cada indicador, diseñada con base a la estructura que recomiendan organismos especializados en materia de salud y de información como son: el Consejo Nacional de Evaluación de la Política del Desarrollo Social (CONEVAL), la Secretaría de Salud (SS), la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). De acuerdo con estos organismos las fichas técnicas deben de contener parámetros de calidad mínimos, tales como el objetivo de la medición, la precisión para el cálculo o fórmula, las fuentes de información o medios de verificación, la frecuencia de la medición, la unidad de medida, las metas a lograr o estándares de comparación, la dimensión que evalúa y el tipo de indicador del que se trata, así como también los indicadores deben de reflejar criterios de diseño mínimos para lograr sus objetivos, es decir, un indicador debe ser relevante, adecuado, claro y monitoreado.⁴

¹Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. DOF 05-02-1917. Última reforma 20-12-2019

² 2000-002-001 Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas. Validado y registrado 08-02-2018, Folio 161. Actualizado pendiente de autorización.

³2000-001-015 Norma que establece las disposiciones en materia de Información en salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Fecha de actualización 27-11-2012. (pendiente de modificar a los responsables del MMIM)

⁴Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Metodología para la aprobación de indicadores de los programas sociales. México, DF: CONEVAL, 2014.

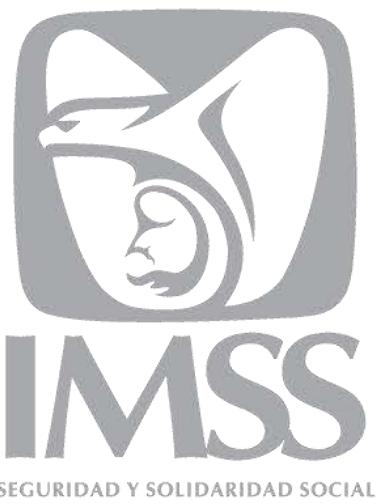


SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

II.

Antecedentes

Manual Metodológico de Indicadores Médicos, 2019-2024.



II. Antecedentes

El Manual Metodológico, al paso del tiempo y a la par de la actualización constante del instituto, ha ido reflejando cambios a partir del análisis de las diversas y cambiantes necesidades de monitoreo de resultados, al mismo tiempo, adaptándose al aumento de información relacionada con la modernización de los sistemas de recolección y análisis de información.

A continuación, se expondrán de manera breve, las modificaciones más relevantes de los últimos años, tanto al Manual Metodológico de Indicadores Médicos, como a la Evaluación del Desempeño contenida en este, así también se explican las características implementadas para esta última versión 2019-2024.

De la disposición política al diseño del modelo.

En apego al principio fundamental del Derecho a la protección de la salud que tiene toda persona, reglamentado por la Ley General de Salud, y en cumplimiento a tal mandato en la utilidad pública de la Ley del Seguro Social, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), tiene a su cargo la Seguridad Social cuya finalidad es garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, que se considera en el Artículo 82, fracción XVII, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, a la Dirección de Prestaciones Médicas, lo siguiente: "Diseñar y operar con los Órganos Normativos de Operación Administrativa descentrada y Unidades Operativas competentes, un sistema de seguimiento y evaluación de los procesos de atención a la salud."

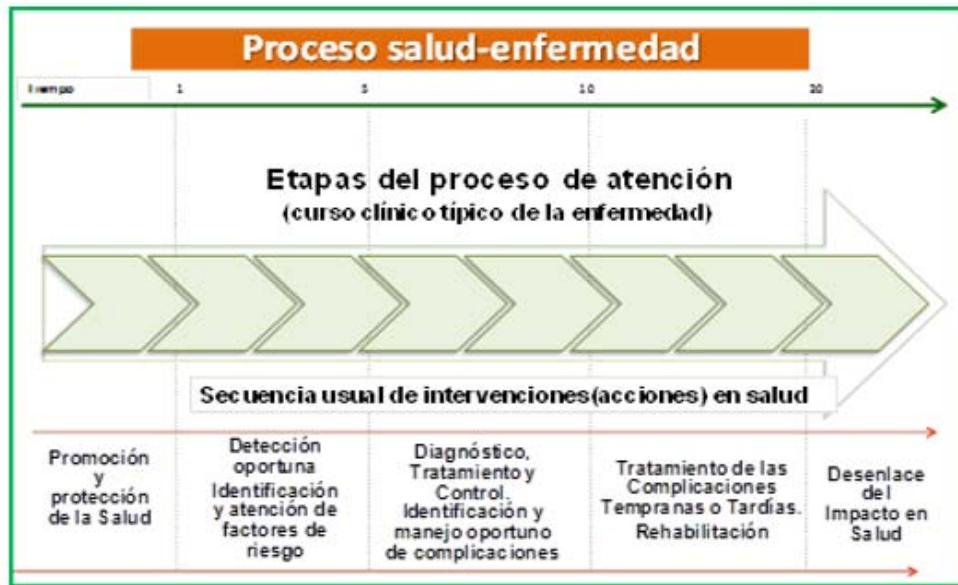


Figura-14

En ese contexto a partir de 2014, la Dirección de Prestaciones Médicas autorizó en el Manual Metodológico de Indicadores Médicos, la inclusión de indicadores diseñados bajo la perspectiva de procesos "Salud-Enfermedad", para ser utilizados en la Evaluación Estratégica de Unidades Operativas y Delegaciones.

II. Antecedentes

El diseño del enfoque de Evaluación basada en Procesos de Salud-Enfermedad, tomó como base el modelo de secuencia de eventos o etapas, descrito por las Normas Oficiales Mexicanas, así como en las Guías de Práctica Clínica Institucionales y del Sector Salud.

Las principales características de ese enfoque son, en primer lugar, la población derechohabiiente en grupos poblacionales de riesgo, donde existe la posibilidad de establecer estrategias para evitar el incremento del daño de algún padecimiento específico y en segundo término, se miden las acciones o intervenciones que son ejecutadas por los servicios de salud con el fin de prevenir, erradicar o impedir el avance de la enfermedad y sus complicaciones.

Esa visión secuencial favorece la evaluación y el monitoreo de cada Unidad Médica del Sistema Institucional, a través de los resultados de las acciones realizadas para alcanzar la “Atención Integral” de los derechohabientes. De esta manera, la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la identificación de complicaciones, la prevención de la incapacidad e invalidez o el desenlace (recuperación del estado de salud o muerte) (Figura 1), permiten medir el impacto sobre el problema de salud o sus determinantes, así como el incremento de cada uno de ellos.

El modelo básicamente considera el curso clínico de la enfermedad y las intervenciones relacionadas a cada etapa susceptible de afrontar, no obstante, se decidió enriquecerlo con la medición de actividades relacionadas con la educación y la investigación representadas con indicadores de la Coordinación de Educación en Salud y la Coordinación de Investigación en Salud.

Del diseño del modelo a la estructura práctica operativa.

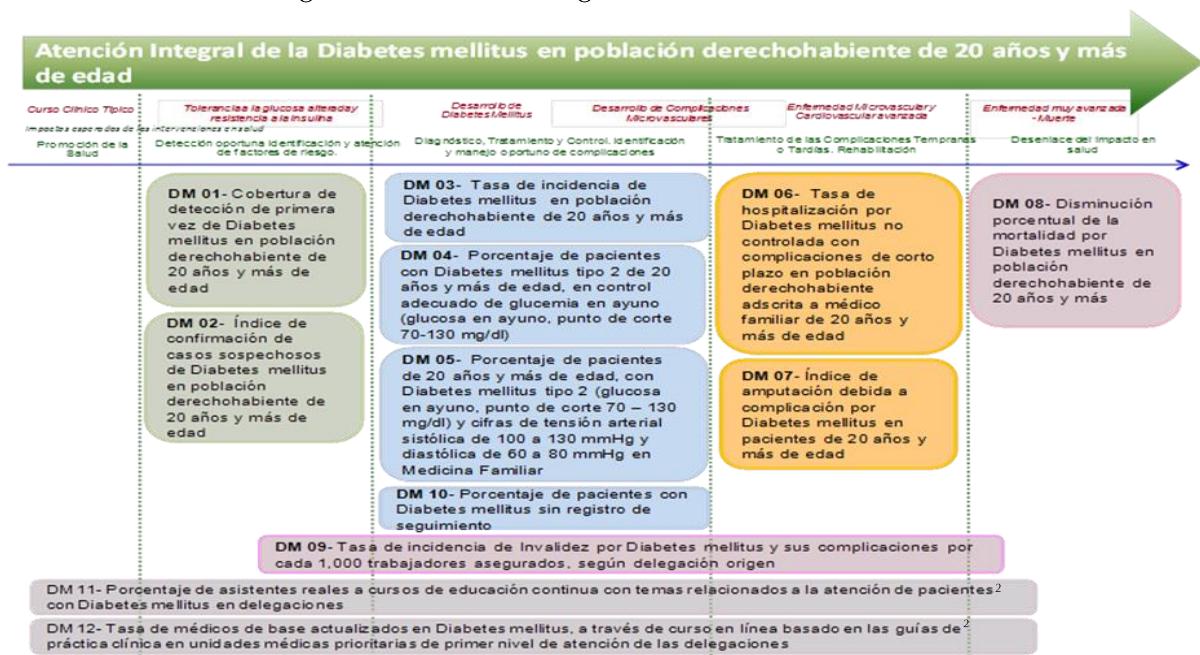
Una vez desarrollado el marco conceptual de ese enfoque de evaluación, el siguiente paso consistió en la definición de los problemas de salud a evaluar, mediante la priorización, y la base de criterios como magnitud, trascendencia, disponibilidad de la información, impacto en el gasto institucional o del impacto obtenido con las estrategias implantadas; se seleccionaron los siguientes problemas de salud por su transcendencia: Diabetes Mellitus, Enfermedad Hipertensiva, Cáncer de Mama en la mujer, Cáncer Cervico Uterino, Atención Materna, Atención Neonatal, Sobre peso y Obesidad, Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años¹ e Infecciones Nosocomiales.

Para cada tema, se utilizaron indicadores que evalúan el resultado del impacto (resultado intermedio o final), como coberturas, incidencias, prevalencias, letalidad y mortalidad, que fueran factibles de obtener de los diferentes sistemas de información oficial y susceptible de medición de la población derechohabiiente. A continuación, se ejemplifica el esquema de evaluación del proceso de Atención Integral de la Diabetes Mellitus (Figura 2):

¹Actualmente ya no se considera en el grupo de evaluación a la Enfermedad diarreica aguda

II. Antecedentes

Figura 2. Atención Integral de la Diabetes Mellitus



De los conceptos a la construcción de indicadores.

La implantación de la Evaluación de los servicios médicos basado en procesos de Salud-Enfermedad, se logró satisfactoriamente, gracias al trabajo en conjunto y participativo de las diferentes normativas de la DPM y estructuras responsables de la supervisión y seguimiento de programas en el Instituto. Otro factor relevante que favoreció fue el hecho de que algunos indicadores ya eran monitoreados por las Coordinaciones Normativas en evaluaciones relacionadas con los programas institucionales de su responsabilidad o de índole sectorial.

Para la construcción de algunos de los indicadores, se ajustaron los sistemas de información, con el objetivo de adaptarlos a los requerimientos de los indicadores para evaluación e incluirlos en el orden de secuencia del proceso de Salud-Enfermedad correspondiente.

La construcción de los resultados de los indicadores de procesos se encaminó a que los datos fueran extraídos de los Sistemas de Información Médica del Instituto, con lo que se logra una explotación extensa de información por Unidad Médica.

Adicionalmente a los indicadores de los Procesos de Salud-Enfermedad, se incluyeron otros grupos de indicadores en el Manual Metodológico de Indicadores Médicos, que son monitoreados por las Coordinaciones Normativas correspondientes, y son de interés particular para evaluar sus procesos sustantivos, que están relacionados de forma directa o indirectamente con el otorgamiento de los servicios médicos y otras prestaciones.

²En el presente manual los indicadores de educación, DM 11 y DM 12, cambian para evaluar de forma global la capacitación.

II. Antecedentes

De la construcción de la Evaluación del Desempeño en el Manual Metodológico de Indicadores Médicos 2019-2024

Para el presente Manual Metodológico de Indicadores Médicos 2019-2024, se utilizó como base para la selección de los indicadores médicos *la metodología del marco lógico*, por ser una herramienta de *conceptualización, diseño, ejecución y evaluación* de indicadores.

Con base a esta metodología, se revisaron con las Coordinaciones Normativas los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, el Programa Sectorial de Salud, el Programa Institucional del IMSS (PIIMSS) y los Objetivos Estratégicos de la Dirección de Prestaciones Médicas actuales, con el fin de fortalecer y orientar la evaluación hacia el cumplimiento de las principales líneas de acción nacional, sectorial e institucional. Para este ejercicio se revisaron los indicadores del Proceso Salud-Enfermedad y por Coordinación Normativa, con el fin de evaluar el progreso y desempeño de las actividades que se llevan a cabo en la prestación de los servicios médicos del Instituto.

Para hacer más representativa, práctica e incluyente la Evaluación del Desempeño de las Delegaciones, se seleccionaron 66 de los 106 indicadores utilizados en el modelo de evaluación 2018. Estos fueron el resultado del análisis estadístico por componentes principales y de correlación, identificando los indicadores que fueran más representativos para los Procesos Salud-Enfermedad.

Para el caso de los indicadores por Coordinación Normativa, la selección se realizó considerando los cuatro subprocesos de la atención médica: consulta externa, cirugía, hospitalización y urgencias. Se analizaron y eligieron los indicadores que representaran a cada normativa y fueran de mayor contribución para la evaluación de los servicios médicos. La selección de los indicadores se consensuó con las Coordinaciones Normativas tomando en cuenta las observaciones aportadas por las Unidades Médicas, Delegaciones, y Unidades Médicas de Alta Especialidad, a través de mesas de trabajo con los representantes de cada Coordinación Normativa.

Para los logros obtenidos de cada indicador, el procedimiento de cálculo se modificó, para lo cual se utilizó el método de proporcionalidad directa e indirecta, según la dirección del valor de referencia o meta del indicador, obteniendo un umbral más amplio de resultados, diferente al cálculo tricotómico que se obtenía con el anterior modelo de evaluación. Con esta modificación, se logró visualizar los logros de forma más clara de los procesos otorgados en las Unidades Médicas y las Delegaciones, para tomar acciones de gestión dirigidas a mejorar los resultados.

Posterior a la selección de indicadores se otorgó una ponderación a cada uno de los indicadores incluidos en la Evaluación del Desempeño por Unidad Operativa y Delegación, para evitar la conversión innecesaria que se utilizaba en el año anterior.

En el caso de los indicadores para la evaluación de los procesos en las Unidades Médicas de Alta Especialidad, se redujeron de 19 a 15 indicadores, manteniendo el método de cálculo particular de estas unidades. También en esta evaluación, se conservaron los indicadores de Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud (IN_AAS) y se eliminó el indicador de trasplante CDTOTC 01.

II. Antecedentes

Para incluir en la Evaluación del Desempeño Delegacional, el Programa IMSS-BIENESTAR, se solicitó a la parte normativa responsable de integrar indicadores de este programa, revisar la factibilidad de obtener los 66 indicadores seleccionados que se medirán en el régimen ordinario; pero debido a la diferencia en el proceso de almacenamiento y procesamiento de los sistemas de registro electrónico de información del programa IMSS BIENESTAR, solo fue factible en la fecha de la solicitud construir y calcular trimestralmente 17 de los 66 indicadores médicos, 14 de los cuales corresponden a los procesos Salud-Enfermedad y 3 a los procesos por Coordinación Normativa.

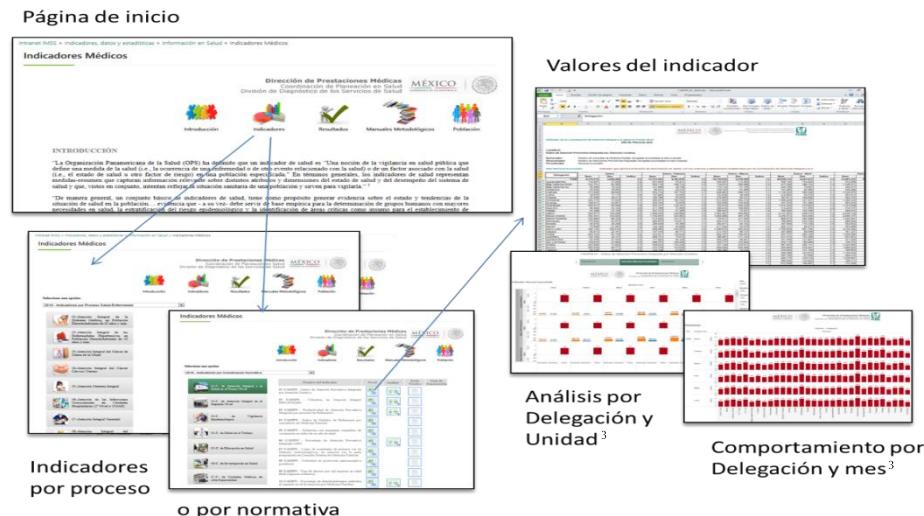
Adicionalmente a los indicadores utilizados para la evaluación del desempeño, en el MMIM se mantienen otros indicadores que son monitoreados por las diferentes Coordinaciones Normativas, tales como los indicadores de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IN_AAS) en Unidades Médicas de Segundo Nivel y Unidades Médicas de Alta Especialidad; así como indicadores de la Coordinación de Salud en el Trabajo (CST).

De la construcción de indicadores y publicación de resultados por Unidad Médica.

En la fase final del procesamiento de los datos de evaluación y seguimiento por las Coordinaciones Normativas, y en cumplimiento a las disposiciones normativas institucionales, tanto el Manual Metodológico de Indicadores Médicos, como de los resultados de los indicadores para Evaluación del Desempeño de los servicios médicos, se publican en el portal de intranet a cargo de la División de Información Epidemiológica (DIE), dependiente de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, sitio donde se encuentran disponibles, para ser consultados por el personal institucional, en la siguiente página:

http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx

La siguiente figura esquematiza el procedimiento de ingreso a la página en intranet y los productos que se pueden consultar, como son ediciones anteriores del Manual Metodológico de Indicadores Médicos, histórico de resultados de los indicadores médicos por proceso Salud Enfermedad, Coordinación Normativa y UMAE, así como la evaluación por Unidad Operativa, Delegacional y UMAE:



³Para el mantenimiento y almacenaje de la información, algunas funciones se están modificando.

II. Antecedentes

Del Manual Metodológico de Indicadores Médicos 2019 - 2024.

La versión 2019 - 2024 del MMIM, está constituida por un total de 169 indicadores los cuales se distribuyen de la forma siguiente

Para los Procesos Salud-Enfermedad corresponden 60 indicadores médicos que incorporan actividades de las Coordinaciones Normativas del régimen ordinario (Tabla 1):

Tabla 1. Procesos Salud-Enfermedad

Procesos de Salud-Enfermedad		Número de indicadores
1	Atención Integral de la Diabetes Mellitus *	10
2	Atención Integral de las Enfermedad Hipertensiva *	8
3	Atención Integral del Cáncer de Mama en la mujer *	9
4	Atención Integral del Cáncer Cervico Uterino *	9
5	Atención Materna Integral	12
6	Atención Integral Neonatal	7
7	Atención Integral del Sobre peso-Obesidad	5
Total		60

* La Coordinación de Salud en el Trabajo, de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, ha incorporado 1 indicador de invalidez en cada uno de estos procesos, en total son 4.

De las Coordinaciones Normativas del régimen ordinario se evalúan 83 Indicadores médicos, relacionados con los programas sectoriales e institucionales (Tabla 2):

Tabla 2. Coordinación Normativa Régimen Ordinario

Coordinación Normativa		Número de indicadores	
1	CAISPN	Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel	14
2	CAISN	Atención Integral en Segundo Nivel	26
3	CVE	Vigilancia Epidemiológica	3
4	CES	Educación en Salud	9
5	CIS	Investigación en Salud	13
6	CUMAE	Unidades Médicas de Alta Especialidad	15
7	CDTOTC	Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células	3
Total		83	

Además, se incluyen 9 indicadores transversales, los cuales están relacionados con el impacto de la atención médica en alguno de los diferentes niveles de atención del Instituto del régimen ordinario (Tabla 3):

II. Antecedentes

Tabla 3 Indicadores Transversales

Indicadores Transversales			Número de indicadores
1	INAAS	Infecciones Asociadas a la Atención a la salud en Unidades de Segundo Nivel y Unidades Médicas de Alta Especialidad	6
2	CST**	Coordinación de Salud en el Trabajo	3
Total			9

** Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales.

También se incorporan 17 indicadores para evaluar el Programa IMSS-BIENESTAR, y que en su construcción, están equiparados con indicadores de los Procesos Salud-Enfermedad y de la Coordinación de Atención Integral de Segundo Nivel (Tabla 4):

Tabla 4 Indicadores de IMSS BIENESTAR

IMSS - BIENESTAR		
Procesos de Salud-Enfermedad		Número de indicadores
1	Atención Integral de la Diabetes Mellitus *	3
2	Atención Integral de las Enfermedades Hipertensivas *	2
3	Atención Integral del Cáncer de Mama en la mujer *	2
5	Atención Materna Integral	6
7	Atención Integral del Sobre peso-Obesidad	1
Coordinación Normativa		
1	Atención Integral en Segundo Nivel CAISN	3
Total		17

De la Evaluación Estratégica de las Prestaciones Médicas para el periodo 2019 – 2024.

La Evaluación Estratégica y el monitoreo de los servicios médicos 2019 -2024, se llevará a cabo de forma diferenciada para los ámbitos de aplicación siguientes:

- 1) Evaluación de Desempeño por Unidad Médica de primero y segundo nivel de atención.
- 2) Evaluación de Desempeño por Delegación.
- 3) Evaluación de Desempeño por Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Los indicadores seleccionados para la evaluación del desempeño fueron consensuados con cada Coordinación Normativa incluyendo la Coordinación de Salud en el Trabajo y la Coordinación de Planeación Estratégica y Padrón de Beneficiarios del programa IMSS BIENESTAR.

Los resultados de la evaluación del desempeño para las Delegaciones se obtendrán de la integración de resultados de los indicadores seleccionados para cada ámbito, de acuerdo con los pasos siguientes:

II. Antecedentes

1º. Se calcula el logro de resultados de los indicadores del período a evaluar, de acuerdo a los criterios de construcción de las fichas técnicas.

2º. Se califica cada uno de los indicadores, contrastando los rangos de desempeño descritos en cada ficha técnica con el logro alcanzado en el período de evaluación, para obtener un valor proporcional de la ponderación de cada indicador como se describe a continuación:

- a) Si el logro alcanzado del indicador evaluado se encuentra en el rango de desempeño esperado, el valor obtenido será el puntaje de la Ponderación del indicador evaluado.
- b) Si el logro alcanzado se encuentra dentro del rango de desempeño bajo, el valor obtenido será 0
- c) Si el logro alcanzado se encuentra dentro del rango de desempeño medio, el valor obtenido se calculará en base a la proporcionalidad obtenida del logro con la ponderación del indicador, obteniéndolo con de las siguientes formulas:

Proporcionalidad Directa: si el Valor de Referencia o meta es \geq
(Ponderación para la Evaluación del Desempeño \times Logro Obtenido) / Valor de Referencia
Proporcionalidad Inversa: si el Valor de Referencia o meta es \leq
(Ponderación para la Evaluación del Desempeño \times Valor de Referencia) / Logro Obtenido

Ejemplo de un indicador con los siguientes parámetros:

Valor de referencia o meta	≥ 8 (aplica proporcionalidad directa)		
Ponderación para la Evaluación de Desempeño	6 punto		
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 8.0	7.9 – 5.0	≤ 4.9

Resultado de puntaje con tres diferentes cifras de logro:

Logro	Desempeño alcanzado	Puntaje Obtenido
9.2	Esperado	6
4.5	Bajo	0
7.2	Medio (se aplica formula de proporcionalidad)	5.4

- d) Algunos indicadores no entrarán dentro de estas reglas debido a la necesidad de la obtención de valores dicotómicos, es decir si el logro obtenido está dentro del valor de referencia o meta especificado en la ficha técnica, se obtendrá el puntaje total de la Ponderación para la Evaluación del Desempeño de dicho indicador o en caso de no alcanzar el valor esperado, no se otorgará puntaje (obtendrá 0).
- e) Los indicadores que calculan las Coordinaciones Normativas no utilizarán el cálculo de proporcionalidad.

II. Antecedentes

3º. Se realiza la sumatoria de las ponderaciones obtenidas en cada grupo de indicadores que aplican para la evaluación (esquemas 1,2 y 3) y se obtiene una calificación total de cada uno de los grupos de indicadores médicos.

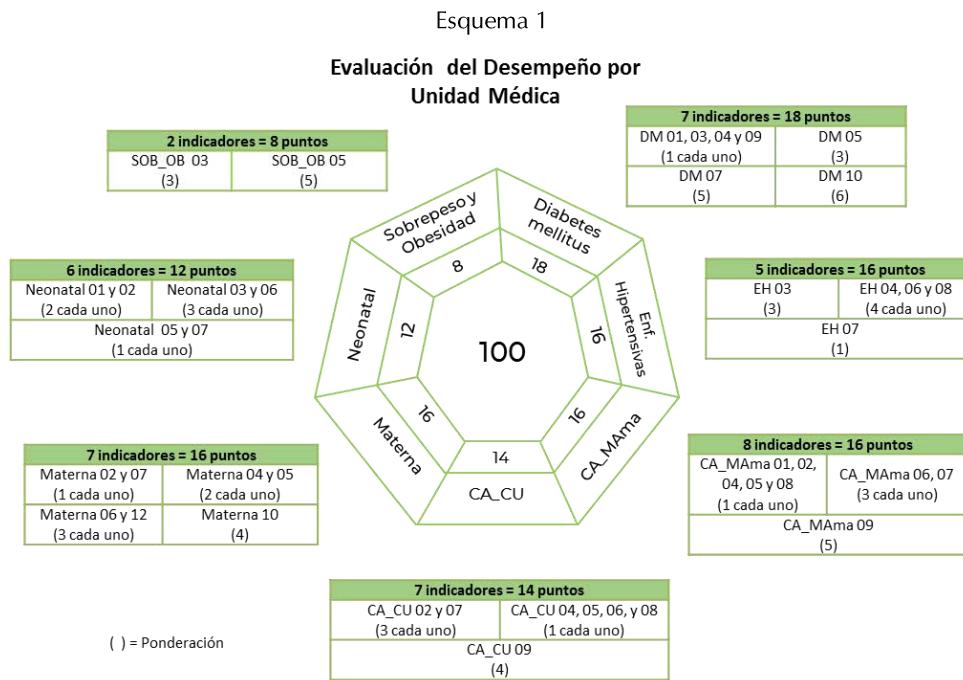
4º. Por último, se obtiene la calificación global de los grupos de indicadores que apliquen en cada trimestre evaluado, lo que permite visualizar una evaluación de desempeño comparativa entre Unidades Médicas de primero y segundo nivel de atención, y Delegaciones.

5º. Cada periodo de evaluación del desempeño contendrá exclusivamente el cálculo de los indicadores incluidos en cada periodo evaluado (Anexo 1).

En el caso de indicadores cuyo rango de desempeño sea ≤ 0 , no aplicarán las fórmulas de proporcionalidad.

1) Evaluación de Desempeño por Unidad Médica de primer y segundo nivel de atención.

Se integra por indicadores de 7 Procesos de Salud-Enfermedad, mismos que reúnen un total de 42 indicadores; distribuidos con diferentes ponderaciones al interior de cada proceso, para obtener el total de puntos correspondientes a cada trimestre, lo que representara el 100% de la calificación para el cálculo de la Evaluación de Desempeño por Unidad Médica de primer y segundo nivel de atención como se observa en el esquema 1:

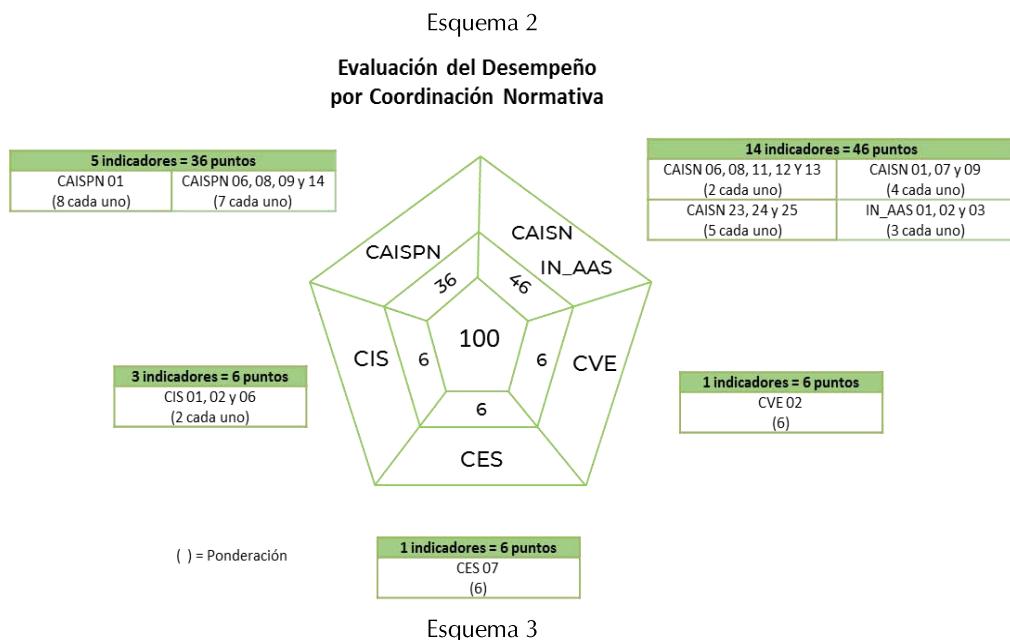


2) Evaluación de Desempeño por Delegación.

Para esta evaluación, se consideran los resultados de los 7 Procesos Salud-Enfermedad que corresponderá al 60% del total de la evaluación del desempeño por Delegación, y se complementa

II. Antecedentes

con la evaluación de los 21 indicadores por Coordinación Normativa y 3 indicadores transversales de las Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud (Esquema 2), que corresponderá al 25% del total, más el resultado de la evaluación de los 17 indicadores del Programa IMSS BIENESTAR (Esquema 3) que corresponderá al 15% del total, para que entre los tres grupos de indicadores sumen un porcentaje de 100% para la evaluación de desempeño por Delegación, de igual forma que en la evaluación de unidades, deberán considerarse los indicadores y los puntos máximos a obtener que correspondan al trimestre evaluado (Esquema 4).



En las Delegaciones que no tienen implementado el programa IMSS BIENESTAR, la suma de los resultados de los indicadores del proceso Salud Enfermedad y los indicadores por Coordinación Normativa representara su 100%, para la evaluación del desempeño por Delegación.

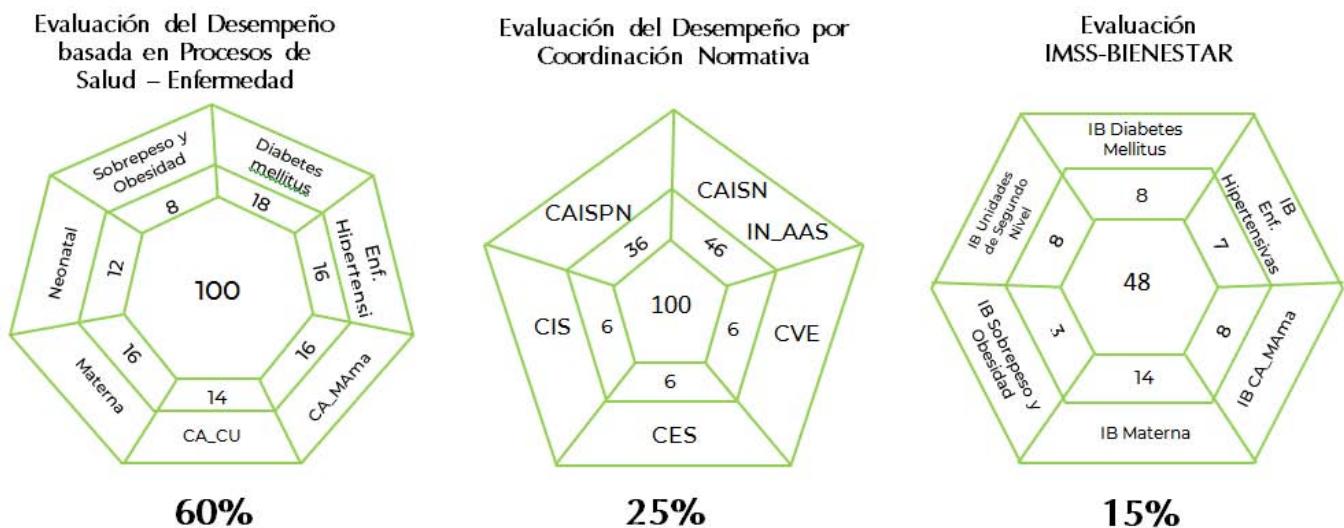
II. Antecedentes

Los indicadores del programa IMSS BIENESTAR son construidos y calculados por la Coordinación de Planeación Estratégica y Padrón de Beneficiarios de la Unidad del Programa IMSS BIENESTAR.

Con lo anterior, la evaluación del desempeño por Delegación se obtiene como se muestra en el esquema 4:

Esquema 4

Evaluación del Desempeño por Delegación



3. Evaluación del Desempeño de las Unidades Médicas de Alta Especialidad.

La evaluación del desempeño de las Unidades Médicas de Alta Especialidad está constituida por 15 indicadores de CUMAE y 2 indicadores de Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud (Tabla 5).

Para la evaluación de indicadores CUMAE, también aplicará la proporcionalidad, es decir:

- Si el logro alcanzado del indicador evaluado se encuentra en el rango de desempeño esperado, el valor obtenido será el puntaje de la Ponderación del indicador evaluado.
- Si el logro alcanzado del indicador evaluado se encuentra fuera del rango de desempeño esperado, el valor obtenido se calculará en base a la proporcionalidad del logro obtenido de la siguiente forma:

Proporcionalidad Directa: si el Valor de Referencia o meta es \geq (Ponderación para la Evaluación del Desempeño X Logro Obtenido) / Valor de Referencia
Proporcionalidad Inversa: si el Valor de Referencia o meta es \leq (Ponderación para la Evaluación del Desempeño X Valor de Referencia) / Logro Obtenido
Si el Valor de Referencia o meta del indicador es un intervalo, ejemplo (2-4), se aplicarán la fórmula de proporcionalidad dependiendo de: Si el logro es menor del rango inferior se aplicará la proporcionalidad directa Si el logro es mayor del rango superior se aplicará la proporcionalidad inversa

II. Antecedentes

Ejemplos del indicador CUMAE 04 en tres unidades donde el Valor de Referencia es un intervalo:

Unidad	Valor de Referencia Rango Inferior	Valor de Referencia Rango Superior	Ponderación para la Evaluación del Desempeño
H.E.S. L.R. DF	3	- 5.2	2
H.E.S. S XXI DF	3	- 4	8
H.E.S. LEÓN	2	- 5.2	8

Unidad	Logro	Cálculo del puntaje	Puntaje Obtenido
H.E.S. L.R. DF	3.5	Ponderación establecida	2
H.E.S. S XXI DF	5	Proporcionalidad Inversa	6.4
H.E.S. LEÓN	1.7	Proporcionalidad Directa	6.8

La ponderación y valores de referencia se presentan en el capítulo correspondiente a los indicadores de CUMAE.

Tabla 5. Indicadores de Evaluación de Desempeño de la CUMAE

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad (CUMAE)			
CUMAE 01	Porcentaje de ocupación en el área de Observación del servicio de Admisión Continua y/o Urgencias en Unidades Médicas de Alta Especialidad	CUMAE 10	Intervalo de sustitución de camas hospitalarias en unidades Médicas de Alta Especialidad
CUMAE 02	Porcentaje de pacientes con estancia prolongada (más de 8 hrs.) en el área de observación en Unidades Médicas de Alta Especialidad	CUMAE 11	Porcentaje de pacientes a quienes se les realiza una cirugía electiva no concertada, a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud, en Unidades Médicas de Alta Especialidad
CUMAE 03	Porcentaje de pacientes a quienes se les programa una consulta de especialidad, a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud, en Unidades Médicas de Alta Especialidad	CUMAE 12	Promedio de cirugías por sala en Unidades Médicas de Alta Especialidad
CUMAE 04	Índice de subsecuencia en Consulta de Especialidad en Unidades Médicas de Alta Especialidad	CUMAE 13	Porcentaje de utilización de las salas de cirugía efectiva en fin de semana, en Unidades Médicas de Alta Especialidad
CUMAE 05	Promedio de Consultas de Especialidad por hora/médico en Unidades Médicas de Alta Especialidad	CUMAE 14	Porcentaje de suspensión de cirugías electivas programadas en Unidades Médicas de Alta Especialidad
CUMAE 06	Promedio de días estancia en Unidades Médicas de Alta Especialidad	CUMAE 15	Porcentaje de utilización de las salas de cirugía efectiva en días hábiles, en Unidades Médicas de Alta Especialidad
CUMAE 07	Porcentaje de ocupación hospitalaria en Unidades Médicas de Alta Especialidad	IN_AAS 01	Tasa de Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud por 1,000 días estancia en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención con 20 camas censables o más, o en Unidades Médicas de Alta Especialidad
CUMAE 08	Tasa de mortalidad hospitalaria en Unidades Médicas de Alta Especialidad	IN_AAS 03	Tasa de Neumonía asociada a ventilación mecánica por 1,000 días ventilador en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención con 20 o más camas censables, o en Unidades Médicas de Alta Especialidad
CUMAE 09	Tasa de letalidad en Neonatos en Unidades Médicas de Alta Especialidad		

III.

Marco Normativo

Manual Metodológico de Indicadores Médicos, 2019-2024.



SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

III. Marco Normativo

Los servicios médicos que se prestan a la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, parten de la premisa fundamental que “*Toda persona tiene derecho a la protección de la salud*”, con acceso a servicios de calidad y calidez.

Una de las funciones sustantivas de responsabilidad para la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, en esta nueva administración, es actualizar el contenido del *Manual Metodológico de Indicadores Médicos (MMIM)*, conservando la metodología, para construir en forma homogénea indicadores estratégicos del Área Médica del Instituto, sustentados en criterios, definiciones y conceptos que son desarrollados por las Coordinaciones Normativas de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, Atención Integral en Segundo Nivel, Unidades Médicas de Alta Especialidad, Educación en Salud, Investigación en Salud, Vigilancia Epidemiológica y Donación de Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células, de la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM), así como la Coordinación de Salud en el Trabajo, que se encuentra dentro de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales (DPES), y la Coordinación de Planeación Estratégica y Padrón de Beneficiarios de la Unidad del Programa IMSS BIENESTAR, para fortalecer los sistemas de evaluación de los servicios médicos.

El MMIM encuentra su sustento legal en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Leyes, Reglamentos, Manuales de Organización, Acuerdos, Normas, Planes y Programas -Nacional, Sectorial e Institucional- que le dan el andamiaje jurídico para su emisión; lo que ofrece certidumbre y congruencia en su contenido; a continuación se precisan los ordenamientos jurídicos aplicables y se señalan de forma acotada los capítulos, artículos, políticas, funciones sustantivas entre otros, del que se hace referencia en cada documento:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. DOF. 05-02-1917. Última reforma 06-03-2020. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/constitucion.php>

Título Primero

Capítulo I. De los derechos Humanos y sus garantías.

- Artículo 4. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. (Párrafo adicionado DOF 03-02-1983).
- Artículo 26. A. El Estado organizará un sistema de planeación democrática del desarrollo nacional que imprima solidez, dinamismo, competitividad, permanencia y equidad al crecimiento de la economía para la independencia y la democratización política, social y cultural de la nación. (Párrafo reformado DOF 05-06-2013)

Los fines del proyecto nacional contenidos en esta Constitución determinarán los objetivos de la planeación La Planeación será democrática y deliberativa. Mediante los mecanismos de participación que establezca la ley, recogerá las aspiraciones y demandas de la sociedad para incorporarlas al plan y los programas de desarrollo. Habrá un Plan Nacional de Desarrollo al

III. Marco Normativo

que se sujetarán obligatoriamente los programas de la Administración Pública Federal.
(Párrafo reformado DOF 10-02-2014)

Ley de Planeación. DOF 05-01-1983. Última reforma 16-12-2018.

Capítulo Segundo

Sistema Nacional de Planeación Democrática.

- Artículo 14. La Secretaría de Hacienda y Crédito Público tendrá las siguientes atribuciones:
VIII. Promover la incorporación de indicadores que faciliten el diagnóstico del impacto de los programas en mujeres y hombres.

Ley General de Salud. DOF 07-02-1984. Última reforma 29-11-2019.

Título Primero

Disposiciones Generales.

Capítulo Único

- Artículo 2. El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:
VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud.
- Artículo 3. En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:
III. La coordinación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud a los que se refiere el Artículo 34, fracción II.
- Artículo 34.-Para los efectos de esta Ley, los servicios de salud, atendiendo a los prestadores de los mismos, se clasifican en:
II. Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios.

Ley del Seguro Social. DOF. 21-12-1995. Última reforma 07-11-2019.

Título Cuarto Del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Capítulo VI

Del Instituto Mexicano del Seguro Social como Organismo Fiscal Autónomo

- Artículo 275. El anteproyecto de presupuesto al que se refiere el artículo 274 deberá contener un reporte de la Dirección General que incluya, al menos, la siguiente información:

III. Marco Normativo

II. El presupuesto asignado por programas, señalando prioridades, objetivos, metas y unidades responsables de su ejercicio, así como su valuación estimada por programa, y los mecanismos e indicadores de evaluación para cada programa.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social. DOF 18-09-2006. Fe de erratas 21 de septiembre de 2006. Última reforma 23-08-2012.

Título Cuarto

De los Órganos Normativos del Instituto.

Capítulo Séptimo

De la Dirección de Prestaciones Médicas

- Artículo 82. La Dirección de Prestaciones Médicas tendrá las facultades siguientes:
 - I. Planear, dirigir y normar las acciones relacionadas con la prestación de servicios médicos, de rehabilitación y de salud pública, atención a los riesgos de trabajo, educación e investigación en salud, así como analizar sus resultados.
 - XI. Establecer, operar y explotar el sistema de información médica, de acuerdo con los lineamientos del Instituto y los del Sistema Nacional de Salud.
 - XVIII. Diseñar y operar, en coordinación con los órganos, Normativos de Operación Administrativa Desconcentrada y unidades operativas competentes, un sistema de seguimiento y evaluación de los procesos de atención a la salud.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Manual de Organización del Instituto Mexicano del Seguro Social. DOF 28-08-2018.

ACUERDO ACDO.SA2.HCT.250718/195.P.DA, de 25 de julio de 2018, mediante el cual se aprobó la actualización del Manual de Organización del Instituto Mexicano del Seguro Social.

6. Políticas

- Administrará sus recursos de manera adecuada a efecto de garantizar sus obligaciones, proporcionar servicios de calidad y ampliar la cobertura conforme a las necesidades de la población derechohabiiente.
- Elevará la calidad y calidez de los servicios que proporciona a la población derechohabiiente.
- Fortalecerá la prestación de servicios en todos los niveles de Atención Médica.
- Introducirá alta tecnología de la información en los procesos institucionales.
- Enfrentará los desafíos de la transición demográfica y epidemiológica del país.
- Realizará un mayor esfuerzo para preservar la salud de toda la población, y en lo particular, para mejorar la calidad de vida de la población en situación de retiro.

III. Marco Normativo

8.1.2 Dirección de Prestaciones Médicas.

- Aprobar las políticas y planes para la elaboración y actualización del diagnóstico institucional de servicios de salud conforme lo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Sectorial en Salud.
- Dictar y autorizar las políticas, normas, planes, programas, lineamientos técnico-médicos y demás regulación referente a la atención integral a la salud en el primer nivel de operación, la vigilancia epidemiológica, el desarrollo de la educación e investigación en salud, el control técnico de la calidad de insumos para la salud y otros productos de uso hospitalario, la infraestructura y equipamiento médico, los servicios médicos indirectos, la prestación de los servicios de salud en el segundo y tercer nivel de atención, los Cuadros Básicos de Insumos para la Salud y los trasplantes de órganos y tejidos.
- Planear la administración y operación del Programa IMSS-PROSPERA, cuyos recursos se ejercerán de conformidad con lo establecido en la Ley, la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y demás disposiciones legales aplicables; así como aquellas reglamentarias y administrativas que de ellas deriven.
- Emitir los criterios de participación institucional en la atención de problemas de salud de la población en general, en coordinación con las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal relacionadas con el Sistema Nacional de Salud.
- Dictar los criterios para la integración institucional a las políticas y planes sectoriales, nacionales e internacionales en materia de salud.
- Establecer estándares e indicadores de evaluación del desempeño institucional en materia de prestaciones médicas, a fin de contribuir a la mejora continua de procesos y programas de trabajo.
- Dirigir el desarrollo de las actividades de formación y educación continua del personal de salud y emitir los criterios, requisitos y procedimientos técnicos para la asignación de becas en coordinación con las instancias institucionales que correspondan.
- Administrar la generación de conocimiento a través de la investigación en los principales problemas de salud de las y los derechohabientes y promover el uso de sus resultados para reforzar las acciones y los programas institucionales.
- Autorizar la difusión de los resultados de los estudios practicados a los insumos para la salud, ropa para los servicios médicos, canastilla maternal, ropa contractual y calzado, ropa no contractual, productos de origen textil y químicos de aseo para uso hospitalario, provenientes de los programas nacionales de muestreo permanente y de atención a quejas o solicitudes.

III. Marco Normativo

- Emitir los criterios para la elaboración, sanción y desarrollo de convenios con organismos nacionales e internacionales en materia de atención integral a la salud, educación e investigación en salud.
- Establecer los criterios para el desarrollo, operación y explotación del sistema de información médica, de acuerdo con los lineamientos del Instituto y los del Sistema Nacional de Salud.
- Dirigir los procesos de promoción a la salud, prevención y detección de enfermedades, atención prenatal, planificación familiar, medicina familiar, vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles y no transmisibles en las unidades médicas y administrativas, y de prevención y promoción a la salud de los trabajadores del Instituto.
- Dirigir la mejora y rediseño de procesos, relacionados con la prestación de servicios médicos en el segundo y tercer nivel de atención, así como, impulsar los proyectos de calidad y seguridad del paciente.
- Autorizar la inclusión, modificación y exclusión de insumos para la salud en los cuadros básicos institucionales, previa coordinación sectorial.
- Dictar los criterios para la planeación de la infraestructura médica; así como la modernización y diseño de nuevos modelos arquitectónicos que favorezcan la capacidad resolutiva en el otorgamiento de las prestaciones médicas.
- Establecer enlace técnico normativo con las instancias oficiales, a fin de lograr óptima respuesta en prevención, mitigación, atención y restablecimiento de servicios médicos institucionales, frente a emergencias, contingencias y desastres.
- Las demás que le señalen la Ley, sus reglamentos, el Consejo Técnico y las que le encomienda la o el Titular de la Dirección General.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas 2000-002-001. Validado y Registrado 08-02-2018, Folio 161.

Dirección de Prestaciones Médicas.

6. Políticas

- Fortalecerá el Sistema de Información en Salud, implementará el Sistema de Evaluación del Desempeño del Sistema Institucional de Salud y apoyará la rendición de cuentas.

8. Funciones sustantivas.

8.1. Dirección de Prestaciones Médicas.

- Establecer estándares e indicadores de evaluación del desempeño institucional en materia de prestaciones médicas, a fin de contribuir a la mejora continua de procesos y programas de trabajo.

III. Marco Normativo

- Establecer los criterios para el desarrollo, operación y explotación del sistema de información médica, de acuerdo con los lineamientos del Instituto y los del Sistema Nacional de Salud.

8.1.3 *Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud.**

- Aprobar la actualización permanente de los criterios, estándares e indicadores de evaluación del desempeño en materia de planeación, educación e investigación en salud y de las políticas de salud, que contribuyan a la mejora continua de sus procesos y programas de trabajo.
- Aprobar el diseño de los sistemas de información institucional para la evaluación de la planeación, educación e investigación en salud y el desarrollo de nuevas políticas de salud.

8.1.3.4 *Coordinación de Planeación en Salud.**

- Validar el modelo de evaluación del desempeño de las prestaciones médicas con base en los objetivos sectoriales e institucionales.
 - Coordinar el diseño, implantación, operación y funcionamiento de los sistemas institucionales de información en salud; así como las bases metodológicas para la evaluación de las prestaciones médicas y la generación de información estadística en salud.

8.1.3.4.1 *División de Información en Salud.*

- Diseñar el sistema de evaluación del desempeño basado en procesos de salud-enfermedad prioritarios que afectan a la población derechohabiiente, con la medición de la atención integral de la salud sobre situaciones de alto gasto institucional y elevado daño a la salud.
- Difundir observaciones sobre calidad, registro y publicación de los indicadores médicos de evaluación.

8.1.3.4.3 *División de Diagnóstico de los Servicios de Salud.*

- Revisar los programas y servicios de salud institucionales con el objeto de evaluar su nivel de desempeño.
- Diseñar una evaluación integral de los servicios de salud, con el fin de obtener un diagnóstico situacional que permita identificar con los órganos normativos, áreas de oportunidad y mejora.
- Analizar el nivel de desempeño institucional, en la prestación de servicios de salud con relación a las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud.
- Analizar los escenarios nacionales e internacionales en materia de salud, a fin de identificar las condiciones en las que se otorgan las prestaciones médicas en el Instituto.

III. Marco Normativo

- Realizar un diagnóstico institucional en materia de prestaciones médicas que permita proponer planes de impacto social y programas integrales de salud en beneficio de los derechohabientes.
- Difundir a las áreas normativas en salud los resultados obtenidos en los diagnósticos, a fin de proporcionarles las herramientas necesarias para coadyuvar en la toma de decisiones y los procesos de planeación en salud.
- Diseñar proyectos y propuestas técnicas en materia de planeación en salud derivados de los diagnósticos.

* Con la restructura será la Unidad de Atención Primaria a la Salud, y la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica (Coordinación de Inteligencia) quienes responderán las funciones de evaluar el desempeño en la prestación de servicios de salud.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de Prestaciones Médicas.

Manual de Organización de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas. 2000-002-002
Validado y Registrado 04-09-2017, Folio 146.

6. Políticas

- Fortalecerá el Sistema de Información en Salud e implementará el Sistema de Evaluación del Desempeño del Sistema Institucional de Salud y apoyará la rendición de cuentas.

8. Funciones Sustantivas

8.1 Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas

- Verificar el cumplimiento en el ámbito delegacional, de las políticas, normas, planes, programas y lineamientos técnico-médicos referentes a la prevención y atención a la salud, vigilancia epidemiológica, seguridad, higiene y salud en el trabajo, educación e investigación en salud y, en su caso aplicar las medidas correctivas que procedan para el mejoramiento de los servicios.
- Evaluar los planes, programas, proyectos e intervenciones en salud que favorezcan la mejora continua de la atención integral a la salud del derechohabiente, así como autorizar la implementación en el ámbito de su competencia.
- Verificar el correcto funcionamiento de los sistemas que generan información estratégica de carácter institucional y sectorial de los procesos de prevención y promoción de la salud en la delegación.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de Prestaciones Médicas.

Norma que establece las disposiciones en materia de información en salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social. 2000-001-015, Fecha de actualización 27-11-2012.**

8. Disposiciones.

8.1. De carácter general

III. Marco Normativo

8.1.1. La DIS es el área normativa de la DPM responsable de la planeación, el diseño, la captación, el procesamiento, la evaluación y presentación de la información en salud, de acuerdo a los programas y políticas del Instituto con base en el Plan Nacional de Salud

8.10. Sistema de Evaluación de las Prestaciones Médicas.

8.10.1. La DIS en conjunto con el Comité Institucional de Información en Salud (CIIS) será responsable de establecer la factibilidad, participar en el diseño y dar seguimiento a los indicadores con los cuales se evalúan las Delegaciones y UMAE en lo referente a los procesos y programas de atención médica.

8.10.2. La DIS en conjunto con el CIIS será responsable de actualizar anualmente el Manual Metodológico de Indicadores Médicos.

8.10.3. La DIS será encargada de presentar y difundir los documentos que describan el proceso general y cada una de sus fases, así como los resultados de los indicadores utilizados para medir la calidad del proceso en sus distintas etapas.

8.10.4. La DIS reunirá, procesará y posteriormente difundirá los resultados de los indicadores y de la evaluación al CIIS y al Director de Prestaciones Médicas, previo a su publicación oficial.

8.10.5. Es responsabilidad de las Coordinaciones Normativas de la DPM y de las Jefaturas de Servicios de Prestaciones Médicas efectuar el análisis de los resultados de la evaluación de las prestaciones médicas.

8.10.6. Las Coordinaciones Normativas deberán analizar y retroalimentar a la DIS sobre la modificación de procesos o actividades médicas que permitan la actualización y/o ajustes necesarios a los indicadores para conservar su vigencia.

**** Requiere actualización para modificar a los nuevos responsables de participar en el diseño y seguimiento a los indicadores con los cuales se evalúan las Delegaciones y UMAE en lo referente a los procesos y programas de atención médica.**

Decreto por el que se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. DOF: 12-07-2019.

- **Economía para el bienestar**

El objetivo de la política económica no es producir cifras y estadísticas armoniosas sino generar bienestar para la población. Los macro indicadores son un instrumento de medición, no un fin en sí. Retomaremos el camino del crecimiento con austeridad y sin corrupción, disciplina fiscal, cese del endeudamiento, respeto a las decisiones autónomas del Banco de México, creación de empleos, fortalecimiento del mercado interno, impulso al agro, a la investigación, la ciencia y la educación.

Los arriba mencionados son los puntos centrales del nuevo consenso nacional, el cual tiene como centro la convicción de que el quehacer nacional en su conjunto –el económico, el político, el social, el cultural– no debe ser orientado a alcanzar a otros países, a multiplicar de manera irracional y a criticar la producción, la distribución y el consumo, a embellecer los

III. Marco Normativo

indicadores y mucho menos a concentrar la riqueza en unas cuantas manos, sino al bienestar de la población.

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2019-2024

I. POLÍTICA Y GOBIERNO

Cambio de paradigma en seguridad

2. Garantizar empleo, educación, salud y bienestar mediante la creación de puestos de trabajo, el cumplimiento del derecho de todos los jóvenes del país a la educación superior, la inversión en infraestructura y servicios de salud y por medio de los programas regionales, sectoriales y coyunturales de desarrollo: Jóvenes Construyendo el Futuro, Instituto Nacional de Salud para el Bienestar, Universidades para el Bienestar, Pensión Universal para Personas Adultas Mayores, Becas “Benito Juárez”, Crédito Ganadero a la Palabra, Producción para el Bienestar, Precios de Garantía a Productos Alimentarios Básicos, programas de Comunidades Sustentables “Sembrando Vida”, de Infraestructura Carretera, Zona Libre de la Frontera Norte, Tren Maya, Corredor Multimodal Interoceánico y Aeropuerto “Felipe Angeles” en Santa Lucia.

II. POLÍTICA SOCIAL

Salud para toda la población

La administración que inicio el 1 de diciembre de 2018 encontró un sistema de salud pública insuficiente, ineficiente, depauperado y corroído por la corrupción. Millones de personas no tienen acceso a ninguna de las instituciones o modalidades de ese sistema o bien enfrentan padecimientos para los cuales no hay cobertura. Como en otros terrenos, el desastre del sistema de salud pública es resultado de los afanes privatizadores y de los lineamientos emitidos por organismos internacionales copados por la ideología neoliberal. El resultado: en un periodo en el que proliferaron los dispensarios, clínicas y hospitales privados de todas las categorías, incluso los de gran lujo, los establecimientos públicos han sido librados al saqueo de la corrupción, la indolencia burocrática y el estrechamiento presupuestal. Es casi normativo el que los pacientes de los hospitales del Estado tengan que llevar sus propios materiales de curación y que se vean obligados a esperar meses antes de ser sometidos a una intervención quirúrgica, tanto por la saturación de los quirófanos como por descomposturas o faltantes de equipo. Otros ni siquiera logran acceso a terapias y tratamientos porque no están afiliados a ninguna institución de seguridad social o bien porque la cobertura del Seguro Popular es insuficiente. En suma, el derecho a la salud le es denegado parcial o totalmente al sector más desprotegido de la población mexicana.

Instituto Nacional de Salud para el Bienestar

El gobierno federal realizara las acciones necesarias para garantizar que hacia 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos.

Este objetivo se logrará mediante la creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar, que dará servicio en todo el territorio nacional a todas las personas no afiliadas al

III. Marco Normativo

IMSS o al ISSSTE. La atención se brindara en atención a los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural, trato no discriminatorio, digno y humano.

- El combate a la corrupción será permanente en todo el sector salud.
- Se dignificaran los hospitales públicos de las diversas dependencias federales.
- Se priorizara la prevención de enfermedades mediante campañas de concientización e inserción en programas escolares de temas de nutrición, hábitos saludables y salud sexual y reproductiva.
- Se emprenderá una campaña informativa nacional sobre las adicciones.
- Se impulsaran las prácticas deportivas en todas sus modalidades.

Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social (PIIMSS) 2020-2024.

Acuerdo ACDO.AS3.HCT.260220/63.P.DF dictado por el H. Consejo Técnico, en sesión ordinaria de 26 de febrero de 2020, así como el Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2020-2024.

- *Estrategia prioritaria 2.4 Definir e implementar mecanismos para garantizar la calidad de los servicios médicos.*

Acción puntual

2.4.2 Consolidar el modelo de gestión directiva, calidad y seguridad.

2.4.3 Sistematizar el proceso de evaluación, supervisión y asesoría de los servicios de atención médica.

2.4.4 Aprovechar la información institucional para la toma de decisiones por los directivos en todos los niveles de gestión.

- *Estrategia prioritaria 6.4 Impulsar mecanismos de monitoreo, evaluación y mejora continua de los servicios de salud y sociales.*

Acción puntual

6.4.3 Consolidar el Modelo Institucional para la Competitividad en las unidades médicas, sociales y administrativas del Instituto.

6.4.4 Instrumentar evaluaciones integrales que permitan corroborar e identificar las mejores Unidades Médicas, Sociales y Administrativas.

IV.

Consideraciones Generales

Manual Metodológico de Indicadores Médicos, 2019-2024.



IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

IV. Consideraciones Generales

De la integración y actualización del Manual Metodológico de Indicadores Médicos (MMIM).

- El Manual Metodológico de Indicadores Médicos (MMIM) es el documento técnico-normativo que concentra los indicadores, criterios y estándares establecidos por las Coordinaciones Normativas de la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM) para la evaluación y el monitoreo de las prestaciones médicas otorgadas.
- Se actualiza, de forma colegiada y con la participación de representantes expertos de las Coordinaciones Normativas, en cumplimiento al numeral 8.10.2 de la “Norma que establece las disposiciones en Materia de Información en Salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social” (2000-001-015) vigente.
- El grupo colegiado determina indicadores médicos que sean útiles para evaluar programas y proyectos contenidos en documentos estratégicos como el Plan Nacional de Desarrollo, el Programa Sectorial de Salud, el Plan Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social que son de interés federal, sectorial e institucional.
- El grupo colegiado establece las prioridades a evaluar; los indicadores que se incluyen o se eliminan; establece el contenido de las fichas técnicas; la ponderación de cada indicador y la agrupación de indicadores (procesos), así como consensuan las características de la evaluación estratégica.
- La Coordinación de Vigilancia Epidemiológica concentra el MMIM y somete a consideración de los Titulares Normativos y del Titular de la DPM el documento impreso y en soporte electrónico, para la autorización de su contenido y su ulterior publicación en el portal de intranet (http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx), sitio donde permanece disponible.
- La impresión original del Manual Metodológico de Indicadores Médicos, que contiene las firmas autógrafas, es entregada a la Dirección de Prestaciones Médicas, para su guarda y custodia.
- La inclusión o exclusión de indicadores en el MMIM se realizará previa solicitud a la persona Titular de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica (o el personal designado por el Titular); de los análisis de factibilidad para la obtención de los datos en los sistemas de información oficiales del Instituto, y de la aprobación de la Coordinación Normativa correspondiente, en caso de que no sea quien proponga el indicador.
- La Coordinación Normativa responsable del indicador (o el personal designado por el Titular), será la instancia autorizada para solicitar a la persona Titular de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, la modificación del contenido de cada ficha técnica o la eliminación de indicadores, así como también será la responsable del seguimiento del comportamiento de sus resultados, considerando que cuenta con las atribuciones gerenciales para modificar el proceso para alcanzar los resultados deseados.

IV. Consideraciones Generales

Del apego a los criterios para la construcción de indicadores.

- La construcción de los indicadores médicos, incluidos en el MMIM, se llevará en estricto apego al objetivo del indicador, el método de cálculo, las fuentes de información y demás características establecidas en las fichas técnicas correspondientes por la Coordinación Normativa responsable. La construcción de los resultados obtenidos de los indicadores médicos se realizará de forma independiente de la Coordinación Normativa responsable, para garantizar la transparencia de los resultados. Salvo en situaciones especiales donde la fuente de información sea administrada por la propia Coordinación Normativa o la construcción del indicador requiera de una revisión técnico médica especializada.
- El Manual Metodológico de Indicadores Médicos y los resultados de cada indicador que aplique será entregado a las instancias institucionales y del sector.
- Asimismo, pueden ser requeridos por organismos fiscalizadores intra y extra institucionales. Por lo que se vuelve obligatorio prestar máxima atención a la precisión y probidad de los datos o reportes de resultados.
- La Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, a través de la División de Información en Salud, proveerá a las instancias autorizadas, los datos o el acceso a reportes, tablas o bases de datos oficiales que se requieran para la construcción de indicadores, según se establezca en las fichas técnicas.
- La División de Información en Salud notificará mediante los medios de comunicación previamente acordados, el momento en que los datos, reportes, tablas o bases de datos preliminares o definitivos, podrán ser utilizados por los usuarios autorizados para la construcción de indicadores.
- La División de Información en Salud, informará oportunamente sobre los ajustes a los datos, reportes, tablas o bases de datos, que se hubieran proporcionado o enviado a los usuarios autorizados.

De la responsabilidad de las áreas de información en la Delegación o UMAE.

- Es responsabilidad de las Coordinaciones de Información y Análisis Estratégico (CIAE) y de las Oficinas de Información Médica y Archivo Clínico (OIMAC), revisar y validar cuidadosa y detenidamente los datos, de tal forma que se garantice que la información esté completa y correcta antes de ser enviada a la División de Información en Salud.
- Ante cualquier inconsistencia de los datos utilizados para la integración de indicadores, se solicitará a las personas titulares de la CIAE u OIMAC correspondientes, la revisión y, en su caso, la corrección, justificación y retroalimentación a la División de Información en Salud o a la División de Información Epidemiológica, según corresponda.

IV. Consideraciones Generales

De la integración y presentación de los reportes para publicación de los resultados de indicadores.

- Las Coordinaciones Normativas (o el personal designado por el Titular) deberán enviar con la debida oportunidad al Titular de la División de Información Epidemiológica, los resultados de indicadores que se han comprometido a construir, ya sea porque las fuentes de información corresponden a sistemas de información propios, o porque la construcción del indicador requiera de una revisión técnico médica especializada y así lo han establecido en la ficha técnica del indicador correspondiente.
- Las Coordinaciones Normativas se ajustarán a las recomendaciones establecidas para publicación que hará de conocimiento la División de Información Epidemiológica tanto en el diseño de los reportes de publicación, como en el formato de presentación de los datos en la página de intranet:

http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx



V.

Indicadores de Procesos Salud-Enfermedad

Manual Metodológico de Indicadores Médicos, 2019-2024.



SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

La sección de Proceso de Salud–Enfermedad en población derechohabiiente, presenta las fichas técnicas de los indicadores de cada proceso:

Indicadores de Procesos de Salud-Enfermedad	Número
Atención Integral de la Diabetes Mellitus	10
Atención Integral de las Enfermedades Hipertensivas	8
Atención Integral del Cáncer de Mama en la mujer	9
Atención Integral del Cáncer Cérvico Uterino	9
Atención Materna Integral	12
Atención Integral Neonatal	7
Atención Integral del Sobre peso-Obesidad	5
TOTAL	60





V.

Procesos de Salud–Enfermedad en Población Derechohabiente

1. Atención Integral de la Diabetes mellitus, en Población Derechohabiente de 20 años y más



Las estimaciones de 2017, publicadas por la Federación Internacional de Diabetes (IDF por sus siglas en inglés), indican que a nivel mundial 425 millones de adultos padecen de Diabetes mellitus, y se espera que esta cifra se incremente a 629 millones para el año 2045. En la región de América del Norte (incluyendo a México), 46 millones de individuos padecen Diabetes, y se estima que este número se elevará a 62 millones para 2045.

La IDF, pone de manifiesto que la Diabetes mellitus y sus complicaciones, son un problema de salud que se incrementa día a día. Se reporta que, en personas de mediana edad con Diabetes mellitus, el 43% tiene una historia de Enfermedad Cardiovascular y alrededor de 27 por 1,000 personas entre 49 y 69 años con Diabetes mellitus mueren cada año (9 de cada 1,000 por infarto y 7 de cada 1,000 por enfermedad coronaria). Otras complicaciones son el daño renal, la ceguera, durante el embarazo y los problemas vasculares periféricos.

Adicionalmente, la Diabetes mellitus genera una relevante carga financiera que recae en los individuos y en sus familias, debido al costo de los servicios de salud, en especial, en las etapas donde se presenta retinopatía diabética, insuficiencia renal y problemas cardiovasculares. El impacto económico es sustancial en los países y en los sistemas nacionales de salud, mismos que destinan entre 5 y 20% de su gasto para la atención de este problema, situación que obstaculiza la sustentabilidad y el desarrollo económico.¹

En nuestro país, la diabetes representa una de las primeras causas de muerte, siendo más de 4 millones de personas los que han sido diagnosticados con esta enfermedad. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, a la mitad del camino de 2016, publicó que la prevalencia de Diabetes en México fue de 9.4%.²

El censo de pacientes diabéticos de 2018, en el Instituto Mexicano del Seguro Social^{3,4} indica que cuenta con 4'446,999 personas con diabetes. Asimismo, ese padecimiento constituye el segundo principal problema según la medición de años de vida saludables perdidos por muerte prematura y por discapacidad; es el segundo motivo de consulta externa de medicina familiar y especialidad (15% de todos los motivos); el noveno motivo de consulta de urgencias, y el octavo motivo de egreso hospitalario en cama censable.

¹ International Diabetes Federation. IDF. Diabetes Atlas, 2017. ISBN. 978-2-930229-81-2. Consulta realizada 29 octubre 2019.

² Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de medio camino 2016 (ENSANUT MC 2016) Informe final de resultados. Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública.

³ IMSS. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión 2017-2018. <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/informe-2017-2018>. Consulta 29 de octubre 2019

⁴ Censo de pacientes con Diabetes mellitus 2016. <http://infosalud/ARCHIVOS/censos/2015/index.htm> Consulta 29 octubre de 2019.

1. Atención Integral de la Diabetes mellitus en población derechohabiente de 20 años y más

Curso Clínico Típico	Tolerancia a la glucosa alterada y resistencia a la insulina	Desarrollo de Diabetes Mellitus	Desarrollo de Complicaciones Microvasculares	Enfermedad Microvascular y Cardiovascular avanzada	Enfermedad muy avanzada Muerte
Impactos esperados de las intervenciones en salud					
Promoción de la Salud	Detección oportuna Identificación y atención de factores de riesgo.	Diagnóstico, Tratamiento y Control. Identificación y manejo oportuno de complicaciones	Tratamiento de las Complicaciones Tempranas o Tardías. Rehabilitación	Desenlace del impacto en salud	

DM 01 - Cobertura de detección de primera vez de Diabetes mellitus en población derechohabiente de 20 años y más 1

DM 02 - Índice de confirmación de pacientes sospechosos de Diabetes mellitus en población derechohabiente de 20 años y más

DM 03 - Tasa de incidencia de Diabetes mellitus en población derechohabiente de 20 años y más 1

DM 04 - Porcentaje de pacientes con Diabetes mellitus de 20 años y más, en control adecuado de glucemia en ayuno (glucosa en ayuno, punto de corte 70-130 mg/dl) 1

DM 05 - Porcentaje de pacientes diabéticos de 20 años y más, con cifras de tensión arterial en control 3

DM 06 - Porcentaje de pacientes con Diabetes mellitus sin registro de seguimiento

DM 07 - Tasa de hospitalizaciones evitables por Diabetes mellitus en población derechohabiente de 20 años y más 5

DM 08 - Índice de amputación debida a complicación por Diabetes mellitus en pacientes de 20 años y más

DM 09 - Tasa de incidencia de invalidez por Diabetes mellitus y sus complicaciones por cada 100,000 trabajadores asegurados, según Unidad Médica de adscripción del trabajador 1

DM 10 - Disminución de la mortalidad por Diabetes mellitus en población derechohabiente de 20 años y más 6



DM 01 - Cobertura de detección de primera vez de Diabetes mellitus en población derechohabiente de 20 años y más.				
Objetivo del indicador	Medir la proporción de derechohabientes de 20 años y más a los que se les realizó la toma de glucosa capilar para identificar alteraciones.			
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Número de derechohabientes de 20 años y más, con detección de Diabetes mellitus de primera vez acumuladas al mes del reporte</p> <p>Población de 20 años y más adscrita a médico familiar menos las prevalencias de Diabetes mellitus específicas por grupo de edad y sexo, aplicadas en el sistema (mujeres y hombres de 20 a 44 años, mujeres y hombres de 45 a 59 años y adultos mayores de 60 años y más)</p>			
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).			
Interpretación	El logro esperado representa el porcentaje de la población cubierta con la detección de Diabetes mellitus, a través de la toma de glucosa capilar.			
Valor de referencia o meta	2019	>= 24.0	2022	>= 30.0
	2020	>= 26.0	2023	>= 32.0
	2021	>= 28.0	2024	>= 33.0
Unidad de medida	Porcentaje		Ponderación para la Evaluación de Desempeño	1 punto
Periodicidad	Mensual acumulado		Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Año	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	2019	>= 24.0	18.8 - 23.9	<= 18.7
	2020	>= 26.0	20.4 - 25.9	<= 20.3
	2021	>= 28.0	21.9 - 27.9	<= 21.8
	2022	>= 30.0	23.5 - 29.9	<= 23.4
	2023	>= 32.0	25.1- 31.9	<= 25.0
	2024	>= 33.0	25.8 - 32.9	<= 25.7

DM 01 - Cobertura de detección de primera vez de Diabetes mellitus en población derechohabiente de 20 años y más.			
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Primera vez es la población que refiere haberse practicado la detección de Diabetes mellitus en los últimos tres años o que nunca en su vida se la han realizado. ▪ Los valores de referencia se modifican mensualmente (ver tabla DM 01). ▪ Las prevalencias aplicadas por grupo son: <ul style="list-style-type: none"> • Mujeres de 20 a 44 años aplica: 3.0% • Hombres de 20 a 44 años aplica: 2.6% • Mujeres de 45 a 59 años aplica: 20.0% • Hombres de 45 a 59 años aplica: 16.7% y • Adulto mayor de 60 años y más aplica: 26.8% ▪ Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, misma que revisa y autoriza los resultados para inclusión en la Evaluación del Desempeño y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

Tabla DM01 - Cobertura de detección de primera vez de Diabetes mellitus en población derechohabiente de 20 años y más.

Año Mes	2019 >=	2020 >=	2021 >=	2022 >=	2023 >=	2024 >=	Rangos desempeño	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Enero	2.0	2.2	2.3	2.5	2.7	2.8	Esperado	>= 2.0	>= 2.2	>= 2.3	>= 2.5	>= 2.7	>= 2.8
							Medio	1.6 - 1.9	1.8 - 2.1	1.9 - 2.2	2.0 - 2.4	2.1 - 2.6	2.2 - 2.7
							Bajo	<= 1.5	<= 1.7	<= 1.8	<= 1.9	<= 2.0	<= 2.1
Febrero	4.0	4.3	4.7	5.0	5.3	5.5	Esperado	>= 4.0	>= 4.3	>= 4.7	>= 5.0	>= 5.3	>= 5.5
							Medio	3.2 - 3.9	3.4 - 4.2	3.7 - 4.6	3.9 - 4.9	4.2 - 5.2	4.3 - 5.4
							Bajo	<= 3.1	<= 3.3	<= 3.6	<= 3.8	<= 4.1	<= 4.2
Marzo	6.0	6.5	7.0	7.5	8.0	8.3	Esperado	>= 6.0	>= 6.5	>= 7.0	>= 7.5	>= 8.0	>= 8.3
							Medio	4.8 - 5.9	5.1 - 6.4	5.5 - 6.9	5.9 - 7.4	6.3 - 7.9	6.5 - 8.2
							Bajo	<= 4.7	<= 5.0	<= 5.4	<= 5.8	<= 6.2	<= 6.4
Abril	8.0	8.7	9.3	10.0	10.7	11.0	Esperado	>= 8.0	>= 8.7	>= 9.3	>= 10.0	>= 10.7	>= 11.0
							Medio	6.3 - 7.9	6.8 - 8.6	7.3 - 9.2	7.8 - 9.9	8.3 - 10.6	8.6 - 10.9
							Bajo	<= 6.2	<= 6.7	<= 7.2	<= 7.7	<= 8.2	<= 8.5
Mayo	10.0	10.8	11.7	12.5	13.3	13.8	Esperado	>= 10.0	>= 10.8	>= 11.7	>= 12.5	>= 13.3	>= 13.8
							Medio	7.9 - 9.9	8.5 - 10.7	9.2 - 11.6	9.8 - 12.4	10.5-13.2	10.8-13.7
							Bajo	<= 7.8	<= 8.4	<= 9.1	<= 9.7	<= 10.4	<= 10.7
Junio	12.0	13.0	14.0	15.0	16.0	16.5	Esperado	>= 12.0	>= 13.0	>= 14.0	>= 15.0	>= 16.0	>= 16.5
							Medio	9.4 - 11.9	10.2-12.9	11.0-13.9	11.7-14.9	12.5-15.9	12.9-16.4
							Bajo	<= 9.3	<= 10.1	<= 10.9	<= 11.6	<= 12.4	<= 12.8
Julio	14.0	15.2	16.3	17.5	18.7	19.3	Esperado	>= 14.0	>= 15.2	>= 16.3	>= 17.5	>= 18.7	>= 19.3
							Medio	11.0-13.9	11.9-15.1	12.8-16.2	13.7-17.4	14.6-18.6	15.1-19.2
							Bajo	<= 10.9	<= 11.8	<= 12.7	<= 13.6	<= 14.5	<= 15.0
Agosto	16.0	17.3	18.7	20.0	21.3	22.0	Esperado	>= 16.0	>= 17.3	>= 18.7	>= 20.0	>= 21.3	>= 22.0
							Medio	12.5-15.9	13.6-17.2	14.6-18.6	15.6-19.9	16.7-21.2	17.2-21.9
							Bajo	<= 12.4	<= 13.5	<= 14.5	<= 15.5	<= 16.6	<= 17.1
Septiembre	18.0	19.5	21.0	22.5	24.0	24.8	Esperado	>= 18.0	>= 19.5	>= 21.0	>= 22.5	>= 24.0	>= 24.8
							Medio	14.1-17.9	15.3-19.4	16.5-20.9	17.6-22.4	18.8-23.9	24.7-19.4
							Bajo	<= 14.0	<= 15.2	<= 16.4	<= 17.5	<= 18.7	<= 19.3
Octubre	20.0	21.7	23.3	25.0	26.7	27.5	Esperado	>= 20.0	>= 21.7	>= 23.3	>= 25.0	>= 26.7	>= 27.5
							Medio	15.7-19.9	17.0-21.6	18.3-23.2	19.6-24.9	20.9-26.6	21.5-27.4
							Bajo	<= 15.6	<= 16.9	<= 18.2	<= 19.5	<= 20.8	<= 21.4
Noviembre	22.0	23.8	25.7	27.5	29.3	30.3	Esperado	>= 22.0	>= 23.8	>= 25.7	>= 27.5	>= 29.3	>= 30.3
							Medio	17.3-21.9	18.7-23.7	20.1-25.6	21.6-27.4	23.0-29.2	23.7-30.2
							Bajo	<= 17.2	<= 18.6	<= 20.0	<= 21.5	<= 22.9	<= 23.6
Diciembre	24.0	26.0	28.0	30.0	32.0	33.0	Esperado	>= 24.0	>= 26.0	>= 28.0	>= 30.0	>= 32.0	>= 33.0
							Medio	18.8-23.9	20.3-25.9	21.9-27.9	23.5-29.9	25.0-31.9	25.8-32.9
							Bajo	<= 18.7	<= 20.2	<= 21.8	<= 23.4	<= 24.9	<= 25.7

DM 02 - Índice de confirmación de pacientes sospechosos de Diabetes mellitus en población derechohabiente de 20 años y más.			
Objetivo del indicador	Medir el porcentaje de derechohabientes de 20 años y más, a quienes se les confirmó Diabetes mellitus, derivado de un resultado anormal en la detección mediante glucosa capilar.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de derechohabientes de 20 años y más sospechosos de Diabetes mellitus resultado de la medición con glucómetro (UP-14) en quienes se les confirmó el padecimiento posterior a la detección (CIE-10: E11.0 - E14.9)		
	Población derechohabiente de 20 años y más con resultado anormal en la detección resultado de la medición con glucómetro (UP-14, 192 o 193)		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).		
Interpretación	El desempeño esperado representa la proporción de derechohabientes con resultado anormal de glucosa capilar, en quienes se confirma Diabetes mellitus tipo 2. El valor de referencia es información internacional.		
Valor de referencia o meta	≥ 15.0		
Unidad de medida	Porcentaje		
Periodicidad	Mensual anualizado	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 15.0	10.0 - 14.9	≤ 9.9

DM 02 - Índice de confirmación de pacientes sospechosos de Diabetes mellitus en población derechohabiente de 20 años y más.

Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El denominador debe ser igual al índice de sospecha, reportado 12 meses antes de la fecha a informar. ▪ Considerar sospecha de Diabetes mellitus los registros de clave UP 14 (sospechoso de diabetes mellitus por glucosa capilar). ▪ Para la detección se deberá incluir la únicamente la detección de primera vez de los servicios 8001, 8101, 8201, 8301, 8701 y A 201. ▪ El numerador debe considerar los casos confirmados por médico familiar (Servicio 04 y 40 del SIMF), posterior a la detección (clave UP 14). ▪ Se excluyen los casos diagnosticados únicamente por cuadro clínico. ▪ No es acumulado. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, que revisa y autoriza los resultados para la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

DM 03 - Tasa de incidencia de Diabetes mellitus en población derechohabiente de 20 años y más.			
Objetivo del indicador	Medir los casos nuevos de la Diabetes mellitus tipo 2 en los derechohabientes de 20 años y más, para orientar las acciones de mejora en los procesos de prevención y control de este padecimiento.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Número de casos nuevos de Diabetes mellitus tipo 2, (CIE-10: E11-E14, Clave EPI: 49), en derechohabientes de 20 años y más</p> <p>X 100,000</p> <p>Población de derechohabientes adscritos a médico familiar (PAMF) de 20 años y más</p>		
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador: Informe Semanal de Casos Nuevos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica, publicado por la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.</p> <p>Denominador: Población adscrita a médico familiar. Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR).</p>		
Interpretación	<p>La tasa de incidencia dentro del rango de desempeño esperado indica la efectividad de las medidas preventivas y de diagnóstico establecidas para la atención de la Diabetes mellitus tipo 2.</p> <p>La tasa de incidencia, permite identificar el resultado de los programas establecidos para Diabetes mellitus tipo 2, campañas (intensificación de acciones preventivas), o de diagnóstico, para orientar las acciones de mejora en los puntos críticos detectados.</p>		
Valor de referencia o meta	0.1 a 400 × 100 000 DHAMF (obtenido en recorrido intercuartil)		
Unidad de medida	Tasa por 100,000 derechohabientes de 20 años y más, adscritos a médico familiar.	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	1 punto
Periodicidad	Mensual anualizado	Indicador contabilizado por	Adscripción
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para la construcción del indicador se incluye: <ul style="list-style-type: none"> ○ Diabetes mellitus tipo 2. (Códigos CIE-10: E11-E14, Clave EPI: 49). ▪ Para la construcción del indicador se excluye: <ul style="list-style-type: none"> ○ Del numerador, los casos de Diabetes mellitus insulinodependiente (Código CIE-10: E10, clave EPI: 127). ▪ Para los reportes acumulados de los meses enero a noviembre del año en curso, se utilizará la Población Adscrita a Médico Familiar (PAMF) de junio del año previo. Para el reporte anual a diciembre, se utilizará la PAMF de junio del año en curso. 		

DM 03 - Tasa de incidencia de Diabetes mellitus en población derechohabiente de 20 años y más.

- Para la elaboración del indicador mensual anualizado, se tomará la siguiente distribución de semanas epidemiológicas:

Mes a evaluar	Semanas epidemiológicas del año a evaluar	Semanas epidemiológicas del año previo a evaluar
Enero	1 a 5	6 a 52
Febrero	1 a 9	10 a 52
Marzo	1 a 13	14 a 52
Abril	1 a 17	18 a 52
Mayo	1 a 22	23 a 52
Junio	1 a 26	27 a 52
Julio	1 a 30	31 a 52
Agosto	1 a 35	36 a 52
Septiembre	1 a 39	40 a 52
Octubre	1 a 43	44 a 52
Noviembre	1 a 48	49 a 52
Diciembre	1 a 52	No aplica

Observaciones

Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador

Indicador que construye la División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles y envía a la División de Información Epidemiológica ambas de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para su inclusión en la Evaluación del Desempeño, así como para la publicación de los resultados en el portal:

http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx

Dimensión del indicador

Eficacia

Tipo de Indicador

Estratégico

DM 04 - Porcentaje de pacientes con Diabetes mellitus de 20 años y más, en control adecuado de glucemia en ayuno (glucosa en ayuno, punto de corte 70-130 mg/dl).			
Objetivo del Indicador	Medir el porcentaje de pacientes de 20 años y más con Diabetes mellitus y glucemia controlada (70-130mg/dl) que acudieron a consulta en el periodo de medición (mes, año), para conocer la eficiencia del proceso de atención integral en este grupo de pacientes.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de pacientes de 20 años y más, con Diabetes mellitus (CIE-10: E11) subsecuentes con cifras de glucemia de 70 a 130mg/dl en el resultado más reciente de los últimos tres meses		
	Total de pacientes de 20 años y más, con Diabetes mellitus (CIE-10: E11) subsecuentes atendidos en el periodo		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF) / Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).		
Interpretación	El desempeño esperado representa el porcentaje de control de pacientes con Diabetes mellitus que acuden a la consulta de medicina familiar en un mes. La meta se estableció con fundamento en la Guía de Práctica Clínica "Tratamiento de la Diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención 2014" y revisión bibliográfica internacional.		
Valor de referencia o meta	>= 40.0		
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	1 punto
Periodicidad	Mensual	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	>= 40.0	35.0 - 39.9	<= 34.9
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diabetes mellitus tipo 2- Código CIE-10: E11. Una cifra de glucosa en ayuno entre 70 – 130 mg/dl, representa el control adecuado de paciente con Diabetes mellitus tipo 2. 		

DM 04 - Porcentaje de pacientes con Diabetes mellitus de 20 años y más, en control adecuado de glucemia en ayuno (glucosa en ayuno, punto de corte 70-130 mg/dl).

Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, misma que revisa y autoriza los resultados para inclusión en la Evaluación del Desempeño y la publicación en el portal:</p> <p>http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficiencia	Tipo de indicador	Estratégico

DM 05 - Porcentaje de pacientes diabéticos de 20 años y más, con cifras de tensión arterial en control.			
Objetivo del indicador	Medir el grado de seguimiento de los pacientes diabéticos de 20 años y más, con Hipertensión Arterial en los servicios de medicina familiar, para identificar oportunamente el daño vascular que ocasiona complicaciones en este grupo pacientes.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de pacientes subsecuentes de 20 años y más con Diabetes mellitus tipo 2 (CIE-10: E11) con cifras de tensión arterial sistólica 100-130 mm/Hg y diastólica 60-80 mm/Hg		
	Total de pacientes de 20 años y más, con Diabetes mellitus (CIE-10: E11), de 20 años y más subsecuentes atendidos en el período		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF) / Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).		
Interpretación	El desempeño esperado refleja que el paciente diabético cumple con el tratamiento integral para controlar su tensión arterial, lo que representa que las complicaciones vasculares esperadas se presente más tardíamente. La meta se estableció con fundamento en la Guía de Práctica Clínica "Tratamiento de la Diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención 2014", y revisión bibliográfica internacional.		
Valor de referencia o meta	>= 80.0		
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	3 puntos
Periodicidad	Mensual	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	>= 80.0	75.0 - 79.9	<= 74.9
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diabetes mellitus tipo 2- Códigos CIE-10: E11. ▪ Incluye todos los pacientes de 20 años y más atendidos en el periodo, con o sin registro de glucemia. 		

DM 05 - Porcentaje de pacientes diabéticos de 20 años y más, con cifras de tensión arterial en control.

Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, misma que revisa y autoriza los resultados para inclusión en la Evaluación del Desempeño y la publicación de los resultados en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficiencia	Tipo de indicador	Estratégico

DM 06 - Porcentaje de pacientes con Diabetes mellitus sin registro de seguimiento.

Objetivo del indicador	Medir el grado de seguimiento de los pacientes con Diabetes mellitus tipo 1 y 2, que se realiza en los servicios de medicina familiar para llevar a cabo acciones de reconquista de pacientes con ausencia de registro por Diabetes mellitus, en el primer nivel de atención. A partir del año 2020 el seguimiento, en este indicador, será de pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 únicamente.
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Número de pacientes registrados en el censo de Diabetes mellitus que no recibieron consulta médica en el servicio de medicina familiar en el transcurso del año a evaluar</p> <hr/> <p>Total de pacientes registrados en el censo de pacientes con Diabetes mellitus del año a evaluar</p>
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Censo de pacientes con Diabetes mellitus. Sistema de Información de Atención Integral de la Salud (SIAIS). Integrado por la División de Información en Salud.
Interpretación	<p>El indicador mide la proporción de pacientes que no reciben consulta por Diabetes mellitus tipo 1 o 2 durante el año a evaluar (a partir del 2020 sólo tipo 2), en específico de los pacientes que fueron identificados por el Censo de Pacientes con Diabetes mellitus tipo 1 y 2, en los años previos al año de construcción. A partir del año 2020 se contabilizarán los pacientes identificados por el Censo de Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 únicamente, en los años previos al año de construcción.</p> <p>Los resultados de la frecuencia para Diabetes mellitus en población del IMSS, reportados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012), indicaron que alrededor de 2.7 millones de adultos sabían que estaban afectados por esta enfermedad y de estos el 15% no se atendía en el IMSS; la atención médica de este grupo fue de tipo privado en su mayoría. El 15% fue el valor de referencia para establecer como punto de desempeño esperado, adicionando un 5% al dato proporcionado por la encuesta.</p> <p>Un valor igual o mayor al 30% de pacientes sin seguimiento indica que existe un porcentaje dos veces mayor que el reportado por la ENSANUT 2012, en estos casos los esfuerzos deben estar dirigidos a la reconquista de pacientes y al control del padecimiento.</p> <p>De no realizar actividades que disminuyan este porcentaje, la cifra de pacientes con complicaciones será mayor, lo que representa una mayor carga para los servicios hospitalarios.</p>

DM 06 - Porcentaje de pacientes con Diabetes mellitus sin registro de seguimiento.			
Valor de referencia o meta	<= 20.0		
Unidad de medida	Porcentaje		
Periodicidad	Anual	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	<= 20.0	20.1 – 30.0	> 30.0
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La Diabetes mellitus es una enfermedad crónica que requiere atención médica continua y educación permanente del paciente en el autocontrol del padecimiento con el propósito de prevenir complicaciones agudas y crónicas. ▪ La Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes mellitus tipo 1 o 2 institucional, indica un periodo de tres meses o más cuando el paciente se encuentre en control y se consigan las metas terapéuticas. ▪ El Censo de pacientes con Diabetes mellitus se construye a partir de dos fuentes: la primera es la información registrada en las bases del Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF), y posteriormente es transferida al Sistema de Información de Atención Integral de la Salud (SIAIS) del año en curso. La segunda fuente es la información de los casos identificados en años previos, y de ésta se eliminan los registros de las defunciones ocurridas y aquellas personas que han perdido la vigencia de derechos. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Información Epidemiológica, de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, misma que revisa y autoriza los resultados para la publicación de resultados en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Calidad	Tipo de indicador	Estratégico

DM 07 - Tasa de hospitalizaciones evitables por Diabetes mellitus en población derechohabiente de 20 años y más.			
Objetivo del indicador	Medir el comportamiento de las hospitalizaciones potencialmente evitables por Diabetes mellitus en derechohabientes de 20 años y más, para considerar intervenciones específicas para el cuidado oportuno y efectivo en el primer nivel de atención.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de egresos hospitalarios por Diabetes mellitus claves CIE-10: E10-E14 en derechohabientes de 20 años y más		
	X 10,000 Población adscrita a médico familiar (PAMF) de 20 años y más		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: SUI 13. Egresos Hospitalarios. Denominador: Población adscrita a médico familiar. Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR).		
Interpretación	Es un indicador directo del volumen de actividad hospitalaria potencialmente prevenible mediante cuidados oportunos y efectivos en el primer nivel asistencial, y un indicador indirecto de la capacidad resolutiva del Sistema de Atención Primaria a la Salud (APS); de la efectividad y la calidad de los servicios, así como de la reducción de costos hospitalarios y mejora de la eficiencia.		
Valor de referencia o meta	<= 15.89 x 10,000 derechohabientes adscritos a médico familiar. Mediana de las tasas del total de unidades médicas en los meses de junio y diciembre anualizados		
Unidad de medida:	Tasa	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	5 puntos
Periodicidad	Semestral anualizado y anual		
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para la construcción del indicador: <ul style="list-style-type: none"> • Los datos de las microzonas se integrarán como si fueran una unidad y así se realizará el cálculo del indicador. • Se incluyen los egresos hospitalarios que en el diagnóstico de ingreso tengan registrados las claves CIE-10: E10-E14. ▪ Hospitalizaciones evitables: Son diagnósticos en los que una atención primaria efectiva y a tiempo evita el riesgo de hospitalización, bien sea previniendo el inicio de una enfermedad, tratando una enfermedad aguda o controlando una enfermedad. 		

DM 07 - Tasa de hospitalizaciones evitables por Diabetes mellitus en población derechohabiente de 20 años y más.			
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Microzona: Término que se refiere a la circunscripción geográfica que agrupa de 3 a 5 unidades de medicina familiar de 1 a 4 consultorios de acuerdo a la accesibilidad, distancia y tiempo de trayecto entre ellas (en promedio: 50 a 150 km, con una hora y media de desplazamiento). Una unidad médica es la cabecera y en ella está adscrito el Director. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles y envía a la División de Información Epidemiológica ambas de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para su inclusión en la Evaluación del Desempeño, así como para la publicación de los resultados en el portal:</p> <p style="text-align: center;">http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

DM 08 - Índice de amputación debida a complicación por Diabetes mellitus en pacientes de 20 años y más.			
Objetivo del indicador	Medir la probabilidad que tienen los pacientes con Diabetes mellitus tipo 1 o 2, de tener una amputación mayor de miembros inferiores a causa de complicaciones de la Diabetes, tales como Neuropatía y Angiopatía diabética periférica.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de egresos hospitalarios en derechohabientes de 20 años y más, con al menos un egreso hospitalario con códigos de Diabetes mellitus (CIE-10: E10-E14) en cualquiera de los diagnósticos de la hoja de alta hospitalaria, y códigos de Amputación mayor de miembros inferiores (CIE-9: 84.13- 84.19) en el diagnóstico de intervención quirúrgica		
	Total de pacientes con Diabetes mellitus (CIE-10: E10-E14) de 20 años y más, adscritos a médico familiar		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: SIMO-Subsistema de egresos hospitalarios. Denominador: Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS). Censo de pacientes con Diabetes mellitus.		
Interpretación	Las amputaciones mayores (por encima del tobillo) tienen un impacto importante en la salud del individuo, pues ocasionan alteraciones en la calidad de vida y altos costos derivados de atención, seguimiento, rehabilitación y discapacidad. Una tasa elevada es indicativa de un control glucémico inadecuado y prolongado en la población evaluada.		
Valor de referencia o meta	$\leq 95 \text{ amputaciones} \times 100,000 \text{ pacientes}$		
Unidad de medida	Tasa por 100,000 pacientes diabéticos registrados en el Censo de pacientes con Diabetes mellitus.		
Periodicidad	Mensual anualizado	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤ 95.0	95.1 – 115.0	≥ 115.1

DM 08 - Índice de amputación debida a complicación por Diabetes mellitus en pacientes de 20 años y más.

Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para la construcción del indicador se incluye: <ul style="list-style-type: none"> ○ Diabetes mellitus, códigos CIE-10: E10 - E14. Amputación mayor de miembros inferiores, códigos CIE-9: 84.13 – 84.19 (en las variables intervención principal o procedimientos quirúrgicos 1 a 5). ○ Tipo de ingreso 1 o 2. ○ Derechohabientes con 20 años o más. ▪ Para la construcción del indicador se excluye: <ul style="list-style-type: none"> ○ Amputaciones traumáticas (CIE-10: S77, S78, S87, S88, S98, T053, T055 y T136) en diagnóstico principal, de ingreso, secundario 1 o secundario 2. ○ Egreso hospitalario en pacientes con más de una amputación. ○ Egreso hospitalario con diagnóstico principal no relacionado con amputaciones mayores en sujetos identificados con Diabetes mellitus. ▪ Indicador de impacto considerado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles y envía a la División de Información Epidemiológica ambas de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para la publicación de los resultados en el portal:</p> <p>http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

DM 09 - Tasa de incidencia de Invalidez por Diabetes mellitus y sus complicaciones por cada 100,000 trabajadores asegurados, según Unidad Médica de adscripción del trabajador.

Objetivo del Indicador	<p>Medir el impacto de los programas de prevención y detección oportuna de la Diabetes mellitus; así como de las acciones de atención médica para el control adecuado de los trabajadores, para evitar la aparición de complicaciones tardías que resulten en la imposibilidad de que los trabajadores asegurados en el ramo de Invalidez y Vida, continúen realizando sus actividades laborales.</p>																																														
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Total de dictámenes de invalidez iniciales (1^a vez) aceptados con diagnóstico de Diabetes mellitus y sus complicaciones, según delegación origen acumulados al trimestre del reporte $\times 100,000$</p>																																														
	<p>Promedio de trabajadores asegurados en invalidez y vida, al trimestre del reporte</p>																																														
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador: ST-5 Integrada de invalidez cuyo diagnóstico CIE sea compatible con Diabetes mellitus y sus complicaciones (ST-5 Manual y Módulo Electrónico de Salud en el Trabajo).</p> <p>Denominador: Archivo denominado “Población Adscrita por Unidad” elaborado con la base de datos de la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR), publicada por la Coordinación de Salud en el Trabajo en la página de la Comunidad de Salud en el Trabajo en la Biblioteca de Bases de datos http://comunidades.imss.gob.mx:106/sites/cc/dpm/cst/SitePages/Inicio.aspx y Consulta Dinámica de Información o Cubo de Información Directiva CP http://189.202.239.32/cubo_cp.asp</p>																																														
Interpretación	<p>Identifica el comportamiento de la Invalidez por Diabetes mellitus y sus complicaciones durante el periodo de tiempo especificado, con relación al número de trabajadores asegurados en el ramo de aseguramiento de Invalidez y Vida.</p>																																														
Valor de referencia o meta	<table border="1" data-bbox="376 1467 1450 1881"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Año</th> <th rowspan="2">Anual</th> <th colspan="4">Trimestral Acumulado</th> </tr> <tr> <th>Marzo</th> <th>Junio</th> <th>Septiembre</th> <th>Diciembre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2019</td> <td><= 24.85</td> <td><= 5.69</td> <td><= 11.98</td> <td><= 17.71</td> <td><= 24.85</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td><= 26.88</td> <td><= 6.15</td> <td><= 12.97</td> <td><= 19.15</td> <td><= 26.88</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td><= 29.08</td> <td><= 6.65</td> <td><= 14.03</td> <td><= 20.72</td> <td><= 29.08</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td><= 31.45</td> <td><= 7.20</td> <td><= 15.17</td> <td><= 22.41</td> <td><= 31.45</td> </tr> <tr> <td>2023</td> <td><= 34.03</td> <td><= 7.79</td> <td><= 16.41</td> <td><= 24.25</td> <td><= 34.03</td> </tr> <tr> <td>2024</td> <td><= 36.81</td> <td><= 8.42</td> <td><= 17.76</td> <td><= 26.23</td> <td><= 36.81</td> </tr> </tbody> </table>	Año	Anual	Trimestral Acumulado				Marzo	Junio	Septiembre	Diciembre	2019	<= 24.85	<= 5.69	<= 11.98	<= 17.71	<= 24.85	2020	<= 26.88	<= 6.15	<= 12.97	<= 19.15	<= 26.88	2021	<= 29.08	<= 6.65	<= 14.03	<= 20.72	<= 29.08	2022	<= 31.45	<= 7.20	<= 15.17	<= 22.41	<= 31.45	2023	<= 34.03	<= 7.79	<= 16.41	<= 24.25	<= 34.03	2024	<= 36.81	<= 8.42	<= 17.76	<= 26.23	<= 36.81
Año	Anual			Trimestral Acumulado																																											
		Marzo	Junio	Septiembre	Diciembre																																										
2019	<= 24.85	<= 5.69	<= 11.98	<= 17.71	<= 24.85																																										
2020	<= 26.88	<= 6.15	<= 12.97	<= 19.15	<= 26.88																																										
2021	<= 29.08	<= 6.65	<= 14.03	<= 20.72	<= 29.08																																										
2022	<= 31.45	<= 7.20	<= 15.17	<= 22.41	<= 31.45																																										
2023	<= 34.03	<= 7.79	<= 16.41	<= 24.25	<= 34.03																																										
2024	<= 36.81	<= 8.42	<= 17.76	<= 26.23	<= 36.81																																										

DM 09 - Tasa de incidencia de Invalidez por Diabetes mellitus y sus complicaciones por cada 100,000 trabajadores asegurados, según Unidad Médica de adscripción del trabajador.					
Unidad de medida	Tasa por 100,000 trabajadores asegurados		Ponderación para la Evaluación de Desempeño		1 punto
Periodicidad	Trimestral acumulado				
Rangos de desempeño	Año	Periodo	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	2019	Ene - Mar	<= 5.69	5.70 - 8.40	> 8.40
		Ene - Jun	<= 11.98	11.99 - 19.69	> 19.69
		Ene - Sep	<= 17.71	17.72 - 27.95	> 27.95
		Ene - Dic	<= 24.85	24.86 - 39.35	> 39.35
	2020	Ene - Mar	<= 6.15	6.16 - 9.09	> 9.09
		Ene - Jun	<= 12.97	12.98 - 21.27	> 21.27
		Ene - Sep	<= 19.15	19.16 - 30.19	> 30.19
		Ene - Dic	<= 26.88	26.89 - 42.50	> 42.50
	2021	Ene - Mar	<= 6.65	6.66 - 9.83	> 9.83
		Ene - Jun	<= 14.03	14.04 - 23.01	> 23.01
		Ene - Sep	<= 20.72	20.73 - 32.66	> 32.66
		Ene - Dic	<= 29.08	29.09 - 45.98	> 45.98
	2022	Ene - Mar	<= 7.20	7.21 - 10.63	> 10.63
		Ene - Jun	<= 15.17	15.18 - 24.89	> 24.89
		Ene - Sep	<= 22.41	22.42 - 35.33	> 35.33
		Ene - Dic	<= 31.45	31.46 - 49.74	> 49.74
	2023	Ene - Mar	<= 7.79	7.80 - 11.50	> 11.50
		Ene - Jun	<= 16.41	16.42 - 26.93	> 26.93
		Ene - Sep	<= 24.25	24.26 - 38.22	> 38.22
		Ene - Dic	<= 34.03	34.04 - 53.81	> 53.81
	2024	Ene - Mar	<= 8.42	8.43 - 12.45	> 12.45
		Ene - Jun	<= 17.76	17.77 - 23.13	> 23.13
		Ene - Sep	<= 26.23	26.24 - 41.34	> 41.34
		Ene - Dic	<= 36.81	36.81 - 58.21	> 58.21
Observaciones	Para la construcción del indicador: <ul style="list-style-type: none"> • Se excluyen para el numerador: las revaloraciones. • Los códigos CIE-10 que se utilizarán para Diabetes mellitus serán: E10 – E14, H360, H280, N083, G632 y G590. 				

DM 09 - Tasa de incidencia de Invalidez por Diabetes mellitus y sus complicaciones por cada 100,000 trabajadores asegurados, según Unidad Médica de adscripción del trabajador.

Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Se incluye en el numerador y denominador a los trabajadores IMSS. • La población a considerar será la publicada en la Página de la Comunidad de Salud en el Trabajo. <p>Indicador que construye la Coordinación de Salud en el Trabajo, como coadyuvante en la toma de decisiones oportunas con el fin de evitar daños a la salud, visualizando la importancia en el impacto económico de los recursos que administra la Institución para proveer de las pensiones futuras para los trabajadores asegurados que las requieran</p>		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la Coordinación de Salud en el Trabajo de la Unidad de Prestaciones Económicas y Salud en el Trabajo y envía a la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para inclusión en la Evaluación del Desempeño, así como para la publicación de resultados en el portal:</p> <p style="text-align: center;">http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

DM 10 - Disminución de la mortalidad por Diabetes mellitus en población derechohabiente de 20 años y más.			
Objetivo del indicador	Medir la variación porcentual de la tasa de mortalidad por Diabetes mellitus (CIE-10: E10.0 - E14.9) en la población derechohabiente de 20 años y más, con respecto a la del año inmediato anterior para identificar el efecto de las medidas de prevención y control de la enfermedad.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Tasa de mortalidad por Diabetes mellitus (CIE-10: E10.0 - E14.9) en población derechohabiente de 20 años y más; del año a evaluar</p> <p style="text-align: right;">x 100</p> <p>Tasa de mortalidad por Diabetes mellitus (CIE-10: E10.0 - E14.9) en población derechohabiente de 20 años y más, del año anterior</p>		
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador de las tasas: Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED) IMSS.</p> <p>Denominador de las tasas: Datos de Población emitidos por la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR).</p>		
Interpretación	Representa en qué medida la mortalidad por Diabetes mellitus ha variado en la población derechohabiente de 20 años y más, en el último año.		
Valor de referencia o meta	≤ -5.0 o sin muertes		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	6 puntos
Periodicidad	Mensual anualizado	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤ -5.0 o sin muertes	- 4.9 a Cero	Cualquier incremento

DM 10 - Disminución de la mortalidad por Diabetes mellitus en población derechohabiente de 20 años y más.

Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se incluyen las muertes por Diabetes mellitus CIE-10: E10.0 - E14.9 en causa básica. ▪ Para la construcción de las tasas anualizadas, de enero a noviembre del año de proceso, el denominador utilizará los datos de población adscrita a Médico Familiar de junio del año anterior al de proceso, mismos que son emitidos por la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR). Para el mes de diciembre del año de proceso, se aplicará la población del periodo junio del año de proceso. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles, misma que revisa y autoriza los resultados para inclusión en la Evaluación del Desempeño y la publicación en el portal:</p> <p>http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficiencia	Tipo de indicador	Estratégico



V.

Procesos de Salud–Enfermedad en Población
Derechohabiente

2. Atención Integral de las Enfermedades Hipertensivas en población derechohabiente de 20 años y más



De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Hipertensión Arterial (HTA) es la primera causa de muerte en el mundo, se calcula que en el 2015 murieron por esta causa 17,7 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo¹. Asimismo 7,4 millones de estas muertes tuvieron como causa la Cardiopatía Coronaria y 6,7 millones a los Accidentes Vasculares Cerebrales (AVC)².

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), destaca que situaciones como la promoción y fomento de la identificación oportuna de prediabetes y la medición correcta de la tensión arterial, son prerequisitos esenciales para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con hipertensión. En el 7º Informe sobre “Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial”, la OPS recomienda enfáticamente que el control de la Hipertensión Arterial requiera del acceso regular a los servicios de salud, ya que se trata de un padecimiento crónico que demanda un sistema de cuidados que opere de manera armónica, integral y continua.³

El Plan de Acción Global para la Prevención y Control de las Enfermedades No transmisibles 2013 – 2020⁴, establece la meta de reducción del 25% sobre la prevalencia de Hipertensión Arterial de los países miembros. En México, según datos de la ENSANUT 2016, la prevalencia de la HTA fue de 25.5%.⁵

En el Instituto Mexicano del Seguro Social⁶, en el Censo de pacientes con Diabetes e Hipertensión Arterial de 2018, reporta una prevalencia de Hipertensión Arterial de 15% en la población adscrita a Médico Familiar (7'479,982 derechohabientes con este padecimiento). Asimismo, en el documento se menciona que las personas con Diabetes mellitus e Hipertensión Arterial en el Instituto llegaron a 3,252,573 derechohabientes con un incremento de 14% en los últimos 3 años, de los cuales el 61% son mujeres y 39% son hombres.

¹ Enfermedades Cardiovasculares Mayo 2017. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>

² WHO. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial. 2013.

³ OPS. 7º Informe del Comité Nacional Conjunto de los Estados Unidos de América sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. 2013.

⁴ Global action plan for the prevention and control of non communicable diseases 2013-2020. 1. Chronic diseases. 2. Cardiovascular diseases. 3. Neoplasms. 4. Respiratory tract diseases. 5. Diabetes mellitus. 6. Health planning. 7. International cooperation. I. World Health Organization. ISBN 978 92 4 150623 6 (NLM classification: WT 500).

⁵ Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016. Resultados Nacionales.2016. <http://ensanut.insp.mx/> - Consulta realizada octubre 2018

⁶ Censo de pacientes con Diabetes mellitus, Hipertensión arterial y ambos. IMSS año 2018. <http://infosalud/ARCHIVOS/censos/2018/index.htm> Consulta efectuada 30 de octubre 2019

2. Atención Integral de Enfermedades Hipertensivas en población derechohabiente de 20 años y más

Curso Clínico Típico	Estilos de vida	Cifras de Tensión arterial alterada, comorbilidad, sobrepeso u obesidad	Hipertensión Arterial, Daño a órgano blanco (Enf Cardiovascular, Nefropatía, Enf. Art. Periférica, Retinopatía))	Muerte
Impactos esperados de las intervenciones en salud				
Promoción de la Salud	Detección oportuna Identificación y atención de factores de riesgo.	Diagnóstico, Tratamiento y Control. Identificación y manejo oportuno de complicaciones	Tratamiento de las Complicaciones Tempranas o Tardías. Rehabilitación	Desenlace del impacto en salud

EH 01 - Cobertura de detección de Hipertensión Arterial en población derechohabiente de 20 años y más.

Objetivo del indicador	Medir la proporción de derechohabientes de 20 años y más, con detección de Hipertensión Arterial para prevenir o tratar oportunamente.			
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de derechohabientes de 20 años y más, con detección de Hipertensión Arterial, acumulados al mes del reporte _____ Población de 20 años y más, adscrita a Médico Familiar menos la prevalencia de Hipertensión Arterial específica por grupo de edad y sexo (mujeres y hombres de 20 a 29 años, mujeres y hombres de 30 a 59 años y adultos mayores de 60 años y más)			
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).			
Interpretación	Permite conocer el porcentaje de la población a quienes se les realizó la detección de hipertensión arterial. El valor de referencia se calculó con base año comportamiento histórico del indicador.			
Valor de referencia o meta	2019	≥ 62.0	2022	≥ 67.0
	2020	≥ 64.0	2023	≥ 69.0
	2021	≥ 66.0	2024	≥ 70.0
Unidad de medida	Porcentaje			
Periodicidad	Mensual acumulado	Indicador contabilizado por		Adscripción
Rangos de desempeño	Año	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	2019	≥ 62.0	53.0 - 61.9	≤ 52.9
	2020	≥ 64.0	55.0 - 63.9	≤ 54.9
	2021	≥ 66.0	57.0 - 65.9	≤ 56.9
	2022	≥ 67.0	58.0 - 66.9	≤ 57.9
	2023	≥ 69.0	59.0 - 68.9	≤ 58.9
	2024	≥ 70.0	60.0 - 69.9	≤ 59.9

EH 01 - Cobertura de detección de Hipertensión Arterial en población derechohabiente de 20 años y más.			
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los valores de referencia de los rangos de desempeño, se modifican mensualmente (ver tabla EH 01). ▪ Las prevalencias aplicadas por grupo son: <ul style="list-style-type: none"> • Mujeres de 20 a 29 años aplica 3.9% • Hombres de 20 a 29 años aplica 1.7% • Mujeres de 30 a 59 años aplica 24.7% • Hombres de 30 a 59 años aplica 15.5% y • Adulto mayor de 60 años y más aplica 45.7% <p>Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.</p>		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, misma que revisa y autoriza los resultados para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

Tabla EH01 - Cobertura de detección de Hipertensión Arterial en población derechohabiente de 20 años y más.

Año Mes	2019 =>	2020 =>	2021 =>	2022 =>	2023 =>	2024 =>	Rangos desempeño	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Enero	5.2	5.3	5.5	5.6	5.7	5.8	Esperado	>= 5.2	>= 5.3	>= 5.5	>= 5.6	>= 5.7	>= 5.8
							Medio	4.4 - 5.1	4.6 - 5.2	4.7 - 5.4	4.8 - 5.5	4.9 - 5.74	5.0 - 5.7
							Bajo	<= 4.3	<= 4.5	<= 4.6	<= 4.7	<= 4.8	<= 4.9
Febrero	10.3	10.7	11.0	11.2	11.5	11.7	Esperado	>= 10.3	>= 10.7	>= 11.0	>= 11.2	>= 11.5	>= 11.7
							Medio	8.8 - 10.2	9.1 - 10.6	9.4 - 10.9	9.5 - 11.1	9.8 - 11.4	10.0 - 11.6
							Bajo	<= 8.7	<= 9.0	<= 9.3	<= 9.4	<= 9.7	<= 9.9
Marzo	15.5	16.0	16.5	16.8	17.3	17.5	Esperado	>= 15.5	>= 16.0	>= 16.5	>= 16.8	>= 17.3	>= 17.5
							Medio	13.3 - 15.4	13.7 - 15.9	13.9 - 16.4	14.4 - 16.7	14.8 - 17.2	15.0 - 17.4
							Bajo	<= 13.2	<= 13.6	<= 13.8	<= 14.3	<= 14.7	<= 14.9
Abril	20.7	21.3	22.0	22.3	23.0	23.3	Esperado	>= 20.7	>= 21.3	>= 22.0	>= 22.3	>= 23.0	>= 23.3
							Medio	17.8 - 20.6	18.3 - 21.2	18.8 - 21.9	19.2 - 22.2	19.7 - 22.9	20.0 - 23.2
							Bajo	<= 17.7	<= 18.2	<= 18.8	<= 19.1	<= 19.6	<= 19.9
Mayo	25.8	26.7	27.5	27.9	28.8	29.2	Esperado	>= 25.8	>= 26.7	>= 27.5	>= 27.9	>= 28.8	>= 29.2
							Medio	22.1 - 25.7	22.8 - 26.6	23.6 - 27.4	23.9 - 27.8	24.6 - 28.7	25.0 - 29.1
							Bajo	<= 22.0	<= 22.7	<= 23.5	<= 23.8	<= 24.5	<= 24.9
Junio	31.0	32.0	33.0	33.5	34.5	35.0	Esperado	>= 31.0	>= 32.0	>= 33.0	>= 33.5	>= 34.5	>= 35.0
							Medio	26.6 - 30.9	27.4 - 31.9	28.3 - 32.9	28.7 - 33.4	29.6 - 34.4	30.0 - 34.9
							Bajo	<= 26.5	<= 27.3	<= 28.2	<= 28.6	<= 29.5	<= 29.9
Julio	36.2	37.3	38.5	39.1	40.3	40.8	Esperado	>= 36.2	>= 37.3	>= 38.5	>= 39.1	>= 40.3	>= 40.8
							Medio	31.0 - 36.1	32.0 - 37.2	33.0 - 38.4	33.5 - 39.0	34.5 - 40.2	35.0 - 40.7
							Bajo	<= 30.9	<= 31.9	<= 32.9	<= 33.4	<= 34.4	<= 34.9
Agosto	41.3	42.7	44.0	44.7	46.0	46.7	Esperado	>= 41.3	>= 42.7	>= 44.0	>= 44.7	>= 46.0	>= 46.7
							Medio	35.4 - 41.2	36.6 - 42.6	37.7 - 43.9	38.3 - 44.6	39.4 - 45.9	40.0 - 46.6
							Bajo	<= 35.3	<= 36.5	<= 37.6	<= 38.2	<= 39.3	<= 39.9
Septiembre	46.5	48.0	49.5	50.3	51.8	52.5	Esperado	>= 46.5	>= 48.0	>= 49.5	>= 50.3	>= 51.8	>= 52.5
							Medio	39.9 - 46.4	41.2 - 47.9	42.4 - 49.4	43.1 - 50.2	44.4 - 51.7	45.0 - 52.4
							Bajo	<= 39.8	<= 41.1	<= 42.3	<= 43.0	<= 44.3	<= 44.9
Octubre	51.7	53.3	55.0	55.8	57.5	58.3	Esperado	>= 51.7	>= 53.3	>= 55.0	>= 55.8	>= 57.5	>= 58.3
							Medio	44.3 - 51.6	45.7 - 53.2	47.2 - 54.9	47.9 - 55.7	49.3 - 57.4	50.0 - 58.2
							Bajo	<= 44.2	<= 45.6	<= 47.1	<= 47.8	<= 49.2	<= 49.9
Noviembre	56.8	58.7	60.5	61.4	63.3	64.2	Esperado	>= 56.8	>= 58.7	>= 60.5	>= 61.4	>= 63.3	>= 64.2
							Medio	44.7 - 56.7	46.2 - 58.6	47.6 - 60.4	48.3 - 61.3	49.8 - 63.2	50.5 - 64.1
							Bajo	<= 44.6	<= 46.1	<= 47.5	<= 48.2	<= 49.7	<= 50.4
Diciembre	62.0	64.0	66.0	67.0	69.0	70.0	Esperado	>= 62.0	>= 64.0	>= 66.0	>= 67.0	>= 69.0	>= 70.0
							Medio	53.2 - 61.9	54.9 - 63.9	56.6 - 65.9	57.4 - 66.9	59.1 - 68.9	60.0 - 69.9
							Bajo	<= 53.1	<= 54.8	<= 56.5	<= 57.3	<= 59.0	<= 59.9

EH 02 - Índice de confirmación de casos sospechosos de Hipertensión Arterial en población derechohabiente de 20 años y más.			
Objetivo del indicador	Medir el porcentaje de derechohabientes de 20 años y más, a quienes se les confirmó Hipertensión Arterial, derivado del resultado anormal en la detección.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de derechohabientes de 20 años y más, sospechosos de Hipertensión Arterial (UP 34) en quienes se les confirmó el padecimiento posterior a la detección (CIE-10: I10-I15) X 100		
	Población de derechohabientes de 20 años y más, con resultado sospechoso en la detección (UP 34)		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).		
Interpretación	Es el porcentaje de derechohabientes con resultado anormal en la detección de Hipertensión Arterial en quienes se confirma la enfermedad. El valor de referencia se obtuvo de referencias internacionales.		
Valor de referencia o meta	≥ 20.0		
Unidad de medida	Porcentaje		
Periodicidad	Mensual anualizado	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 20.0	10.1 - 19.9	≤ 10.0
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El denominador debe ser igual al índice de sospecha, reportado 12 meses antes de la fecha a informar. ▪ Considerar sospecha de Hipertensión Arterial los registros de clave UP 34 (sospechoso de Hipertensión Arterial con cifras de presión arterial $\geq 140/90$ mmHg). ▪ Para la detección se deberá incluir únicamente la detección de primera vez de los servicios 8001, 8101, 8201, 8301, 8701 y A201. ▪ El numerador debe considerar los casos confirmados por Médico Familiar (servicio 04 y 40 del SIMF), posterior a la detección (clave UP 34). ▪ No es acumulado. 		

EH 02 - Índice de confirmación de casos sospechosos de Hipertensión Arterial en población derechohabiente de 20 años y más.			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, que revisa y autoriza los resultados para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

EH 03 - Tasa de incidencia de Enfermedades Hipertensivas en población derechohabiente de 20 años y más.			
Objetivo del indicador	Medir la ocurrencia de la morbilidad (casos nuevos) de las enfermedades hipertensivas a lo largo de un periodo de tiempo, para establecer acciones de mejora dirigidas a la detección, diagnóstico y tratamiento.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de casos nuevos de enfermedades hipertensivas (CIE-10: I10-I15, Clave EPI: 47), en población de 20 años y más $\text{X } 100,000$ Población derechohabiente adscrita a Médico Familiar de 20 años y más (a mitad de periodo)		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Informe Semanal de Casos Nuevos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica, publicado por la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Denominador: Población adscrita a Médico Familiar. Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR).		
Interpretación	Expresa la ocurrencia de las enfermedades hipertensivas entre la población derechohabiente con relación a la unidad de tiempo-persona, por lo que mide la velocidad de la ocurrencia de las enfermedades hipertensivas		
Valor de referencia o meta	0.1 a 500.0 × 100 000 DHAMF (obtenido en recorrido intercuartil)		
Unidad de medida	Tasa por 100,000 derechohabientes de 20 años y más, adscritos a Médico Familiar.	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	3 puntos
Periodicidad	Mensual anualizado	Indicador contabilizado por	Adscripción
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para la construcción del indicador se incluye: ▪ Los casos consideran los códigos de enfermedades hipertensivas de la CIE-10: I10-I15, Clave EPI: 47. ▪ Para los reportes acumulados de los meses enero a noviembre del año en curso, se utilizará la Población Adscrita a Medicina Familiar (PAMF), de junio del año previo. ▪ Para el reporte anual a diciembre, se utilizará la PAMF de junio del año en curso. 		

EH 03 - Tasa de incidencia de Enfermedades Hipertensivas en población derechohabiente de 20 años y más.

- Para la elaboración del indicador mensual anualizado, se tomará la siguiente distribución de semanas epidemiológicas:

Mes a evaluar	Semanas epidemiológicas del año a evaluar	Semanas epidemiológicas del año previo a evaluar
Enero	1 a 5	6 a 52
Febrero	1 a 9	10 a 52
Marzo	1 a 13	14 a 52
Abril	1 a 17	18 a 52
Mayo	1 a 22	23 a 52
Junio	1 a 26	27 a 52
Julio	1 a 30	31 a 52
Agosto	1 a 35	36 a 52
Septiembre	1 a 39	40 a 52
Octubre	1 a 43	44 a 52
Noviembre	1 a 48	49 a 52
Diciembre	1 a 52	No aplica

Observaciones

Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador

Indicador que construye la División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles y envía a la División de Información Epidemiológica ambas de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para su inclusión en la Evaluación del Desempeño y la publicación de los resultados en el portal:

http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx

Dimensión del indicador

Eficacia

Tipo de Indicador

Estratégico

EH 04 - Porcentaje de pacientes de 20 años y más en control de Hipertensión Arterial en Medicina Familiar.			
Objetivo del Indicador	Medir el porcentaje de pacientes hipertensos mayores de 20 años, con cifras de tensión arterial en control adecuado (sistólica menor de 140 mmHg y diastólica menor de 90 mm Hg), que acudieron a consulta en el periodo de medición (mes, año), para conocer la eficiencia del proceso de atención integral en este grupo de pacientes.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de pacientes subsecuentes de 20 años y más con diagnóstico de Hipertensión Arterial (CIE-10: I10: I15) con cifras de tensión arterial sistólica menor de 140 mmHg y diastólica de menor 90 mmHg atendidos en el período $\times 100$		
	Total de pacientes subsecuentes de 20 años y más con diagnóstico de Hipertensión Arterial atendidos en el período		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF) / Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).		
Interpretación	Un resultado dentro del valor esperado representa una adecuada congruencia clínico-diagnóstico-terapéutica y apego al tratamiento integral por parte del paciente hipertenso mayor de 20 años. La meta se estableció con fundamento en datos del “Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención 2014” y revisión bibliográfica internacional.		
Valor de referencia o meta	≥ 65.0		
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	4 puntos
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 65.0	60.0 - 64.9	≤ 59.9
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El numerador y denominador deben considerar solo a pacientes con hipertensión arterial sistémica, se excluye a pacientes con Diabetes mellitus más Hipertensión Arterial. ▪ El denominador incluye todos los pacientes atendidos en el periodo, con registro de tensión arterial. 		

EH 04 - Porcentaje de pacientes de 20 años y más en control de Hipertensión Arterial en Medicina Familiar.

Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, misma que revisa y autoriza los resultados para inclusión en la Evaluación del Desempeño y la publicación en el portal:</p> <p>http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador:	Eficiencia	Tipo de indicador:	Estratégico

EH 05 - Porcentaje de pacientes con Hipertensión Arterial sin registro de seguimiento.			
Objetivo del indicador	Medir el grado de seguimiento de los pacientes con Hipertensión Arterial en los servicios de Medicina Familiar y fomentar la reconquista de pacientes que carecen de registro de consulta en el año evaluado en el primer nivel de atención.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Número de pacientes registrados en el censo de hipertensión arterial que no recibieron consulta médica en el servicio de medicina familiar, en el transcurso del año a evaluar}}{\text{Total de pacientes registrados en el censo de pacientes con hipertensión arterial del año a evaluar}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Censo de pacientes con Hipertensión Arterial. Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS). Integrado por la División de Información en Salud.		
Interpretación	La información del censo de pacientes con Hipertensión Arterial permite establecer el porcentaje de pacientes con carencia de seguimiento, en particular de los pacientes identificados en años previos. El indicador debe fortalecer acciones para la búsqueda, recuperación de los pacientes que carecen de consulta en el año evaluado.		
Valor de referencia o meta	≤ 20.0		
Unidad de medida	Porcentaje		
Periodicidad	Anual	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤ 20.0	20.1 – 30.0	> 30.0
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención, señala que los pacientes hipertensos controlados, deben ser evaluados en un período de tres meses o más, de acuerdo a sus condiciones generales. ▪ La medición de la presión arterial sistémica debe efectuarse mensualmente; sin embargo, en pacientes con Hipertensión Arterial mayor a etapa I, deberá ser evaluada más frecuentemente. 		

EH 05 - Porcentaje de pacientes con Hipertensión Arterial sin registro de seguimiento.

Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El censo de pacientes con Hipertensión Arterial se construye a partir de dos fuentes: la primera, es la información registrada en las bases del Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF); y posteriormente es transferida al Sistema de Información de Atención Integral de la Salud (SIAIS) del año analizado. ▪ La segunda fuente, es la información de los casos identificados en años previos, y de ésta se eliminan los registros de las defunciones ocurridas y aquellas personas que han perdido la vigencia de derechos. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que genera la División de Información Epidemiológica, de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, misma que revisa y autoriza los resultados para la publicación de los resultados en el portal:</p> <p style="text-align: center;">http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Calidad	Tipo de indicador	Estratégico

EH 06 - Tasa de hospitalizaciones evitables por Hipertensión Arterial en población derechohabiente de 20 años y más.			
Objetivo del indicador	Medir el comportamiento de las hospitalizaciones potencialmente evitables por Hipertensión Arterial en derechohabientes de 20 años y más, para considerar intervenciones específicas para el cuidado oportuno y efectivo en el primer nivel de atención.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de egresos hospitalarios por Hipertensión Arterial en derechohabientes de 20 años y más de los códigos CIE 10: I10-I11		
	Población adscrita a Médico Familiar (PAMF) de 20 años y más		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: SUI 13. Egresos Hospitalarios. Denominador: Población adscrita a Médico Familiar. Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR).		
Interpretación	Es un indicador directo del volumen de actividad hospitalaria potencialmente prevenible mediante cuidados oportunos y efectivos en el primer nivel asistencial, y un indicador indirecto de la capacidad resolutiva del sistema de Atención Primaria a la Salud (APS), de la efectividad y calidad de los servicios, de la reducción de costos hospitalarios y mejora de la eficiencia.		
Valor de referencia o meta	$\leq 4.19 \times 10,000$ derechohabientes adscritos a Médico Familiar. Mediana de las tasas del total de unidades médicas en los meses de junio y diciembre anualizados		
Unidad de medida:	Tasa	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	4 puntos
Periodicidad	Semestral anualizado y anual		
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para la construcción del indicador: <ul style="list-style-type: none"> • Los datos de las microzonas se integrarán como si fueran una unidad y así se realizará el cálculo del indicador. • Se incluyen los egresos hospitalarios que en el diagnóstico de ingreso tengan registrados las claves CIE-10: I10-I11. 		

EH 06 - Tasa de hospitalizaciones evitables por Hipertensión Arterial en población derechohabiente de 20 años y más.			
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospitalizaciones evitables: Son diagnósticos en los que una atención primaria efectiva y a tiempo evita el riesgo de hospitalización, bien sea previniendo el inicio de una enfermedad, tratando una enfermedad aguda o controlando una enfermedad. ▪ Microzona: Término que se refiere a la circunscripción geográfica que agrupa de 3 a 5 unidades de medicina familiar de 1 a 4 consultorios de acuerdo a la accesibilidad, distancia y tiempo de trayecto entre ellas (en promedio: 50 a 150 km, con una hora y media de desplazamiento). Una unidad médica es la cabecera y en ella está adscrito el Director. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles y envía a la División de Información Epidemiológica ambas de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para inclusión en la Evaluación del Desempeño y la publicación de los resultados en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

EH 07 - Tasa de incidencia de invalidez por Enfermedades Hipertensivas y sus complicaciones por cada 100,000 trabajadores asegurados, según unidad médica de adscripción del trabajador.																																																				
Objetivo del Indicador	Medir el impacto de los programas de prevención y detección oportuna de las Enfermedades Hipertensivas, así como de las acciones de atención médica para el control adecuado de los trabajadores, y evitar la aparición de complicaciones que resulten en la imposibilidad de que los trabajadores asegurados en el ramo de invalidez y vida, continúen realizando sus actividades laborales.																																																			
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de dictámenes de invalidez iniciales (Primera vez) aceptados con diagnóstico de Enfermedad Hipertensiva y sus complicaciones, según Delegación origen acumulados al trimestre del reporte $\times 100,000$																																																			
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Formato ST-5 Integrada de Invalidez cuyo diagnóstico CIE sea compatible con Enfermedad Hipertensiva y sus complicaciones (ST-5 Manual y Módulo Electrónico de Salud en el Trabajo). Denominador: Archivo denominado “Población Adscrita por Delegación” elaborado con la Base de datos de la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR), publicada por la División de Información en Salud (DIS) http://11.22.41.169/infoSalud15/ y Consulta Dinámica de Información o Cubo de Información Directiva CP (http://189.202.239.32/cubo_cp.asp). Identifica el comportamiento de la invalidez por Enfermedad Hipertensiva y sus complicaciones durante el periodo de tiempo especificado, en relación con el número de trabajadores asegurados en el ramo de aseguramiento de invalidez y vida.																																																			
Interpretación	Identifica el comportamiento de la invalidez por Enfermedad Hipertensiva y sus complicaciones durante el periodo de tiempo especificado, en relación con el número de trabajadores asegurados en el ramo de aseguramiento de invalidez y vida.																																																			
Valor de referencia o meta	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Año</th> <th rowspan="2">Anual</th> <th colspan="4">Trimestral Acumulado</th> </tr> <tr> <th>Marzo</th> <th>Junio</th> <th>Septiembre</th> <th>Diciembre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2019</td> <td><= 3.42</td> <td><= 0.67</td> <td><= 1.53</td> <td><= 2.46</td> <td><= 3.42</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td><= 3.83</td> <td><= 0.74</td> <td><= 1.71</td> <td><= 2.75</td> <td><= 3.83</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td><= 4.29</td> <td><= 0.83</td> <td><= 1.91</td> <td><= 3.08</td> <td><= 4.29</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td><= 4.79</td> <td><= 0.93</td> <td><= 2.14</td> <td><= 3.44</td> <td><= 4.79</td> </tr> <tr> <td>2023</td> <td><= 5.36</td> <td><= 1.04</td> <td><= 2.40</td> <td><= 3.85</td> <td><= 5.36</td> </tr> <tr> <td>2024</td> <td><= 6.00</td> <td><= 1.16</td> <td><= 2.68</td> <td><= 4.31</td> <td><= 6.00</td> </tr> </tbody> </table>						Año	Anual	Trimestral Acumulado				Marzo	Junio	Septiembre	Diciembre	2019	<= 3.42	<= 0.67	<= 1.53	<= 2.46	<= 3.42	2020	<= 3.83	<= 0.74	<= 1.71	<= 2.75	<= 3.83	2021	<= 4.29	<= 0.83	<= 1.91	<= 3.08	<= 4.29	2022	<= 4.79	<= 0.93	<= 2.14	<= 3.44	<= 4.79	2023	<= 5.36	<= 1.04	<= 2.40	<= 3.85	<= 5.36	2024	<= 6.00	<= 1.16	<= 2.68	<= 4.31	<= 6.00
Año	Anual	Trimestral Acumulado																																																		
		Marzo	Junio	Septiembre	Diciembre																																															
2019	<= 3.42	<= 0.67	<= 1.53	<= 2.46	<= 3.42																																															
2020	<= 3.83	<= 0.74	<= 1.71	<= 2.75	<= 3.83																																															
2021	<= 4.29	<= 0.83	<= 1.91	<= 3.08	<= 4.29																																															
2022	<= 4.79	<= 0.93	<= 2.14	<= 3.44	<= 4.79																																															
2023	<= 5.36	<= 1.04	<= 2.40	<= 3.85	<= 5.36																																															
2024	<= 6.00	<= 1.16	<= 2.68	<= 4.31	<= 6.00																																															

EH 07 - Tasa de incidencia de invalidez por Enfermedades Hipertensivas y sus complicaciones por cada 100,000 trabajadores asegurados, según unidad médica de adscripción del trabajador.					
Unidad de medida	Tasa por 100,000 trabajadores asegurados		Ponderación para la Evaluación de Desempeño		1 punto
Periodicidad	Trimestral acumulado		Indicador contabilizado por:		Adscripción
Año	Periodo	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo	
2019	Ene - Mar Ene - Jun Ene - Sep Ene - Dic	<= 0.67 <= 1.53 <= 2.46 <= 3.42	0.68 - 2.40 1.54 - 5.82 2.47 - 8.98 3.43 - 12.47	> 2.40 > 5.82 > 8.98 > 12.47	
2020	Ene - Mar Ene - Jun Ene - Sep Ene - Dic	<= 0.74 <= 1.71 <= 2.75 <= 3.83	0.75 - 2.68 1.72 - 6.51 2.76 - 10.05 3.84 - 13.94	> 2.68 > 6.51 > 10.05 > 13.94	
2021	Ene - Mar Ene - Jun Ene - Sep Ene - Dic	<= 0.83 <= 1.91 <= 3.08 <= 4.29	0.84 - 3.00 1.92 - 7.28 3.09 - 11.24 4.30 - 15.60	> 3.00 > 7.28 > 11.24 > 15.60	
2022	Ene - Mar Ene - Jun Ene - Sep Ene - Dic	<= 0.93 <= 2.14 <= 3.44 <= 4.79	0.94 - 3.35 2.15 - 8.15 3.45 - 12.57 4.80 - 17.45	> 3.35 > 8.15 > 12.57 > 17.45	
2023	Ene - Mar Ene - Jun Ene - Sep Ene - Dic	<= 1.04 <= 2.40 <= 3.85 <= 5.36	1.05 - 3.75 2.41 - 9.11 3.86 - 14.06 5.37 - 19.52	> 3.75 > 9.11 > 14.06 > 19.52	
2024	Ene - Mar Ene - Jun Ene - Sep Ene - Dic	<= 1.16 <= 2.68 <= 4.31 <= 6.00	1.17 - 4.19 2.69 - 10.19 4.32 - 15.73 6.01 - 21.83	> 4.19 > 10.19 > 15.73 > 21.83	
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para la construcción del indicador: <ul style="list-style-type: none"> ○ Se excluyen para el numerador: las revaloraciones. ▪ Los códigos CIE-10 que se utilizarán para Enfermedad Hipertensiva serán: I10-I15: <ul style="list-style-type: none"> ○ I10 Hipertensión esencial (primaria). ○ I11 Enfermedad cardíaca hipertensiva. 				

EH 07 - Tasa de incidencia de invalidez por Enfermedades Hipertensivas y sus complicaciones por cada 100,000 trabajadores asegurados, según unidad médica de adscripción del trabajador.			
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los códigos CIE-10 que se utilizarán para Enfermedad Hipertensiva serán: I10-I15: <ul style="list-style-type: none"> ◦ I11.0 Enfermedad cardíaca hipertensiva con insuficiencia cardíaca (congestiva). ◦ I11.9 Enfermedad cardíaca hipertensiva sin insuficiencia cardíaca (congestiva). ◦ I12 Enfermedad renal hipertensiva. ◦ I12.0 Enfermedad renal hipertensiva con insuficiencia renal. ◦ I12.9 Enfermedad renal hipertensiva sin insuficiencia renal. ◦ I13 Enfermedad cardiorrenal hipertensiva. ◦ I13.0 Enfermedad cardiorrenal hipertensiva con insuficiencia cardíaca (congestiva). ◦ I13.1 Enfermedad cardiorrenal hipertensiva con insuficiencia renal. ◦ I13.2 Enfermedad cardiorrenal hipertensiva con insuficiencia cardíaca y renal (congestivas). ◦ I13.9 Enfermedad cardiorrenal hipertensiva, no especificada. ◦ I15 Hipertensión secundaria. ◦ I15.0 Hipertensión renovascular. ◦ I15.1 Hipertensión secundaria a otros trastornos renales. ◦ I15.2 Hipertensión secundaria a trastornos endocrinos. ◦ I15.8 Otros tipos de hipertensión secundaria. ◦ I15.9 Hipertensión secundaria, no especificada. ▪ Se incluye en el numerador y denominador a los trabajadores IMSS. ▪ La población a considerar será la publicada en la Página de la Comunidad de Salud en el Trabajo. ▪ Indicador que construye la Coordinación de Salud en el Trabajo, para la toma de decisiones oportunas con el fin de evitar daños a la salud, visualizando la importancia en el impacto económico de los recursos que administra la Institución para proveer de las pensiones futuras para los trabajadores asegurados que las requieran. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la Coordinación de Salud en el Trabajo de la Unidad de Prestaciones Económicas y Salud en el Trabajo y envía a la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para inclusión en la Evaluación del Desempeño y la publicación de resultados en el portal:</p> <p>http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

EH 08 - Reducción de la tasa de mortalidad por Enfermedades Hipertensivas en población derechohabiente de 20 a 64 años.			
Objetivo del indicador	Medir la variación porcentual de la tasa de mortalidad por Enfermedades Hipertensivas en población derechohabiente de 20 a 64 años, con respecto a la del año inmediato anterior.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Tasa de mortalidad anualizada por Enfermedades Hipertensivas (CIE-10: I10.0-I15.9) en población derechohabiente de 20 a 64 años en el periodo que se evalúa menos Tasa de mortalidad anualizada por Enfermedades Hipertensivas (CIE-10: I10.0- I15.9) en población derechohabiente de 20 a 64 años del año anterior		
	$\frac{\text{Tasa de mortalidad anualizada por Enfermedades Hipertensivas (CIE-10: I10.0- I15.9) en población derechohabiente de 20 a 64 años del año anterior} - \text{Tasa de mortalidad anualizada por Enfermedades Hipertensivas (CIE-10: I10.0-I15.9) en población derechohabiente de 20 a 64 años en el periodo que se evalúa}}{\text{Tasa de mortalidad anualizada por Enfermedades Hipertensivas (CIE-10: I10.0- I15.9) en población derechohabiente de 20 a 64 años en el periodo que se evalúa}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador de las tasas: Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED) IMSS. Denominador de las tasas: Población Adscrita a Médico Familiar de 20 a 64 años a mitad de periodo. Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR).		
Interpretación	El indicador traduce indirectamente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ El riesgo de muerte prematura por Enfermedad Hipertensiva en población derechohabiente de 20 a 64 años de edad. ▪ La oportunidad en la atención médica otorgada a los pacientes de esta edad con Enfermedad Hipertensiva. 		
Valor de referencia o meta	$<= -5.0 \text{ o sin muertes}$		
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	4 puntos
Periodicidad	Mensual anualizado	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	$<= -5.0 \text{ o sin muertes}$	- 4.9 a Cero	Cualquier incremento

EH 08 - Reducción de la tasa de mortalidad por Enfermedades Hipertensivas en población derechohabiente de 20 a 64 años.

Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se incluyen las muertes por Enfermedad Hipertensiva en causa básica, de acuerdo a las siguientes claves CIE-10: I10.0-I15.9. ▪ Para la construcción de las tasas anualizadas, de enero a noviembre del año de proceso, el denominador utilizará los datos de población adscrita a Médico Familiar de junio del año anterior al de proceso, mismos que son emitidos por la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR). Para el mes de diciembre del año de proceso, se aplicará la población del periodo junio del año de proceso. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles, mismas que revisan y autorizan los resultados para inclusión en la Evaluación del Desempeño y la publicación en el portal:</p> <p>http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficiencia	Tipo de indicador	Estratégico



V.

Procesos de Salud–Enfermedad en Población
Derechohabiiente.

3. Atención Integral del Cáncer de Mama en la Mujer



En el ámbito mundial, el cáncer de mama es la segunda neoplasia más frecuente en la población y la más frecuente entre las mujeres, con un estimado de 1.67 millones de nuevos casos diagnosticados anualmente, representando el 25% de los casos de cáncer en mujeres. La incidencia es más alta en países desarrollados, ya que varía desde 27 por 100,000 mujeres en África Central, hasta 96 en Europa Occidental.¹ La Organización Mundial de la Salud señala que cada año se detectan 1.38 millones de casos nuevos y ocurren 458 mil muertes por esa enfermedad.²

En 2015 en nuestro país, se registraron 291,637 defunciones en mujeres, de las cuales 40,537 correspondieron a tumores malignos y de estas el 15.4% pertenecieron a cáncer de mama.³

Para fines de 2018 en el IMSS; se logró reducir la mortalidad por cáncer de mama en un 29.4 por ciento en mujeres de 25 y más años, al pasar de una tasa de 11.2 por 100,000 mujeres derechohabientes en 2006 a 7.9.⁴

El Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con fuentes de información que ofrecen un panorama de la situación que enfrenta, con la limitante de medir aislada y parcialmente, el impacto de las acciones realizadas en la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de este cáncer.

Por tal motivo, es necesario medir integralmente los procesos de atención, a través de indicadores seleccionados estratégicamente que muestren el efecto de las acciones realizadas en la Unidad de Medicina Familiar, en la Unidad de Servicios Médicos de Segundo Nivel de Atención y en la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE). Lo anterior, sirve de base para la toma de decisiones y la implementación de estrategias que coadyuven a mejorar la calidad de la atención en mujeres con ese tipo de cáncer.

¹Gobierno de México. secretaría de Salud. Información estadística de Cáncer de Mama. http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/informacion-estadistica_2015. Consulta efectuada 01 de noviembre 2019.

² http://www.who.int/cancer/events/breast_cancer_month/es/

³Dr.Elias Yused Arquello Esparza,González León, Fernández GárateJE, Hernandez Cuesta IT. Cáncer de la mujer. 2015. La carga de las enfermedades en el IMSS 201, México D.F. México. Secretaría de Salud. <http://11.3341.3890/portal/aplicaciones>. Consulta efectuada 1 de noviembre de 2019.

⁴ Informe de avances y resultados 2018. Instituto Mexicano del Seguro Social http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/AvanceyResultados2018_PIIMSS.pdf Consulta re-efectuada: 01 de noviembre de 2019.

3. Atención Integral del Cáncer de Mama en la mujer

Curso Clínico Típico	Cambios neoplásicos. Alteraciones fenotípicas celular y molecular-Enfermedad temprana	Invasión linfovascular Enfermedad localmente avanzada	Infiltración ganglionar Enfermedad metastásica	Muerte
Impactos esperados de las intervenciones en salud				
Promoción de la Salud	Detección oportuna Identificación y atención de factores de riesgo.	Diagnóstico, Tratamiento y Control. Identificación y manejo oportuno de complicaciones	Tratamiento de las Complicaciones Tempranas o Tardías. Rehabilitación	Desenlace del impacto en salud

CA MAma 01 - Cobertura de mastografía de tamizaje de primera vez en mujeres entre 40 y 49 años 1

CA MAma 02 - Cobertura de mastografía de tamizaje de primera vez en mujeres entre 50 y 69 años 1

CA MAma 03 - Porcentaje de mujeres entre 50 y 69 años con mastografías de tamizaje de Cáncer de Mama con clasificación BIRADS 3 a 5 (sospecha de cáncer)

CA MAma 04 - Confirmación diagnóstica de Cáncer de Mama 1

CA MAma 05 - Oportunidad del diagnóstico de Cáncer de Mama 1

CA MAma 06 - Tasa de incidencia de Cáncer de Mama en mujeres derechohabientes de 25 años y más 3

CA MAma 07 - Oportunidad en el inicio del tratamiento de Cáncer de Mama 3

CA MAma 08 - Tasa de incidencia de invalidez por Cáncer de Mama por cada 100,000 trabajadoras aseguradas, según Unidad Médica de adscripción de la trabajadora 1

CA MAma 09 - Tasa de mortalidad por Cáncer de Mama en mujeres derechohabientes de 25 años y más 5



CA MAma 01 - Cobertura de mastografía de tamizaje de primera vez en mujeres entre 40 y 49 años.			
Objetivo del indicador	Medir el porcentaje de mujeres entre 40 a 49 años de edad, que se les realizó la mastografía de tamizaje de primera vez, para conocer la efectividad del Programa de Cáncer de Mama.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de mujeres entre 40 y 49 años con mastografía de tamizaje de primera vez acumuladas al mes de reporte		
	$\frac{\text{Número de mujeres entre 40 y 49 años con mastografía de tamizaje de primera vez acumuladas al mes de reporte}}{\text{Población de mujeres entre 40 y 49 años Adscritas a Médico Familiar}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).		
Interpretación	Permite identificar el porcentaje de mujeres entre 40 y 49 años a las que se les realizó la mastografía de detección de primera vez.		
Valor de referencia o meta	$2019 >= 10.0$ $2020 - 2024 >= 7.0$		
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	1 punto
Periodicidad	Mensual acumulado	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Año	Desempeño esperado	Desempeño medio
	2019	≥ 10.0	$7.0 - 9.9$
	2020 - 2024	≥ 7.0	$6.9 - 5.0$
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Primera vez: Es la población femenina de 40 a 49 años que no se han practicado la mastografía de tamizaje en los dos últimos años o que nunca en su vida se la han realizado. La mastografía de tamizaje está dirigida a mujeres asintomáticas. ▪ Los valores de referencia de los rangos de desempeño se modifican mensualmente (Tabla CA Mama 01) 		

CA MAma 01 - Cobertura de mastografía de tamizaje de primera vez en mujeres entre 40 y 49 años.			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, misma que revisa y autoriza los resultados para inclusión en la Evaluación del Desempeño y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

Tabla CA Mama 01 - Cobertura de mastografía de tamizaje de primera vez en mujeres entre 40 y 49 años.

Mes	2019	2020 - 2024	Rangos desempeño	2019	2020 - 2024
Enero	>= 0.8	>= 0.6	Esperado	>= 0.8	>= 0.6
			Medio	0.7	0.3 - 0.5
			Bajo	<= 0.6	<= 0.2
Febrero	>= 1.7	>= 1.2	Esperado	>= 1.7	>= 1.2
			Medio	1.3 - 1.6	0.5 - 1.1
			Bajo	<= 1.2	<= 0.4
Marzo	>= 2.5	>= 1.8	Esperado	>= 2.5	>= 1.8
			Medio	1.8 - 2.4	0.7 – 1.7
			Bajo	<= 1.7	<= 0.6
Abril	>= 3.3	>= 2.4	Esperado	>= 3.3	>= 2.4
			Medio	2.4 - 3.2	1.0 – 2.3
			Bajo	<= 2.3	<= 0.9
Mayo	>= 4.2	>= 3.0	Esperado	>= 4.2	>= 3.0
			Medio	3.0 - 4.1	1.2 – 2.9
			Bajo	<= 2.9	<= 1.1
Junio	>= 5.0	>= 3.6	Esperado	>= 5.0	>= 3.6
			Medio	3.6 - 4.9	1.6 – 3.5
			Bajo	<= 3.5	<= 1.5
Julio	>= 5.8	>= 4.2	Esperado	>= 5.8	>= 4.2
			Medio	4.1 - 5.7	2.2 – 4.1
			Bajo	<= 4.0	<= 2.1
Agosto	>= 6.7	>= 4.8	Esperado	>= 6.7	>= 4.8
			Medio	4.7 - 6.6	2.8 – 4.7
			Bajo	<= 4.6	<= 2.7
Septiembre	>= 7.5	>= 5.4	Esperado	>= 7.5	>= 5.4
			Medio	5.3 - 7.4	3.4 – 5.3
			Bajo	<= 5.2	<= 3.3
Octubre	>= 8.3	>= 6.0	Esperado	>= 8.3	>= 6.0
			Medio	5.9 - 8.2	4.0 – 5.9
			Bajo	<= 5.8	<= 3.9
Noviembre	>= 9.2	>= 6.5	Esperado	>= 9.2	>= 6.5
			Medio	6.4 - 9.1	4.5 – 6.4
			Bajo	<= 6.3	<= 4.4
Diciembre	>= 10.0	>= 7.0	Esperado	>= 10.0	>= 7.0
			Medio	7.0 - 9.9	5.0 - 6.9
			Bajo	<= 6.9	<= 4.9

CA MAma 02 - Cobertura de mastografía de tamizaje de primera vez en mujeres entre 50 y 69 años.			
Objetivo del indicador	Medir el porcentaje de mujeres entre 50 a 69 años de edad, que recibieron la mastografía de tamizaje de primera vez, para conocer la efectividad del Programa de Cáncer de Mama.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de mujeres entre 50 y 69 años con mastografía de tamizaje de Cáncer de Mama, de primera vez acumuladas al mes de reporte $\frac{\text{Número de mujeres entre 50 y 69 años con mastografía de tamizaje de Cáncer de Mama, de primera vez acumuladas al mes de reporte}}{\text{Población de mujeres entre 50 y 69 años Adscritas a Médico Familiar}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).		
Interpretación	Permite identificar el porcentaje de mujeres entre 50 y 69 años a las que se les realizó la mastografía de tamizaje de primera vez. El valor de referencia se establece con base en los referentes internacionales para lograr un impacto en la reducción de la mortalidad y ha sido ajustado de acuerdo a la infraestructura y recursos humanos disponibles.		
Valor de referencia o meta	2019 y 2020		>= 19.0
	2021 y 2022		>= 19.5
	2023 y 2024		>= 20.0
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	1 punto
Periodicidad	Mensual acumulado	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Año	Desempeño esperado	Desempeño medio
	2019 y 2020	>= 19.0	14.4 - 18.9
	2021 y 2022	>= 19.5	14.8 - 19.4
	2023 y 2024	>= 20.0	15.1 - 19.9
			Desempeño bajo
			<= 14.3
			<= 14.7
			<= 15.0

CA MAma 02 - Cobertura de mastografía de tamizaje de primera vez en mujeres entre 50 y 69 años.

Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Primera vez: es la población femenina de 50 a 69 años que no se ha practicado la mastografía de tamizaje en los dos últimos años o que nunca en su vida se la han realizado. La mastografía de tamizaje está dirigida a mujeres asintomáticas. ▪ Los valores de referencia de los rangos de desempeño se modifican mensualmente (ver Tabla CA MAma 02). <p>Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.</p>		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, misma que revisa y autoriza los resultados para inclusión en la Evaluación del Desempeño y la publicación en el portal:</p> <p style="text-align: center;">http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

Tabla CA MAma 02 - Cobertura de mastografía de tamizaje de primera vez en mujeres entre 50 y 69 años.

Año Mes	2019 2020	2021 2022	2023 2024	Rangos desempeño	2019 2020	2021 2022	2023 2024
Enero	>= 1.6	>= 1.6	>= 1.7	Esperado	>= 1.6	>= 1.6	>= 1.7
				Medio	1.3 - 1.5	1.3 - 1.5	1.4 - 1.6
				Bajo	<= 1.2	<= 1.2	<= 1.3
Febrero	>= 3.2	>= 3.3	>= 3.3	Esperado	>= 3.2	>= 3.3	>= 3.3
				Medio	2.5 - 3.1	2.5 - 3.2	2.6 - 3.2
				Bajo	<= 2.4	<= 2.4	<= 2.5
Marzo	>= 4.8	>= 4.9	>= 5.0	Esperado	>= 4.8	>= 4.9	>= 5.0
				Medio	3.7 - 4.7	3.8 - 4.8	3.9 - 4.9
				Bajo	<= 3.6	<= 3.7	<= 3.8
Abril	>= 6.3	>= 6.5	>= 6.7	Esperado	>= 6.3	>= 6.5	>= 6.7
				Medio	4.9 - 6.2	5.0 - 6.4	5.1 - 6.6
				Bajo	<= 4.8	<= 4.9	<= 5.0
Mayo	>= 7.9	>= 8.1	>= 8.3	Esperado	>= 7.9	>= 8.1	>= 8.3
				Medio	6.0 - 7.8	6.2 - 8.0	6.4 - 8.2
				Bajo	<= 5.9	<= 6.1	<= 6.3
Junio	>= 9.5	>= 9.8	>= 10.0	Esperado	>= 9.5	>= 9.8	>= 10.0
				Medio	7.2 - 9.4	7.4 - 9.7	7.6 - 9.9
				Bajo	<= 7.1	<= 7.3	<= 7.5
Julio	>= 11.1	>= 11.4	>= 11.7	Esperado	>= 11.1	>= 11.4	>= 11.7
				Medio	8.4 - 11.0	8.6 - 11.3	8.9 - 11.6
				Bajo	<= 8.3	<= 8.5	<= 8.8
Agosto	>= 12.7	>= 13.0	>= 13.3	Esperado	>= 12.7	>= 13.0	>= 13.3
				Medio	9.6 - 12.6 -	9.9 - 12.9	10.1 - 13.2
				Bajo	<= 9.5	<= 9.8	<= 10
Septiembre	>= 14.3	>= 14.6	>= 15.0	Esperado	>= 14.3	>= 14.6	>= 15.0
				Medio	10.8 - 14.2	11.1 - 14.5	11.4 - 14.9
				Bajo	<= 10.7	<= 11.0	<= 11.3
Octubre	>= 15.8	>= 16.3	>= 16.7	Esperado	>= 15.8	>= 16.3	>= 16.7
				Medio	12.0 - 15.7	12.3 - 16.2	12.6 - 16.6
				Bajo	<= 11.9	<= 12.2	<= 12.5
Noviembre	>= 17.4	>= 17.9	>= 18.3	Esperado	>= 17.4	>= 17.9	>= 18.3
				Medio	13.2 - 17.3	13.5 - 17.8	13.9 - 18.2
				Bajo	<= 13.1	<= 13.4	<= 13.8
Diciembre	>= 19.0	>= 19.5	>= 20.0	Esperado	>= 19.0	>= 19.5	>= 20.0
				Medio	14.4 - 18.9	14.7 - 19.4	15.1 - 19.9
				Bajo	<= 14.3	<= 14.6	<= 15.0

CA Mama 03 - Porcentaje de mujeres entre 50 y 69 años con mastografías de tamizaje de Cáncer de Mama con clasificación BIRADS 3 a 5 (sospecha de Cáncer).			
Objetivo del indicador	Medir el porcentaje de mujeres entre 50 y 69 años, con clasificación BIRADS 3 a 5, como resultado de la mastografía de tamizaje, para determinar la proporción de mujeres con clasificación de sospecha.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Mujeres entre 50 y 69 años, con resultado de sospecha (BIRADS 3 a 5), en la mastografía de tamizaje al mes del reporte</p> <hr/> <p>Total de mujeres entre 50 y 69 años, con mastografía de tamizaje al mes del reporte</p>		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).		
Interpretación	Indicador que mide la proporción de mujeres entre 50 y 69 años, con clasificación de sospecha (BIRADS 3 a 5), como resultado de la mastografía de detección. Indicador que mide la calidad de la toma e interpretación de la mastografía de tamizaje. El valor esperado se estableció con base a estándares internacionales.		
Valor de referencia o meta	3.0 - 7.0		
Unidad de medida	Porcentaje		
Periodicidad	Mensual	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	3.0 - 7.0	1.5 - 2.9	<= 1.4 o >= 7.1
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BIRADS. Siglas ACR BI-RADS (American College of Radiology Breast Imaging Reporting and Data System), que establecen las categorías de valoración para mastografía. ▪ BIRADS 3- Hallazgos probablemente benignos (seguimiento a corto plazo). ▪ BIRADS 4- Anomalía Sospechosa (Debe considerarse realizar una biopsia). ▪ BIRADS 5- Altamente sugestiva de malignidad (Se debe tomar la acción apropiada). ▪ Se excluyen las mujeres con mastografía de detección sin clasificación BIRADS. 		

CA Mama 03 - Porcentaje de mujeres entre 50 y 69 años con mastografías de tamizaje de Cáncer de Mama con clasificación BIRADS 3 a 5 (sospecha de Cáncer).			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, que revisa y autoriza los resultados para la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

CA Mama 04 – Índice de confirmación diagnóstica de Cáncer de Mama.			
Objetivo del indicador	Medir el valor predictivo positivo de la mastografía de detección en el diagnóstico del Cáncer de Mama.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Mujeres con resultado de mastografía de detección BIRADS 4, 5 y diagnóstico histopatológico (Anexo 1- CA Mama Diagnósticos CIE O Cáncer de Mama) de Cáncer de Mama		
	Total de mujeres con resultado de BIRADS 4 y 5 en la mastografía de detección		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y Denominador: Registro Institucional de Cáncer (RIC). Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.		
Interpretación	Indicador que mide la eficacia de la detección en la identificación temprana del Cáncer de Mama.		
Valor de referencia o meta	≥ 80.0		
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	1 punto
Periodicidad	Trimestral acumulado	Indicador contabilizado por	Atención
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 80.0	60.0 - 79.9	< 60.0
Observaciones	Para la construcción del indicador se incluyen en el numerador: <ul style="list-style-type: none"> Registros de mujeres con resultado de mastografía de detección BIRADS 4, 5 y diagnóstico histopatológico de Cáncer de Mama (ver anexo 2), independientemente si los estudios se realizaron dentro o fuera de la Institución. Consultar los diagnósticos en el Anexo 1- CA Mama Diagnósticos CIE O Cáncer de Mama. Para la construcción del indicador se excluyen del numerador: <ul style="list-style-type: none"> Mujeres con reporte de Cáncer de Mama en estudios histopatológicos de control y diagnóstico previo de Cáncer de Mama 		

CA Mama 04 – Índice de confirmación diagnóstica de Cáncer de Mama.			
Observaciones		<ul style="list-style-type: none">Registros de mujeres con resultado histopatológico de Unidades de Medicina Familiar; Unidades Médicas de Atención Ambulatoria; Hospitales Psiquiátricos; Unidades Médicas de Alta Especialidad de Traumatología y Ortopedia, Cardiología e Infectología. <p>Para la construcción del indicador se excluye del denominador:</p> <ul style="list-style-type: none">Registros de control de mujeres con resultados anormales en mastografías.Registros de mujeres Unidades Médicas de Atención Ambulatoria; Hospitales Psiquiátricos; Unidades Médicas de Alta Especialidad (excepto los registrados por los Servicios de Prevención y Promoción de la Salud para los Trabajadores del IMSS (SPPSTIMSS). <p>Indicador con referencia en: 1) Guía técnica 2004. Detección y Atención Integral del Cáncer de Mama, 2) Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del Cáncer de Mama. Diario Oficial de la Federación 9 de junio de 2011, 2) Guía de Práctica Clínica GPC Diagnóstico y tratamiento de Cáncer de Mama en el Segundo y Tercer Nivel de Atención. 2009.</p>	
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador		Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles, misma que revisa y autoriza los resultados para la inclusión en la Evaluación del Desempeño y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx	
Dimensión del indicador	Eficiencia	Tipo de Indicador	Estratégico

CA MAma 05 - Oportunidad del diagnóstico de Cáncer de Mama.

Objetivo del Indicador	Medir el tiempo de respuesta que tarda la institución en otorgar un diagnóstico de Cáncer de Mama a la mujer con resultado anormal en la mastografía de detección.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Mujeres de 40 años y más con diagnóstico histopatológico de Cáncer de Mama (Ver Anexo 1- CA Mama Diagnósticos CIE O Cáncer de Mama) y antecedente de mastografía de detección con periodo de tiempo entre ambos estudios menor o igual a 30 días calendario</p> <p>Total de mujeres de 40 años y más con diagnóstico de Cáncer de Mama por histopatología (ver Anexo 1- CA Mama Diagnósticos CIE O Cáncer de Mama) y antecedente de mastografía de detección</p>		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Registro Institucional de Cáncer. Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.		
Interpretación	Permite medir el tiempo de respuesta institucional en el proceso de diagnóstico, para ofrecer un tratamiento oportuno acorde a la etapa del diagnóstico y mejorar la calidad de vida de estas derechohabientes.		
Valor de referencia o meta	>= 80.0		
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	1 punto
Periodicidad	Trimestral Acumulado		
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	>= 80.0	60.0 - 79.9	< 60.0
Observaciones	<p>Para la construcción del indicador se incluye en el numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Registros de mujeres que cuentan con fecha de resultado de mastografía de detección y fecha del diagnóstico de Cáncer de Mama por estudio histopatológico con un periodo de tiempo transcurrido entre ambos estudios menor o igual a 30 días calendario. ▪ Registros de mujeres con mastografías de detección y biopsia realizado dentro o fuera de la institución. 		

CA MAMA 05 - Oportunidad del diagnóstico de Cáncer de Mama.			
Observaciones	<p>Para la construcción del indicador se incluye en el denominador:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Registros de mujeres que cuentan con fecha de resultado de mastografía de detección y fecha del diagnóstico de Cáncer de Mama por estudio histopatológico con un periodo de tiempo transcurrido entre ambos estudios menor o igual a 30 días calendario▪ Registros de mujeres con mastografías de detección y biopsia realizados dentro o fuera de la institución. <p>Para la construcción del indicador se incluye en el denominador:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Registros de mujeres que cuentan con fecha de resultado de mastografía de detección y fecha del diagnóstico de Cáncer de Mama por estudio histopatológico.▪ Registros de mujeres con mastografías de detección y biopsia realizados dentro o fuera de la institución. <p>Para la construcción del indicador se excluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Registros de mujeres que no cuenten con fecha del diagnóstico de Cáncer de Mama por estudio histopatológico y/o no tengan la fecha de resultado de mastografía de detección.▪ Registros de resultados de anatomía patológica en Unidades de Medicina Familiar; Unidades Médicas de Atención Ambulatoria; Hospitales Psiquiátricos; Unidades Médicas de Alta Especialidad de Traumatología y Ortopedia, Cardiología e Infectología. <p>Indicador con referencia en: Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011 Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del Cáncer de Mama. Diario Oficial de la Federación 9 de junio del 2011.</p>		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles, misma que revisa y autoriza los resultados para la inclusión en la Evaluación del Desempeño y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Calidad	Tipo de indicador	Estratégico

CA MAma 06 - Tasa de incidencia de Cáncer de Mama en mujeres derechohabientes de 25 años y más.

Objetivo del indicador	Medir los casos nuevos de Cáncer de Mama en las mujeres derechohabientes de 25 años y más, para orientar las acciones de mejora en los procesos de prevención y control de ese padecimiento.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Mujeres derechohabientes de 25 años y más con diagnóstico de Cáncer de Mama (CIE-10: C50), reportadas en el Informe semanal de Casos Nuevos</p> <p>X 100,000</p> <p>Población femenina de 25 años y más, adscrita a médico familiar a mitad de período</p>		
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador: Informe Semanal de casos nuevos sujetos a vigilancia epidemiológica. Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.</p> <p>Denominador: Población Adscrita a Médico Familiar de la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR).</p>		
Interpretación	La tasa de incidencia permite identificar el resultado de las medidas preventivas y de diagnóstico establecidas para la atención de este cáncer. El valor esperado se encuentra dentro de 17.2 a 45.4 casos nuevos por cada 100 mil mujeres de 25 años y más de acuerdo a la distribución observada en los casos de este padecimiento. Un valor menor a lo esperado para la distribución de los casos refleja un bajo desempeño en la notificación y registro de los casos nuevos de cáncer de mama.		
Valor de referencia o meta	17.2 a 45.4 por 100,000 mujeres de 25 años y más adscritas a Médico Familiar.		
Unidad de medida	Tasa por 100,000 mujeres 25 años y más, adscritas a Médico Familiar	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	3 puntos
Periodicidad	Anual		
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El efecto esperado del incremento en las coberturas de detección, se traduciría de manera inicial en un incremento de la incidencia, que con el transcurso de los años, tendería a estabilizarse e incluso a disminuir. 		

CA MAma 06 - Tasa de incidencia de Cáncer de Mama en mujeres derechohabientes de 25 años y más.			
Observaciones	<ul style="list-style-type: none">Indicador con referencia en: 1) Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del Cáncer de Mama. Diario Oficial de la Federación 9 de junio de 2011.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles y envía a la División de Información Epidemiológica ambas de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para la inclusión en la Evaluación del Desempeño basada y la publicación en el portal:</p> <p>http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficiencia	Tipo de indicador	Estratégico

CA MAMA 07 - Oportunidad en el inicio del tratamiento de Cáncer de Mama.			
Objetivo del indicador	Medir el tiempo de respuesta que tarda la institución en otorgar tratamiento oncológico a la mujer con diagnóstico histopatológico de Cáncer de Mama.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Mujeres con diagnóstico histopatológico de Cáncer de Mama que iniciaron tratamiento en un periodo de tiempo menor o igual a 21 días		
	Total de mujeres con diagnóstico histopatológico de Cáncer de Mama (ver Anexo 1- CA Mama Diagnósticos CIE O Cáncer de Mama) que iniciaron tratamiento		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Registro Institucional de Cáncer (RIC). Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.		
Interpretación	Mide el tiempo que transcurre entre el diagnóstico de Cáncer de Mama y el primer tratamiento recibido.		
Valor de referencia o meta	≥ 80.0		
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	3 puntos
Periodicidad	Trimestral acumulado		
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 80.0	60.0 - 79.9	< 60.0
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para la construcción del indicador se incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Registros de mujeres con diagnóstico histopatológico de cáncer de mama (Ver Anexo 1- CA Mama Diagnósticos CIE O Cáncer de Mama.) realizado dentro o fuera de la institución y que hayan iniciado tratamiento. ▪ Para la construcción del indicador se excluyen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Registros de mujeres que no tengan la fecha del diagnóstico histopatológico de Cáncer de Mama y/o la fecha de inicio de tratamiento. ○ Registros de diagnóstico histopatológico de Unidades de Medicina Familiar; Unidad Médica de Atención Ambulatoria u Hospital Psiquiátrico. 		

CA MAma 07 - Oportunidad en el inicio del tratamiento de Cáncer de Mama.			
Observaciones	Indicador con referencia en: 1) Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del Cáncer de Mama. Diario Oficial de la Federación 9 de junio de 2011. 2) Guía de Práctica Clínica (GPS) Diagnóstico y tratamiento de Cáncer de Mama en el Segundo y Tercer Nivel de Atención. 2009.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles, misma que revisa y autoriza los resultados para la inclusión en la Evaluación del Desempeño y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Calidad	Tipo de indicador	Estratégico

CA_MAma 08 - Tasa de incidencia de Invalidez por Cáncer de Mama por cada 100,000 trabajadoras aseguradas, según Unidad Médica de adscripción de la trabajadora.						
Objetivo del Indicador	Medir el impacto de los programas de prevención y detección oportuna del Cáncer de Mama, así como de las acciones de atención médica para el tratamiento oportuno y adecuado de las trabajadoras, para evitar que las complicaciones resulten en la imposibilidad de que las trabajadoras aseguradas en el ramo de invalidez y vida, continúen realizando sus actividades laborales.					
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de dictámenes de invalidez iniciales (1 ^a vez) aceptados con diagnóstico de Cáncer de Mama, según delegación de origen acumulados al trimestre del reporte $\times 100,000$					
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: ST-5 Integrada de invalidez cuyo diagnóstico CIE sea compatible con Diabetes mellitus y sus complicaciones (ST-5 Manual y Módulo Electrónico de Salud en el Trabajo). Denominador: Archivo denominado “Población Adscrita por Unidad” elaborado con la base de datos de la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR), publicada por la Coordinación de Salud en el Trabajo en la página de la Comunidad de Salud en el Trabajo en la Biblioteca de Bases de datos http://comunidades.imss.gob.mx:106/sites/cc/dpm/cst/SitePages/Inicio.aspx y Consulta Dinámica de Información o Cubo de Información Directiva CP http://189.202.239.32/cubo_cp.asp					
Interpretación	Identifica el comportamiento de la Invalidez por Cáncer de Mama durante el período de tiempo especificado, con relación al número de trabajadoras aseguradas en el ramo de aseguramiento de Invalidez y Vida.					
Valor de referencia o meta	Año	Anual	Marzo	Junio	Septiembre	Diciembre
	2019	<= 4.95	<= 1.07	<= 1.91	<= 4.03	<= 4.95
	2020	<= 5.25	<= 1.13	<= 2.03	<= 4.27	<= 5.25
	2021	<= 5.56	<= 1.20	<= 2.15	<= 4.53	<= 5.56
	2022	<= 5.90	<= 1.27	<= 2.28	<= 4.80	<= 5.90
	2023	<= 6.25	<= 1.35	<= 2.42	<= 5.09	<= 6.25
	2024	<= 6.63	<= 1.43	<= 2.56	<= 5.40	<= 6.63

CA_MAma 08 - Tasa de incidencia de Invalidez por Cáncer de Mama por cada 100,000 trabajadoras aseguradas, según Unidad Médica de adscripción de la trabajadora.					
Unidad de medida	Tasa por 100,000 trabajadoras aseguradas		Ponderación para la Evaluación de Desempeño		1 punto
Periodicidad	Trimestral acumulado				
Rangos de desempeño	Año	Periodo	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	2019	Ene - Mar	< = 1.07	1.08 - 2.31	> 2.31
		Ene - Jun	< = 1.91	1.92 – 6.02	> 6.02
		Ene - Sep	< = 4.03	4.04 – 8.23	> 8.23
		Ene – Dic	< = 4.95	4.96- 10.62	> 10.62
	2020	Ene - Mar	<= 1.13	1.14 - 2.44	> 2.44
		Ene - Jun	<= 2.03	2.04 - 6.38	> 6.38
		Ene - Sep	<= 4.27	4.28 - 8.72	> 8.72
		Ene – Dic	<= 5.25	5.26 - 11.25	> 11.25
	2021	Ene - Mar	<= 1.20	1.21 - 2.59	> 2.59
		Ene - Jun	<= 2.15	2.16 - 6.77	> 6.77
		Ene - Sep	<= 4.53	4.54 - 9.24	> 9.24
		Ene – Dic	<= 5.56	5.57 - 11.93	> 11.93
	2022	Ene - Mar	<= 1.27	1.28 - 2.75	> 2.75
		Ene - Jun	<= 2.28	2.29 - 7.17	> 7.17
		Ene - Sep	<= 4.80	4.81 - 9.80	> 9.80
		Ene – Dic	<= 5.90	5.91 - 12.65	> 12.65
	2023	Ene - Mar	<= 1.35	1.36 - 2.91	> 2.91
		Ene - Jun	<= 2.42	2.43 - 7.60	> 7.60
		Ene - Sep	<= 5.09	5.10 - 10.39	> 10.39
		Ene – Dic	<= 6.25	6.26 - 13.41	> 13.41
	2024	Ene - Mar	<= 1.43	1.44 - 3.09	> 3.09
		Ene - Jun	<= 2.56	2.57 - 8.06	> 8.06
		Ene - Sep	<= 5.40	5.41 - 11.01	> 11.01
		Ene – Dic	<= 6.63	6.64 - 14.21	> 14.21
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para la construcción del indicador: ○ Se excluyen para el numerador: las revaloraciones y casos que se presentan en hombres. ○ Se incluye en el numerador y denominador a las trabajadoras IMSS. ○ La población a considerar será la publicada en la página de la comunidad de Salud en el Trabajo o variantes. 				

CA_MAma 08 - Tasa de incidencia de Invalidez por Cáncer de Mama por cada 100,000 trabajadoras aseguradas, según Unidad Médica de adscripción de la trabajadora.			
<p>Observaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los códigos CIE-10 que se utilizarán para Cáncer de Mama serán: C50 con sus variantes: <ul style="list-style-type: none"> • C50 Tumor maligno de la mama. • C50.0 Tumor maligno del pezón y aréola mamaria. • C50.1 Tumor maligno de la porción central de la mama • C50.2 Tumor maligno del cuadrante superior interno de la mama. • C50.3 Tumor maligno del cuadrante inferior interno de la mama. • C50.4 Tumor maligno del cuadrante superior externo de la mama. • C50.5 Tumor maligno del cuadrante inferior externo de la mama. • C50.6 Tumor maligno de la prolongación axilar de la mama. • C50.8 Lesión de sitios contiguos de la mama. • C50.9 Tumor maligno de la mama, parte no especificada. <p>Indicador que construye la Coordinación de Salud en el Trabajo para coadyuvar a la toma de decisiones oportunas, con el fin de evitar daños a la salud, visualizando la importancia en el impacto económico de los recursos que administra la importancia en el impacto económico de los recursos que administra la institución para proveer de las pensiones futuras para los trabajadores asegurados que las requieran.</p>			
<p>Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador</p> <p>Indicador que construye la Coordinación de Salud en el Trabajo de la Unidad de Prestaciones Económicas y Salud en el Trabajo y envía a la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para inclusión en la Evaluación del Desempeño y la publicación de resultados en el portal:</p> <p style="text-align: center;">http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>			
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

CA MAma 09 - Tasa de mortalidad por Cáncer de Mama en mujeres derechohabientes de 25 años y más.			
Objetivo del indicador	Medir las defunciones de Cáncer de Mama en las mujeres derechohabientes de 25 años y más, para orientar las acciones de mejora en los procesos de prevención y control de este padecimiento.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Defunciones por Cáncer de Mama (CIE-10: C50) en mujeres derechohabientes de 25 años y más}}{\text{Población derechohabiente femenina de 25 años y más, Adscrita a Médico Familiar a mitad de periodo}} \times 100,000$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED) IMSS. Denominador: Población Adscrita a Médico Familiar. Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR).		
Interpretación	La tasa de mortalidad permite identificar el resultado del programa establecido para Cáncer de Mama, acciones preventivas de diagnóstico y de tratamiento, para orientar las acciones de mejora en los puntos críticos detectados.		
Valor de referencia o meta	≤ 9.5 por 100,000 mujeres de 25 años y más adscritas a Médico Familiar.		
Unidad de medida:	Tasa por 100,000 mujeres 25 años y más, adscritas a Médico Familiar	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	5 puntos
Periodicidad	Anual		
Observaciones	<ul style="list-style-type: none">▪ Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, reporta Coordinación de Atención Integral a la Salud en Primer Nivel (CAISPN).▪ Indicador con referencia en: Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del Cáncer de Mama. Diario Oficial de la Federación 9 de junio de 2011.▪ Defunciones por Cáncer de Mama (CIE-10: C50) en causa básica.		

CA MAma 09 - Tasa de mortalidad por Cáncer de Mama en mujeres derechohabientes de 25 años y más.

Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles y envía a la División de Información Epidemiológica ambas de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para la inclusión en la Evaluación del Desempeño y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficiencia	Tipo de indicador	Estratégico

Anexo 1- CA Mama Diagnósticos CIE O Cáncer de Mama

Clave	Diagnóstico	Clave	Diagnóstico
85503	Adenocarcinoma Acinar	80133	Cárcinoma Neuroendocrino de Células Grandes
87203	Adenocarcinoma de Células en Anillo de Sello	80413	Cárcinoma Neuroendocrino de Células Pequeñas
84803	Adenocarcinoma Mucinoso	82463	Cárcinoma Neuroendocrino SAI
82903	Adenocarcinoma Oxifílico (Oncocítico)	83433	Cárcinoma Papilar Encapsulado
	Adenomioepitelioma con Cáncer	85033	Cárcinoma Papilar Intraductal con Invasión
91203	Angiosarcoma (Hemangiosarcoma)		Cárcinoma Papilar Sólido
85753	Cárcinoma Adenoescamoso de Bajo Grado Metaplásico	85253	Cárcinoma Polimorfo de Bajo Grado
82003	Cárcinoma Adenoideo Quístico	85023	Cárcinoma Secretor
84013	Cárcinoma Apocrino	82113	Cárcinoma Tubular
85753	Cárcinoma con Características similares a Fibromatosis Metaplásico		Cárcinoma Túbulo Lobulillar Infiltrante
80353	Cárcinoma con Células Gigantes tipo Osteoclasto	85423	Enfermedad de Paget
85753	Cárcinoma con Diferenciación Mesenquimatosa Metaplásico	85433	Enfermedad de Paget y Cárcinoma Ductal In Situ
85713	Cárcinoma con Metaplasia Ósea y Cartilaginosa	85413	Enfermedad de Paget y Cárcinoma Ductal Infiltrante
82013	Cárcinoma Cribiforme SAI	88903	Lemiosarcoma SAI
80323	Cárcinoma de Células Fusiformes SAI	95903	Linfoma Maligno SAI
85012	Cárcinoma Ductal In Situ tipo Comedo	88503	Liposarcoma SAI
	Cárcinoma Ductal Infiltrante con Características Medulares	89823	Mioepitelioma Maligno
85003	Cárcinoma Ductal Infiltrante SAI	91803	Osteosarcoma SAI
	Cárcinoma Ductal Microinvasor	89203	Rabdomiosarcoma Alveolar
85753	Cárcinoma Epidermoide Metaplásico	89123	Rabdomiosarcoma de Células Fusiformes
85083	Cárcinoma Hipersecretor Quístico	89213	Rabdomiosarcoma Diferenciación Ganglionar
85303	Cárcinoma Inflamatorio	89103	Rabdomiosarcoma Embriionario SAI
85043	Cárcinoma Intraquistico SAI	89013	Rabdomiosarcoma Pleomorfico tipo Adulto
85203	Cárcinoma Lobulillar Infiltrante	89003	Rabdomiosarcoma SIA
	Cárcinoma Lobulillar Infiltrante Alveolar	89023	Rabdomiosarcoma Tipo Mixto
	Cárcinoma Lobulillar Infiltrante Pleomorfico	82493	Tumor Carcinoide Atípico
	Cárcinoma Lobulillar Infiltrante Sólido	95803	Tumor de Células Granulares Maligno
	Cárcinoma Lobulillar Microinvasor	90203	Tumor Filodes Maligno
85103	Cárcinoma Medular	80006	Tumor Metastásico
85133	Cárcinoma Medular Atípico	80003	Tumor No Incluido en este catálogo
85123	Cárcinoma Medular con estroma Linfoide	80903	Cárcinoma Basocelular
85753	Cárcinoma Metaplásico	80943	Cárcinoma Basoescamoso
89823	Cárcinoma Mioepitelial	84003	Cárcinoma de Glándulas Sudoríparas (Anexa)
85223	Cárcinoma Mixto (Ductal y Lobulillar Infiltrante)	87203	Melanoma Maligno SAI
84803	Cárcinoma Mucinoso		

Fuente: CIE O Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología. Tercera Edición Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2003



V.

Procesos de Salud–Enfermedad en Población Derechohabiiente

4. Atención Integral del Cáncer Cérvico Uterino



El Cáncer Cervico Uterino es la tercera causa de muerte en la mujer en el mundo, y únicamente es superado por el Cáncer de Mama y el Cáncer de Colon y Recto.¹ En la Región de las Américas de la Organización Panamericana de Salud (OPS), se estima que de mantenerse las tendencias actuales, el número de muertes por esta causa, aumentará 45% para el 2030.²

En el año 2015, el Cáncer Cervico Uterino fue la séptima neoplasia más frecuente en la población mundial y la cuarta más frecuente entre las mujeres, con un estimado de 528,000 nuevos casos diagnosticados anualmente, 85% de los cuales se registran en países en vías de desarrollo.

En América Latina, este padecimiento representa la segunda neoplasia más común, con 68,818 casos anuales. La incidencia en la región es de 21.2 casos por 100,000 mujeres, alcanzando valores superiores a 30 en países como Perú, Paraguay, Guyana, Bolivia, Honduras, Venezuela, Nicaragua y Surinam.

La mortalidad en la región es de 8.7 defunciones por 100,000 mujeres. El 75% de las 28,565 defunciones anuales por esta causa, ocurren en seis países, Brasil, México, Colombia, Perú, Venezuela y Argentina³. En nuestro país el cáncer cervico uterino ocupa el segundo lugar como causa de muerte. Anualmente se estima una ocurrencia de 13,960 casos en mujeres, con una incidencia de 23.3 casos por 100,000 mujeres.

El Instituto Mexicano del Seguro Social en 2017, reportó 3,377 pacientes en tratamiento con Cáncer Cervico Uterino *in situ*, con un gasto total de 25 millones de pesos (9 millones en atención ambulatoria y 16 millones en hospitalaria). Asimismo, para las 14,626 mujeres con Cáncer Invasivo, informó un gasto total de 588 millones de pesos (371 millones de pesos para la atención ambulatoria y 218 para la hospitalaria).⁴

Las nuevas políticas internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el Cáncer Cervico Uterino, están dirigidas a prevenir y controlar mejor la enfermedad que, si bien es una de las más mortíferas formas de Cáncer en la mujer, también es una de las más fáciles de prevenir, en especial con acciones de vacunación, detección y promoción de la salud.

Es importante evaluar las necesidades y áreas de oportunidad en la paciente y el sistema de salud, para tomar acciones médico-preventivas. El monitoreo periódico de Indicadores de Desempeño, de calidad y de impacto, son necesarios para la orientación de acciones que sean costo-eficaces y costo-efectivas, en cada uno de los momentos del Proceso Salud-Enfermedad de las pacientes con Cáncer Cervico Uterino.

¹ WHO. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>. Consulta realizada en octubre de 2016.

² Cáncer Cervico Uterino.

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=3595&Itemid=3637&lang=es

³ Estadísticas de Cáncer de Mama y Cáncer cervico Uterino. Secretaría de Salud. Programa de Acción específico Prevención y Control de Cáncer de la Mujer. 2013-2018, <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/información-estadística>. Consulta realizada 04 noviembre de 2019.

⁴ IMSS. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión 2017-2018. <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/informe-2017-2018> Consulta realizada: 4 noviembre de 2019.

4. Atención Integral del Cáncer Cérvico Uterino

Conducta sexual de alto riesgo	Alteración celular epitelial inflamatoria inespecífica	Cifras de Tensión arterial alterada, comorbilidad, sobrepeso u obesidad	Complicaciones o Coomorbilidad	Muerte
Impactos esperados de las intervenciones en salud				
Promoción de la Salud	Detección oportuna Identificación y atención de factores de riesgo.	Diagnóstico, Tratamiento y Control. Identificación y manejo oportuno de complicaciones	Tratamiento de las Complicaciones Tempranas o Tardías. Rehabilitación	Desenlace del impacto en salud
	CA CU 01 - Cobertura de tamizaje de primera vez de Cáncer Cérvico Uterino en mujeres entre 25 a 64 años	CA CU 02 - Oportunidad diagnóstica de Cáncer Cérvico Uterino 3	CA CU 03 - Confirmación diagnóstica de Cáncer Cérvico Uterino	CA CU08 - Tasa de incidencia de invalidez por Cáncer Cérvico Uterino por cada 100,000 trabajadoras aseguradas, según Unidad Médica de adscripción de la trabajadora 1
		CA CU 04 - Tasa de incidencia de Cáncer Cérvico Uterino en mujeres de 25 años y más 1	CA CU 05 - Tasa de incidencia de Displasia Cervical leve o moderada, en mujeres de 25 años y más 1	CA CU09 - Disminución porcentual de la tasa de mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino en mujeres de 25 años y más 4
		CA CU 06 - Tasa de incidencia de Displasia Cervical severa y Carcinoma In Situ, en mujeres derechohabientes de 25 años y más 1	CA CU 07 - Oportunidad en el inicio del tratamiento de Cáncer Cérvico Uterino. 3	

CA CU 01 - Cobertura de tamizaje de primera vez de Cáncer Cervico Uterino en mujeres entre 25 y 64 años.				
Objetivo del indicador	Medir la proporción de mujeres entre 25 y 64 años, con tamizaje de Cáncer Cervico Uterino, a través de la prueba de Papanicolaou, para identificar a derechohabientes con lesiones precancerosas y cáncer en etapa temprana, a fin de promover el diagnóstico y tratamiento oportunos.			
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de mujeres entre 25 y 64 años, con tamizaje de Cáncer Cervico Uterino, a través de la prueba de Papanicolaou de primera vez acumuladas al mes del reporte X 100 Población de mujeres entre 25 y 64 años, adscritas a Médico Familiar menos 11% (estimación de mujeres histerectomizadas, ENCPREVENIMSS 2006)			
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).			
Interpretación	Mide la proporción de mujeres entre 25 y 64 años que fueron captadas por el programa de tamizaje de Cáncer Cervico Uterino. El valor de referencia se establece con base en los referentes internacionales para lograr un impacto en la reducción de la mortalidad.			
Valor de referencia o meta	2019	>= 23.0	2022	>= 28.0
	2020	>= 25.0	2023	>= 29.0
	2021	>= 27.0	2024	>= 30.0
Unidad de medida	Porcentaje			
Periodicidad	Mensual acumulado		Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Año	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	2019	>= 23.0	17.5 - 22.9	<= 17.4
	2020	>= 25.0	19.0 - 24.9	<= 18.9
	2021	>= 27.0	20.5 - 26.9	<= 20.4
	2022	>= 28.0	21.3 - 27.9	<= 21.2
	2023	>= 29.0	22.0 - 28.9	<= 21.9
	2024	>= 30.0	22.8 - 29.9	<= 22.7

CA CU 01 - Cobertura de tamizaje de primera vez de Cáncer Cervico Uterino en mujeres entre 25 y 64 años.			
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Primera vez, es la población entre 25 y 64 años que no se ha realizado la prueba de Papanicolaou en los últimos tres años, o que nunca en su vida se la han realizado. ▪ El tamizaje se realiza a la población femenina asintomática. ▪ Los valores de referencia de los rangos de desempeño se modifican mensualmente (ver Tabla CACU 01). ▪ Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que integra la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, misma que revisa y autoriza los resultados para la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

Tabla CACU01 - Cobertura de tamizaje de primera vez de Cáncer Cervico Uterino en mujeres entre 25 y 64 años.

Año Mes	2019 =>	2020 =>	2021 =>	2022 =>	2023 =>	2024 =>	Rangos desempeño	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Enero	1.9	2.1	2.3	2.3	2.4	2.5	Esperado	>= 1.9	>= 2.1	>= 2.3	>= 2.3	>= 2.4	>= 2.5
							Medio	1.5 - 1.8	1.7 - 2.0	1.8 - 2.2	1.9 - 2.2	1.9- 2.3	2.0 - 2.4
							Bajo	<= 1.4	<= 1.6	<= 1.7	<= 1.8	<= 1.8	<= 1.9
Febrero	3.8	4.2	4.5	4.7	4.8	5.0	Esperado	>= 3.8	>= 4.2	>= 4.5	>= 4.7	>= 4.8	>= 5.0
							Medio	3.0 - 3.7	3.2 - 4.1	3.5 - 4.4	3.6 - 4.6	3.7 - 4.7	3.9 - 4.9
							Bajo	<= 2.9	<= 3.1	<= 3.4	<= 3.5	<= 3.6	<= 3.8
Marzo	5.8	6.3	6.8	7.0	7.3	7.5	Esperado	>= 5.8	>= 6.3	>= 6.8	>= 7.0	>= 7.3	>= 7.5
							Medio	4.4 - 5.7	4.8 - 6.2	5.2 - 6.7	5.4 - 6.9	5.5 - 7.2	5.7 - 7.4
							Bajo	<= 4.3	<= 4.7	<= 5.1	<= 5.3	<= 5.4	<= 5.6
Abril	7.7	8.3	9.0	9.3	9.7	10.0	Esperado	>= 7.7	>= 8.3	>= 9.0	>= 9.3	>= 9.7	>= 10.0
							Medio	5.9 - 7.6	6.4- 8.2	6.9 - 8.9	7.1 - 9.2	7.4 - 9.6	7.6 - 9.9
							Bajo	<= 5.8	<= 6.3	<= 6.8	<= 7.0	<= 7.3	<= 7.5
Mayo	9.6	10.4	11.3	11.7	12.1	12.5	Esperado	>= 9.6	>= 10.4	>= 11.3	>= 11.7	>= 12.1	>= 12.5
							Medio	7.3- 9.5	7.9 - 10.3	8.5 - 11.2	8.9 - 11.6	9.2 - 12.0	9.5 - 12.4
							Bajo	<= 7.2	<= 7.8	<= 8.4	<= 8.8	<= 9.1	<= 9.4
Junio	11.5	12.5	13.5	14.0	14.5	15.0	Esperado	>= 11.5	>= 12.5	>= 13.5	>= 14.0	>= 14.5	>= 15.0
							Medio	8.7 - 11.4	9.5 - 12.4	10.2-13.4	10.6-13.9	11.0-14.4	11.4-14.9
							Bajo	<= 8.6	<= 9.4	<= 10.1	<= 10.5	<= 10.9	<= 11.3
Julio	13.4	14.6	15.8	16.3	16.9	17.5	Esperado	>= 13.4	>= 14.6	>= 15.8	>= 16.3	>= 16.9	>= 17.5
							Medio	10.2-13.3	11.0-14.5	11.9-15.7	12.4-16.2	12.8-16.8	13.2-17.4
							Bajo	<= 10.1	<= 10.9	<= 11.8	<= 12.3	<= 12.7	<= 13.1
Agosto	15.3	16.7	18.0	18.7	19.3	20.0	Esperado	>= 15.3	>= 16.7	>= 18.0	>= 18.7	>= 19.3	>= 20.0
							Medio	11.6-15.2	12.6-16.6	13.6-17.9	14.1-18.6	14.6-19.2	15.1-19.9
							Bajo	<= 11.5	<= 12.5	<= 13.5	<= 14.0	<= 14.5	<= 15.0
Septiembre	17.3	18.8	20.3	21.0	21.8	22.5	Esperado	>= 17.3	>= 18.8	>= 20.3	>= 21.0	>= 21.8	>= 22.5
							Medio	13.0-17.2	14.2-18.7	15.3-20.2	15.9-20.9	16.4-21.7	17.0-22.4
							Bajo	<= 12.9	<= 14.1	<= 15.2	<= 15.8	<= 16.3	<= 16.9
Octubre	19.2	20.8	22.5	23.3	24.2	25.0	Esperado	>= 19.2	>= 20.8	>= 22.5	>= 23.3	>= 24.2	>= 25.0
							Medio	14.5-19.1	15.7-20.7	17.0-22.4	17.6-23.2	18.2-24.1	18.9-24.9
							Bajo	<= 14.4	<= 15.6	<= 16.9	<= 17.5	<= 18.1	<= 18.8
Noviembre	21.1	22.9	24.8	25.7	26.6	27.5	Esperado	>= 21.1	>= 22.9	>= 24.8	>= 25.7	>= 26.6	>= 27.5
							Medio	15.9-21.0	17.3-22.8	18.7-24.7	19.4-25.6	20.0-26.5	20.7-27.4
							Bajo	<= 15.8	<= 17.2	<= 18.6	<= 19.3	<= 19.9	<= 20.6
Diciembre	23.0	25.0	27.0	28.0	29.0	30.0	Esperado	>= 23.0	>= 25.0	>= 27.0	>= 28.0	>= 29.0	>= 30.0
							Medio	17.4-22.9	18.9-24.9	20.4-26.9	21.1-27.9	21.9-28.9	22.6-29.9
							Bajo	<= 17.3	<= 18.8	<= 20.3	<= 21.0	<= 21.8	<= 22.5

CA_CU 02 - Oportunidad diagnóstica de Cáncer Cérvico Uterino.			
Objetivo del indicador	Medir el tiempo de respuesta que tarda la institución en otorgar un diagnóstico de Cáncer Cérvico Uterino a la mujer con resultado anormal en la citología cervical de detección para ofrecer a la derechohabiente mejor calidad de vida.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Mujeres con diagnóstico histopatológico de Cáncer Cérvico Uterino (Ver Anexo1. Diagnóstico CIE-O - Cáncer Cérvico Uterino) y antecedente de citología cervical de detección con resultado anormal, con periodo de tiempo entre ambos estudios menor o igual a 30 días calendario		
	Total de mujeres con diagnóstico de Cáncer Cérvico Uterino (ver Anexo1. Diagnóstico CIE-O - Cáncer Cérvico Uterino) por histopatología y antecedente de citología cervical de detección con resultado anormal		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Registro Institucional de Cáncer (RIC). Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.		
Interpretación	Permite medir el tiempo de respuesta institucional en el proceso diagnóstico, para ofrecer un tratamiento oportuno acorde a la etapa del diagnóstico y mejorar la calidad de vida de las derechohabientes.		
Valor de referencia o meta	≥ 80.0		
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	3 puntos
Periodicidad	Trimestral Acumulado		
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 80.0	60.0 - 79.9	< 60.0
Observaciones	Indicador con referencia en: <ul style="list-style-type: none"> Modificaciones a la Norma Oficial Mexicana. NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino; Diario Oficial de la Federación 31 de mayo de 2007. Norma que establece las disposiciones para la aplicación de la Vigilancia Epidemiológica en el Instituto Mexicano del Seguro Social, clave 2000-001-020 autorizada el 03/08/2012. 		

CA_CU 02 - Oportunidad diagnóstica de Cáncer Cervico Uterino.

Observaciones	<p>Para la construcción del indicador se incluye en el numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registros de mujeres que cuentan con fecha de resultado de citología de detección y fecha del diagnóstico de Cáncer Cervico Uterino por estudio histopatológico, con un periodo de tiempo transcurrido entre ambos estudios menor a 30 días calendario. • Citologías de detección y estudios histopatológicos realizados dentro o fuera de la institución <p>Para la construcción del indicador se incluye en el denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registros de mujeres que cuentan con fecha de resultado de citología de detección y fecha del diagnóstico de Cáncer Cervico Uterino por estudio histopatológico independientemente del tiempo transcurrido entre ambos estudios. • Citologías de detección y estudios histopatológicos realizados dentro o fuera de la institución <p>Para la construcción del indicador se excluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registros histopatológicos de Unidades de Medicina Familiar; Unidades Médicas de Atención Ambulatoria; Hospitales Psiquiátricos; Unidades Médicas de Alta Especialidad de Traumatología y Ortopedia, Cardiología e Infectología. <p>Se considera resultados citológicos anormales los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 AGC Células Glandulares Atípicas reactivas 2 AGC Células Glandulares Atípicas sugestivas de neoplasia 3 AIS Adenocarcinoma Endocervical in Situ 4 ASC-H Células Escamosas Atípicas sugestivas de lesión de alto grado 5 ASC-US células escamosas Atípicas de significado indeterminado 6 LIEAG Lesión Escamosa Intraepitelial de alto grado 7 LIEBG Lesión Escamosa Intraepitelial de bajo grado 8 Adenocarcinoma 9 Carcinoma Adenoescamoso 10 Carcinoma Epidermoide 11 Carcinoma Epidermoide in situ 12 Carcinoma Neuroendocrino 13 Neoplasia Maligna no clasificada (Células malignas)
---------------	--

CA_CU 02 - Oportunidad diagnóstica de Cáncer Cérvico Uterino.

Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Información Epidemiológica, con los criterios establecidos por la División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles ambas de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para su inclusión en la Evaluación del Desempeño, así como para la publicación de los resultados en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Calidad	Tipo de indicador	Estratégico

CA_CU 03 - Índice de Confirmación Diagnóstica de Cáncer Cervico Uterino.							
Objetivo del indicador	Medir el valor predictivo positivo de la citología cervical de la detección en el diagnóstico del Cáncer Cervico Uterino.						
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Mujeres con resultado citológico de Adenocarcinoma, Carcinoma Adenoescamoso, Carcinoma Epidermoide, Carcinoma Neuroendocrino, Neoplasia Maligna no Clasificada (Células malignas) y diagnóstico histopatológico de Cáncer Cervico Uterino (Ver Anexo1. Diagnóstico CIE-O - Cáncer Cervico Uterino) X 100 Total de mujeres con resultado citológico de Adenocarcinoma, Carcinoma Adenoescamoso, Carcinoma Epidermoide, Carcinoma Neuroendocrino, Neoplasia Maligna no Clasificada (Células malignas)						
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y Denominador: Registro Institucional de Cáncer (RIC). Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.						
Interpretación	Indicador que mide la eficacia de la citología cervical como prueba predictiva para Cáncer Cervico Uterino.						
Valor de referencia o meta	>= 80.0						
Unidad de medida	Porcentaje						
Periodicidad	Trimestral acumulado						
Rangos de desempeño	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Desempeño esperado</th> <th>Desempeño medio</th> <th>Desempeño bajo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>>= 80.0</td> <td>60.0 - 79.9</td> <td>< 60.0</td> </tr> </tbody> </table>	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo	>= 80.0	60.0 - 79.9	< 60.0
Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo					
>= 80.0	60.0 - 79.9	< 60.0					
Observaciones	<p>Indicador con referencia en:</p> <ul style="list-style-type: none"> Modificaciones a la Norma Oficial Mexicana. NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del Cáncer Cervico Uterino; Diario Oficial de la Federación 31 de mayo de 2007. Norma que establece las disposiciones para la aplicación de la Vigilancia Epidemiológica en el Instituto Mexicano del Seguro Social, clave 2000-001-020 autorizada el 27/11/2017. 						

CA_CU 03 - Índice de Confirmación Diagnóstica de Cáncer Cérvico Uterino.

	<p>Para la construcción del indicador se incluye en el numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registros con diagnóstico histopatológico de Cáncer Cérvico Uterino (Consultar el Anexo 1. Diagnóstico CIE-O - Cáncer Cérvico Uterino al final de las fichas de CACU) y antecedente de citología cervical de detección con resultado citológico de Adenocarcinoma, Carcinoma Adenoescamoso, Carcinoma Epidermoide, Carcinoma Neuroendocrino, Neoplasia Maligna no Clasificada (Células malignas) independiente si los estudios se realizaron dentro o fuera del IMSS. <p>Para la construcción del indicador se incluye en el denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registros de mujeres con resultado citológico de Tumor Maligno del Cuello del Útero. <p>Para la construcción del indicador se excluyen tanto del numerador como del denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registros histopatológicos de Unidades de Medicina Familiar; Unidades Médicas de Atención Ambulatoria; Hospitales Psiquiátricos; Unidades Médicas de Alta Especialidad de Traumatología y Ortopedia, Cardiología e Infectología. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la División de Información Epidemiológica, con los criterios establecidos por la División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles ambas de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para su inclusión en la Evaluación del Desempeño, así como para la publicación de los resultados en el portal:</p> <p>http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Calidad	Tipo de Indicador	Estratégico

CA_CU 04 - Tasa de incidencia de Cáncer Cervico Uterino en mujeres de 25 años y más.			
Objetivo del Indicador	Medir los casos nuevos de Cáncer Cervico Uterino en las mujeres derechohabientes de 25 años y más, para orientar las acciones de mejora en los procesos de prevención y control de este padecimiento.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Mujeres derechohabientes de 25 años y más con diagnóstico de Cáncer Cervico Uterino (CIE-10: C53), reportadas en el Informe Semanal de Casos Nuevos</p> <p>X 100,000</p>		
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador: Informe semanal de casos nuevos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica. Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.</p> <p>Denominador: Población Adscrita a Médico Familiar. Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR).</p>		
Interpretación	La tasa de incidencia permite identificar el resultado del programa establecido para Cáncer Cervico Uterino, campañas (intensificación de acciones preventivas) o de diagnóstico, para orientar las acciones de mejora en los puntos críticos detectados.		
Valor de referencia o meta	<= 5.7 por 100,000 mujeres de 25 años y más adscritas a Médico Familiar.		
Unidad de medida	Tasa por 100,000 mujeres de 25 años y más adscritas a Médico Familiar	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	1 punto
Periodicidad	Anual		
Observaciones	<p>Indicador con referencia en:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Modificaciones a la Norma Oficial Mexicana. NOM-014-SSA2-1994. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del Cáncer Cervico Uterino, Diario Oficial de la Federación 31 de mayo de 2007. ○ Norma que establece las disposiciones para la aplicación de la Vigilancia Epidemiológica en el Instituto Mexicano del Seguro Social clave 2000-001-020 actualizada el 27/11/2017. 		

CA_CU 04 - Tasa de incidencia de Cáncer Cervico Uterino en mujeres de 25 años y más.

Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El efecto esperado del incremento en las coberturas de detección, se traduciría de manera inicial en un incremento de la incidencia, que con el transcurso de los años, tendería a estabilizarse e incluso a disminuir como efecto también de la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles y envía a la División de Información Epidemiológica ambas de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para la inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud–Enfermedad y la publicación en el portal:</p> <p>http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficiencia	Tipo de indicador	Estratégico

CA_CU 05 - Tasa de incidencia de Displasia cervical leve o moderada, en mujeres de 25 años y más.			
Objetivo del indicador	Medir los casos nuevos de Displasia cervical leve o moderada en las mujeres derechohabientes de 25 años y más, para orientar las acciones de mejora en los procesos de prevención y control de este padecimiento.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Mujeres de 25 años y más, con diagnóstico de Displasia cervical leve o moderada reportadas en el informe semanal de casos nuevos</p> <p>X 100,000</p> <p>Población femenina de 25 años y más, adscritas a Médico Familiar a mitad de período</p>		
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador: Informe Semanal de casos nuevos sujetos a vigilancia epidemiológica. Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.</p> <p>Denominador: Población Adscrita a Médico Familiar de la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR).</p>		
Interpretación	La tasa de incidencia permite identificar el resultado del programa establecido para Cáncer Cervico Uterino, campañas (intensificación de acciones preventivas) o de Diagnóstico, para orientar las acciones de mejora en los puntos críticos detectados.		
Valor de referencia o meta	<= 36.1 por 100,000 mujeres de 25 años y más adscritas a Médico Familiar.		
Unidad de medida	Tasa por 100,000 mujeres 25 años y más, adscritas a Médico Familiar	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	1 punto
Periodicidad	Anual		
Observaciones	<p>Indicador con referencia en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modificaciones a la Norma Oficial Mexicana. NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del Cáncer Cervico Uterino; Diario Oficial de la Federación 31 de mayo de 2007. • Norma que establece las disposiciones para la aplicación de la Vigilancia Epidemiológica en el Instituto Mexicano del Seguro Social, clave 2000-001-020 actualizada el 27/11/2017. 		

CA_CU 05 - Tasa de incidencia de Displasia cervical leve o moderada, en mujeres de 25 años y más.			
Observaciones	<ul style="list-style-type: none">El efecto esperado del incremento en las coberturas de detección, se traduciría de manera inicial en un incremento de la incidencia, que con el transcurso de los años, tendería a estabilizarse e incluso, a disminuir como efecto también de la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano. <p>Para la construcción de indicador, tomar en cuenta lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">Se codifica de acuerdo a la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de enfermedades (OMS-OPS): N87.0 Displasia Leve y N87.1 Moderada, como está establecido en las Modificaciones a la Norma Oficial Mexicana, NOM-014-SSA2-1994 Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino; Diario Oficial de la Federación 31 de mayo de 2007.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles y envía a la División de Información Epidemiológica ambas de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para la inclusión en la Evaluación del Desempeño y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficiencia	Tipo de indicador	Estratégico

CA_CU 06 - Tasa de incidencia de displasia cervical severa y carcinoma <i>in situ</i> , en mujeres derechohabientes de 25 años y más.			
Objetivo del indicador	Medir los casos nuevos de Displasia cervical severa y Carcinoma <i>in situ</i> del cuello del útero en las mujeres derechohabientes de 25 años y más, para orientar las acciones de mejora en los procesos de prevención y control de este padecimiento.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Mujeres derechohabientes de 25 años y más, con diagnóstico de Displasia cervical severa y Cáncer <i>in situ</i> , reportados en el Informe Semanal de Casos Nuevos X 100,000		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Informe Semanal de casos nuevos sujetos a vigilancia epidemiológica. Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Denominador: Población Adscrita a Médico Familiar de la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR).		
Interpretación	La tasa de incidencia permite identificar el resultado de los programas para Cáncer Cervico Uterino, campañas (intensificación de acciones preventivas) o de diagnóstico, para orientar las acciones de mejora en los puntos críticos detectados.		
Valor de referencia o meta	<= 5.0 por 100,000 mujeres de 25 años y más adscritas a Médico Familiar.		
Unidad de medida	Tasa por 100,000 mujeres derechohabientes de 25 años y más	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	1 punto
Periodicidad	Anual		
Observaciones	Indicador con referencia en: <ul style="list-style-type: none"> • Modificaciones a la Norma Oficial Mexicana. NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del Cáncer Cervico Uterino; Diario Oficial de la Federación 31 de mayo de 2007. • Norma que establece las disposiciones para la aplicación de la Vigilancia Epidemiológica en el Instituto Mexicano del Seguro Social, clave 2000-001-020 actualizada el 27/11/2017. 		

CA_CU 06 - Tasa de incidencia de displasia cervical severa y carcinoma <i>in situ</i> , en mujeres derechohabientes de 25 años y más.			
Observaciones	<ul style="list-style-type: none">Para el efecto esperado del incremento en las coberturas de detección, se traduciría de manera inicial en un incremento de la incidencia que, con el transcurso de los años, tendería a estabilizarse e incluso, a disminuir como efecto también de la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano. <p>Para la construcción del numerador:</p> <ul style="list-style-type: none">Se codifica con fines estadísticos de acuerdo con la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS-OPS): N87.2 Displasia Cervical Severa y D06 Cáncer <i>in situ</i>, como lo establece la Modificación a la Norma Oficial Mexicana, NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino. Diario Oficial de la Federación 31 de mayo de 2007.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles y envía a la División de Información Epidemiológica ambas de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para la inclusión en la Evaluación del Desempeño y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficiencia	Tipo de indicador	Estratégico

CA_CU 07 - Oportunidad en el inicio del tratamiento de Cáncer Cervico Uterino.			
Objetivo del indicador	Medir el tiempo de respuesta que tarda la institución en otorgar tratamiento oncológico a la mujer con diagnóstico histopatológico de Cáncer Cervico Uterino, para mejorar su calidad de vida.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Mujeres de 20 años y más con diagnóstico histopatológico de Cáncer Cervico Uterino (Ver Anexo1. Diagnóstico CIE-O - Cáncer Cervico Uterino) que iniciaron tratamiento en un periodo de tiempo menor o igual a 21 días X 100		
Fuentes oficiales para el cálculo	Total de mujeres de 20 años y más con diagnóstico histopatológico de Cáncer Cervico Uterino que hayan iniciado tratamiento		
Interpretación	Mide el tiempo que transcurre entre el diagnóstico de Cáncer Cervico Uterino y el primer tratamiento recibido.		
Valor de referencia o meta	≥ 80.0		
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	3 puntos
Periodicidad	Trimestral acumulado		
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 80.0	60.0 - 79.9	< 60.0
Observaciones	Indicador con referencia en: <ul style="list-style-type: none"> • Modificaciones a la Norma Oficial Mexicana, NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino. Diario Oficial de la Federación 31 de mayo de 2007. • Norma que establece las disposiciones para la aplicación de la Vigilancia Epidemiológica en el Instituto Mexicano del Seguro Social, clave 2000-001-020 Actualizada el 27/11/2017. 		

CA_CU 07 - Oportunidad en el inicio del tratamiento de Cáncer Cérvico Uterino.

Observaciones	<p>Para la construcción del numerador se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registros con diagnóstico histopatológico de Cáncer Cérvico Uterino (Ver Anexo1. Diagnóstico CIE-O - Cáncer Cérvico Uterino) realizado dentro o fuera de la Institución y que hayan iniciado tratamiento y cuenten con registro en cualquiera de los siguientes módulos: cirugía, quimioterapia y radioterapia. <p>Para la construcción del indicador se excluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registros de pacientes con fecha de inicio de tratamiento y no cuenten con registro de Diagnóstico histopatológico. • Registros histopatológicos de Unidades de Medicina Familiar; Unidades Médicas de Atención Ambulatoria; Hospitales Psiquiátricos; Unidades Médicas de Alta Especialidad de Traumatología y Ortopedia, Cardiología e Infectología. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la División de Información Epidemiológica, con los criterios establecidos por la División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles ambas de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para su inclusión en la Evaluación del Desempeño, así como para la publicación de los resultados en el portal:</p> <p style="text-align: center;">http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Calidad	Tipo de indicador	Estratégico

CA_CU 08 - Tasa de incidencia de invalidez por Cáncer Cérvico Uterino por cada 100,000 trabajadoras aseguradas, según Unidad Médica de adscripción de la trabajadora.						
Objetivo del Indicador	Medir el impacto de los programas de prevención y detección oportuna del Cáncer Cérvico Uterino, así como de las acciones de atención médica para el tratamiento oportuno y adecuado de las trabajadoras, para evitar que las complicaciones resulten en la imposibilidad de que las trabajadoras aseguradas en el ramo de invalidez y vida continúen realizando sus actividades laborales.					
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de dictámenes de invalidez iniciales (Primera vez) aceptados con diagnóstico de Cáncer Cérvico Uterino, según Delegación origen acumulados al trimestre del reporte $\times 100,000$ Promedio de trabajadoras aseguradas en invalidez y vida, al trimestre del reporte					
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Formato ST-5 Integrada de Invalidez cuyo diagnóstico CIE sea compatible con Cáncer Cérvico Uterino (Formato ST-5 Manual y Módulo Electrónico de Salud en el Trabajo). Denominador: Archivo denominado “Población Adscrita por Delegación” elaborado con la Base de datos de la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR), publicada por la División de Información en Salud (DIS) http://11.22.41.169/infoSalud15/ y Consulta Dinámica de Información o Cubo de Información Directiva CP http://189.202.239.32/cubo_cp.asp					
Interpretación	Identifica el comportamiento de la Invalidez por Cáncer Cérvico Uterino durante el período de tiempo especificado, con relación al número de trabajadoras aseguradas en el ramo de aseguramiento de Invalidez y Vida.					
Valor de referencia o meta	Año	Anual	Marzo	Junio	Septiembre	Diciembre
	2019	<= 1.04	<= 0.00	<= 0.00	<= 0.91	<= 1.04
	2020	<= 1.11	<= 0.00	<= 0.00	<= 0.97	<= 1.11
	2021	<= 1.19	<= 0.00	<= 0.00	<= 1.03	<= 1.19
	2022	<= 1.27	<= 0.00	<= 0.00	<= 1.10	<= 1.27
	2023	<= 1.35	<= 0.00	<= 0.00	<= 1.18	<= 1.35
	2024	<= 1.44	<= 0.00	<= 0.00	<= 1.25	<= 1.44
Unidad de medida	Tasa por 100,000 trabajadoras aseguradas			Ponderación para la Evaluación de Desempeño		1 punto
Periodicidad	Trimestral acumulado					

CA_CU 08 - Tasa de incidencia de invalidez por Cáncer Cérvico Uterino por cada 100,000 trabajadoras aseguradas, según Unidad Médica de adscripción de la trabajadora.

	Año	Periodo	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
Rangos de desempeño	2019	Ene - Mar	<= 0.00	0.01 – 1.11	> 1.11
		Ene - Jun	<= 0.00	0.01 – 1.72	> 1.72
		Ene - Sep	<= 0.91	0.92 – 2.19	> 2.19
		Ene – Dic	<= 1.04	1.05 – 3.13	> 3.13
	2020	Ene - Mar	<= 0.00	0.01 - 1.18	> 1.18
		Ene - Jun	<= 0.00	0.01 - 1.83	> 1.83
		Ene - Sep	<= 0.97	0.98 - 2.33	> 2.33
		Ene – Dic	<= 1.11	1.12 - 3.34	> 3.34
	2021	Ene - Mar	<= 0.00	0.01 - 1.26	> 1.26
		Ene - Jun	<= 0.00	0.01 - 1.96	> 1.96
		Ene - Sep	<= 1.03	1.04 - 2.48	> 2.48
		Ene – Dic	<= 1.19	1.20 - 3.56	> 3.56
	2022	Ene - Mar	<= 0.00	0.01 - 1.34	> 1.34
		Ene - Jun	<= 0.00	0.01 - 2.09	> 2.09
		Ene - Sep	<= 1.10	1.11 - 2.65	> 2.65
		Ene – Dic	<= 1.27	1.28 - 3.80	> 3.80
	2023	Ene - Mar	<= 0.00	0.01 - 1.43	> 1.43
		Ene - Jun	<= 0.00	0.01 - 2.22	> 2.22
		Ene - Sep	<= 1.18	1.19 - 2.82	> 2.82
		Ene – Dic	<= 1.35	1.36 - 4.05	> 4.05
	2024	Ene - Mar	<= 0.00	0.01 - 1.52	> 1.52
		Ene - Jun	<= 0.00	0.01 - 2.37	> 2.37
		Ene - Sep	<= 1.25	1.26 - 3.01	> 3.01
		Ene – Dic	<= 1.44	1.45 - 4.32	> 4.32
Observaciones	<p>Para la construcción del indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se excluyen para el numerador: las revaloraciones. • Se incluye en el numerador y denominador a las trabajadoras IMSS. • La población a considerar será la publicada en la Página de la Comunidad de Salud en el Trabajo. <p>Los códigos CIE-10 que se utilizarán para Cáncer Cérvico Uterino, serán:</p> <ul style="list-style-type: none"> • C53 Tumor maligno del cuello del útero. • C53.0 Tumor maligno del endocérvix. • C53.1 Tumor maligno del exocérvix. • C53.8 Lesión de sitios contiguos del cuello del útero. • C53.9 Tumor maligno del cuello del útero, sin otra especificación. 				

CA_CU 08 - Tasa de incidencia de invalidez por Cáncer Cérvico Uterino por cada 100,000 trabajadoras aseguradas, según Unidad Médica de adscripción de la trabajadora.

Observaciones	<p>Indicador que construye la Coordinación de salud en el Trabajo para la toma de decisiones oportunas con el fin de evitar daños a la salud, visualizando la importancia en el impacto económico de los recursos que administra la Institución para proveer de las pensiones futuras para los trabajadores asegurados que las requieran.</p>		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la Coordinación de Salud en el Trabajo de la Unidad de Prestaciones Económicas y Salud en el Trabajo y envía a la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para inclusión en la Evaluación de Desempeño, así como para la publicación de resultados en el portal:</p> <p style="text-align: center;">http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

CA_CU 09 - Disminución porcentual de la tasa de mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino en mujeres de 25 años y más.			
Objetivo del indicador	Medir la variación porcentual de la tasa de mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino, en las mujeres derechohabientes de 25 y más años, del año con respecto a las del año inmediato anterior, para orientar las acciones de mejora en los procesos de prevención y control de ese padecimiento.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Tasas de mortalidad anualizada por Cáncer Cérvico Uterino en mujeres derechohabientes mayores de 25 años y más del período que se evalúa menos Tasas de mortalidad anualizada por Cáncer Cérvico Uterino en mujeres derechohabientes mayores de 25 años y más del mismo período del año anterior		
	$\frac{\text{Tasa de mortalidad anualizada por Cáncer Cérvico Uterino en mujeres derechohabientes de 25 años y más del mismo período del año anterior} - \text{Tasa de mortalidad anualizada por Cáncer Cérvico Uterino en mujeres derechohabientes mayores de 25 años y más del mismo período del año anterior}}{\text{Tasa de mortalidad anualizada por Cáncer Cérvico Uterino en mujeres derechohabientes mayores de 25 años y más del mismo período del año anterior}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador de las tasas: Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED) IMSS. Denominador de las tasas: Población femenina de 25 años y más, adscrita a Médico Familiar de los años a evaluar, emitida por la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR) e incorporada al SIAIS.		
Interpretación	El indicador traduce indirectamente: <ul style="list-style-type: none"> El resultado obtenido sobre el riesgo de muerte por Cáncer Cérvico Uterino en mujeres de 25 años y más, mediante la detección oportuna de ese padecimiento. La oportunidad de la atención médica otorgada a las pacientes de esta edad, diagnosticadas con lesiones precursoras de Cáncer Cérvico Uterino o Cáncer. El valor de referencia responde al compromiso establecido para la reducción de la mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino en el Programa de Acción Específico para la Prevención y Control del Cáncer de la Mujer 2013-2018.		
Valor de referencia o meta	$<= -4.5 \text{ o sin muertes}$		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	4 puntos
Periodicidad	Mensual Anualizado	Indicador contabilizado por	Adscripción

CA_CU 09 - Disminución porcentual de la tasa de mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino en mujeres de 25 años y más.

Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	<= - 4.5 o sin muerte	- 4.4 – Cero	Cualquier incremento
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para la construcción del indicador se utilizará CIE-10: C53 en causa básica. ▪ Para la construcción de las tasas anualizadas. De enero a noviembre del año en curso el denominador utilizará los datos de población adscrita a Médico Familiar de junio del año inmediato anterior, mismos que son emitidos por la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR) e incorporados al Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS). ▪ Para el mes de diciembre del año en curso, se aplicará la población del periodo junio del mismo año. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la División de Información Epidemiológica, con los criterios establecidos por la División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles ambas de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para su inclusión en la Evaluación del Desempeño, así como para la publicación de los resultados en el portal:</p> <p style="text-align: center;">http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Impacto/Eficiencia	Tipo de indicador	Estratégico

Anexo 1- Diagnósticos CIE-O - Cáncer Cérvico Uterino

Clave	Diagnóstico	Clave	Diagnóstico
89333	Adenosarcoma	89103	Rabdomiosarcoma Embrionario SAI
88411	Angiomixoma	89013	Rabdomiosarcoma Pleomórfico tipo Adulto
85603	Carcinoma Adenoescamoso	89003	Rabdomiosarcoma SAI
	Carcinoma Adenoideo Basal	89023	Rabdomiosarcoma tipo mixto
82003	Carcinoma Adenoideo Quístico	88053	Sarcoma Indiferenciado
80833	Carcinoma Basaloide de Células Escamosas	82493	Tumor Carcinoide Atípico
80153	Carcinoma de Células Vidriosas	82403	Tumor Carcinoide SAI
80513	Carcinoma Epidermoide Condilomatoso	91103	Tumor Mesonefro Maligno
80813	Carcinoma Epidermoide de Células Grandes Queratinizantes	80006	Tumor Metastásico
80733	Carcinoma Epidermoide de Células Pequeñas No Queratinizante		Tumor Mixto (Epitelial-Mesenquimatoso)
	Carcinoma Epidermoide No Queratinizante	80003	Tumor no incluido en este catálogo
	Carcinoma Epidermoide Escamotransicional	95803	Tumor de Células Granulares Maligno
80763	Carcinoma Epidermoide Microinvasor	83103	Adenocarcinoma de Células Claras SAI
80713	Carcinoma Epidermoide Queratinizante	83223	Adenocarcinoma de Células Claroacuosas
80203	Carcinoma Indiferenciado SAI	87203	Adenocarcinoma de Células en Anillo de Sello
80823	Carcinoma Linfoepitelial	83803	Adenocarcinoma Endometriode SAI
80133	Carcinoma Neuroendocrino de Células Grandes		Adenocarcinoma de Mínima Desviación
80413	Carcinoma Neuroendocrino de Células Pequeñas	81402	Adenocarcinoma In Situ SAI
89803	Carcinoma SAI		Adenocarcinoma Invasor Temprano
88913	Leiomiosarcoma Epitelioide	91103	Adenocarcinoma Mesonefro
88963	Leiomiosarcoma Mixoide	84803	Adenocarcinoma Mucinoso
88903	Leiomiosarcoma SAI	84823	Adenocarcinoma Tipo Endocervical
87203	Melanoma Maligno SAI	81403	Adenocarcinoma SAI
91103	Mesonefroma Maligno	84413	Adenocarcinoma Seroso
	Pecoma Maligno		Adenocarcinoma Tipo Intestinal
89123	Rabdomiosarcoma de Células Fusiformes	82623	Adenocarcinoma Veloglandular bien Diferenciado
89213	Rabdomiosarcoma Diferenciación Ganglionar		Displasia Glandular Endocervical
89203	Rabdomiosarcoma Alveolar	95903	Linfoma Maligno SAI
89333	Adenosarcoma	89103	Rabdomiosarcoma Embrionario SAI
88411	Angiomixoma	89013	Rabdomiosarcoma Pleomórfico tipo Adulto
85603	Carcinoma Adenoescamoso	89003	Rabdomiosarcoma SAI
	Carcinoma Adenoideo Basal	89023	Rabdomiosarcoma tipo mixto
82003	Carcinoma Adenoideo Quístico	88053	Sarcoma Indiferenciado
80833	Carcinoma Basaloide de Células Escamosas	82493	Tumor Carcinoide Atípico

Fuente: CIE O clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología. Tercera edición organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2003



V.

Procesos de Salud–Enfermedad en Población
Derechohabiiente

5. Atención Materna Integral



El embarazo y el parto son eventos fisiológicos que - en la mayoría de los casos - transcurren sin complicaciones; no obstante, existen condiciones que, de no detectarse a tiempo, incrementan el riesgo de enfermar o morir de la madre y del recién nacido.

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada día mueren aproximadamente 830,000 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto; el 99% de ellas, ocurren en países en desarrollo. La meta de la Agenda de Desarrollo Sostenible es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100,000 nacidos vivos entre 2016 y 2030.

La OMS refiere que el 75% de las muertes son debido a hemorragia, anteparto y posparto, complicaciones de aborto, trastornos hipertensivos asociados al embarazo, sepsis, parto prolongado u obstruido, ruptura uterina y embarazo ectópico. Algunas de estas complicaciones no pueden ser prevenidas y se desarrollan en forma aguda, aún en pacientes sin factores de riesgo. Es por lo que resulta de gran importancia reconocer en forma oportuna estas complicaciones y realizar un abordaje inmediato y adecuado, para evitar el agravamiento y la muerte de la mujer.

Para el Instituto Mexicano del Seguro Social, la atención materna es un tema impostergable, y se trabaja día a día para hacer eficiente el Proceso de Atención Técnico – Médica de este grupo vulnerable, mediante la prestación de servicios de mejor calidad y la incorporación de indicadores cualitativos y cuantitativos que evalúen los avances, a fin de lograr:

- a) Que las mujeres se embaracen en las mejores condiciones de salud y evitar poner en riesgo su vida.
- b) El inicio oportuno de la atención prenatal dentro de los primeros tres meses y seguimiento periódico para detectar algún signo o síntoma de complicación del embarazo.
- c) Que acudan a la atención obstétrica hospitalaria la cual comprende la atención de las embarazadas con y sin complicaciones, así como la terminación del embarazo por la mejor vía, al evitar riesgos inmediatos y a largo plazo para el binomio madre-hijo.
- d) Espaciar el intervalo intergenésico o concluir la fecundidad con métodos anticonceptivos de alta continuidad, elegidos de forma voluntaria e informada.

5. Atención Materna Integral

Mujer en edad fértil	Embarazo - Vigilancia Prenatal	Atención del Embarazo complicado y / o Atención del Parto Normal o Complicado Puerperio normal o complicado	Desenlace del binomio.
Impactos esperados de las intervenciones en salud			
Promoción de la Salud	Detección oportuna Identificación y atención de factores de riesgo.	Diagnóstico, Tratamiento y Control. Identificación y manejo oportuno de complicaciones	Tratamiento de las Complicaciones Tempranas o Tardías. Rehabilitación
	<p>Materna 01 - Proporción de adolescentes embarazadas</p> <p>Materna 02 - Oportunidad de inicio de la Vigilancia Prenatal</p> <p>Materna 03 - Promedio de atenciones prenatales por embarazada</p> <p>Materna 04 - Proporción de Infección Genitourinaria en embarazadas</p>	<p>Materna 05 - Proporción de Preeclampsia - Eclampsia</p> <p>Materna 06 - Porcentaje de Hemorragias de la segunda mitad del embarazo</p> <p>Materna 07 - Cobertura de Protección Anticonceptiva Posparto (incluye transcesárea) con métodos de alta continuidad</p> <p>Materna 08 - Cobertura de protección anticonceptiva pos evento obstétrico</p> <p>Materna 09 - Cobertura de protección anticonceptiva Posaborto</p>	<p>Materna 10 - Porcentaje de Partos Vaginales en Unidades Médicas de Segundo Nivel o en Unidades Médicas de Alta Especialidad</p> <p>Materna 11 - Porcentaje de Parto Pretérmino en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención o en Unidades Médicas de Alta Especialidad</p> <p>Materna 12 - Proporción de prematuza (28 a 36.6 semanas de gestación) en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención y en Unidades Médicas de Alta Especialidad.</p>

Indicador que sólo se evalúa a Nivel Delegacional como parte de la Evaluación Normativa

Valor de Ponderación



Materna 01 - Proporción de adolescentes embarazadas.

Objetivo del indicador	<p>Medir la proporción de mujeres derechohabientes de 10 a 19 años que se embarazan, grupo vulnerable de alto riesgo para su salud y la supervivencia, así como el desarrollo del binomio madre-hijo, con la finalidad de establecer acciones de comunicación educativa a este grupo, a fin de ejercer su salud sexual y reproductiva de forma segura e informada.</p>
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Número de embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que acuden por primera vez a la vigilancia prenatal en Medicina Familiar</p> <p style="text-align: right;">$\times 100$</p>
	<p>Total de embarazadas de primera vez en vigilancia prenatal en Medicina Familiar</p>
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador y denominador: Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS). Base de datos que alimenta el reporte “Actividades de Vigilancia Materna en Medicina Familiar MT03”.</p>
Interpretación	<p>Una proporción mayor al valor de referencia se traduce como la falta de impacto en las actividades de comunicación educativa en salud sexual y reproductiva en las y los adolescentes y la no adopción de métodos anticonceptivos, incrementando el embarazo no deseado, el riesgo obstétrico y perinatal, y por consiguiente, la morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal.</p> <p>El embarazo en la adolescencia constituye un problema de salud pública para América Latina y el resto del mundo, por el impacto negativo que genera en la salud de la adolescente y su hijo; así como el que se produce a nivel sociocultural y psicológico, que genera un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social.</p> <p>Las adolescentes se ven forzadas a asumir un rol que las obliga a madurar abruptamente y, en la mayoría de los casos, a ser madres sin estar preparadas para ello.</p> <p>El valor de referencia se obtiene del comportamiento histórico en el IMSS, indicador de seguimiento al Programa Sectorial de Salud vigente, de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) y de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).</p>

Materna 01 - Proporción de adolescentes embarazadas.			
Valor de referencia o meta	<= 10.0		
Unidad de medida	Porcentaje		
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	<= 10.0	10.1 – 11.0	>= 11.1
Observaciones	<p>Para la construcción del indicador:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Se considera dentro del grupo de adolescentes a las mujeres de 10 a 19 años.▪ Se excluye del numerador y denominador a población No derechohabiente.▪ Mensual y mensual acumulado por Delegación y por Unidad de Medicina Familiar. <p>Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.</p>		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, misma que revisa y autoriza los resultados para la publicación en el portal:</p> <p>http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

Materna 02 - Oportunidad de inicio de la Vigilancia Prenatal.

Objetivo del indicador	Medir la proporción de mujeres que acuden dentro de las primeras 13 semanas y 6 días de gestación a la vigilancia prenatal, para identificar tempranamente factores de riesgo y/o complicaciones durante la gestación; así como iniciar en forma temprana la comunicación educativa para el cuidado de la salud.			
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Consultas prenatales de primera vez, en el primer trimestre de la gestación			
	Total de consultas prenatales de primera vez			
X 100				
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS). Base de datos que genera el reporte: "Actividades de Vigilancia Materna en Medicina Familiar MT03".			
Interpretación	<p>Una proporción de 60 o más por cada 100 embarazadas que inician la vigilancia prenatal dentro del primer trimestre de la gestación, mientras que el 2020 una proporción de 53 o más, se traduce como eficacia en la cobertura, penetración e impacto de la comunicación educativa dirigida a las mujeres en edad fértil no embarazadas, desarrollada por el personal de salud en el primer nivel de atención.</p> <p>El valor de referencia se estableció, con base en el comportamiento histórico, y toma en cuenta el cumplimiento de las recomendaciones para la vigilancia prenatal emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, "Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida".</p>			
Valor de referencia o meta	<p style="text-align: center;">2019 \geq 60.0 A partir del 2020 \geq 53.0</p>			
Unidad de medida	Porcentaje		Ponderación para la Evaluación de Desempeño	1 punto
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado.		Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Año	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	2019	\geq 60.0	50.1 – 59.9	\leq 50.0
	A partir del 2020	\geq 53.0	50.1 – 52.9	\leq 50.0

Materna 02 - Oportunidad de inicio de la Vigilancia Prenatal.

Observaciones	<p>Para la construcción del indicador:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Se excluyen las consultas otorgadas a las embarazadas en los servicios de Atención Continua de las Unidades con Medicina Familiar.▪ Se excluyen las Unidades Médicas de primer nivel de atención, que en el período de enero - diciembre 2018, reportaron menos de 24 consultas prenatales de primera vez.▪ Se excluye del numerador y denominador a población No derechohabiente. Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, misma que revisa y autoriza los resultados para inclusión en la Evaluación de Desempeño y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

Materna 03 - Promedio de atenciones prenatales por embarazada.

Objetivo del indicador	Medir el número de atenciones prenatales que recibe cada embarazada durante su atención en medicina familiar (continuidad de la vigilancia prenatal) para incrementar el número de oportunidades para la identificación de factores de riesgo y complicaciones, diagnóstico, tratamiento y/o referencia oportunos, así como la comunicación educativa a la pareja para el autocuidado de la salud del binomio madre-hijo.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de consultas para la vigilancia prenatal <hr/> Total de consultas de primera vez para la vigilancia prenatal		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS). Base de datos que alimenta el reporte “Actividades de Vigilancia Materna en Medicina Familiar MT03”.		
Interpretación	<p>Una cifra menor a siete atenciones prenatales por embarazada, mientras que en 2020 una cifra menor a seis atenciones prenatales por embarazada se traduce como ineeficacia en la atención e impacto de las acciones preventivas, de comunicación educativa y asistencial, dirigida a la embarazada por el personal de salud del primer nivel de atención.</p> <p>El propósito es lograr que acudan en forma sistemática a la vigilancia prenatal, para que el personal de salud identifique con oportunidad, durante la evolución del embarazo, factores de riesgo y/o signos y síntomas de complicaciones.</p> <p>La meta corresponde a un mínimo de atenciones prenatales; la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, “Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”, señala cinco consultas. En el IMSS, para asegurar una mejor vigilancia de la gestación, se establece un mínimo de siete consultas para el año 2019 y seis consultas para el 2020.</p>		
Valor de referencia o meta	2019: ≥ 7.0 A partir del 2020: ≥ 6.0		
Unidad de medida	Promedio		
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado	Indicador contabilizado por	Adscripción

Materna 03 - Promedio de atenciones prenatales por embarazada.				
Rangos de desempeño	Año	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	2019	>= 7.0	5.5 - 6.9	<= 5.4
	A partir del 2020	>= 6.0	5.5 – 5.9	<= 5.4
Observaciones	<p>Para la construcción del indicador por Delegación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se incluyen las consultas de vigilancia prenatal que otorga el Médico Familiar, y las atenciones a la embarazada que proporcionan la Enfermera Especialista en Medicina de Familia (EEMF) y la Enfermera Materno-Infantil (EMI) ▪ Se excluyen las consultas otorgadas a las embarazadas en los servicios de Atención Continua en las Unidades con Medicina Familiar <p>Para la evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se excluyen las Unidades Médicas de primer nivel de atención, que en el período de enero - diciembre 2018, reportaron menos de 24 consultas prenatales de primera vez. ▪ Se excluye la productividad de la Enfermera Prenatal de Hospital (EPH) debido a que el Sistema de acopio Data Mart Estadísticas Médicas no establece la adscripción de las embarazadas atendidas. Los resultados de la productividad del hospital se presentarán en el archivo de publicación en tabla exclusiva. <p>Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público</p>			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, misma que revisa y autoriza los resultados para la publicación en el portal:</p> <p>http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>			
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de Indicador	Estratégico	

Materna 04 - Proporción de Infección Genitourinaria en embarazadas.

Objetivo del Indicador	Medir el porcentaje de infecciones genitourinarias en la embarazada, para identificar de forma temprana, infecciones del tracto genitourinario, otorgar tratamiento oportuno y prevenir la amenaza de aborto, la ruptura prematura de membranas, la corioamnioitis y el parto pretérmino.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Consultas a embarazadas con diagnóstico de primera vez de infecciones genitourinarias CIE-10, O23X – subcategorías O23.0, O23.1, O23.2, O23.3, O23.4, O23.5 y O23.9 $\frac{\text{Total de consultas de primera vez con diagnóstico de Embarazo normal y complicado durante la vigilancia prenatal}}{\text{Total de consultas de primera vez con diagnóstico de Embarazo normal y complicado durante la vigilancia prenatal}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y Denominador: Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS). Base de datos que alimenta el reporte “Atención del Embarazo, Puerperio y sus complicaciones, en Medicina Familiar” (SIMF – SIAIS), MT01.		
Interpretación	<p>Un porcentaje menor a 30 o mayor de 40, se traduce como inconsistencias en la detección periódica de infecciones genitourinarias, (interrogatorio, exploración física; control de calidad en el laboratorio), en el tratamiento de éstas y su seguimiento; así como en la comunicación educativa dirigida a las embarazadas para el apego al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Asimismo, puede deberse a inconsistencias del registro en el expediente clínico electrónico.</p> <p>Desde el punto de vista biológico, en las embarazadas, la proporción de infecciones genitourinarias y su recurrencia, corresponde a un porcentaje entre 30 y 40% (dato de referencia).</p>		
Valor de referencia o meta	30.0 – 40.0		
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	2 puntos
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado.	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	30.0 - 40.0	25.0 - 29.9 o 40.1 – 45.0	<= 24.9 o >= 45.1

Materna 04 - Proporción de Infección Genitourinaria en embarazadas.

Observaciones	<p>Para la construcción del indicador:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Se considera infección genitourinaria las patologías CIE-10 categoría: O23X- subcategorías O23.0, O23.1, O23.2, O23.3, O23.4, O23.5, O23.9.▪ Se excluyen las consultas otorgadas en los servicios de Atención Continua en las unidades con Medicina Familiar.▪ Se excluye en el numerador y denominador a población No derechohabiiente		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la División de Información Epidemiológica, de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, misma que revisa y autoriza los resultados para inclusión en la Evaluación de Desempeño y la publicación en el portal:</p> <p>http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Calidad	Tipo de indicador	Gestión

Materna 05 - Proporción de Preeclampsia – Eclampsia.

Objetivo del indicador	Medir la proporción de embarazadas con diagnóstico de Preeclampsia-Eclampsia en las Unidades Médicas de segundo y tercer nivel de atención, para reorientar o reorganizar la identificación, diagnóstico, tratamiento y/o referencia, de la Preeclampsia-Eclampsia y sus complicaciones.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Egresos hospitalarios con diagnóstico de Preeclampsia-Eclampsia (CIE-10: Códigos O13, O14, O15 y O16) $\frac{\text{Egresos hospitalarios con diagnóstico de Preeclampsia-Eclampsia}}{\text{Total de egresos hospitalarios, post parto y post aborto, menos los abortos}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: SUI-13 Egresos hospitalarios.		
Interpretación	<p>Una cifra menor de 5% se traduce como inconsistencias en el registro de los diagnósticos (motivo de atención), al egreso hospitalario (Nota médica de egreso hospitalario y Hoja alta 1/98), o inconsistencias en el establecimiento del diagnóstico durante la estancia hospitalaria.</p> <p>Una cifra mayor a 12% se traduce como problemas de salud en la población o acceso tardío al servicio médico o sobre-registro del diagnóstico y/o ingreso de pacientes con complicaciones graves de preeclampsia, referidas o espontáneas.</p> <p>La información científica señala que la preeclampsia afecta entre el 5 al 12% de la población en países en vías de desarrollo.</p>		
Valor de referencia o meta	5.0 – 12.0		
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	2 puntos
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado al mes del reporte.	Indicador contabilizado por	Atención
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	5.0 – 12.0	4.0 - 4.9 o 12.1 – 15.0	<= 3.9 o >= 15.1

Materna 05 - Proporción de Preeclampsia – Eclampsia.

Observaciones	<ul style="list-style-type: none">▪ Las Unidades Hospitalarias y las Delegaciones deben supervisar la calidad de los registros médicos durante la estancia hospitalaria y al egreso en la nota médica y en la Hoja Alta-1/98; la proporción de diagnósticos no especificados debe ser menor al 5%.▪ El antecedente de preeclampsia en el embarazo anterior incrementa el riesgo de repetición en la siguiente gestación de hasta el 50%. <p>Para la construcción del indicador:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Los códigos CIE-10 que se utilizarán para Preeclampsia-Eclampsia son: O13. Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria significativa. O14. Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] con proteinuria significativa. O15. Eclampsia.O16. Hipertensión materna, no especificada.▪ Se buscarán en el SUI-13 y se contabilizarán cuando se muestre en cualquiera de los campos siguientes: Diagnóstico principal de egreso, diagnóstico secundario 1 y diagnóstico secundario 2.▪ Se excluye del denominador los abortos, Capítulo XV de la CIE-10, grupo 1, códigos: O00 a O08.▪ El indicador se obtendrá por hospitales de segundo nivel y el total.▪ Incluye población No derechohabiente.▪ Se calculan por separado las cinco UMAE siguientes, y el total:<ul style="list-style-type: none">○ 36A102142153 – HGO 3 CMN La Raza.○ 37A401142153 – HGO 4 CMN SXXI San Ángel.○ 14A602142153 – HGO s/n CMN Oblatos, Jalisco○ 20A101142153 – HGO 23 CMN Monterrey○ 11A121142153 – HGP 48 CMN León.▪ Este indicador no aplica para las UMFH y UMAA.▪ Para la evaluación del desempeño se contabilizará:<ul style="list-style-type: none">▪ De manera independiente las Delegaciones de las UMAE.▪ Para la evaluación, únicamente se contabilizarán las UMAE siguientes:<ul style="list-style-type: none">○ 36A102142153 – HGO 3 CMN La Raza.○ 37A401142153 – HGO 4 CMN SXXI San Ángel.○ 14A602142153 – HGO CMN Oblatos, Jalisco○ 20A101142153 – HGO 23 Monterrey○ 11A121142153 – HGP CMN León. <p>Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.</p>
---------------	---

Materna 05 - Proporción de Preeclampsia – Eclampsia.

Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la División de Información Epidemiológica, de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la División de Atención Ginecoobstétrica y Perinatal, de la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, misma que revisa y autoriza los resultados para inclusión en la Evaluación de Desempeño y la publicación en el portal:</p> <p>http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficiencia	Tipo de indicador	Estratégico

Materna 06 – Porcentaje de Hemorragias de la segunda mitad del embarazo.			
Objetivo del indicador	Medir el porcentaje de embarazadas con diagnóstico de hemorragia obstétrica de la segunda mitad del embarazo en los hospitales de segundo y tercer nivel de atención y, en su caso, fortalecer las estrategias de vigilancia del embarazo, del trabajo de parto y vigilancia sistemática del parto y del puerperio, a fin de disminuir estas complicaciones, que representa la segunda causa de muerte materna.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Egresos hospitalarios con diagnóstico de Hemorragia obstétrica posparto (CIE-10, Edición 2018, códigos: O44.1, O45, O70.1, O70.2, O70.3, O70.9, O71.0, O71.1, O71.2, O71.3, O71.4, O71.7, O72.0, O72.1, O72.2) X 100		
	Total de egresos hospitalarios, post parto y post aborto, menos los abortos (CIE-10 Edición 2018: Códigos O00 a O08)		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: SUI-13 Egresos hospitalarios.		
Interpretación	Una cifra menor de 2.5% se traduce como inconsistencias en la detección de factores de riesgo para hemorragia obstétrica, en el establecimiento del diagnóstico durante la estancia hospitalaria, en el registro de los diagnósticos motivo de la atención médica al egreso hospitalario en la nota médica de alta y/o en el apartado de diagnóstico(s) de la Hoja alta-1/17. Una cifra mayor a 7% traduce problemas de salud en la población, acceso tardío al servicio médico o sobre-registro del diagnóstico motivo de la atención. El valor de referencia descrito en la literatura científica internacional señala que la hemorragia obstétrica de la segunda mitad del embarazo se presenta entre 2.5% a 7% de los embarazos.		
Valor de referencia o meta	2.5 a 7.0		
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	3 puntos

Materna 06 – Porcentaje de Hemorragias de la segunda mitad del embarazo.

Periodicidad	Mensual y mensual acumulado al mes del reporte	Indicador contabilizado por	Atención
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	2.5 - 7.0	1.5 - 2.4 o 7.1 - 8.0	<= 1.4 o >= 8.1
Observaciones	<p>Para la construcción del indicador:</p> <p>Se incluye a las entidades consideradas como hemorragias obstétricas de la segunda mitad del embarazo, en la CIE-10, Edición 2018, que corresponden a los códigos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O44.1 Placenta previa con hemorragia • O45.0 Desprendimiento prematuro de la placenta con defecto de la coagulación. • O45.8 Otros desprendimientos prematuros de la placenta • O45.9 Desprendimiento prematuro de placenta sin otra especificación • O70.1 Desgarro perineal de segundo grado durante el parto • O70.2 Desgarro perineal de tercer grado durante el parto • O70.3 Desgarro perineal de cuarto grado durante el parto • O70.9 Desgarro perineal durante el parto, de grado no especificado • O71.0 Ruptura del útero antes del inicio del trabajo de parto • O71.1 Ruptura del útero durante el trabajo de parto • O71.2 Inversión del útero, posparto (Inversión uterina) • O71.3 Desgarro obstétrico del cuello uterino • O71.4 Desgarro vaginal obstétrico alto (Desgarro pared vaginal) • O71.7 Hematoma obstétrico de la pelvis (Hematoma obstétrico del perineo, de la vagina y/o de la vulva) • O72.0 Hemorragia del tercer periodo del parto (retención de la placenta, acretismo o adherencia placentaria con hemorragia). • O72.1 Otras hemorragias posparto inmediatas (atonía uterina, hemorragia consecutiva a la expulsión de la placenta). • O72.2 Hemorragia posparto secundaria o tardía (retención de fragmentos de la placenta o de las membranas). <p>Se buscarán los códigos en el SUI-13 y se contabilizarán cuando se muestre en cualquiera de los campos siguientes: Diagnóstico principal de egreso, diagnóstico secundario 1, diagnóstico secundario 2, diagnóstico secundario 3, diagnóstico secundario 4, diagnóstico secundario 5.</p>		

Materna 06 – Porcentaje de Hemorragias de la segunda mitad del embarazo.

Observaciones	<p>Se excluye del denominador los abortos, Capítulo XV de la CIE-10, grupo 1, códigos: O00 a O08.</p> <p>El indicador se obtendrá por hospitales de segundo nivel y el total.</p> <p>Incluye población No derechohabiente.</p> <p>Se calculan por separado las cinco UMAE siguientes, y el total:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ 36A102142153 – HGO 3 CMN La Raza.▪ 37A401142153 – HGO 4 CMN SXXI San Ángel.▪ 14A602142153 – HGO CMN Oblatos, Jalisco▪ 20A101142153 – HGO 23 CMN Monterrey.▪ 11A121142153 – HGP CMN León, Guanajuato. <p>Este indicador no aplica para las Unidades de Medicina Familiar con Hospital (UMFH) y Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA).</p> <p>Para la evaluación del desempeño se contabilizará:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ De manera independiente las Delegaciones de las UMAE.▪ Únicamente se contabilizarán las cinco UMAE que se describen en párrafo anterior.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Información Epidemiológica, de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la División de Atención Ginecoobstétrica y Perinatal, de la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, misma que revisa y autoriza los resultados para inclusión en la Evaluación de Desempeño y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Calidad	Tipo de indicador	Gestión

Materna 07 - Cobertura de Protección Anticonceptiva Posparto (incluye transcesárea) con métodos de alta continuidad.			
Objetivo del indicador	Medir la proporción de mujeres protegidas con un método anticonceptivo de alta continuidad, después del parto, (incluye transcesárea) y antes de su egreso hospitalario, para concluir la fecundación o ampliar el periodo en cada gestación.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de aceptantes de DIU con cobre, DIU medicado, implante subdérmico con Etonogestrel o Levonorgestrel y de Obturación Tubárica Bilateral como método anticonceptivo en posparto y transcesárea X 100		
	Total de partos eutócicos, distócicos vaginales y distócicos abdominales atendidos en la Unidad Hospitalaria IMSS		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: DataMart Estadísticas Médicas y/o Sistema de Información Médica Operativa (SIMO) o sus versiones actualizadas.		
Interpretación	Un resultado menor al valor de referencia de 80.0%, significa un bajo impacto de las actividades de comunicación educativa por el personal de salud capacitado, proporcionadas a la mujer en edad fértil durante el embarazo y/o puerperio con la finalidad de que adopten en forma libre e informada, después de la atención de un parto o una cesárea, un método anticonceptivo de alta continuidad, acorde a sus expectativas reproductivas.		
Valor de referencia o meta	≥ 80.0		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	1 punto
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado	Indicador contabilizado por:	Atención
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 80.0	74.6 - 79.9	≤ 74.5

Materna 07 - Cobertura de Protección Anticonceptiva Posparto (incluye transcesárea) con métodos de alta continuidad.			
Observaciones	<ul style="list-style-type: none">▪ Los métodos anticonceptivos de alta continuidad que debe considerarse son: DIU de cobre, DIU medicado con Levonorgestrel, implantes subdérmicos con Etonogestrel o Levonorgestrel y Obturación Tubaria Bilateral (OTB).▪ Se requiere el indicador de manera mensual y mensual acumulado por Delegación, por UMAES y por Unidad Médica.<ul style="list-style-type: none">▪ La cobertura de DIU medicado e implantes subdérmico se incluirá a la variable de Dispositivos.▪ Al contar con un cuadro de salida por tipo de método deberá reportarse cada método de forma independiente		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel y envía a la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica para la inclusión en la Evaluación de Desempeño, así como para la publicación de los resultados en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

Materna 08 - Cobertura de protección anticonceptiva pos evento obstétrico.

Objetivo del indicador	Medir la proporción de mujeres aceptantes de un método anticonceptivo, después de la interrupción del embarazo (parto eutóxico, distóxico vaginal, distóxico abdominal o complicaciones de aborto) y antes del egreso hospitalario para concluir la fecundación o ampliar el periodo entre cada gestación.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Total de aceptantes de método anticonceptivo en parto eutóxico, distóxico vaginal, distóxico abdominal y por complicaciones de aborto.}}{\text{Total de partos eutóxicos, distóxicos vaginales, distóxicos abdominales y por complicaciones de aborto.}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y Denominador: DataMart Estadísticas Médicas. SIMO o SIMOC y sus actualizaciones.		
Interpretación	Una cifra inferior al 80 por ciento traduce deficiencias en el impacto de las acciones de comunicación educativa proporcionada a las embarazadas o puérperas por el personal de salud capacitado y que tiene como finalidad que ellas acepten en forma libre, voluntaria e informada un método anticonceptivo, posterior a la atención obstétrica (parto eutóxico, distóxico vaginal, distóxico abdominal o complicaciones de aborto) y favorecer la continuidad en el uso. El valor de referencia se estimó con base en el comportamiento histórico.		
Valor de referencia o meta	≥ 80.0		
Unidad de medida	Porcentaje.		
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado	Indicador contabilizado por	Atención

Materna 08 - Cobertura de protección anticonceptiva pos evento obstétrico.

Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	>= 80.0	75.0 - 79.9	<= 74.9
Observaciones	<ul style="list-style-type: none">Para la construcción del indicador, se incluyen los métodos anticonceptivos siguientes: Hormonal inyectable de solo Progestina, DIU con cobre, DIU Medicado, Implante subdérmico de Etonogestrel o Levonorgestrel y Oclusión Tubaria Bilateral (OTB).Se excluye en el numerador y denominador a la población No derechohabiente.Indicador desagregado a nivel delegacional sin UMAES, UMAES y por Unidad Médica con periodicidad mensual y mensual acumulada según el periodo analizado.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel y envía a la División de Información Epidemiológica de la Coordinación Planeación en Salud para la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

Materna 09 - Cobertura de protección anticonceptiva Posaborts.

Objetivo del Indicador	Medir la proporción de las mujeres que egresan protegidas con un método anticonceptivo, después de la atención por aborto (aborto como complicación e interrupción del embarazo) en la Unidad Hospitalaria.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de aceptantes de métodos anticonceptivos en posaborts		
	$\times 100$ Número de egresos hospitalarios por complicaciones de aborto		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: DataMart Estadísticas Médicas y /o Sistema de Información Médica Operativa (SIMO) y sus versiones actualizadas.		
Interpretación	Una cifra superior al 80 por ciento, indica la calidad de las acciones de comunicación educativa proporcionada a las embarazadas o puérperas por el personal de salud, y que tiene como finalidad que ellas acepten en forma libre, voluntaria e informada, un método anticonceptivo moderno después de la atención del aborto como complicación del embarazo y antes de su egreso hospitalario.		
Valor de referencia o meta	≥ 80.0		
Unidad de medida	Porcentaje		
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado	Indicador contabilizado por:	Atención
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 80.0	75.0 - 79.9	≤ 74.9
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ■ La información es mensual y mensual acumulada al mes de reporte por Delegación, UMAE y por Unidad Médica. ■ Los métodos anticonceptivos que se deberán considerar son: DIU de cobre, DIU medicado con Levonorgestrel, implantes subdérmicos con Etonogestrel y Levonorgestrel, hormonales orales, hormonales inyectables, parches y Obturación Tubaria Bilateral (OTB). 		

Materna 09 - Cobertura de protección anticonceptiva Posaborts.

Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel y envía los resultados a la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica para la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

Materna 10 - Porcentaje de Partos Vaginales en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención o en Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Objetivo del indicador	Medir el comportamiento de los partos vaginales en las Unidades Médicas de segundo nivel de atención o en Unidades Médicas de Alta Especialidad, para lograr la proporción de partos por la vía natural aceptada internacionalmente, en beneficio de las mujeres.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de partos vaginales atendidos en las Unidades Médicas de segundo nivel o en Unidades Médicas de Alta Especialidad $\frac{\text{Total de partos vaginales atendidos en las Unidades Médicas de segundo nivel o en Unidades Médicas de Alta Especialidad}}{\text{Total de partos (partos y cesáreas) atendidos las Unidades Médicas de segundo nivel o en Unidades Médicas de Alta Especialidad con atención obstétrica}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: DataMart Estadísticas Médicas.		
Interpretación	<p>Porcentajes reducidos de partos vaginales reflejan indirectamente la calidad de la atención obstétrica, la condición de salud de las pacientes embarazadas e inconsistencias en la supervisión del servicio. La intervención cesárea es factor de riesgo para la generación de patología que condiciona hemorragia obstétrica, en el embarazo presente y en los futuros, por lo que el incremento de esta intervención condiciona mayor morbilidad y mortalidad materna.</p> <p>La OMS y la NOM-007-SSA2-2016, “Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”, señalan que 15% de los partos vía cesárea es razonable, lo que significa que 85% de partos deberían ser por la vía natural. El valor de referencia es menor ya que se establece una meta factible por año, hasta alcanzar la meta internacional.</p>		
Valor de referencia o meta	≥ 60.0		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	4 puntos
Periodicidad	Mensual acumulado	Indicador contabilizado por	Atención

Materna 10 - Porcentaje de Partos Vaginales en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención o en Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Rangos de desempeño	Grupo de productividad	Resultados al cierre 2018	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo				
	1	>= 63.0	>= 63.0	58.0 a 62.9	<= 57.9				
		2		>= 5.0 puntos porcentuales 3.0 – 4.9 puntos porcentuales					
		3		>= 8.0 puntos porcentuales 5.9 – 7.9 puntos porcentuales					
Observaciones	Para la construcción del indicador: <ul style="list-style-type: none"> ▪ A partir del valor porcentual obtenido en el año anterior al de proceso, se valoran los incrementos. ▪ El indicador se obtendrá por hospitales de segundo nivel y el total. ▪ Se calculan por separado los hospitales de segundo nivel de atención y el total. ▪ Se calculan por separado las UMAE siguientes, y el total: <ul style="list-style-type: none"> ○ 36A102142153 - HGO 3 CMN La Raza ○ 37A401142153 - HGO 4 CMN SXXI San Angel ○ 14A602142153 - HGO CMN Oblatos, Jalisco ○ 20A101142153 - HGO 23 CMN Monterrey ○ 11A121142153 – HGP 48 CMN León, Guanajuato ▪ Este indicador no aplica para las UMFH y UMAA. Para la evaluación del desempeño se contabilizará: <ul style="list-style-type: none"> ▪ De manera independiente las Delegaciones, de las cinco UMAE descritas anteriormente. 								
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Información Epidemiológica, de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la División de Atención Ginecoobstétrica y Perinatal, de la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, misma que revisa y autoriza los resultados para inclusión en la Evaluación del Desempeño y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx								
Dimensión del indicador	Calidad	Tipo de indicador		Estratégico					

Materna 11 - Porcentaje de Parto Pretérmino en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención o en Unidades Médicas de Alta Especialidad			
Objetivo del indicador	Medir el porcentaje de parto pretérmino de 28 semanas de gestación a menos de 37, para evaluar las acciones orientadas a prevenir estados infecciosos genitourinarios y mejorar el cuidado de mujeres con enfermedades preexistentes y/o concomitantes que condicionan esta entidad.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de egresos hospitalarios con diagnóstico de parto pretérmino (CIE 10, Edición 2018, códigos: O60.1, O60.2 y O60.3) de 28 semanas de gestación a menos de 37 en un periodo y área geográfica determinada en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención o en Unidades Médicas de Alta Especialidad $\times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: SIMO y/o SUI 13 Egresos hospitalarios Denominador: DataMart de Estadísticas Médicas		
Interpretación	Valores superiores a la referencia reflejan una vigilancia prenatal inadecuada, para la detección y tratamiento de infección genitourinaria, así como la falta de seguimiento que condiciona persistencia de estados infecciosos y ruptura prematura de membranas. Inadecuada, detección, tratamiento y seguimiento en el segundo nivel de atención de las mujeres referidas con patologías preexistentes o concomitante como obesidad, hipertensión arterial crónica, preeclampsia-eclampsia, diabetes mellitus, enfermedades autoinmunes o mujeres que postergan la edad de embarazo o tratadas con técnicas de reproducción asistida.		
Valor de referencia o meta	≤ 9.0		
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado.	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado ≤ 9.0	Desempeño medio 9.0 – 12.0	Desempeño bajo ≥ 12.1

Materna 11 - Porcentaje de Parto Pretérmino en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención o en Unidades Médicas de Alta Especialidad

Observaciones	<p>Para la construcción del indicador:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Se considera “Parto Pretérmino” las patologías CIE-10, Edición 2018, categorías y subcategorías:<ul style="list-style-type: none">○ O60.1 Trabajo de parto prematuro espontáneo con parto prematuro (Trabajo de parto prematuro con parto, parto pretérmino vía vaginal, trabajo de parto prematuro espontáneo vía cesárea)○ O60.2 Trabajo de parto prematuro espontáneo con parto por cesárea○ O60.3 Parto prematuro sin trabajo de parto espontáneo (parto prematuro por cesárea sin trabajo de parto espontáneo; parto prematuro por inducción)▪ Se buscarán los códigos en el SUI 13 y se contabilizarán cuando se muestren en cualquiera de los campos siguientes; Diagnóstico principal de egreso, diagnóstico secundario 1, diagnóstico secundario 2, diagnóstico secundario 3, diagnóstico secundario 4, diagnóstico secundario 5.▪ El indicador se obtendrá por hospitales de segundo nivel y el total.▪ Se calculan por separado los hospitales de segundo nivel de atención y el total.▪ Se calculan por separado las UMAE siguientes, y el total:<ul style="list-style-type: none">○ 36A102142153 – HGO 3 CMN La Raza.○ 37A401142153 – HGO 4 CMN SXXI San Ángel.○ 14A602142153 – HGO s/n CMN Oblatos, Jalisco○ 20A101142153 – HGO 23 CMN Monterrey.○ 11A121142153 – HGP 48 CMN León, Guanajuato▪ Este indicador no aplica para las UMFH y UMAA.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Información Epidemiológica, de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la División de Atención Ginecoobstétrica y Perinatal, de la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, para la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Calidad	Tipo de indicador	Gestión

Materna 12 - Porcentaje de prematuridad (28 a 36.6 semanas de gestación) en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención y en Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Objetivo del indicador	Medir el porcentaje de recién nacidos vivos de 28 semanas de gestación a menos de 37, para establecer acciones preventivas y asistenciales que disminuyen la prematuridad, causa principal de morbilidad y mortalidad en los neonatos.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de recién nacidos vivos de 28 semanas de gestación a menos de 37, en un periodo y área geográfica determinada en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención o en Unidades Médicas de Alta Especialidad $\times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Total de recién nacidos vivos en las Unidades Médicas de segundo nivel o en Unidades Médicas de Alta Especialidad con atención obstétrica del IMSS régimen ordinario, en el mismo periodo y área geográfica.		
Interpretación	Cifras superiores del valor de referencia reflejan inconsistencias en la vigilancia prenatal, para la detección de infección genitourinaria, su tratamiento y seguimiento, así como para la identificación y tratamiento de las complicaciones preexistentes o concomitantes durante el embarazo y el parto.		
Valor de referencia o meta	≤ 9.8		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	3 puntos
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado.	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤ 9.8	9.9 – 11.9	≥ 12

Materna 12 - Porcentaje de prematuridad (28 a 36.6 semanas de gestación) en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención y en Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Observaciones	<p>Para la construcción del indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se analizaron las bases de datos de 2013 a junio 2019 para obtener el valor de referencia o meta. ▪ El indicador se obtendrá por separado los hospitales de segundo nivel y el total. ▪ Se calculan por separado las UMAE siguientes y el total: <ul style="list-style-type: none"> ○ 36A102142153 – HGO 3 CMN La Raza. ○ 37A401142153 – HGO 4 CMN SXXI San Ángel. ○ 14A602142153 – HGO s/n CMN Oblatos, Jalisco. ○ 20A101142153 – HGO 23 CMN Monterrey. ○ 11A121142153 – HGP 48 CMN León, Guanajuato. ▪ Este indicador no aplica para las Unidades de Medicina Familiar con Hospital (UMFH) y Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA). ▪ Para la evaluación del desempeño se contabilizará: solamente los hospitales de segundo nivel ▪ Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y a CONEVAL 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y envía a la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, para la inclusión de los resultados en la Evaluación de Desempeño, así como para la publicación en el portal:</p> <p>http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Calidad	Tipo de indicador	Gestión



V.

Procesos de Salud–Enfermedad en Población
Derechohabiiente

6. Atención Integral Neonatal



El periodo neonatal o de recién nacido, comprende desde el nacimiento hasta antes de alcanzar los 28 días de vida. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2012, menciona que a nivel mundial, casi tres millones de recién nacidos mueren durante el periodo neonatal, e identifica que las principales causas de fallecimiento de los neonatos son debido a complicaciones relacionadas con el nacimiento prematuro, las relacionadas con el parto -incluida la asfixia perinatal-, y las infecciones neonatales, causas que explican casi el 80% de las muertes en este grupo de edad.

En México, cifras del Banco Mundial reportan una disminución de la muerte neonatal, que va de 21 defunciones neonatales por 1,000 nacimientos en 1990, a 7 por 1,000, en 2015.

En el IMSS, cada año mueren alrededor de 4,000 recién nacidos. Datos preliminares de 2015, reportan una tasa de 8.1 muertes neonatales por 1,000 nacidos vivos, cifra mayor que el dato promedio de México, mencionado en el párrafo anterior.

Con este panorama, cabe hacer la reflexión acerca la continuidad y la calidad de la atención que se otorga a la embarazada y al recién nacido. Al respecto, la OMS establece un principio esencial sobre el cual deben girar los programas de salud para la madre, el recién nacido y el niño, que se refiere a la “continuidad de la atención”. A ese concepto se le otorgan dos significados: por un lado, la continuidad del ciclo de vida desde la adolescencia - el período previo al embarazo - el embarazo - el parto y el período neonatal; y por el otro, la continuidad relacionada con la prestación de la atención desde el hogar y la comunidad - a la unidad de primer nivel - el hospital y de nuevo al domicilio y la comunidad. La ruptura de esta continuidad en alguno de los aspectos, puede presentar un desenlace negativo, e incluso, en la falta de oportunidad para la supervivencia del recién nacido.

En consideración a lo anterior, el monitoreo de la atención al recién nacido permite evaluar los cuidados de salud que se le otorgan al recién nacido sano y en estado crítico, así como las necesidades de capacitación del personal involucrado en la atención de este grupo prioritario.

6. Atención Integral Neonatal

Curso Clínico Típico	Padecimientos durante el Embarazo, parto pretérmino	Atención del parto, condición del recién nacido, reanimación, complicaciones		
Impactos esperados de las intervenciones en salud				
Promoción de la Salud	Detección oportuna Identificación y atención de factores de riesgo.	Diagnóstico, Tratamiento y Control. Identificación y manejo oportuno de complicaciones	Tratamiento de las Complicaciones Tempranas o Tardías. Rehabilitación	
	<p>Neonatal 01 - Oportunidad en el diagnóstico de Enfermedades Metabólicas Congénitas (EMC)</p> <p>Neonatal 02 - Seguimiento epidemiológico de casos probables de Enfermedades Metabólicas Congénitas (EMC)</p>	<p>Neonatal 03 - Proporción de prematuros (menores de 37 semanas) con peso menor o igual a 1,500 g</p> <p>Neonatal 04 - Porcentaje de sobrevida en recién nacidos prematuros con peso menor o igual a 1,500 g al nacimiento</p>	<p>Neonatal 05 - Letalidad Neonatal por Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido y sus complicaciones, en Unidades Médicas Hospitalarias</p> <p>Neonatal 06 - Letalidad relacionada a Infección Asociadas a la Atención a la Salud en recién nacidos hasta antes de los 28 días de vida en las Unidades Médicas de Segundo Nivel con 20 o más camas censables o en Unidades Médicas de Alta Especialidad</p>	<p>Neonatal 07 - Tasa de mortalidad por Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido (Tipo I) y sus complicaciones</p> <p>Tasa de Mortalidad Perinatal por 1,000 nacimientos</p>

 Indicador que sólo se evalúa a Nivel Delegacional



Neonatal 01 - Oportunidad en el diagnóstico de Enfermedades Metabólicas Congénitas (EMC).

Objetivo del indicador	Medir la oportunidad en el diagnóstico de los casos probables de EMC: Hipotiroidismo Congénito (HC), Hiperplasia Suprarrenal Congénita (HSC), Fenilcetonuria (PKU), Deficiencia de Biotinidasa (DB) y Galactosemia (Gal), antes de los 30 días de vida y de Fibrosis Quística (FQ), antes de los 90 días de vida, detectados a través de tamiz neonatal, para iniciar oportunamente el tratamiento y evitar complicaciones, secuelas o la muerte por estas enfermedades.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Caso probables de EMC (HC, HSC, PKU, DB, Gal), con más de 30 días de vida y FQ con más de 90 días de vida a la fecha de corte, en un periodo de 12 meses con diagnóstico final confirmatorio, antes de los 30 días de vida (HC, HSC, PKU, DB, Gal), y antes de los 90 días de vida (FQ). Caso probables de EMC (HC, HSC, PKU, DB y Gal) en un periodo de 12 meses con más de 30 días de vida y más de 90 días de vida (FQ) a la fecha de corte		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Bases de datos del Sistema de Información Especial de Enfermedades Metabólicas Congénitas, Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel.		
Interpretación	El resultado mayor del 80% determina si el proceso de detección y confirmación de los casos de EMC (HC, HSC, PKU, DB y Gal), se realizaron antes de los treinta días de vida, así como los casos de FQ antes de los 90 días de vida. La meta se estimó con base en el comportamiento histórico que han tenido las Delegaciones y estándares internacionales.		
Valor de referencia o meta	≥ 80.0		
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	2 puntos
Periodicidad	Mensual anualizado	Indicador contabilizado por	Adscripción

Neonatal 01 - Oportunidad en el diagnóstico de Enfermedades Metabólicas Congénitas (EMC).

Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	>= 80.0	60.0 - 79.9	< 60.0
Observaciones			<p>Indicador que tiene como fuente primaria las bases de datos de EMC (HC, HSC, PKU, DB y Gal), que las Delegaciones entregan mensualmente a la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel.</p> <p>Para la construcción del indicador se incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En el numerador, todos los casos notificados de EMC (excepto FQ) con más de 30 días de vida a la fecha de corte y de FQ con más de 90 días a la fecha de corte que tengan diagnóstico final (celda de clasificación, como: descartado, confirmado, y no confirmado), antes de los 30 días de vida, para (HC, HSC, PKU, DB y Gal) y antes de los 90 días de vida para FQ. ▪ En el denominador, los casos notificados como probables de EMC (excepto FQ), con más de 30 días de vida y de FQ de más de 90 días a la fecha de corte (25 de cada mes). <p>Definiciones operacionales de caso con diagnóstico final:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Caso descartado de EMC: caso probable en quien la(s) prueba(s) diagnóstica(s) descartan inequívocamente la presencia de alguna EMC. ▪ Caso confirmado de EMC: caso probable en quien la(s) prueba(s) diagnóstica(s) determinan inequívocamente la presencia de alguna EMC. ▪ Caso no confirmado de EMC: caso probable al que no se le realizan pruebas de confirmación diagnóstica por causas ajenas a la responsabilidad de los servicios de salud que otorgan la atención. Estas causas pueden ser: baja, migración, defunción, no localización o renuencia a acudir al servicio de salud.
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel y envía a la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica para inclusión en la Evaluación de Desempeño, así como para la publicación de los resultados en el portal:</p> <p>http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

Neonatal 02 - Seguimiento epidemiológico de casos probables de Enfermedades Metabólicas Congénitas (EMC).			
Objetivo del indicador	Determinar el porcentaje de casos probables de Enfermedades Metabólicas Congénitas (EMC) a quienes se les realizó seguimiento epidemiológico y se obtuvo clasificación final, para medir la eficiencia del Sistema de Vigilancia Epidemiológica.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de casos probables de EMC con más de 30 días de vida a la fecha de corte (90 días para FQ), en un periodo de 12 meses, con seguimiento epidemiológico		
	Número de casos probables de EMC con más de 30 días de vida a la fecha de corte (90 días para FQ), en un periodo de 12 meses		
X 100			
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Bases de datos del Sistema Especial de Enfermedades Metabólicas Congénitas, Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel.		
Interpretación	El resultado mayor del 80% determina la eficiencia en el proceso de localización y de atención médica inicial del caso probable. La meta con base en el comportamiento histórico que han tenido las Delegaciones y estándares internacionales.		
Valor de referencia o meta	≥ 80.0		
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	2 puntos
Periodicidad	Mensual anualizado.	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 80.0	60.0 - 79.9	< 60.0
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicador que tiene como fuente primaria las bases de datos de EMC (HC, HSC, PKU, DB, Gal y FQ) de los últimos doce meses, que las Delegaciones entregan mensualmente. 		

Neonatal 02 - Seguimiento epidemiológico de casos probables de Enfermedades Metabólicas Congénitas (EMC).			
Observaciones	<p>Para la construcción del indicador se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ En el numerador: todos los casos de EMC (excepto FQ) con más de 30 días de vida a la fecha de corte y de FQ con más de 90 días a la fecha de corte que hayan sido notificados como probables y que tengan diagnóstico final (celda de clasificación, como: descartado, confirmado, no confirmado e incierto, así como la fecha en que se establece la clasificación).▪ En el denominador: todos los casos notificados como probables de EMC (excepto FQ) con más de 30 días de vida a la fecha de corte (día 25 de cada mes) y con más de 90 días para FQ.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel y envía a la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica para inclusión en la Evaluación de Desempeño, así como para la publicación de los resultados en el portal:</p> <p>http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

Neonatal 03 - Proporción de prematuros (menores de 37 semanas) con peso menor o igual a 1,500 g

Objetivo del indicador	Medir el porcentaje de Recién Nacidos Prematuros (menores de 37 semanas), con peso menor o igual a 1,500 g para establecer acciones preventivas y asistenciales que disminuyan la prematuridad de recién nacidos con peso extremadamente bajo, principal causa de morbilidad y mortalidad en los neonatos.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de recién nacidos prematuros (menor de 37 semanas), con peso menor o igual a 1,500 g en un periodo y área geográfica determinados $\times 100$ Total de recién nacidos vivos del mismo periodo y área geográfica		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y Denominador: SUI 13 Egresos hospitalarios.		
Interpretación	<p>Una cifra superior al valor de referencia traduce inconsistencias en el proceso de vigilancia del embarazo, trabajo del parto y parto en la identificación, diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades, como: infección del tracto genito urinario, infecciones cervicovaginales y preeclampsia-eclampsia, en medicina familiar y hospitales de segundo nivel las cuales son las causas principales del parto pretérmino; así como, deficiencias en la comunicación educativa dirigida a las embarazadas y su familia.</p> <p>El valor de referencia de este indicador se calculó con base a la media nacional de los años 2015, 2016 y 2017.</p>		
Valor de referencia o meta	≤ 1.4		
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	3 puntos
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado	Indicador contabilizado por	Atención
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado ≤ 1.4	Desempeño medio $1.5 - 1.7$	Desempeño bajo ≥ 1.8

Neonatal 03 - Proporción de prematuros (menores de 37 semanas) con peso menor o igual a 1,500 g

Observaciones	<p>Para la construcción del indicador:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ No aplica el indicador para las UMAA.▪ Para la evaluación del desempeño los resultados, se contabilizarán y presentarán, de manera independiente, las Delegaciones de las Unidades Médicas de Alta Especialidad.▪ Se utiliza el referente internacional <=1.0%. Draper et al. Arch Dis Child Fetal Neonatal, Ed. 2009 94: F158-F163, Hubner et al. Rev Chil Pediatr 2009; 80 (6): 551-559.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Segundo Nivel, misma que revisa y autoriza los resultados para inclusión en la Evaluación del Desempeño y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Calidad	Tipo de Indicador	Estratégico

Neonatal 04. - Porcentaje de sobrevida en recién nacidos prematuros con peso menor o igual a 1,500 g al nacimiento.			
Objetivo del Indicador	Medir el porcentaje de sobrevida de los recién nacidos prematuros (menor de 37 semanas), con peso menor o igual a 1,500 g al nacimiento, para establecer acciones de atención integral que incrementen la sobrevida de recién nacidos con peso extremadamente bajo principal causa de morbilidad y mortalidad en los neonatos.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Total recién nacidos prematuros vivos (menor de 37 semanas), con peso menor o igual a 1,500 g, al nacimiento en un periodo y área geográfica determinados</p> <p style="text-align: center;">menos</p> <p>Total de defunciones de recién nacidos prematuros (menor de 37 semanas), con peso menor o igual a 1,500 g, al nacimiento en un periodo y área geográfica determinados</p> <p style="text-align: right;">X 100</p>		
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador: SUI 13 Egresos Hospitalarios y SEED 4.0.3 menor 28D.</p> <p>Denominador: SUI 13 Egresos Hospitalarios.</p>		
Interpretación	Una cifra menor al valor de referencia se traduce como mayor morbilidad asociada (complicaciones) en el manejo del recién nacido prematuro con peso menor o igual a 1,500g al nacimiento. El valor de referencia de este indicador tiene comportamiento histórico.		
Valor de referencia o meta	≥ 80		
Unidad de medida	Porcentaje		
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado.	Indicador contabilizado por	Delegación de adscripción y unidad hospitalaria de atención

Neonatal 04. - Porcentaje de sobrevida en recién nacidos prematuros con peso menor o igual a 1,500 g al nacimiento.			
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	>= 80.0	75.0 – 79.9	<= 74.9
Observaciones	Para la construcción del indicador: <ul style="list-style-type: none">▪ No aplica el indicador para las UMAA.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Segundo Nivel, misma que revisa y autoriza los resultados para la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

Neonatal 05 - Letalidad Neonatal por Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido y sus complicaciones, en Unidades Médicas Hospitalarias.			
Objetivo del indicador	Medir la probabilidad de muerte en los recién nacidos prematuros hasta antes de los 28 días de vida, con diagnóstico de síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido y sus complicaciones; e identifica las características de la atención que se otorga de acuerdo con la gravedad de la complicación, la capacidad instalada e infraestructura disponible.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Defunciones de recién nacidos vivos derechohabientes, sucedidas desde nacimiento hasta antes de los 28 días de vida, por síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido y sus complicaciones, en unidades médicas hospitalarias		
	Total de egresos por síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido y sus complicaciones, de recién nacidos derechohabientes hasta antes de los 28 días de vida		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Certificado de defunción de recién nacidos hasta antes de los 28 días de vida. Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED) IMSS. Denominador: SUI 13 Egresos hospitalarios.		
Interpretación	Un valor superior al valor de referencia traduce uno o más problemas relacionados, con la salud la atención ambulatoria y hospitalaria a la madre y al recién nacido, además de la educación en la población para el uso de los servicios sanitarios; así como la suficiencia de los recursos materiales, tecnológicos y humanos disponibles. El comportamiento de los resultados del indicador permiten identificar problemas o limitaciones en el proceso de la atención integral neonatal, en los diferentes niveles de atención hospitalaria, así como la educación de la población para participar en el cuidado de la salud del recién nacido. El valor de referencia de este indicador se calculó con base en la media nacional de los años: 2014, 2015, 2016, 2017 y 2018.		
Valor de referencia o meta	≤ 10.6		
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	1 punto

Neonatal 05 - Letalidad Neonatal por Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido y sus complicaciones, en Unidades Médicas Hospitalarias.															
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado	Indicador contabilizado por	Atención												
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo												
	<= 10.6	10.7-12.4	>= 12.5												
			<p>Periodo neonatal: es la etapa que comprende desde el nacimiento hasta antes de los 28 días de vida.</p> <p>Para la construcción del indicador se incluyen en el numerador los códigos de causa básica, directas e indirectas CIE-10, siguientes:</p> <table> <tbody> <tr> <td>P22.0 Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido</td> <td>P25 Enfisema intersticial y afecciones relacionadas, originadas en el periodo perinatal</td> <td>P52.1 Hemorragia intraventricular (no traumática) grado 2, del feto y del recién nacido</td> </tr> <tr> <td>P22.8 Otras dificultades respiratorias del recién nacido</td> <td>P26 Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal</td> <td>P52.2 Hemorragia intraventricular (no traumática) grado 3, del feto y del recién nacido</td> </tr> <tr> <td>P22.9 Dificultad respiratoria del recién nacido, no especificada</td> <td>P52.0 Hemorragia intraventricular (no traumática) grado 1, del feto y del recién nacido</td> <td>P52.3 Hemorragia intraventricular (no traumática) grado 1, del feto y del recién nacido, sin otra especificación.</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> En el denominador se contabilizarán de los códigos anteriores, en los diagnósticos principal, secundario 1 y secundario 2, complicación intrahospitalaria, complicación secundaria y diagnóstico de ingreso. <p>Para la construcción del indicador, se excluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> La población No derechohabiente. Las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA). Para la evaluación del desempeño los resultados se contabilizarán y presentarán, de manera independiente, las Delegaciones de las UMAE. 	P22.0 Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	P25 Enfisema intersticial y afecciones relacionadas, originadas en el periodo perinatal	P52.1 Hemorragia intraventricular (no traumática) grado 2, del feto y del recién nacido	P22.8 Otras dificultades respiratorias del recién nacido	P26 Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal	P52.2 Hemorragia intraventricular (no traumática) grado 3, del feto y del recién nacido	P22.9 Dificultad respiratoria del recién nacido, no especificada	P52.0 Hemorragia intraventricular (no traumática) grado 1, del feto y del recién nacido	P52.3 Hemorragia intraventricular (no traumática) grado 1, del feto y del recién nacido, sin otra especificación.			
P22.0 Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	P25 Enfisema intersticial y afecciones relacionadas, originadas en el periodo perinatal	P52.1 Hemorragia intraventricular (no traumática) grado 2, del feto y del recién nacido													
P22.8 Otras dificultades respiratorias del recién nacido	P26 Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal	P52.2 Hemorragia intraventricular (no traumática) grado 3, del feto y del recién nacido													
P22.9 Dificultad respiratoria del recién nacido, no especificada	P52.0 Hemorragia intraventricular (no traumática) grado 1, del feto y del recién nacido	P52.3 Hemorragia intraventricular (no traumática) grado 1, del feto y del recién nacido, sin otra especificación.													

Neonatal 05 - Letalidad Neonatal por Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido y sus complicaciones, en Unidades Médicas Hospitalarias.

Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la División de Información Epidemiológica, de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la División de Atención Ginecoobstétrica y Perinatal, de la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, misma que revisa y autoriza los resultados para inclusión en la Evaluación de Desempeño y la publicación en el portal:</p> <p style="text-align: center;">http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficiencia	Tipo de indicador	Estratégico

Neonatal 06 - Letalidad relacionada a Infección Asociada a la Atención a la Salud en recién nacidos hasta antes de los 28 días de vida en las Unidades Médicas de Segundo Nivel de atención con 20 o más camas censables, o en Unidades Médicas de Alta Especialidad.	
Objetivo del indicador	Medir la gravedad o la probabilidad de morir que tienen los recién nacidos hasta antes de los 28 días de vida con Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud, para establecer medidas de prevención y control en las Unidades Médicas de Segundo Nivel de atención (con 20 o más camas censables), o en Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE).
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de defunciones en recién nacidos hasta antes de los 28 días de vida que desarrollaron una o más Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud en Unidades Médicas de Segundo Nivel de atención con 20 o más camas censables, o en Unidades Médicas de Alta Especialidad X 100
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud, Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.
Interpretación	La tasa indica el riesgo de muerte en los recién nacidos hasta antes de los 28 días de vida asociada a Infección Asociada a la Atención a la Salud. Se relaciona con las patologías propias del recién nacido, como son: malformaciones congénitas y prematuridad, con la detección oportuna de las infecciones y con el manejo terapéutico con apego a las Guías de Práctica Clínica para diagnóstico y tratamiento. El valor de referencia se estableció tomando como base el comportamiento histórico de la media de la letalidad asociada a Infección Asociada a la Atención a la Salud en recién nacidos hasta antes de los 28 días de vida, en las Delegaciones y Unidades Médicas de Alta Especialidad y referencias nacionales [Coria-Lorenzo JJ, et al. Epidemiología de las infecciones nosocomiales neonatales, en un Hospital de Especialidades Pediátricas de la Ciudad de México (revisión de 3 años). Perinatol. Reprod. Hum. 2000; 14 (3):151-9].

Neonatal 06 - Letalidad relacionada a Infección Asociada a la Atención a la Salud en recién nacidos hasta antes de los 28 días de vida en las Unidades Médicas de Segundo Nivel de atención con 20 o más camas censables, o en Unidades Médicas de Alta Especialidad.			
Interpretación	<p>El resultado debe estar dentro del valor de referencia de 0.5 a 5.0 defunciones asociadas a Infección Asociada a la Atención a la Salud por cada 100 recién nacidos hasta antes de los 28 días de vida.</p> <p>Cuando el desempeño se encuentra dentro del valor esperado, se deberá continuar con las acciones seguras en la atención del paciente de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), y con las medidas de seguridad en la atención neonatal.</p> <p>Si el valor se encuentra con desempeño medio o con desempeño bajo con valor > 9.0, deberá realizar la identificación de riesgos en los procesos críticos así como la implementación del Programa Institucional de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud y el personal de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).</p>		
Observaciones	<p>Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud, coadyuvando en la mejora de la calidad y seguridad de pacientes, personal de salud, familiar y visitante. Si el valor se encuentra con desempeño bajo, con valor de < 0.5, la Unidad debe evaluar si se trata de subregistro, y en ese caso, deberá reorganizar la vigilancia epidemiológica con apoyo del Comité del Detección y Control de Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud y el personal de la UCIN.</p>		
Valor de referencia o meta	0.5 – 5.0		
Unidad de medida	Tasa de Letalidad	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	3 puntos
Periodicidad	Mensual acumulado y anual	Indicador contabilizado por	Atención
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	0.5 - 5.0	5.1 - 9.0	< 0.5 o > 9.0
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Período neonatal: Es la etapa que comprende desde el nacimiento hasta antes de los 28 días de vida. ▪ Los recién nacidos hospitalizados, presentan mayor riesgo de adquirir una Infección asociada a la Atención a la Salud, dada la utilización de procedimientos invasivos y la gravedad de su estado de salud. 		

Neonatal 06 - Letalidad relacionada a Infección Asociada a la Atención a la Salud en recién nacidos hasta antes de los 28 días de vida en las Unidades Médicas de Segundo Nivel de atención con 20 o más camas censables, o en Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Observaciones	<p>Para la construcción del indicador:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Se incluyen, tanto en el numerador como en el denominador, las unidades hospitalarias que cuenten con cunas o incubadoras, de acuerdo al inventario Físico de Unidades (IFU) del año en curso (Vigente).▪ La construcción del indicador se contabiliza por Unidad Médica y la evaluación se elabora por Delegación (incluyendo solamente las Unidades Médicas de segundo nivel de atención) y por separado las UMAE.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles y envía a la División de Información Epidemiológica ambas de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para la inclusión en la Evaluación de Desempeño y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficiencia	Tipo de indicador	Estratégico

Neonatal 07 - Tasa de Mortalidad por Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido (Tipo I) y sus complicaciones.

Objetivo del indicador	Muestra la oportunidad, calidad y la estructura disponible de los servicios de salud para la atención del prematuro menor de 28 días, con diagnóstico de Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido (CIE 10 P220), y sus complicaciones.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Defunciones de recién nacidos vivos sucedidas desde el nacimiento hasta antes de los 28 días de vida, por Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido (CIE 10 P220) y sus complicaciones X 1,000		
Fuentes oficiales para el cálculo	Total de recién nacidos vivos Numerador: Certificado de defunción de recién nacidos hasta antes de los 28 días de vida. Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED 4.0.3) IMSS. Denominador: SUI 13 Egresos hospitalarios.		
Interpretación	Un comportamiento mayor al valor de referencia traduce problemas o limitaciones en el proceso de atención médica, durante el periodo neonatal, así como en la educación, en la población para participar en el cuidado de la salud del recién nacido. El rango esperado corresponde al porcentaje medio nacional de mortalidad por síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido (CIE 10 P220) y sus complicaciones en el IMSS en los años 2014, 2015, 2016, 2017 y 2018.		
Valor de referencia o meta	<= 3.0 por 1,000 nacidos vivos		
Unidad de medida:	Tasa por 1,000 nacidos vivos	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	1 punto

Neonatal 07 - Tasa de Mortalidad por Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido (Tipo I) y sus complicaciones.

Periodicidad	Mensual anualizado	Indicador contabilizado por:	Atención									
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo									
	<= 3.0	3.1 – 3.7	>= 3.8									
<p>Periodo Neonatal: es la etapa que comprende desde el nacimiento hasta antes de los 28 días.</p> <p>Para la construcción del indicador se incluyen en el numerador los Códigos de causa básica CIE-10 siguientes:</p> <table> <tbody> <tr> <td>P22.0 Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido</td> <td>P25 Enfisema intersticial y afecciones relacionadas, originadas en el periodo perinatal</td> <td>P52.1 Hemorragia intraventricular (no traumática) grado 2, del feto y del recién nacido</td> </tr> <tr> <td>P22.8 Otras dificultades respiratorias del recién nacido</td> <td>P26 Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal</td> <td>P52.2 Hemorragia intraventricular (no traumática) grado 3, del feto y del recién nacido</td> </tr> <tr> <td>P22.9 Dificultad respiratoria del recién nacido, no especificada</td> <td>P52.0 Hemorragia intraventricular (no traumática) grado I, del feto y del recién nacido</td> <td>P52.3 Hemorragia intraventricular (no traumática), del feto y del recién nacido, sin otra especificación</td> </tr> </tbody> </table> <p>Para la construcción del indicador, se excluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> La población No derechohabiente. Defunción o egreso por infección nosocomial CIE-10 P36, P37, P38 y P39. Las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA). <p>Para la evaluación del desempeño los resultados se contabilizarán y presentarán, de manera independiente las Delegaciones de las Unidades Médicas de Alta Especialidad</p>				P22.0 Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	P25 Enfisema intersticial y afecciones relacionadas, originadas en el periodo perinatal	P52.1 Hemorragia intraventricular (no traumática) grado 2, del feto y del recién nacido	P22.8 Otras dificultades respiratorias del recién nacido	P26 Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal	P52.2 Hemorragia intraventricular (no traumática) grado 3, del feto y del recién nacido	P22.9 Dificultad respiratoria del recién nacido, no especificada	P52.0 Hemorragia intraventricular (no traumática) grado I, del feto y del recién nacido	P52.3 Hemorragia intraventricular (no traumática), del feto y del recién nacido, sin otra especificación
P22.0 Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	P25 Enfisema intersticial y afecciones relacionadas, originadas en el periodo perinatal	P52.1 Hemorragia intraventricular (no traumática) grado 2, del feto y del recién nacido										
P22.8 Otras dificultades respiratorias del recién nacido	P26 Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal	P52.2 Hemorragia intraventricular (no traumática) grado 3, del feto y del recién nacido										
P22.9 Dificultad respiratoria del recién nacido, no especificada	P52.0 Hemorragia intraventricular (no traumática) grado I, del feto y del recién nacido	P52.3 Hemorragia intraventricular (no traumática), del feto y del recién nacido, sin otra especificación										

Neonatal 07 - Tasa de Mortalidad por Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido (Tipo I) y sus complicaciones.

Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral a la Salud de Segundo Nivel, misma que revisa y autoriza los resultados para la inclusión en la Evaluación de Desempeño, así como para la publicación de los resultados en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficiencia	Tipo de indicador	Estratégico



SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



V.

Procesos de Salud–Enfermedad en Población Derechohabiente

7. Atención Integral del Sobre peso y Obesidad, en población Derechohabiente de 20 años y más



La obesidad es una enfermedad sistémica, crónica, progresiva y multifactorial, que en su etiología involucra alteraciones en el gasto energético y desequilibrio en el balance entre aporte calórico y la utilización de grasas, por causas diversas. El sobre peso y la obesidad son, por tanto, la plataforma ideal para la presencia o complicación de enfermedades crónicas como la Diabetes mellitus, las Enfermedades Hipertensivas, Cardíacas, entre otras.

Desde 1975, la obesidad se ha triplicado en todo el mundo. A nivel mundial, en 2016, el 39% de las personas adultas de 18 o más años presentaban sobre peso, y el 13% eran obesas. Estimaciones para 2030 de la frecuencia de sobre peso en la población mundial, indican que alrededor de 1,350 millones de adultos tendrán sobre peso y 573 millones padecerán obesidad. De no disminuir la tendencia actual, es posible que estas cifras lleguen a un máximo de 2,160 millones de personas adultas con sobre peso y 1,120 millones de obesos.

En México, se prevé un incremento de obesidad en adultos de 16% en mujeres, y de 12% en hombres entre 2010 y 2030. Lo anterior, estará asociado con un incremento del costo de la atención sanitaria; sin embargo, se estima también que, si se redujera el índice de masa corporal en 1% en promedio, se podría lograr un ahorro de 43 millones de dólares al año (año 2030).

Las políticas nacionales de salud tienden a incrementar esfuerzos para favorecer hábitos saludables, detección y control oportunos, con el propósito de disminuir el avance e incluso revertir la incidencia.

El reto es importante, y requerirá de grandes esfuerzos para lograr en la población derechohabiente, una mayor conciencia y/o empoderamiento de la prevención y control de enfermedades como la obesidad.

7. Atención Integral al Sobrepeso y Obesidad en Población derechohabiiente de 20 años y más

Curso Clínico Típico	Alimentación, Hábitos y costumbres, antecedentes familiares	Desarrollo de sobrepeso u obesidad	Desarrollo de Complicaciones asociadas al sobrepeso y obesidad	Muerte
Impactos esperados de las intervenciones en salud				
Promoción de la Salud	Detección oportuna Identificación y atención de factores de riesgo.	Diagnóstico, Tratamiento y Control. Identificación y manejo oportuno de complicaciones	Tratamiento de las Complicaciones Tempranas o Tardías. Rehabilitación	Desenlace del impacto en salud
	<p>S.Ob 01 - Cobertura de medición de peso y talla en derechohabientes de 20 años y más, en Unidad Médica</p> <p>S.Ob 02 - Cobertura de medición de peso y talla en derechohabientes usuarios de 20 años y más, en Unidad Médica</p>	<p>S.Ob 03 - Prevalencia de Sobre peso en población derechohabiiente de 20 años y más</p> <p>S.Ob 04 - Prevalencia de Obesidad en derechohabientes de 20 años y más</p> <p>S.Ob 05 - Prevalencia de Obesidad central en derechohabientes de 20 años y más</p>		

S_Ob 01 - Cobertura de medición de peso y talla en derechohabientes de 20 años y más, en Unidad Médica.

Objetivo del indicador	Medir el porcentaje de derechohabiente de 20 años y más con medición de peso y talla, para evaluar el estado nutricional.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Número de derechohabientes de 20 años y más con medición de peso y talla acumulado al mes evaluado</p> <hr/> <p>Total de población derechohabiente adscrita a Médico Familiar de 20 y más años</p>		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).		
Interpretación	<p>Su comportamiento permite conocer:</p> <p>Directamente, la proporción de derechohabientes de 20 años y más que fueron medidos y pesados en la Unidad Médica.</p> <p>Indirectamente, el número de derechohabientes de 20 años y más a quienes se les otorgaron consejería relacionada con alimentación correcta, consumo de agua simple potable y práctica diaria de actividad física.</p> <p>El desempeño esperado de al menos 65%, se estableció con base en el comportamiento histórico de este indicador.</p> <p>Lograr una cobertura mayor de 65%, permite identificar el comportamiento del Sobre peso y la Obesidad en el grupo de derechohabientes de 20 años y más, principales factores de riesgo para la presentación de enfermedades crónico degenerativas y los cánceres</p>		
Valor de referencia o meta	≥ 65.0		
Unidad de medida	Porcentaje		
Periodicidad	Mensual acumulado	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 65.0	55.0 - 64.9	≤ 54.9

S_Ob 01 - Cobertura de medición de peso y talla en derechohabientes de 20 años y más, en Unidad Médica.

Observaciones	La información es acumulada al mes del reporte		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, misma que revisa y autoriza los resultados para la publicación en el portal:</p> <p>http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

Tabla S_Ob 01 - Cobertura de medición de peso y talla en derechohabientes de 20 años y más, en Unidad Médica

Indicador	Mes	Valor de referencia o meta del período	Rangos de desempeño	
S_Ob 01 - Cobertura de medición de peso y talla en derechohabientes de 20 años y más, en Unidad Médica	Enero	>= 5.4	Esperado	>= 5.4
			Medio	4.6 - 5.3
			Bajo	<= 4.5
	Febrero	>= 10.8	Esperado	>= 10.8
			Medio	9.2 - 10.7
			Bajo	<= 9.1
	Marzo	>= 16.2	Esperado	>= 16.2
			Medio	13.8 - 16.1
			Bajo	<= 13.7
	Abril	>= 21.6	Esperado	>= 21.6
			Medio	18.3 - 21.5
			Bajo	<= 18.2
	Mayo	>= 27.0	Esperado	>= 27.0
			Medio	22.9 - 26.9
			Bajo	<= 22.8
	Junio	>= 32.4	Esperado	>= 32.4
			Medio	27.5 - 32.3
			Bajo	<= 27.4
	Julio	>= 37.8	Esperado	>= 37.8
			Medio	32.0 - 37.7
			Bajo	<= 31.9
	Agosto	>= 43.2	Esperado	>= 43.2
			Medio	38.1 - 43.1
			Bajo	<= 38.0
	Septiembre	>= 48.6	Esperado	>= 48.6
			Medio	41.2 - 48.5
			Bajo	<= 41.1
	Octubre	>= 54.0	Esperado	>= 54.0
			Medio	45.8 - 53.9
			Bajo	<= 45.7
	Noviembre	>= 59.4	Esperado	>= 59.4
			Medio	50.3 - 59.3
			Bajo	<= 50.2
	Diciembre	>= 65.0	Esperado	>= 65.0
			Medio	55.0 - 64.9
			Bajo	<= 54.9

S_Ob 02 - Cobertura de medición de peso y talla en derechohabientes usuarios de 20 años y más, en Unidad Médica.			
Objetivo del indicador	Medir el porcentaje de derechohabientes usuarios de 20 años y más con medición de peso y talla, para evaluar el estado nutricional.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de derechohabientes usuarios de 20 años y más con medición de peso y talla, acumulado al mes evaluado		
	Total de población derechohabiente usuaria de 20 y más años		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).		
Interpretación	<p>Su comportamiento permite conocer:</p> <p>Directamente, la proporción de derechohabientes usuarios de 20 años y más que fueron medidos y pesados en la Unidad Médica.</p> <p>Indirectamente, inferir el número de derechohabientes usuarios de 20 años y más a quienes se les otorgó consejería relacionada con alimentación correcta, consumo de agua simple potable y práctica diaria de actividad física.</p> <p>Lograr una cobertura esperada igual o mayor a 80%, permite identificar el comportamiento del Sobre peso y la Obesidad en el grupo de derechohabientes usuarios de 20 años y más, principales factores de riesgo para la presentación de enfermedades crónico degenerativas y el cáncer.</p>		
Valor de referencia o meta	≥ 80.0		
Unidad de medida	Porcentaje		
Periodicidad	Mensual acumulado.	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 80.0	60.1 - 79.9	≤ 60.0
Observaciones	La información es acumulada al mes del reporte.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, misma que revisa y autoriza los resultados para la publicación en el portal:</p> <p>http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de Indicador	Estratégico

Tabla S_Ob 02 - Valores de referencia mensual

Indicador	Mes	Valor de referencia o meta del período	Rangos de desempeño	
S_Ob 02 - Cobertura de medición de peso y talla en derechohabientes usuarios de 20 años y más, en Unidad Médica	Enero	>= 6.7	Esperado	>= 6.7
			Medio	5.1 - 6.6
			Bajo	<= 5.0
	Febrero	>= 13.4	Esperado	>=13.4
			Medio	10.1 - 13.3
			Bajo	<= 10.0
	Marzo	>= 20.1	Esperado	>= 20.1
			Medio	15.1 - 20.0
			Bajo	<= 15.0
	Abril	>= 26.8	Esperado	>= 26.8
			Medio	20.1 - 26.7
			Bajo	<= 20.0
	Mayo	>= 33.5	Esperado	>= 33.5
			Medio	25.1 - 33.4
			Bajo	<= 25.0
	Junio	>= 40.2	Esperado	>= 40.2
			Medio	30.1 - 40.1
			Bajo	<= 30.0
	Julio	>= 46.9	Esperado	>= 46.9
			Medio	35.1 - 46.8
			Bajo	<= 35.0
	Agosto	>= 53.6	Esperado	>= 53.6
			Medio	40.1 - 53.5
			Bajo	<= 40.0
	Septiembre	>= 60.3	Esperado	>= 60.3
			Medio	45.1 - 60.2
			Bajo	<= 45.0
	Octubre	>= 67.0	Esperado	>= 67.0
			Medio	50.1 - 66.9
			Bajo	<= 50.0
	Noviembre	>= 73.3	Esperado	>= 73.3
			Medio	55.1 - 73.2
			Bajo	<= 55.0
	Diciembre	>= 80	Esperado	>= 80
			Medio	60.1 - 79.9
			Bajo	<= 60.0

S_Ob 03 - Prevalencia de Sobre peso en población derechohabiente de 20 años y más.			
Objetivo del indicador	Medir el porcentaje de derechohabientes de 20 años y más con sobre peso, permite identificar un factor de riesgo para desarrollar enfermedades crónicas o para el control de las mismas en la población.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de derechohabientes de 20 años y más con sobre peso en el mes evaluado Total de población derechohabiente de 20 años y más adscrita a Médico Familiar con medición de peso y talla en el mes evaluado		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).		
Interpretación	<p>Este indicador permite conocer el porcentaje de derechohabientes de 20 y más años que tienen sobre peso y que tuvieron medición de peso y talla en el mes evaluado.</p> <p>Para evaluar se consideró el 37% como punto de corte, por debajo de los valores de prevalencia de sobre peso reportados por ENSANUT 2016 MC (39.2%) y en el IMSS (39.4%).</p> <p>Contener o reducir la prevalencia de sobre peso en población derechohabiente de 20 años y más por debajo del 37% permite contribuir a la disminución del riesgo de enfermedades crónicas degenerativas y cáncer asociado.</p>		
Valor de referencia o meta	<= 37.0		
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	3 puntos
Periodicidad	Mensual	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	<= 37.0	37.1 - 39.0	>= 39.1
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, misma que revisa y autoriza los resultados para inclusión en la Evaluación de Desempeño y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

S_Ob 04 - Prevalencia de Obesidad en derechohabientes de 20 años y más.			
Objetivo del indicador	Medir el porcentaje de derechohabientes de 20 años y más con obesidad, para identificar un factor de riesgo para desarrollar enfermedades crónicas		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de derechohabientes de 20 años y más, con obesidad en el mes evaluado Total de población derechohabiente de 20 años y más, adscrita a Médico Familiar con medición de peso y talla en el mes evaluado		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y Denominador: Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).		
Interpretación	<p>Este indicador permite conocer el porcentaje de derechohabientes de 20 años y más con obesidad y que tuvieron medición de peso y talla en el mes evaluado.</p> <p>Para evaluar se consideró el 33% como punto de corte, por debajo de los valores de prevalencia de obesidad reportados por ENSANUT 2016 (33.3%) y en el IMSS (36.4%).</p> <p>Contener o reducir la prevalencia de obesidad en población derechohabiente de 20 años, permitirá contribuir a la disminución del riesgo de enfermedades crónicas degenerativas y cáncer asociado.</p>		
Valor de referencia o meta	≤ 33.0		
Unidad de medida	Porcentaje		
Periodicidad	Mensual	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado ≤ 33.0	Desempeño medio 33.1 – 37.0	Desempeño bajo ≥ 37.1
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, misma que revisa y autoriza los resultados para la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

S_Ob 05 - Prevalencia de Obesidad central en derechohabientes de 20 años y más.

Objetivo del indicador	Medir el porcentaje de derechohabientes de 20 años y más con obesidad central, permite identificar un factor de riesgo en el desarrollo de enfermedades crónicas o para el control de las mismas en la población.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Número de derechohabientes de 20 años y más con obesidad central en el mes evaluado</p> <hr/> <p>Total de población derechohabiente de 20 años y más adscrita a Médico Familiar con medición de cintura</p> <p style="text-align: right;">X 100</p>		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Sistema de Información de Atención a la Salud (SIAIS)		
Interpretación	<p>El valor esperado del indicador permite conocer el porcentaje de derechohabientes de 20 años y más con obesidad central y que tuvieron medición de circunferencias de cintura en el mes evaluado.</p> <p>La meta del desempeño esperado se estableció con base a un 67%, valor menor en relación a la alta prevalencia de obesidad reportada por ENSANUT 2016 MC (76.6%) y del IMSS (74.5%).</p>		
Valor de referencia o meta	≤ 67.0		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	5 puntos
Periodicidad	Mensual	Indicador contabilizado por:	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤ 67.0	67.1 - 70.0	≥ 70.1

S_0b 05 - Prevalencia de Obesidad central en derechohabientes de 20 años y más.

Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, misma que revisa y autoriza los resultados para inclusión en la Evaluación de Desempeño y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico



VI.

Indicadores del desempeño de las Coordinaciones Normativas

Manual Metodológico de Indicadores Médicos, 2019-2024.



SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

La sección presenta las fichas técnicas de los indicadores seleccionados por cada Coordinación Normativa, para la medición del desempeño de sus programas específicos como se muestra a continuación:

Indicadores de las Coordinaciones Normativas			Número
1	CAISPN	Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel	14
2	CAISN	Atención Integral en Segundo Nivel	26
3	CVE	Vigilancia Epidemiológica	3
4	CES	Educación en Salud	9
5	CIS	Investigación en Salud	13
6	CUMAE	Unidades Médicas de Alta Especialidad	15
7	CDTOTC	Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células	3
TOTAL			83





VI.

Indicadores del Desempeño de las Coordinaciones Normativas

1. Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel



CAISPN 01 - Cobertura de chequeo PrevenIMSS.				
Objetivo del indicador	Medir el total de derechohabientes que recibieron, en el último año, acciones preventivas de acuerdo a su grupo de edad y sexo de manera integral, para conocer cuántos están cubiertos con “Chequeo PREVENIMSS”.			
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de derechohabientes a los que se les otorga acciones preventivas en los últimos 12 meses			
	Total de población derechohabiente adscrita a Médico Familiar			
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS). Denominador: Población derechohabiente adscrita a Médico Familiar. Dirección de Incorporación y Recaudación, incluida en el Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).			
Interpretación	El logro esperado permite evaluar, la cobertura de las acciones preventivas a los derechohabientes, de acuerdo a su grupo de edad y sexo, así como identificar a los derechohabientes que regresan el último año a recibir su Chequeo PrevenIMSS. La meta se estimó con base en el comportamiento de años anteriores y la infraestructura disponible para otorgar la atención preventiva.			
Valor de referencia o meta	2019	>= 59.0	2022	>= 66.0
	2020	>= 61.5	2023	>= 68.5
	2021	>= 63.5	2024	>= 70.5
Unidad de medida	Porcentaje		Ponderación para la Evaluación de Desempeño	8 puntos
Periodicidad	Mensual acumulado		Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Año	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	2019	>= 59.0	54.7 - 58.9	<= 54.6
	2020	>= 61.5	57.0 - 61.4	<= 56.9
	2021	>= 63.5	58.9 - 63.4	<= 58.8
	2022	>= 66.0	61.2 - 65.9	<= 61.1
	2023	>= 68.5	63.5 - 68.4	<= 63.4
	2024	>= 70.5	65.4 - 70.4	<= 65.3

CAISPN 01 - Cobertura de chequeo PrevenIMSS.

Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. ▪ Los valores de referencia de los rangos de desempeño se modifican mensualmente (ver Tabla CAISPN 01 Cobertura de Chequeo PrevenIMSS). 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, misma que revisa y autoriza los resultados para inclusión en la Evaluación del Desempeño y la publicación en el portal:</p> <p style="text-align: center;">http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

CAISPN 01 - Cobertura de Chequeo PrevenIMSS.

Año Mes	2019 >=	2020 >=	2021 >=	2022 >=	2023 >=	2024 >=	Rangos de desempeño	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ene.	4.9	5.1	5.3	5.5	5.7	5.9	Esperado	>= 4.9	>= 5.1	>= 5.3	>= 5.5	>= 5.7	>= 5.9
							Medio	4.7 - 4.8	4.8 - 5.0	5.0 - 5.2	5.2 - 5.4	5.4 - 5.6	5.5 - 5.8
							Bajo	<= 4.6	<= 4.7	<= 4.9	<= 5.1	<= 5.3	<= 5.4
Feb.	9.8	10.3	10.6	11.0	11.4	11.8	Esperado	>= 9.8	>= 10.3	>= 10.6	>= 11.0	>= 11.4	>= 11.8
							Medio	9.2 - 9.7	9.6 - 10.2	9.9 - 10.5	10.3 - 10.9	10.7 - 11.3	11.0 - 11.7
							Bajo	<= 9.1	<= 9.5	<= 9.8	<= 10.2	<= 10.6	<= 10.9
Mzo.	14.8	15.4	15.9	16.5	17.1	17.6	Esperado	>= 14.8	>= 15.4	>= 15.9	>= 16.5	>= 17.1	>= 17.6
							Medio	13.8 - 14.7	14.3 - 15.3	14.8 - 15.8	15.4 - 16.4	16.0 - 17.0	16.4 - 17.5
							Bajo	<= 13.7	<= 14.2	<= 14.7	<= 15.3	<= 15.9	<= 16.3
Abr.	19.7	20.5	21.2	22.0	22.8	23.5	Esperado	>= 19.7	>= 20.5	>= 21.2	>= 22.0	>= 22.8	>= 23.5
							Medio	18.3 - 19.6	19.1 - 20.4	19.7 - 21.1	20.5 - 21.9	21.2 - 22.7	21.9 - 23.4
							Bajo	<= 18.2	<= 19.0	<= 19.6	<= 20.4	<= 21.1	<= 21.8
Myo.	24.6	25.6	26.5	27.5	28.5	29.4	Esperado	>= 24.6	>= 25.6	>= 26.5	>= 27.5	>= 28.5	>= 29.4
							Medio	22.9 - 24.5	23.8 - 25.5	24.6 - 26.4	25.6 - 27.4	26.5 - 28.4	27.3 - 29.3
							Bajo	<= 22.8	<= 23.7	<= 24.5	<= 25.5	<= 26.4	<= 27.2
Jun.	29.5	30.8	31.8	33.0	34.3	35.3	Esperado	>= 29.5	>= 30.8	>= 31.8	>= 33.0	>= 34.3	>= 35.3
							Medio	27.4 - 29.4	28.6 - 30.7	29.5 - 31.7	30.7 - 32.9	31.8 - 34.2	32.7 - 35.2
							Bajo	<= 27.3	<= 28.5	<= 29.4	<= 30.6	<= 31.7	<= 32.6
Jul.	34.4	35.9	37.0	38.5	40.0	41.1	Esperado	>= 34.4	>= 35.9	>= 37.0	>= 38.5	>= 40.0	>= 41.1
							Medio	32.0 - 34.3	33.3 - 35.8	34.4 - 36.9	35.8 - 38.4	37.1 - 39.9	38.2 - 41.0
							Bajo	<= 31.9	<= 33.2	<= 34.3	<= 35.7	<= 37.0	<= 38.1
Ago.	39.3	41.0	42.3	44.0	45.7	47.0	Esperado	>= 39.3	>= 41.0	>= 42.3	>= 44.0	>= 45.7	>= 47.0
							Medio	36.5 - 39.2	38.1 - 40.9	39.3 - 42.2	40.8 - 43.9	42.4 - 45.6	43.6 - 46.9
							Bajo	<= 36.4	<= 38.0	<= 39.2	<= 40.7	<= 42.3	<= 43.5
Sept.	44.3	46.1	47.6	49.5	51.4	52.9	Esperado	>= 44.3	>= 46.1	>= 47.6	>= 49.5	>= 51.4	>= 52.9
							Medio	41.1 - 44.2	42.8 - 46.0	44.2 - 47.5	45.9 - 49.4	47.7 - 51.3	49.1 - 52.8
							Bajo	<= 41.0	<= 42.7	<= 44.1	<= 45.8	<= 47.6	<= 49.0
Oct.	49.2	51.3	52.9	55.0	57.1	58.8	Esperado	>= 49.2	>= 51.3	>= 52.9	>= 55.0	>= 57.1	>= 58.8
							Medio	45.6 - 49.1	47.6 - 51.2	49.1 - 52.8	51.0 - 54.9	53.0 - 57.0	54.5 - 58.7
							Bajo	<= 45.5	<= 47.5	<= 49.0	<= 50.9	<= 52.9	<= 54.4
Nov.	54.1	56.4	58.2	60.5	62.8	64.6	Esperado	>= 54.1	>= 56.4	>= 58.2	>= 60.5	>= 62.8	>= 64.6
							Medio	50.2 - 54.0	52.3 - 56.3	54.0 - 58.1	56.1 - 60.4	58.2 - 62.7	59.9 - 64.5
							Bajo	<= 50.1	<= 52.2	<= 53.9	<= 56.0	<= 58.1	<= 59.8
Dic.	59.0	61.5	63.5	66.0	68.5	70.5	Esperado	>= 59.0	>= 61.5	>= 63.5	>= 66.0	>= 68.5	>= 70.5
							Medio	54.7 - 58.9	57.0 - 61.4	58.9 - 63.4	61.2 - 65.9	63.5 - 68.4	65.4 - 70.4
							Bajo	<= 54.6	<= 56.9	<= 58.8	<= 61.1	<= 63.4	<= 65.3

CAISPN 02 - Productividad de Chequeo PrevenIMSS por personal de Enfermería.			
Objetivo del indicador	Medir el total de Chequeos PrevenIMSS otorgados en el mes por el total de Enfermeras que realizan acciones preventivas, para conocer la eficiencia del servicio preventivo.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Número de Chequeos PrevenIMSS en el mes evaluado / (días hábiles laborados en el mes / total de Enfermeras)</p> <p>Total de Enfermeras que realizan acciones preventivas</p>		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).		
Interpretación	<p>Su comportamiento permite conocer el grado de eficiencia al otorgar el Chequeo PrevenIMSS por el personal de enfermería a los derechohabientes, en la Unidad Médica.</p> <p>Una cifra dentro del valor esperado refleja el incremento de las coberturas de los Programas Integrados de Salud.</p> <p>La meta se estimó con base en el tiempo que tardan las Enfermeras en otorgar las acciones preventivas a la población derechohabiente asignada a módulo de enfermería.</p>		
Valor de referencia o meta	16 a 22 Chequeos PrevenIMSS por Enfermera por día		
Unidad de medida	Número absoluto		
Periodicidad	Mensual	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	<p>Desempeño esperado</p> <p>16 - 22</p>	<p>Desempeño medio</p> <p>13 - 15</p>	<p>Desempeño bajo</p> <p><= 12 o > 22</p>
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, que revisa y autoriza los resultados para la publicación en el portal:</p> <p>http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficiencia	Tipo de indicador	Gestión

CAISPN 03 - Índice de Módulos de Enfermería por consultorio de Medicina Familiar.

Objetivo del indicador	Medir la capacidad instalada de infraestructura física para el personal de Enfermería asignada a módulos en el Primer Nivel de Atención, a fin de determinar las necesidades de recursos físicos.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Número de consultorios de Medicina Familiar</p> <hr/> <p>Número de módulos de PREVENIMSS más los módulos de Enfermeras Especialistas en Medicina de Familia más los consultorios de Materno Infantil</p>		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Inventario Físico de Unidades (IFU), publicado por la División de Información en Salud en el Portal: http://infosalud.imss.gob.mx/		
Interpretación	Este indicador permite determinar las necesidades de recursos físicos para Enfermería, así como, la capacidad instalada para dar respuesta a demanda de atención. La meta se estableció con base en la población derechohabiiente adscrita a Médico Familiar asignada a cada módulo PREVENIMSS y a las Enfermeras Especialistas en Medicina de Familia y a los consultorios de Enfermera Materno Infantil.		
Valor de referencia o meta	1:2 (un módulo de enfermería por cada 2 o menos consultorios de Medicina Familiar).		
Unidad de medida	Razón.		
Periodicidad	Semestral	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de Desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	1: <=2	1: 2.1 – 1: 2.9	1: >= 3
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En el numerador se deberá considerar “Total de consultorios de Medicina Familiar” (variable 70100 del IFU). ▪ En el denominador se deberán considerar los módulos PrevenIMSS (variable 80151 en el IFU), módulos de Enfermera Especialista en Medicina Familiar (variable 70104 en el IFU) y consultorios de Enfermera Materno Infantil (variable 70600 del IFU). 		

CAISPN 03 - Índice de Módulos de Enfermería por consultorio de Medicina Familiar.			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, misma que revisa y autoriza los resultados para la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficiencia	Tipo de Indicador	Gestión

CAISPN 04 - Cobertura con esquemas completos de vacunación en niños de un año de edad.

Objetivo del Indicador	Medir la cobertura de niños de un año de edad bajo responsabilidad institucional con esquemas completos de vacunación, para conocer la proporción de niños protegidos contra las enfermedades que previenen las vacunas.			
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de niños de un año de edad que tienen completo su esquema básico de vacunación en el año 2020 o del año evaluado Población de niños de un año de edad bajo responsabilidad institucional en el año 2020 o del año evaluado			
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Registro de Dosis Aplicadas (RDA), Sistema de Información establecido en el Sistema Nacional de Salud. Denominador: Población de responsabilidad institucional de acuerdo a los “Lineamientos de Distribución de Población aprobados por el Consejo Nacional de Vacunación”.			
Interpretación	El indicador refleja la proporción de niños de un año de edad que está cubierto con el Esquema Básico de Vacunación.			
Valor de referencia o meta	2019 a 2024 >= 95.0			
Unidad de medida	Porcentaje			
Periodicidad	Trimestral anualizado	Indicador contabilizado por	Adscripción	
Rangos del Desempeño	Año	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	2019 a 2024	>= 95.0	93.0 - 94.9	<= 92.9
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. ▪ Se toma como valor de referencia el publicado a nivel sectorial. ▪ Con fundamento en los lineamientos de distribución de población aprobados por el Consejo Nacional de Vacunación, en el denominador se incluyen los niños de un año de edad derechohabientes y no derechohabientes bajo responsabilidad institucional. 			

CAISPN 04 - Cobertura con esquemas completos de vacunación en niños de un año de edad.

Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel y envía a la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

CAISPN 05 - Productividad de Atención Integral por la Enfermera Especialista en Medicina de Familia.			
Objetivo del indicador	Medir el total de Atenciones Integrales otorgados en el mes por las Enfermeras Especialistas en Medicina de Familia para conocer la eficiencia del servicio.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\text{(Número de Atenciones Integrales en el mes evaluado) / (días hábiles laborados en el mes / total de enfermeras)}$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Total de enfermeras Especialistas en Medicina de Familia (Servicio 87)		
Interpretación	<p>Su comportamiento permite conocer el grado de eficiencia en el otorgamiento de la Atención Integral por la Enfermera Especialista en Medicina de Familia a los derechohabientes, en la unidad médica.</p> <p>Una cifra dentro del valor esperado refleja el incremento de las coberturas de la Atención Integral.</p> <p>La meta se estableció con base en el tiempo que tardan las enfermeras en otorgar la Atención Integral y la población derechohabiente asignada a Módulo de la Enfermera Especialista en Medicina de Familia.</p>		
Valor de referencia o meta	16 - 18 Atenciones Integrales por Enfermera Especialista en Medicina de Familia por día		
Unidad de medida	Número Absoluto		
Periodicidad	Mensual	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	16 - 18	13 - 15	<= 12 o > 18
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, misma que revisa y autoriza los resultados para la publicación en el portal:</p> <p>http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficiencia	Tipo de indicador	Gestión

CAISPN 06 - Logro de aceptantes de primera vez de Métodos Anticonceptivos, en relación con la meta programada en Consulta Externa.			
Objetivo del indicador	Medir la proporción de aceptantes a quienes se les otorga un método anticonceptivo por primera vez, respecto a la meta programada por cubrir en un período determinado, a fin de medir el impacto de las acciones de comunicación educativa proporcionada a las mujeres en edad fértil.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Aceptantes de primera vez de métodos anticonceptivos en Consulta Externa $\frac{\text{Aceptantes de primera vez de métodos anticonceptivos en Consulta Externa}}{\text{Meta de aceptantes de primera vez de métodos anticonceptivos en Consulta Externa}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS) (Aceptantes de primera vez de métodos anticonceptivos en población derechohabiiente, población abierta), área laboral, reporte complementario de SIAIS ¹ y Sistema de Información Médico Operativo (SIMO/SIMOC con sus actualizaciones) aceptantes de primera vez de métodos anticonceptivos en población derechohabiiente en consulta externa en segundo y tercer nivel. Denominador: Meta establecida en el Programa Operativo Anual (POA) del Programa de Planificación Familiar. Metas Mensuales (Metmes) ² con la Distribución Mensual. Instructivo para la Programación de actividades, insumos y gastos.		
Interpretación	Una cifra igual o superior al 90 por ciento traduce el impacto de las acciones de comunicación educativa proporcionada a las mujeres en edad fértil por el personal de salud, y que tiene como finalidad que ellas acepten en forma libre, voluntaria e informada un método anticonceptivo moderno. Esta meta se estimará para el ámbito urbano (métodos otorgados en áreas de consulta externa a población derechohabiiente y población abierta) y se calculará para las unidades médicas.		
Valor de referencia o meta	≥ 90.0		
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	7 puntos
Periodicidad	Mensual y Mensual acumulado		
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 90.0	70.0 - 89.9	≤ 69.9

CAISPN 06 - Logro de aceptantes de primera vez de Métodos Anticonceptivos, en relación con la meta programada en Consulta Externa.

Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. ▪ Para la construcción del indicador, se incluyen los métodos siguientes: hormonales orales, hormonales inyectables, parche anticonceptivo transdérmico. DIU con levonorgestrel, implante subdérmico de Etonogestrel o Levonorgestrel, dispositivos intrauterinos con cobre y vasectomía. ▪ Las aceptantes de DIU medicado e Implante subdérmico se reportarán a Dispositivos. ▪ Al contar con cuadro de salida por tipo de método deberá reportarse cada método de forma independiente. ▪ ¹ Reportes complementarios para unidades hospitalarias con Medicina Familiar se obtendrán a través de DataMart estadísticas Médicas o SIAIS en el reporte de subsistema 31, RCV 106 según aplique. ▪ ² Metas Mensuales (Metmes) archivos que son enviadas vía correo electrónico a las delegaciones de forma anual por el Área de Planificación Familiar. ▪ Indicador desagregado a nivel, Delegacional y por Unidad Médica, mensual y mensual acumulado según el periodo analizado. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, y envía a la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica para la inclusión en la Evaluación del Desempeño y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

CAISPN 07 - Tasa de Abortos por 1,000 mujeres en edad fértil (régimen ordinario).

Objetivo del indicador	Medir las atenciones por complicaciones de aborto, relacionado con las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años adscritas a Médico Familiar, para determinar su incidencia.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Número de complicaciones de aborto atendidos</p> <hr/> <p>Mujeres en edad fértil de la población adscrita a Médico Familiar X 1,000 al mes de junio del año inmediato anterior</p>		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Sistema de Información Médico Operativo (SIMO) y Sistema de Información Médico Operativo Central (SIMOC) sus versiones actualizadas. Denominador: Población de mujeres en edad fértil derechohabiiente adscrita a Médico Familiar. Dirección de Incorporación y Recaudación.		
Interpretación	Una cifra menor a la esperada traduce una menor incidencia de complicaciones de aborto atendidas en las mujeres en edad fértil adscritas a Médico Familiar.		
Valor de referencia o meta	<= 7.0 por mil mujeres en edad fértil adscritas a Médico Familiar		
Unidad de medida:	Tasa por 1,000 mujeres en edad fértil		
Periodicidad	Trimestral anualizado, marzo, junio, septiembre y diciembre.	Indicador contabilizado por	Atención
Rangos de Desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	<= 7.0	7.1 – 8.0	>= 8.1
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para el cálculo del indicador se utilizan los últimos doce meses al periodo reportado. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel y envía a la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para la publicación de los resultados en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

CAISPNA 08 - Porcentaje de derechohabientes referidos al Segundo Nivel de Atención por Medicina Familiar.

Objetivo del indicador	Medir el porcentaje de derechohabientes que requieren atención con mayor grado de especialización y recursos, para conocer la capacidad resolutiva de las unidades de Medicina Familiar.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Número de derechohabientes referidos a Segundo Nivel de Atención con ocasión de servicio de primera vez, por las unidades de Medicina Familiar}}{\text{Número de consultas otorgadas en Medicina Familiar}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF) / Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).		
Interpretación	<p>Un resultado dentro del desempeño esperado representa una adecuada congruencia clínico-diagnóstico-terapéutica del Médico Familiar.</p> <p>El valor de referencia se estimó de acuerdo con el comportamiento histórico de los servicios médicos de Primer Nivel de Atención en el proceso de referencia a Segundo Nivel.</p>		
Valor de referencia o meta	≤ 7.0		
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	7 puntos
Periodicidad	Mensual	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤ 7.0	7.1 – 8.0	≥ 8.1
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. ▪ Para la construcción del indicador se contabilizan los pacientes referidos a Segundo Nivel de Atención (derechohabientes). ▪ Para el numerador no se contabilizan las referencias a las unidades de Prestaciones Sociales Institucionales (el sistema automáticamente no debe contabilizarlas). 		

CAISPN 08 - Porcentaje de derechohabientes referidos al Segundo Nivel de Atención por Medicina Familiar.

Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, misma que revisa y autoriza los resultados para la inclusión en la Evaluación del Desempeño y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Gestión

CAISPN 09 - Promedio de Consultas de Medicina Familiar por hora/médico.			
Objetivo del Indicador	Medir la productividad y la eficiencia en el aprovechamiento del turno del Médico Familiar.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de consultas otorgadas en Medicina Familiar		
	Número de horas trabajadas por los Médicos Familiares		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF)/Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).		
Interpretación	<p>El resultado igual o mayor al valor de referencia traduce una sobredemanda de la atención médica que puede estar condicionada por baja capacidad resolutiva del Médico, deficiente organización de la consulta y/o por un incremento en el número de derechohabientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar.</p> <p>La meta se estimó con base al comportamiento histórico de la atención del Médico Familiar durante su turno laboral.</p>		
Valor de referencia o meta	≥ 4.0		
Unidad de medida	Promedio	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	7 puntos
Periodicidad	Mensual y Mensual acumulado	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 4.0	3.2 - 3.9	≤ 3.1
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, misma que revisa y autoriza los resultados para la inclusión en la Evaluación del Desempeño y la publicación en el portal:</p> <p style="text-align: center;">http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador:	Gestión

CAISPN 10 - Tasa de Partos por 1,000 mujeres en edad fértil.

Objetivo del indicador	Medir el impacto de las acciones realizadas en el Programa de Planificación Familiar, mediante el número de atenciones de partos en las unidades hospitalarias del Instituto; durante el periodo a calcular (12 meses).		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Número de partos atendidos (incluye partos eutócicos y distócicos vaginales y abdominales)</p> <p style="text-align: right;">X 1,000</p> <p>Número de mujeres en edad fértil de la Población Adscrita a Médico Familiar del mes de junio del año inmediato anterior</p>		
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador: Sistema de Información Médico Operativo (SIMO) y Sistema de Información Médico Operativo Central (SIMOC) y sus versiones actualizadas.</p> <p>Denominador: Población de mujeres en edad fértil derechohabiiente adscrita a Médico Familiar. Dirección de Incorporación y Recaudación (al 30 de junio del año inmediato anterior).</p>		
Interpretación	<p>El resultado es similar al de la Tasa de Fecundidad General de la población derechohabiiente, donde el cálculo se relaciona con el total de nacidos vivos en el periodo analizado. Una cifra superior a la referencia nacional indica una fecundidad elevada de la población y viceversa. La fecundidad, a su vez, se relaciona con una mayor o menor prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en la población derechohabiiente, por lo que una alta prevalencia en el uso de los mismos propicia una fecundidad menor y favorece una tendencia descendente de este indicador.</p> <p>La meta se estimó con base al comportamiento histórico del indicador</p>		
Valor de referencia o meta	<= 52.9 por 1,000 mujeres en edad fértil adscritas a Médico Familiar		
Unidad de medida:	Tasa		
Periodicidad	Trimestral anualizado, marzo, junio, septiembre y diciembre	Indicador contabilizado por	Atención
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	<= 52.9	53.0 – 59.3	>= 59.4

CAISPN 10 - Tasa de Partos por 1,000 mujeres en edad fértil.

Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En el numerador se incluyen partos eutócicos y distócicos, vaginales y abdominales. ▪ Para la construcción del indicador se incluyen los métodos anticonceptivos siguientes: hormonales orales, parche anticonceptivo, hormonal inyectable, DIU de cobre, DIU medicado, implante subdérmico de etonogestrel o levonorgestrel y Obturación Tubaria Bilateral (OTB) ▪ Se excluye en el numerador y denominador a la población No derechohabiente. ▪ Indicador desagregado a nivel delegacional sin UMAES, UMAES y por Unidad Médica con periodicidad mensual y mensual acumulada según período analizado. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel y envía a la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica para la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

CAISPN 11 - Porcentaje de Recién Nacidos con Tamiz Neonatal (Cobertura de TNA).			
Objetivo del indicador	Determinar el número de recién nacidos en el IMSS a quienes se les realizó la detección de Enfermedades Metabólicas Congénitas (EMC) como: Hipotiroidismo Congénito (HC), Hiperplasia Suprarrenal Congénita (HSC), Fenilcetonuria (PKU), Deficiencia de Biotinidasa (DB) Galactosemia (Gal) y Fibrosis Quística (FQ), para evaluar el proceso de detección de estos padecimientos.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Total de recién nacidos a quienes se les realizó prueba de Tamiz Neonatal, acumulados al mes evaluado}}{\text{Recién nacidos acumulados al mes evaluado}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador: Informe mensual de coberturas del Sistema Especial de Información de EMC.</p> <p>Denominador: SUI-13 Egresos Hospitalarios (Recién nacidos en el IMSS).</p>		
Interpretación	<p>Indica el resultado del proceso de detección de las Enfermedades Metabólicas Congénitas: Hipotiroidismo Congénito (HC), Hiperplasia Suprarrenal Congénita (HSC), Fenilcetonuria (PKU), Deficiencia de Biotinidasa (DB). Galactosemia (Gal) y Fibrosis Quística (FQ) para prevenir secuelas y complicaciones en los niños afectados.</p> <p>La meta se estimó con base en el comportamiento histórico que han tenido las Delegaciones y estándares internacionales.</p>		
Valor de referencia o meta	≥ 95.0		
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad	Mensual acumulado		
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 95.0	93.0 - 94.9	≤ 92.9
Observaciones	La información es acumulada al mes del reporte		

CAISPN 11 - Porcentaje de Recién Nacidos con Tamiz Neonatal (Cobertura de TNA).			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel y envía a la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica para la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

CAISPN 12 - Cobertura de Protección Anticonceptiva Posevento Obstétrico en mujeres de 10 a 19 años.			
Objetivo del indicador	Medir la proporción de mujeres entre 10 y 19 años aceptantes de un método anticonceptivo, después de la interrupción del embarazo (parto eutóxico, distóxico vaginal, distóxico abdominal o complicaciones de aborto) antes del egreso hospitalario para concluir la fecundación o ampliar el período entre cada gestión.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de aceptantes de método anticonceptivo en parto eutóxico, distóxico vaginal, distóxico abdominal y por complicaciones de aborto en mujeres menores de 10 a 19 años Total de partos eutóxicos, distóxicos vaginales, distóxicos abdominales y por complicaciones de aborto en mujeres menores de 10 a 19 años		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Sistema de Información Médico Operativo (SIMO) y Sistema de Información Médico Operativo Central (SIMOC) sus variantes.		
Interpretación	Una cifra inferior al 80% traduce deficiencias en el impacto de las acciones de comunicación educativa proporcionada a las embarazadas o puérperas menores de 10 a 19 años por el personal de salud capacitado y que tiene como finalidad que ellas acepten en forma libre, voluntaria e informada un método anticonceptivo, posterior a la Atención Obstétrica (parto eutóxico, distóxico vaginal, distóxico abdominal o complicaciones de aborto) y favorecer la continuidad en el uso. El valor de referencia se establece con base en el comportamiento histórico.		
Valor de referencia o meta	≥ 80.0		
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado	Indicador contabilizado por:	Atención
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 80.0	75.0 - 79.9	≤ 74.9

CAISPN 12 - Cobertura de Protección Anticonceptiva Posevento Obstétrico en mujeres de 10 a 19 años.			
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para la construcción del indicador, se incluyen los métodos anticonceptivos siguientes: Hormonal Inyectable de solo Progestina, DIU con cobre, DIU medicado, Implante subdérmico de Etonogestrel o Levonorgestrel y Obturación Tubaria Bilateral (OTB). ▪ La cobertura de DIU medicado e Implante subdérmico se contabilizará a Dispositivos. ▪ Indicador desagregado a nivel delegacional sin UMAES, UMAE y por Unidad Médica con periodicidad mensual y mensual acumulado según periodo analizado. ▪ Al contar con cuadros de salida por tipo de método deberá reportarse cada método de forma independiente. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel y envía a la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica para la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

CAISPN 13 - Porcentaje de niños de 6 meses con lactancia materna exclusiva.			
Objetivo del indicador	Conocer la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los niños de 6 meses de edad.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de niños de 6 meses de edad que mantuvieron lactancia materna exclusiva		
	$\frac{\text{Número de niños de 6 meses de edad que mantuvieron lactancia materna exclusiva}}{\text{Número de niños de 6 meses de edad al mes del reporte (Recién nacidos vivos 6 meses previos a la fecha de reporte)}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS) Denominador: Egresos Hospitalarios (SUI-13)		
Interpretación	Refleja la prevalencia de la lactancia materna exclusiva en los niños de 6 meses, resultado de la promoción y el apoyo brindado a las madres, lo que proporcionará beneficios en salud al binomio madre-hijo.		
Valor de referencia o meta	≥ 40.0		
Unidad de medida	Porcentaje		
Periodicidad	Mensual	Indicador contabilizado por	Delegación
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 40.0	20.0 - 39.9	< 20.0
Observaciones	<p>Se tomará en cuenta como lactancia exclusiva, a los registros en hoja RAIS y expediente electrónico referente a los niños con 6 meses de edad, con clave UP 64.1.</p> <p>Para el denominador, se tomarán los recién nacidos del SUI 13, seis meses previos al periodo de reporte, de acuerdo al siguiente ejemplo: periodo de reporte enero 2018, se tomará como denominador los recién nacidos de julio del 2017, en febrero 2018 los de agosto 2017, etc.</p>		

CAISPN 13 - Porcentaje de niños de 6 meses con lactancia materna exclusiva.

Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, misma que revisa y autoriza los resultados de la publicación en el portal:</p> <p>http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

CAISPN 14 - Promedio de consultas de los Servicios de Estomatología Asistencial.				
Objetivo del indicador	Medir la productividad y la eficiencia en el aprovechamiento de la jornada laboral del estomatólogo.			
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número total de consultas otorgadas en el servicio de estomatología			
Fuentes oficiales para el cálculo	Total de horas trabajadas por el estomatólogo			
Interpretación	Un resultado menor al valor de referencia implica subutilización del servicio por el derechohabiente, y/o deficiente organización del proceso de atención y registro de la información, un resultado igual o mayor traduce en utilización óptima del servicio y de los recursos.			
Valor de referencia o meta	2019: ≥ 2.0 A partir de 2020: ≥ 2.8			
Unidad de medida:	Promedio	Ponderación para la Evaluación de Desempeño		7 puntos
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado	Indicador contabilizado por		Unidad Médica
Rangos de desempeño	Año	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	2019	≥ 2.0	1.0 - 1.9	< 0.9
	A partir de 2020	≥ 2.8	2.1 – 2.7	≤ 2.0
Observaciones	Ninguna			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, misma que revisa y autoriza para la inclusión en la Evaluación del Desempeño y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx			
Dimensión del indicador	Productividad	Tipo de indicador	Gestión	



VI.

Indicadores del Desempeño de las Coordinaciones Normativas

2. Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel



IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CAISN 01 - Porcentaje de pacientes con Estancia Prolongada (más de 12 horas) en el área de Observación Adultos, del servicio de Urgencias en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel.			
Objetivo del indicador	Medir el porcentaje de pacientes adultos que permanecen más de 12 horas hospitalizados en urgencias para realizar acciones que mejoren la oportunidad de la atención médica.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de pacientes egresados del área de observación adultos de los servicios de urgencias en unidades de servicios médicos de segundo nivel, con estancia de más de 12 horas $\frac{\text{Número de pacientes egresados del área de observación adultos de los servicios de urgencias en unidades de servicios médicos de segundo nivel}}{\text{Número de pacientes egresados del área de observación adultos de los servicios de urgencias en unidades de servicios médicos de segundo nivel}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Sistema de Información Médico Operativo SIMO, que concentra la División de Información en Salud. Fuente Primaria: Formatos 4-30-21/35/90-I y 4-30-21/35/90-E, de los servicios de urgencias o admisión continua.		
Interpretación	El desempeño esperado representa la atención oportuna en la prestación de servicios. El desempeño medio y bajo, indica que la estancia de los pacientes es prolongada, y requiere adoptar medidas de control médico/administrativo, entre las que destacan: <ul style="list-style-type: none"> • Supervisión directiva. • Oportunidad en interconsultas y/o estudios de laboratorio y gabinete. • Registro correcto y oportuno de los egresos. • Gestión de recursos humanos, insumos y/o infraestructura. 		
Valor de referencia o meta	$\leq 35.0\%$ de pacientes permanecen más de 12 horas. Valor estimado para las unidades de servicios médicos en segundo nivel		
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	4 puntos
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado	Indicador contabilizado por	Atención
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤ 35.0	35.1 – 45.9	≥ 46.0

CAISN 01 - Porcentaje de pacientes con Estancia Prolongada (más de 12 horas) en el área de Observación Adultos, del servicio de Urgencias en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel.

Observaciones	<p>Para la construcción del indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se incluyen en el numerador y denominador los pacientes derechohabientes y no derechohabientes. ▪ Se excluyen las unidades de servicios médicos de segundo nivel de Ginecología y Obstetricia, Ginecología y Pediatría, es decir: Hospital de Ginecoobstetricia (HGO), Hospital de Ginecoobstetricia con Medicina Familiar (HGOMF), Hospital de Gineco-Pediatría (HGP), Hospital de Gineco-Pediatría con Medicina Familiar (HGP MF), Hospital Psiquiátrico con Medicina Familiar (HPsiqMF), Centro Comunitario de Salud Mental (CCSM) y Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA). ▪ No se contabilizan las horas de estancia que resulten negativas. ▪ Se considera adultos, aquellos registros con edad de 17 años y más. ▪ Se excluyen registros con edades erróneas. ▪ El comportamiento mensual acumulado, se obtiene de la suma de numeradores entre la suma de denominadores del periodo reportado. • Los valores de referencia aplican para ambas periodicidades (mensual y mensual acumulado). • Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, misma que revisa y autoriza los resultados para la inclusión en la Evaluación del Desempeño y la publicación en el portal:</p> <p>http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Calidad	Tipo de indicador	Gestión

CAISN 02 - Porcentaje de pacientes con Estancia Prolongada (más de 12 horas) en el área de Observación Pediátrica, del servicio de Urgencias en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel.			
Objetivo del indicador	Medir el porcentaje de pacientes pediátricos que permanecen más de 12 horas hospitalizados en urgencias para realizar acciones que mejoren la oportunidad de la atención médica.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de pacientes egresados del área de observación pediátrica de los servicios de urgencias en unidades de servicios médicos de segundo nivel, con estancia de más de 12 horas $\frac{\text{Número de pacientes egresados del área de observación pediátrica de los servicios de urgencias en unidades de servicios médicos de segundo nivel}}{\text{Número de pacientes egresados del área de observación pediátrica de los servicios de urgencias en unidades de servicios médicos de segundo nivel}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Sistema de Información Médico Operativo SIMO, que concentra la División de Información en Salud. Fuente Primaria: Formatos 4-30-21/35/90-I y 4-30-21/35/90-E, de los servicios de urgencias o admisión continua.		
Interpretación	El desempeño esperado representa la atención oportuna en la prestación del servicio. El desempeño medio y bajo indica que la estancia de los pacientes es prolongada y requiere adoptar medidas de control médico/administrativo, entre las que destacan: <ul style="list-style-type: none"> • Supervisión directiva. • Oportunidad en interconsultas y/o estudios de laboratorio y gabinete. • Registro correcto y oportuno de los egresos. • Gestión de recursos humanos, insumos y/o infraestructura. 		
Valor de referencia o meta	$\leq 35.0\%$ de pacientes permanecen más de 12 horas Valor estimado para las Unidades de servicios médicos en segundo nivel		
Unidad de medida	Porcentaje		
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado	Indicador contabilizado por	Atención
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤ 35.0	35.1 – 45.9	≥ 46.0

CAISN 02 - Porcentaje de pacientes con Estancia Prolongada (más de 12 horas) en el área de Observación Pediátrica, del servicio de Urgencias en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel.

Observaciones:	<p>Para la construcción del indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se incluyen en el numerador y denominador los pacientes derechohabientes y no derechohabientes. ▪ Se considera menores de edad, aquellos registros con edad de 0 a 16 años. ▪ Se excluyen las unidades de servicios médicos de segundo nivel de Ginecología y Obstetricia, Ginecología y Pediatría, es decir: Hospital de Ginecoobstetricia (HGO), Hospital de Ginecoobstetricia con Medicina Familiar (HGOMF), Hospital de Gineco-Pediatría (HGP), Hospital de Gineco-Pediatría con Medicina Familiar (HGPMF), Hospital Psiquiátrico con Medicina Familiar (HPsiqMF), Centro Comunitario de Salud Mental (CCSM) y Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA). ▪ No se contabilizan las horas de estancia que resulten negativas. ▪ El comportamiento mensual acumulado, se obtiene de la suma de numeradores entre la suma de denominadores del periodo reportado. ▪ Los valores de referencia aplican para ambas periodicidades (mensual y mensual acumulado). ▪ Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, para la publicación en el portal:</p> <p>http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Calidad	Tipo de indicador	Gestión

CAISN 03 - Porcentaje de ocupación en el área de Observación Adultos, del servicio de Urgencias en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel.			
Objetivo del indicador	Medir el uso de camillas del área de observación adultos en urgencias, para establecer acciones que optimicen la capacidad del servicio.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de horas paciente del área de observación adultos de los servicios de urgencias en unidades de servicios médicos de segundo nivel $\times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Sistema de Información Médico Operativo SIMO, que concentra la División de Información en Salud. Fuente Primaria: Formatos 4-30-21/35/90-I y 4-30-21/35/90-E, de los servicios de urgencias o admisión continua. Denominador: Inventario Físico de Unidades (IFU), publicado por la División de Información en Salud en el Portal: http://infosalud.imss.gob.mx/		
Interpretación	El desempeño esperado representa una atención oportuna y el uso eficaz del recurso cama. El desempeño medio y bajo indican que el servicio tiene sobre ocupación media y alta respectivamente y es necesario realizar medidas de control médico/administrativas, tales como: <ul style="list-style-type: none"> • Supervisión directiva. • Oportunidad en interconsultas y/o estudios de laboratorio y gabinete. • Registro correcto y oportuno de los egresos. • Gestión de recursos humanos, insumos y/o infraestructura. • Hacer eficiente el proceso de Gestión de Cama Hospitalaria. 		
Valor de referencia o meta	$\leq 85\%$ de las camillas deben ser ocupadas		
Unidad de medida	Porcentaje		
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado	Indicador contabilizado por	Atención
Rangos de Desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤ 85.0	85.1 – 89.9	≥ 90.0

CAISN 03 - Porcentaje de ocupación en el área de Observación Adultos, del servicio de Urgencias en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel.

	<p>Para la construcción del indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se excluyen las unidades de servicios médicos de segundo nivel de Ginecología y Obstetricia, Ginecología y Pediatría, es decir: Hospital de Ginecoobstetricia (HGO), Hospital de Ginecoobstetricia con Medicina Familiar (HGOMF), Hospital de Gineco-Pediatría (HGP), Hospital de Gineco-Pediatría con Medicina Familiar (HGP MF), Hospital Psiquiátrico con Medicina Familiar (HPsiqMF), Centro Comunitario de Salud Mental (CCSM) y Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA). ▪ El comportamiento mensual acumulado se obtiene de la suma de numeradores entre la suma de denominadores del periodo reportado. ▪ Se consideran adultos, aquellos registros con edad de 17 años y más. Se excluyen registros con edades erróneas. <p>Para la construcción del numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se incluyen los pacientes derechohabientes y no derechohabientes. ▪ No se contabilizan las horas de estancia que resulten negativas. <p>Para el cálculo del denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Total de horas camilla = Cama de urgencias médicas observación adultos (variable del IFU 60202) del Inventario Físico de Unidades (IFU) multiplicado por días calendario del periodo por 24 horas. ▪ Los días calendario serán los establecidos cada año por la División de Información en Salud. ▪ Para los meses de enero a junio se utilizará el corte IFU de diciembre del año inmediato anterior; para los meses julio a diciembre, se usará el corte de IFU de junio del año en curso, ambos publicados por la División de Información en Salud en el Portal: http://infosalud.imss.gob.mx/. ▪ Los valores de referencia aplican para ambas periodicidades (mensual y mensual acumulado) 		
Observaciones	Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, para la publicación en el Portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de Indicador	Gestión

CAISN 04 - Porcentaje de ocupación en el área de Observación Pediátrica, del servicio de Urgencias en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel.			
Objetivo del Indicador	Medir el uso de camillas del área de observación pediátrica en urgencias, para establecer acciones que optimicen la capacidad del servicio.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de horas paciente del área de observación pediátrica de los servicios de urgencias en unidades de servicios médicos de segundo nivel $\times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Sistema de Información Médico Operativo SIMO, que concentra la División de Información en Salud. Fuente Primaria: Formatos 4-30-21/35/90-I y 4-30-21/35/90-E, de los servicios de Urgencias o Admisión Continua. Denominador: Inventario Físico de Unidades (IFU), publicado por la División de Información en Salud en el Portal: http://infosalud.imss.gob.mx/		
Interpretación	El desempeño esperado representa una atención oportuna y el uso eficaz del recurso de cama. El desempeño medio y bajo, indican que el servicio tiene sobre ocupación media y alta respectivamente, y es necesario realizar medidas de control médico/administrativas, tales como: <ul style="list-style-type: none"> • Supervisión directiva. • Oportunidad en interconsultas y/o estudios de laboratorio y gabinete. • Registro correcto y oportuno de los egresos. • Gestión de recursos humanos, insumos y/o infraestructura. • Hacer eficiente el proceso de Gestión de Cama Hospitalaria. 		
Valor de referencia o meta	$\leq 85\%$ de las camillas deben ser ocupadas		
Unidad de medida	Porcentaje		
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado	Indicador contabilizado por	Atención
Rangos de Desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤ 85.0	85.1 – 89.9	≥ 90.0

CAISN 04 - Porcentaje de ocupación en el área de Observación Pediátrica, del servicio de Urgencias en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel.

Observaciones	<p>Para la construcción del indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se excluyen las unidades de servicios médicos de segundo nivel de Ginecología y Obstetricia, Ginecología y Pediatría, es decir: Hospital de Ginecoobstetricia (HGO), Hospital de Ginecoobstetricia con Medicina Familiar (HGOMF), Hospital de Gineco-Pediatría (HGP), Hospital de Gineco-Pediatría con Medicina Familiar (HGP MF), Hospital Psiquiátrico con Medicina Familiar (HPsiqMF), Centro Comunitario de Salud Mental (CCSM) y Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA). ▪ El comportamiento mensual acumulado se obtiene de la suma de numeradores entre la suma de denominadores del periodo reportado. <p>Para la construcción del numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se incluyen los pacientes derechohabientes y no derechohabientes. ▪ No se contabilizan las horas de estancia que resulten negativas. ▪ Se considera menores de edad, aquellos registros con edad de 0 a 16 años. <p>Para el cálculo del denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Total de horas camilla: cama de urgencias médicas observación pediátricas (variable del IFU 60201) del Inventario Físico de Unidades (IFU), multiplicado por días calendario del periodo por 24 horas. ▪ Los días calendario serán los establecidos cada año por la División de Información en Salud. ▪ Para los meses de enero a junio se utilizará el corte IFU de diciembre del año inmediato anterior; para los meses julio a diciembre, se usará el corte de IFU de junio del año en curso, ambos publicados por la División de Información en Salud en el Portal: http://infosalud.imss.gob.mx/ ▪ Los valores de referencia aplican para ambas periodicidades (mensual y mensual acumulado). 		
	<p>Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, para la publicación en el portal:</p> <p style="text-align: center;">http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
	Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador

CAISN 05 - Índice de Consultas de Urgencia por 1,000 derechohabientes en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel.				
Objetivo del Indicador	Medir el comportamiento de la demanda de atención en la consulta en urgencias, para establecer acciones que mejoren la eficiencia del servicio.			
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de consultas de urgencias otorgadas en unidades de servicios médicos de segundo nivel _____ X 1,000 Total de derechohabientes adscritos a Medicina Familiar al mes de junio del año inmediato anterior			
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Sistema de Información Médico Operativo Central (SIMOC) – Motivos de consulta (SUI 27) integrado por la División de Información en Salud. Denominador: Población derechohabiente adscrita a Médico Familiar emitida por la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR), publicada por la División de Información en Salud (DIS) http://infosalud.imss.gob.mx/ e incorporada a SIAIS.			
Interpretación	El desempeño esperado representa que la demanda de atención se encuentra en los rangos previstos; el desempeño medio y bajo, indica que la demanda de atención en consulta de Urgencias es elevada o baja y es necesario realizar acciones de: <ul style="list-style-type: none"> Supervisión directiva. Gestión de recursos humanos, insumos y/o infraestructura. Gestión directiva entre los tres niveles de atención de acuerdo con las necesidades regionales, con respecto a las modificaciones en la población y criterios de referencia. Gestión con el primer nivel para el envío consensuado de pacientes clasificados en Triage con color verde o azul. 			
Valor de referencia o meta	Anual: 200.0 – 249.9 consultas de urgencia por cada 1,000 derechohabientes adscritos a medicina familiar. Mensual: 16.7 – 20.7 consultas de urgencia por cada 1,000 derechohabientes adscritos a medicina familiar. Valores de referencia calculados con base en el comportamiento histórico de las unidades de servicios médicos de segundo nivel.			
Unidad de medida	Tasa por 1,000 derechohabientes			
Periodicidad	Mensual y anual		Indicador contabilizado por	Atención
Rangos de Desempeño	Periodicidad	Desempeño esperado		Desempeño medio
	Anual	200.0 - 249.9		160.0 - 199.9 o 250.0 - 289.9
	Mensual	16.7 - 20.7		<= 159.9 o >= 290.0
		20.8 - 24.1		<= 16.6 o >= 24.2

CAISN 05 - Índice de Consultas de Urgencia por 1,000 derechohabientes en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel.			
Observaciones		<p>Para la construcción del indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se excluyen del numerador: las unidades de servicios médicos de segundo nivel de Ginecología y Obstetricia, Ginecología y Pediatría (HGO, HGOMF, HGP y HGPMF), así como HPsiq-MF, CCSM y UMAA. ▪ El dato anual del numerador es la suma de las consultas de urgencia otorgadas en los 12 meses del año. ▪ El denominador utiliza la población derechohabiiente adscrita a médico familiar, al mes de junio del año anterior al de proceso, incorporada en el Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS). <p>Indicador que se construye únicamente por Delegación.</p> <p>Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.</p>	
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador		<p>Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, para la publicación en el portal:</p> <p>http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>	
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Gestión

CAISN 06 - Porcentaje de Ocupación Hospitalaria en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel.			
Objetivo del indicador	Medir el uso de camas censables, para establecer acciones que mejoren la eficiencia del servicio de hospitalización.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de días paciente en unidades de servicios médicos de segundo nivel _____ X 100 Total de días cama en unidades de servicios médicos de segundo nivel		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: DataMart Estadísticas Médicas. Denominador: Camas censables del Inventario Físico de Unidades (IFU).		
Interpretación	El desempeño esperado representa la eficacia en el uso del recurso cama, mediante la prestación de servicios de atención médica y administrativa oportunos. El desempeño medio y bajo indica subocupación o sobreocupación y la necesidad de llevar a cabo acciones de: <ul style="list-style-type: none"> • Supervisión directiva. • Registro correcto y oportuno de camas censables en el IFU. • Oportunidad en interconsultas y/o estudios de laboratorio y gabinete. • Registro oportuno de los egresos hospitalarios. • Gestión de camas. • Gestión de recursos humanos, insumos y/o infraestructura. 		
Valor de referencia o meta	80.0 - 90.0% de las camas censables deben ser ocupadas Adaptado del valor de referencia de la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud, publicado en el portal: http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/indicadores/notas/indicador47.pdf		
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	2 puntos
Periodicidad	Mensual y mensual acumulada	Indicador contabilizado por	Atención
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	80.0 - 90.0	70.0 - 79.9	< 70.0 o > 90.0

CAISN 06 - Porcentaje de Ocupación Hospitalaria en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel.			
Observaciones	Para la construcción del indicador: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se excluyen del numerador y denominador, las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria. ▪ El comportamiento mensual acumulado se obtiene de la suma de numeradores entre la suma de denominadores del período reportado. ▪ Total de días – cama, se obtiene de multiplicar el total de cama: número total de camas censables (variable del IFU 50100) multiplicado por los días calendario del período. ▪ Los días calendario los establece anualmente la División de Información en Salud. Para el cálculo del denominador:		
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para el primer semestre del año (enero a junio), se utiliza el registro del IFU de diciembre del año inmediato anterior; y para el segundo semestre (julio a diciembre), se utiliza el registro del IFU de junio del año en curso, publicados por la División de Información en Salud en el portal: http://infosalud.imss.gob.mx/ ▪ Los valores de referencia aplican a ambas periodicidades (mensual y mensual acumulado). ▪ Indicador que se mide por Unidad de servicios médicos de segundo nivel y por Delegación. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, para la inclusión en la Evaluación del Desempeño y publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Gestión

CAISN 07 - Promedio de días estancia por División Médica y tipo de Unidad de Servicios Médicos de Segundo Nivel.			
Objetivo del indicador	Medir el tiempo promedio que utiliza la Unidad para atender a los pacientes hospitalizados en Cirugía, Medicina, Pediatría y Ginecología y Obstetricia, para mejorar la eficiencia de los servicios de hospitalización.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de días paciente en unidades de servicios médicos de segundo nivel por División Médica <hr/> Total de egresos hospitalarios en unidades de servicios médicos segundo nivel por División Médica		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: DataMart Estadísticas Médicas.		
Interpretación	<p>El promedio de días estancia, de acuerdo con la División y tipo de Unidad de servicios médicos de segundo nivel, indica que la prestación de los servicios de atención médica es oportuna.</p> <p>El desempeño medio y bajo, indica una estancia hospitalaria mayor o menor a la esperada, y requiere implementar acciones, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supervisión directiva de la gestión de camas. • Oportunidad para interconsultas y/o estudios de laboratorio y gabinete. • Registro correcto y oportuno de los egresos hospitalarios. • Gestión de recursos humanos, insumos y/o infraestructura. 		
Valor de referencia o meta	Tablas CAISN 07.2 “Promedio Días Estancia por División y tipo de Unidad”		
Unidad de medida	Promedio	Ponderación para la Evaluación de Desempeño Delegacional	4 puntos
Periodicidad	Mensual y Mensual acumulado	Indicador contabilizado por	Atención
Observaciones	<p>Para la construcción del indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Días-paciente: períodos de 24 horas durante los cuales una cama hospitalaria se encuentra ocupada, sea por el mismo o por diferentes pacientes. 		

CAISN 07 - Promedio de días estancia por División Médica y tipo de Unidad de Servicios Médicos de Segundo Nivel.

Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipo de unidad de servicios médicos de segundo nivel incluye a los Hospitales Generales Regionales (HGR), Hospital General de Zona (HGZ), Hospital General de Subzona (HGS), Hospital de Gineco - Obstetricia (HGO), Hospital de Gineco - Pediatría (HGP) y Hospitales Psiquiátricos (HPS). ▪ Se excluyen las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA). ▪ División corresponde a Ginecología y Obstetricia, Pediatría Médica, Cirugía y Medicina. ▪ En la tabla CAISN 07.1 “Camas censables del IFU, que conforman las Divisiones Médicas” se precisan las variables del IFU que conforman cada división. ▪ El HGR 2 Villa Coapa, en la Delegación Sur de la CDMX, es predominantemente de atención de Ortopedia y Traumatología, por lo que se incluye como un grupo hospitalario independiente. ▪ El Hospital Psiquiátrico HPSMF 10 Postal y el Centro Comunitario de Salud Mental CCSM 01 Oblatos, por ser monotemáticos se incluyen como un grupo independiente. ▪ En la tabla CAISN 07.2 se establecen los promedios días estancia esperados por División y tipo de unidad. ▪ Los valores de referencia aplican a ambas periodicidades (mensual y mensual acumulado). ▪ El comportamiento mensual acumulado, se obtiene de la suma de numeradores entre la suma de denominadores del período reportado, tanto por Unidad como por Delegación. <p>El desempeño de una Unidad Médica se obtiene de la siguiente manera:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El promedio días estancia que obtiene una División, permite clasificar su resultado como meta esperada, media o baja, como lo establece la tabla CAISN 07.2. <p>Cada división de un hospital de segundo nivel se pondera de la siguiente manera de acuerdo a la meta alcanzada:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Meta</th><th style="width: 25%;">Esperado</th><th style="width: 25%;">Medio</th><th style="width: 25%;">Bajo</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ponderación</td><td>1 punto</td><td>0.5 puntos</td><td>0 puntos</td></tr> </tbody> </table>	Meta	Esperado	Medio	Bajo	Ponderación	1 punto	0.5 puntos	0 puntos
Meta	Esperado	Medio	Bajo						
Ponderación	1 punto	0.5 puntos	0 puntos						

CAISN 07 - Promedio de días estancia por División Médica y tipo de Unidad de Servicios Médicos de Segundo Nivel.

Observaciones	<p>El logro porcentual de la unidad se obtiene con la siguiente fórmula:</p> $\text{(la suma de los puntos de cada División de la Unidad) } \times (100) / \text{el total de Divisiones que tiene la Unidad (que corresponde al máximo de puntos posibles a obtener por la unidad)}$ <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="530 559 840 644">Logro esperado</th><th data-bbox="840 559 1134 644">Logro medio</th><th data-bbox="1134 559 1428 644">Logro bajo</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="530 644 840 734">80.0 - 100.0</td><td data-bbox="840 644 1134 734">60.0 - 79.9</td><td data-bbox="1134 644 1428 734"><= 59.9</td></tr> </tbody> </table>			Logro esperado	Logro medio	Logro bajo	80.0 - 100.0	60.0 - 79.9	<= 59.9					
Logro esperado	Logro medio	Logro bajo												
80.0 - 100.0	60.0 - 79.9	<= 59.9												
<p>El desempeño de una Delegación se obtiene de la siguiente forma:</p> <p>El logro porcentual obtenido por cada unidad hospitalaria de segundo nivel de la Delegación se pondera de la siguiente manera:</p> $\text{(la suma de puntos de cada unidad hospitalaria) } \times (100) / \text{el total de unidades hospitalarias de segundo nivel de la Delegación (Máxima puntuación posible de obtener por la Delegación)}$ <table border="1" data-bbox="530 1056 1428 1404"> <thead> <tr> <th data-bbox="530 1056 840 1140">Logro porcentual de la Unidad</th><th data-bbox="840 1056 1134 1140">Meta</th><th data-bbox="1134 1056 1428 1140">Ponderación</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="530 1140 840 1224">80.0 - 100.0</td><td data-bbox="840 1140 1134 1224">Esperada</td><td data-bbox="1134 1140 1428 1224">1 punto</td></tr> <tr> <td data-bbox="530 1224 840 1309">60.0 - 79.9</td><td data-bbox="840 1224 1134 1309">Media</td><td data-bbox="1134 1224 1428 1309">0.5 puntos</td></tr> <tr> <td data-bbox="530 1309 840 1404">< 59.9</td><td data-bbox="840 1309 1134 1404">Baja</td><td data-bbox="1134 1309 1428 1404">0 puntos</td></tr> </tbody> </table>	Logro porcentual de la Unidad	Meta	Ponderación	80.0 - 100.0	Esperada	1 punto	60.0 - 79.9	Media	0.5 puntos	< 59.9	Baja	0 puntos		
Logro porcentual de la Unidad	Meta	Ponderación												
80.0 - 100.0	Esperada	1 punto												
60.0 - 79.9	Media	0.5 puntos												
< 59.9	Baja	0 puntos												
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, para la inclusión en la Evaluación del Desempeño y publicación en el portal:</p> <p>http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>													
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Gestión											

CAISN 07.1 - Camas censables del IFU, que conforman las Divisiones Médicas

Divisiones	No. De Variable	Descripción de la variable cama del IFU
Ginecobstetricia	51200	Total de Camas de Ginecología y Obstetricia
Pediatría	52200	Total de Cama y Cuna de Pediatría Médica
	52500	Cuna de Prematuros y Patológicos
	52700	Incubadora (cunero patológico)
	50400	Cama de Angiología
Cirugía	50500	Cama de Cirugía Maxilofacial
	50700	Cama de Cirugía Cardiovascular y Torácica
	50800	Cama de Cirugía General
	52000	Cama de Oftalmología
	52100	Cama de Otorrinolaringología
	52800	Total de Camas de Proctología
	53200	Total de Camas de Traumatología y Ortopedia
	53400	Cama de Urología
	53500	Cama de Neurocirugía
	54000	Total de Camas de Oncología Quirúrgica
	54400	Cama de Trasplantes
	53800	Cama de Cirugía Plástica y Reconstructiva
	53600	Total de Camas y/o Cunas de Cirugía Pediátrica
Medicina	50200	Cama de Alergia e Inmunología
	50600	Cama de Cardiología
	50900	Cama de Dermatología
	51000	Cama de Endocrinología
	51100	Cama de Gastroenterología
	51300	Cama de Hematología
	51400	Cama de Infectología
	51500	Cama de Medicina Interna
	51600	Cama de Nefrología
	51700	Cama de Neumología
	51800	Cama de Neurología
	52900	Total de Camas de Psiquiatría
	53000	Cama de Reumatología
	53300	Cama de Geriatría
	53700	Cama de Oncología Médica

CAISN 07.2- Promedio de Días Estancia por División y tipo de Hospital

Tipo de Unidad	División de Medicina			División de Cirugía		
	Esperado <=	Medio	Bajo >	Esperado <=	Medio	Bajo >
HGS, HGSMF	4.2	4.3 – 4.9	4.9	4	4.1 – 4.9	4.9
HGZ, HGZMF	7.7	7.8 – 10.2	10.2	5.8	5.9 – 6.8	6.8
HGR, HGRMF	8.6	8.5 – 10.4	10.5	6.4	6.5 – 7.4	7.4
HGR 2 VILLA COAPA				8.5	8.6 – 10.4	10.4
HPSQMF 10, CCSM	12.5	12.6 – 14.6	14.6			
HGO, HGOMF HGP, HGPMF						
Tipo de Unidad	División de Pediatría			División de Ginecología		
	Esperado <=	Medio	Bajo >	Esperado <=	Medio	Bajo >
HGS, HGSMF	3.2	3.3 – 4.3	4.3	2.2	2.3 – 2.6	2.6
HGZ, HGZMF	6.6	6.7 9.2	9.2	2.8	2.9 – 3.3	3.3
HGR, HGRMF, HGO, HGP, HGPMF, HGOMF	8.3	8.4 – 11.4	11.4	3.0	3.1 -3.6	3.6
HGR 2 VILLA COAPA HPSQMF 10, CCSM						

CAISN 08 - Tasa de mortalidad hospitalaria en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel			
Objetivo del indicador	Medir el comportamiento de la mortalidad de los pacientes hospitalizados para realizar acciones que mejoren la calidad de la atención médica.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de egresos hospitalarios por defunción en unidades de servicios médicos de segundo nivel $\frac{\text{Total de egresos hospitalarios por defunción en unidades de servicios médicos de segundo nivel}}{\text{Total de egresos hospitalarios en unidades de servicios médicos de segundo nivel}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: DataMart Estadísticas Médicas		
Interpretación	El desempeño medio y bajo, indica una elevada mortalidad hospitalaria y la necesidad de realizar acciones para reducir las causas inherentes al proceso de atención médica, entre las cuales se incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Supervisión directiva. ▪ Gestión de recursos humanos, insumos y/o infraestructura. ▪ Oportunidad de interconsultas y/o estudios de laboratorio y gabinete. 		
Valor de referencia o meta	≤ 4.8 defunciones hospitalarias por cada 100 egresos. Calculado con base en el comportamiento histórico de las Unidades de servicios médicos de segundo nivel		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación en la evaluación delegacional	2 puntos
Periodicidad	Mensual	Indicador contabilizado por	Atención
Rangos de Desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤ 4.8	4.9 - 5.5	≥ 5.6
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para la construcción del indicador, se excluyen Unidades Médicas de Atención Ambulatoria. ▪ Indicador que se mide por Unidad de servicios médicos de segundo nivel y Delegación. 		

CAISN 08 - Tasa de mortalidad hospitalaria en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel

Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, para la inclusión en la Evaluación Estratégica por Delegación en el portal:</p> <p style="text-align: center;">http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

CAISN 09 - Porcentaje de ocupación de las Salas Quirúrgicas en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel.			
Objetivo del indicador	Medir el grado de ocupación de las salas quirúrgicas, para llevar a cabo acciones que incrementen la eficiencia del servicio.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Tiempo de ocupación de las Salas quirúrgicas durante el horario de los turnos matutino y vespertino (8:00 -20:00 horas)		
	Tiempo disponible para las Salas quirúrgicas en el mes de proceso (número de salas quirúrgicas en IFU por 12 horas horario de los turnos matutino y vespertino. (8:00 -20:00 horas) por días hábiles del mes de proceso) $\times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Sistema de Información Médico Operativo (SIMO) Denominador: Inventario Físico de Unidades (IFU), suma de las variables 80353 y 80402 Fuente primaria: "Intervenciones Quirúrgicas efectuadas en Quirófano" (FORMA 4-30-27/17).		
Interpretación	Indicador que evalúa: "Uso eficiente de quirófanos". Apoya la planificación de los procesos asistenciales aplicables a los servicios quirúrgicos. El desempeño esperado, representa que el uso del recurso sala de operaciones es óptimo, el desempeño medio y bajo, indica que es necesario realizar acciones tales como: <ul style="list-style-type: none">• Supervisión directiva.• Gestión y disponibilidad de recursos humanos, insumos y/o infraestructura.		
Valor de referencia o meta	$\geq 75.0\%$ de la capacidad total del área quirúrgica debe utilizarse Valor determinado como meta, considerando elementos de capacidad instalada y de productividad		
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	4 puntos
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado	Indicador contabilizado por	Atención
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 75.0	55.1 - 74.9	≤ 55.0

CAISN 09 - Porcentaje de ocupación de las Salas Quirúrgicas en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel.

Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sala quirúrgica, sala de operaciones o quirófano: Es el área que forma parte de la Unidad quirúrgica, en donde se llevan a cabo los procedimientos quirúrgicos de diagnóstico y tratamiento, y constituye la zona blanca de la unidad quirúrgica (2660-003-038 Procedimiento para la atención médica del paciente en la Unidad Quirúrgica en Segundo Nivel y NOM-016-SSA3-2012), que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica y especializada. ▪ Tiempo de ocupación del quirófano: Se considera la suma de los tiempos, al obtener la diferencia entre la hora de fin y la hora de inicio, donde: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Turnos diurnos: 8:00 a 20:00 horas. ▪ El tiempo total de cada cirugía, incluye la suma de: Ingreso del paciente a sala, procedimiento anestésico, procedimiento quirúrgico, reversión anestésica, aseo y preparación de la sala. ▪ Conforme se actualice el Sistema de Información Médica Operativa (SIMO) equivale a: <ul style="list-style-type: none"> ▪ SIMOC registra 4 tiempos: entrada, inicio, fin y salida. El cálculo sería: salida menos entrada más 20 minutos de limpieza. ▪ SIMO registra 2 tiempos: inicio y fin. El cálculo sería: <ol style="list-style-type: none"> 1) Tiempo de preparación: inicio menos 30 minutos, 2) Fin menos tiempo de preparación más 20 minutos de limpieza. ▪ El tiempo de ocupación de quirófano: será contabilizado únicamente de 8:00 a 20:00 horas, aun cuando una cirugía inicie antes de las 8:00 o termine después de las 20:00 horas. <ul style="list-style-type: none"> • TT = Suma (TS). Tiempo total de ocupación de las salas de cirugía, es la suma total de los tiempos de cada intervención quirúrgica (TS) realizada durante las 08:00 y 20:00 hrs. que se obtiene con base a las fórmulas señaladas en el párrafo anterior, considerando lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Si la cirugía comenzó antes de las 8 y terminó antes o a las 20: T1 = (fin o salida más 20 minutos de limpieza) menos 8, pues se considera la hora de inicio a las 8. • Si la cirugía comenzó después o a las 8 y terminó después de las 20: T1 = 20 menos (inicio menos 30 minutos o entrada), pues se considera la hora de fin a las 20.
---------------	--

CAISN 09 - Porcentaje de ocupación de las Salas Quirúrgicas en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel.				
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> Si la cirugía comenzó antes de las 8 y terminó después de las 20: T1 = 12 porque solo se toma el tiempo entre 8 y 20 hrs., que es 12. La suma del cálculo del tiempo de cada cirugía es el resultado total del tiempo en que se ocupó esa sala. <p>Para la construcción del indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se consideran total de 12 horas disponibles (seis en turno matutino y seis en turno vespertino). El número de quirófanos será la suma de quirófanos de la Unidad Médica reporte en IFU, suma de las variables 80353 y 80402. Para el cálculo de quirófanos (denominador) de enero a junio del año de proceso, se considera el IFU de diciembre del año previo, para julio a diciembre del año de proceso, se considera el IFU de junio del mismo año del proceso, publicados por la División de Información en Salud del portal: http://infosalud.imss.gob.mx/ <p>Se incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> Unidades de servicios médicos de segundo nivel. <p>Se excluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> Las Unidades de servicios médicos de segundo nivel de Ginecología y Obstetricia, Ginecología y Pediatría (HGO, HGOMF, HGP y HGPMF), HPsiqMF, CCSM y UMAA. Quirófanos de urgencia, expulsión y tococirugía, registrados en el IFU. <p>Tiempo de la intervención que se considera inconsistencia de la información cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> SIMOC: fecha de entrada y salida al quirófano sea la misma y la diferencia entre hora de entrada y hora de salida sea negativa. SIMO: la diferencia entre hora de inicio y hora de fin sea negativa. 			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, para la inclusión en la Evaluación del Desempeño y publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx			
Dimensión del indicador	<table border="1"> <tr> <td>Eficiencia</td><td>Tipo de indicador</td><td>Estratégico</td></tr> </table>	Eficiencia	Tipo de indicador	Estratégico
Eficiencia	Tipo de indicador	Estratégico		

CAISN 10 - Tasa de pacientes con extracción de Catarata y colocación de lente intraocular en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel.			
Objetivo del Indicador	Medir la cantidad de cirugías realizadas de extracción de catarata y colocación de lente intraocular, lo cual permite identificar el comportamiento de la demanda de atención para establecer acciones que mejoren la eficiencia del servicio.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Número de cirugías realizadas de extracción de catarata y colocación de lente intraocular en unidades de servicios médicos de segundo nivel</p> <p style="text-align: right;">X 1,000,000</p>		
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador: Egresos hospitalarios (SUI13) del Sistema de Información Médico Operativo, en unidades de servicios médicos de segundo nivel, según Delegación de atención, con registro de intervención quirúrgica en base a la CIE-9-MC, con códigos de extracción de catarata y colocación de lente intraocular.</p> <p>Denominador: Población derechohabiente adscrita a Médico Familiar emitida por la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR), publicada por la División de Información en Salud (DIS) http://infosalud.imss.gob.mx/ e incorporada a SIAIS</p>		
Interpretación	<p>El desempeño esperado representa que la demanda de atención se encuentra en los rangos previstos; el desempeño medio y bajo, indica presencia de demanda no atendida, por lo que es necesario realizar acciones de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supervisión directiva. • Oportunidad en el abasto de insumos. • Gestión y disponibilidad de recursos humanos, insumos y/o infraestructura. 		
Valor de referencia o meta	<p>$\geq 3,000$ por 1,000,000 derechohabientes</p> <p>Valor estimado para las unidades de Servicios Médicos en Segundo Nivel</p>		
Unidad de medida	Tasa por 1,000,000 derechohabientes		
Periodicidad	Anual	Indicador contabilizado por	Delegación de Atención
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	$\geq 3,000$	1,500 a 2,999	< 1,500

CAISN 10 - Tasa de pacientes con extracción de Catarata y colocación de lente intraocular en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel.

	<ul style="list-style-type: none"> • La catarata es la causa más común de ceguera prevenible en el mundo y el IMSS no es la excepción. • Se ha trabajado en la implementación de estrategias para limitar este mal y lograr una vejez con mejor calidad de vida. • Incluye los códigos CIE-9 MC: 13.6 y 13.7, excepto 13.64, 13.65, 13.66, 13.70, 13.71 y 13.72. <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> 13.1 Extracción intracapsular del cristalino </td><td style="width: 33%; vertical-align: top;"> 13.11 Extracción Intracapsular de cristalino por la ruta temporal inferior </td><td style="width: 33%; vertical-align: top;"> 13.19 Otra extracción intracapsular de cristalino </td></tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> 13.2 Extracción extracapsular de cristalino mediante técnica de extracción lineal </td><td style="vertical-align: top;"> 13.3 Extracción extracapsular de cristalino mediante técnica simple sencilla de aspiración e irrigación </td><td style="vertical-align: top;"> 13.4 Extracción extracapsular de cristalino mediante técnica de fragmentación y aspiración </td></tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> 13.41 Facoemulsificación y aspiración de catarata </td><td style="vertical-align: top;"> 13.42 Facofragmentación mecánica y aspiración de catarata por ruta posterior </td><td style="vertical-align: top;"> 13.43 Facofragmentación mecánica y otra aspiración de catarata </td></tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> 13.5 Otra extracción extracapsular de cristalino </td><td style="vertical-align: top;"> 13.51 Extracción extracapsular de cristalino por la ruta temporal inferior </td><td style="vertical-align: top;"> 13.59 Otra extracción extracapsular de cristalino </td></tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; vertical-align: middle;"> 13.6 Otra extracción de catarata </td></tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; vertical-align: middle;"> <ul style="list-style-type: none"> • Se incluyen Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA) y Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel (HGZ, HGR y HSZ) </td></tr> </table>	13.1 Extracción intracapsular del cristalino	13.11 Extracción Intracapsular de cristalino por la ruta temporal inferior	13.19 Otra extracción intracapsular de cristalino	13.2 Extracción extracapsular de cristalino mediante técnica de extracción lineal	13.3 Extracción extracapsular de cristalino mediante técnica simple sencilla de aspiración e irrigación	13.4 Extracción extracapsular de cristalino mediante técnica de fragmentación y aspiración	13.41 Facoemulsificación y aspiración de catarata	13.42 Facofragmentación mecánica y aspiración de catarata por ruta posterior	13.43 Facofragmentación mecánica y otra aspiración de catarata	13.5 Otra extracción extracapsular de cristalino	13.51 Extracción extracapsular de cristalino por la ruta temporal inferior	13.59 Otra extracción extracapsular de cristalino	13.6 Otra extracción de catarata			<ul style="list-style-type: none"> • Se incluyen Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA) y Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel (HGZ, HGR y HSZ) 		
13.1 Extracción intracapsular del cristalino	13.11 Extracción Intracapsular de cristalino por la ruta temporal inferior	13.19 Otra extracción intracapsular de cristalino																	
13.2 Extracción extracapsular de cristalino mediante técnica de extracción lineal	13.3 Extracción extracapsular de cristalino mediante técnica simple sencilla de aspiración e irrigación	13.4 Extracción extracapsular de cristalino mediante técnica de fragmentación y aspiración																	
13.41 Facoemulsificación y aspiración de catarata	13.42 Facofragmentación mecánica y aspiración de catarata por ruta posterior	13.43 Facofragmentación mecánica y otra aspiración de catarata																	
13.5 Otra extracción extracapsular de cristalino	13.51 Extracción extracapsular de cristalino por la ruta temporal inferior	13.59 Otra extracción extracapsular de cristalino																	
13.6 Otra extracción de catarata																			
<ul style="list-style-type: none"> • Se incluyen Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA) y Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel (HGZ, HGR y HSZ) 																			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye y publica la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, para la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx																		
Dimensión del indicador	Calidad	Tipo de indicador:	Estratégico																

CAISN 11 - Oportunidad Quirúrgica en Cirugías Electivas realizadas en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel, a los 20 o menos días transcurridos a partir de su solicitud.			
Objetivo del indicador	Medir el tiempo de respuesta para la realización de las cirugías electivas, para llevar a cabo acciones que mejoren la atención quirúrgica.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de cirugías electivas realizadas en unidades de servicios médicos de segundo nivel, a los 20 o menos días transcurridos a partir de la solicitud del Médico tratante		
	Total de solicitudes emitidas por el Médico tratante para cirugía electiva en unidades de servicios médicos de segundo nivel en el mes de proceso		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Formatos 4-30-6/17 "Control e Informe de Consulta Externa" 4-30-27/17 "Intervenciones Quirúrgicas efectuadas en quirófano", capturados en el Sistema de Registro de la Oportunidad Quirúrgica Central (INDOQC) y Sistema Médico Operativo Central (SIMOC) Consulta de Especialidades.		
Interpretación	<p>El logro que corresponde al desempeño esperado indica que la atención quirúrgica es oportuna; el desempeño medio y bajo, indica que el tiempo de espera para la atención quirúrgica es prolongado y es necesario implementar acciones médico/administrativas en el contexto del proceso para controlar, entre otras causas, las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subregistro en las fuentes primarias. • Deficiente gestión del uso de quirófanos. • Insuficiencia en insumos, recursos humanos y/o infraestructura. • Estrategias para atender el incremento en la demanda de la atención quirúrgica. 		
Valor de referencia o meta	<p>$\geq 80.0\%$ de las cirugías deben ser oportunas</p> <p>Valor determinado como meta, considerando el comportamiento histórico de las Unidades de servicios médicos de segundo nivel</p>		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	2 puntos
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado	Indicador contabilizado por	Atención

CAISN 11 - Oportunidad Quirúrgica en Cirugías Electivas realizadas en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel, a los 20 o menos días transcurridos a partir de su solicitud.

Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	>= 80	72.0 - 79.9	<= 72.1
<p>Para la construcción del indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se contabilizan todas las solicitudes de cirugías electivas del mes a procesar, con base a la fecha de solicitud sean o no concertadas ▪ Los “días transcurridos”, se obtienen de la diferencia de días hábiles entre la fecha de realización de la cirugía, menos la fecha de solicitud de la misma. En el caso de que la cirugía sea reprogramada estos días se sumarán a los días transcurridos. <p>Se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En el numerador y denominador las cirugías electivas solicitadas en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel y UMAA. <p>Se excluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospitales de Psiquiatría (HPSMF 10, CCSM), HP, HGO, HGP. ▪ Intervenciones quirúrgicas de urgencias ▪ De la suma de días transcurridos, sábados, domingos y días festivos. 			
Observaciones			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, para la inclusión en la Evaluación del Desempeño y publicación en el portal:</p> <p>http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Calidad	Tipo de indicador	Gestión

CAISN 12 - Oportunidad en la programación de la Consulta de Especialidades en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel, a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud.			
Objetivo del indicador	Medir el tiempo de respuesta para la atención de consulta de especialidades de primera vez.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de pacientes con cita programada de primera vez a la consulta de especialidades en unidades de servicios médicos de segundo nivel, en un plazo igual o menor a 20 días hábiles a partir de la fecha de solicitud		
	Total de pacientes referidos por el Médico Familiar a la consulta de especialidades en unidades de servicios médicos de segundo nivel		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Formato 4-30-8 "Referencia y contra referencia de pacientes", capturado en el Sistema de Registro de la Oportunidad en la Consulta de Especialidades (INDOCE).		
Interpretación	<p>El desempeño esperado indica atención oportuna en la consulta de especialidades; el desempeño medio y bajo, indica que el tiempo para que un paciente sea atendido en consulta de especialidades es prolongado, y es necesario llevar a cabo acciones que mejoren, entre otras causas, las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deficiente control de la programación. • Falta de registro oportuno de las agendas. • Desequilibrio entre demanda y capacidad resolutiva. • Falta de recursos humanos, insumos y/o infraestructura. 		
Valor de referencia o meta	≥ 95.0		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	2 puntos
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado	Indicador contabilizado por	Atención
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 95.0	78.1 - 94.9	≤ 78.0

CAISN 12 - Oportunidad en la programación de la Consulta de Especialidades en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel, a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud.

Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> Indicador que se mide por unidades de servicios médicos de segundo nivel y Delegación. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, para la inclusión en la Evaluación del Desempeño y publicación en el portal:</p> <p>http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Calidad	Tipo de indicador	Gestión

CAISN 13 - Promedio de consultas diarias por consultorio de especialidad en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel.			
Objetivo del indicador	Medir la utilización de consultorios de especialidad, para llevar a cabo acciones que contribuyan a mejorar la eficiencia del recurso.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Total de consultas de especialidades otorgadas en unidades de servicios médicos de Segundo Nivel}}{\text{Total de consultorios de especialidad en unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel}}$ Días hábiles en el periodo de medición		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Total consultas: Sistema de Información Medico Operativo Central (SIMOC) – Motivos de consulta (SUI 27) integrado por la División de Información en Salud. Total de consultorios: Inventario Físico de Unidades (IFU), del periodo publicado por la División de Información en Salud en el portal: http://infosalud.imss.gob.mx/ . Con base en las variables señaladas en la tabla CAISN 13.1 “Variables de Consultorios de especialidades (IFU)”. Denominador: Días hábiles del período en medición, basado en el registro del día típico página de la División de Información en Salud: http://11.22.41.132/diaTipico16/interfazDiaTipico.aspx		
Interpretación	El desempeño esperado, indica que el uso del recurso consultorio, es óptimo; el desempeño medio y bajo, indica subutilización de consultorios y requiere de realizar acciones que mejoren el proceso, tales como: <ul style="list-style-type: none"> • Actualización de consultorios de especialidad en el Inventario Físico de Unidades (IFU), se considera a los consultorios que físicamente existen en la Unidad, distribuidos por especialidad. • Ordenamiento de la cartera de servicios. • Registro correcto y oportuno de la productividad en la consulta a partir del formato 4-30-6/17. • Gestión de insumos, recursos humanos y/o infraestructura. • Supervisión del llenado correcto de fuentes primarias. 		
Valor de referencia o meta	≥ 28.0 consultas por consultorio por día Valor considerado como meta, considerando elementos de capacidad instalada y de productividad		
Unidad de medida:	Promedio	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	2 puntos

CAISN 13 - Promedio de consultas diarias por consultorio de especialidad en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel.

Periodicidad	Mensual y anual	Indicador contabilizado por	Atención																																																													
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo																																																													
	>= 28	15.9 - 27.9	< 15.9																																																													
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Para el numerador: ○ Las especialidades, con su clave a dos dígitos, que se incluyen, son: <table border="1"> <tbody> <tr> <td>10</td><td>Alergia e inmunología</td><td>20</td><td>Gastroenterología</td><td>30</td><td>Oftalmología</td><td>41</td><td>Urología</td></tr> <tr> <td>11</td><td>Angiología</td><td>21</td><td>Ginecología y obstetricia</td><td>31</td><td>Otorrinolaringología</td><td>42</td><td>Audiología y Otoneurología</td></tr> <tr> <td>12</td><td>Cirugía Máxilo facial</td><td>22</td><td>Hematología</td><td>32</td><td>Pediatría Médica</td><td>43</td><td>Neurocirugía</td></tr> <tr> <td>14</td><td>Cardiología</td><td>23</td><td>Infectología</td><td>34</td><td>Proctología</td><td>44</td><td>Cirugía Pediátrica</td></tr> <tr> <td>15</td><td>Cirugía Cardiovascular y Torácica</td><td>25</td><td>Medicina Interna</td><td>35</td><td>Psiquiatría</td><td>45</td><td>Oncología Médica</td></tr> <tr> <td>16</td><td>Cirugía General</td><td>26</td><td>Nefrología</td><td>36</td><td>Reumatología</td><td>46</td><td>Cirugía Plástica y Reconstructiva</td></tr> <tr> <td>18</td><td>Dermatología</td><td>27</td><td>Neumología</td><td>38</td><td>Traumatología y Ortopedia</td><td>51</td><td>Oncología Quirúrgica</td></tr> <tr> <td>65</td><td>Genética</td></tr> <tr> <td>68</td><td>Medicina Física y Rehabilitación</td></tr> </tbody> </table>	10	Alergia e inmunología	20	Gastroenterología	30	Oftalmología	41	Urología	11	Angiología	21	Ginecología y obstetricia	31	Otorrinolaringología	42	Audiología y Otoneurología	12	Cirugía Máxilo facial	22	Hematología	32	Pediatría Médica	43	Neurocirugía	14	Cardiología	23	Infectología	34	Proctología	44	Cirugía Pediátrica	15	Cirugía Cardiovascular y Torácica	25	Medicina Interna	35	Psiquiatría	45	Oncología Médica	16	Cirugía General	26	Nefrología	36	Reumatología	46	Cirugía Plástica y Reconstructiva	18	Dermatología	27	Neumología	38	Traumatología y Ortopedia	51	Oncología Quirúrgica	65	Genética	68	Medicina Física y Rehabilitación			
10	Alergia e inmunología	20	Gastroenterología	30	Oftalmología	41	Urología																																																									
11	Angiología	21	Ginecología y obstetricia	31	Otorrinolaringología	42	Audiología y Otoneurología																																																									
12	Cirugía Máxilo facial	22	Hematología	32	Pediatría Médica	43	Neurocirugía																																																									
14	Cardiología	23	Infectología	34	Proctología	44	Cirugía Pediátrica																																																									
15	Cirugía Cardiovascular y Torácica	25	Medicina Interna	35	Psiquiatría	45	Oncología Médica																																																									
16	Cirugía General	26	Nefrología	36	Reumatología	46	Cirugía Plástica y Reconstructiva																																																									
18	Dermatología	27	Neumología	38	Traumatología y Ortopedia	51	Oncología Quirúrgica																																																									
65	Genética																																																															
68	Medicina Física y Rehabilitación																																																															

CAISN 13 - Promedio de consultas diarias por consultorio de especialidad en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel.

Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> Para el cálculo de consultorios (numerador) de enero a junio del año en curso, se considera el inventario Físico de Unidades (IFU) del mes de diciembre del año previo; para los meses de julio a diciembre del año en curso, se considera el IFU de junio del mismo año del proceso, publicados por la División de Información en Salud en el Portal: http://infosalud.imss.gob.mx/, y las variables son: 			
	CAISN 13.1- Variables de Consultorios de especialidades (IFU)			
	71400	Consultorio de Alergia e Inmunología	73500	Total de Consultorios de Oftalmología
	71500	Consultorio de Angiología	73600	Consultorio de Otorrinolaringología
	71600	Consultorio de Cirugía Máximo-Facial	73700	Total de Consultorios de Pediatría Médica
	71700	Consultorio de Cardiología	74000	Total de Consultorios de Proctología
	71800	Consultorio de Cirugía Cardiovascular y Torácica	74100	Total de Consultorios de Psiquiatría
	71900	Consultorio de Cirugía General	74200	Consultorio de Reumatología
	72000	Consultorio de Dermatología	74300	Total de Consultorios de Traumatología y Ortopedia
	72100	Consultorio de Endocrinología	74500	Consultorio de Geriatría
	72200	Consultorio de Gastroenterología	74600	Consultorio de Urología
	72500	Total de Consultorios de Ginecología y Obstetricia	74700	Consultorio de Audiología y Otoneurología
	72800	Consultorio de Hematología	74800	Consultorio de Neurocirugía
	72900	Consultorio de Infectología	74900	Total de Consultorios de Cirugía Pediátrica (incluye genética)
	73000	Consultorio de Medicina Interna	75000	Consultorio de Oncología Médica
	73100	Consultorio de Nefrología	75100	Consultorio de Cirugía Plástica y Reconstructiva
	73200	Consultorio de Neumología	75300	Total de Consultorios de Oncología Quirúrgica
	73300	Consultorio de Neurología	75500	Consultorio de Genética
			75601	Total de consultorios de Medicina Física y Rehabilitación

CAISN 13 - Promedio de consultas diarias por consultorio de especialidad en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel.

Observaciones	<p>Para el denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El dato anual debe considerar en el denominador 251 días hábiles al año y para el dato mensual, se deberá utilizar los días hábiles del Registro del Día Típico de la página de la División de Información en Salud: http://11.22.41.132/diaTipico16/interfazDiaTipico.aspx Se excluyen del numerador y denominador, las consultas de Medicina del Trabajo y las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA). 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, para la inclusión en la Evaluación del Desempeño y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Gestión

CAISN 14 - Promedio de consulta de especialidad por hora/médico en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel.			
Objetivo del indicador	Medir el rendimiento del Médico en consulta, en función del tiempo asignado, para tomar decisiones de gestión que favorezcan la eficiencia del servicio.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de consultas de especialidad otorgadas en unidades de servicios médicos de segundo nivel <hr/> Total de horas trabajadas por los médicos en la consulta de especialidad en unidades de servicios médicos de segundo nivel		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Sistema de Información Medico Operativo Central (SIMOC) – Motivos de consulta (SUI 27) y horas trabajadas, integrado por la División de Información en Salud.		
Interpretación	<p>El desempeño medio y bajo implica que la productividad del Médico es baja y puede afectar la oportunidad de atención a pacientes en espera, o es elevada y puede afectar la calidad de la atención; en estos casos, deben tomarse acciones de mejora en el proceso, entre las que destacan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registro correcto y oportuno de fuentes primarias. • Programación correcta y oportuna de consulta. • Gestión de recursos humanos, insumos y/o infraestructura. 		
Valor de referencia o meta	2.50 – 4.00 consultas por hora/médico Valor determinado como meta, considerando elementos de capacidad instalada y de productividad		
Unidad de medida:	Promedio		
Periodicidad	Mensual y anual	Indicador contabilizado por	Atención
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	2.50 - 4.00	2.26 - 2.49	< 2.26 o > 4.00

CAISN 14 - Promedio de consulta de especialidad por hora/médico en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel.

Observaciones	Para la construcción del indicador, tanto en numerador como en denominador, se consideran las especialidades con su clave dos dígitos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>10</td><td>Alergia e inmunología</td><td>20</td><td>Gastroenterología</td><td>30</td><td>Oftalmología</td><td>41</td><td>Urología</td></tr> <tr><td>11</td><td>Angiología</td><td>21</td><td>Ginecología y Obstetricia</td><td>31</td><td>Otorrinolaringología</td><td>42</td><td>Audiología y Otoneurología</td></tr> <tr><td>12</td><td>Cirugía Máximo facial</td><td>22</td><td>Hematología</td><td>32</td><td>Pediatría Médica</td><td>43</td><td>Neurocirugía</td></tr> <tr><td>14</td><td>Cardiología</td><td>23</td><td>Infectología</td><td>34</td><td>Proctología</td><td>44</td><td>Cirugía Pediátrica</td></tr> <tr><td>15</td><td>Cirugía Cardiovascular y Torácica</td><td>25</td><td>Medicina Interna</td><td>35</td><td>Psiquiatría</td><td>45</td><td>Oncología Médica</td></tr> <tr><td>16</td><td>Cirugía General</td><td>26</td><td>Nefrología</td><td>36</td><td>Reumatología</td><td>46</td><td>Cirugía Plástica y Reconstructiva</td></tr> <tr><td>18</td><td>Dermatología</td><td>27</td><td>Neumología</td><td>38</td><td>Traumatología y Ortopedia</td><td>51</td><td>Oncología Quirúrgica</td></tr> <tr><td>19</td><td>Endocrinología</td><td>28</td><td>Neurología</td><td>39</td><td>Geriatría</td><td>65</td><td>Genética</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>68</td><td>Medicina Física y Rehabilitación</td></tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se excluyen las consultas de Salud en el Trabajo y las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA). 	10	Alergia e inmunología	20	Gastroenterología	30	Oftalmología	41	Urología	11	Angiología	21	Ginecología y Obstetricia	31	Otorrinolaringología	42	Audiología y Otoneurología	12	Cirugía Máximo facial	22	Hematología	32	Pediatría Médica	43	Neurocirugía	14	Cardiología	23	Infectología	34	Proctología	44	Cirugía Pediátrica	15	Cirugía Cardiovascular y Torácica	25	Medicina Interna	35	Psiquiatría	45	Oncología Médica	16	Cirugía General	26	Nefrología	36	Reumatología	46	Cirugía Plástica y Reconstructiva	18	Dermatología	27	Neumología	38	Traumatología y Ortopedia	51	Oncología Quirúrgica	19	Endocrinología	28	Neurología	39	Geriatría	65	Genética							68	Medicina Física y Rehabilitación
10	Alergia e inmunología	20	Gastroenterología	30	Oftalmología	41	Urología																																																																		
11	Angiología	21	Ginecología y Obstetricia	31	Otorrinolaringología	42	Audiología y Otoneurología																																																																		
12	Cirugía Máximo facial	22	Hematología	32	Pediatría Médica	43	Neurocirugía																																																																		
14	Cardiología	23	Infectología	34	Proctología	44	Cirugía Pediátrica																																																																		
15	Cirugía Cardiovascular y Torácica	25	Medicina Interna	35	Psiquiatría	45	Oncología Médica																																																																		
16	Cirugía General	26	Nefrología	36	Reumatología	46	Cirugía Plástica y Reconstructiva																																																																		
18	Dermatología	27	Neumología	38	Traumatología y Ortopedia	51	Oncología Quirúrgica																																																																		
19	Endocrinología	28	Neurología	39	Geriatría	65	Genética																																																																		
						68	Medicina Física y Rehabilitación																																																																		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, para la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx																																																																								
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador			Gestión																																																																				

CAISN 15 - Porcentaje de utilización de las áreas quirúrgicas en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA) sin Centro de Excelencia Oftalmológica (CEO).			
Objetivo del indicador	Medir el grado de utilización de las áreas quirúrgicas, para llevar a cabo acciones que mejoren la eficacia del servicio.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<div style="display: flex; align-items: center;"> Número de intervenciones quirúrgicas realizadas por mes en UMAA X100 </div> <hr/> Número de intervenciones quirúrgicas esperadas por mes*		
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador: DataMart Estadísticas Médicas.</p> <p>Denominador: *El número de intervenciones quirúrgicas esperadas es de 354 en el mes para las UMAA, sin CEO.</p>		
Interpretación	<p>El desempeño esperado refleja que el uso de las áreas quirúrgicas es adecuado; el desempeño medio y bajo indica, que los quirófanos son subutilizados y requiere realizar acciones de mejora, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incrementar la cartera de servicios quirúrgicos de acuerdo con su capacidad resolutiva. ▪ Gestión directiva de los tres niveles de atención, de acuerdo con las necesidades de la zona, mediante el fortalecimiento del envío directo desde las Unidades de Medicina Familiar. ▪ Apegio a los criterios de referencia. ▪ Gestión de recursos humanos, insumos y/o infraestructura. ▪ Registro correcto y oportuno de la productividad en las fuentes primarias de información. 		
Valor de referencia o meta	<p>$\geq 85.0\%$ de la capacidad total del área quirúrgica</p> <p>Valor determinado como meta, considerando elementos de capacidad instalada y de productividad</p>		
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad	Mensual	Indicador contabilizado por	Atención
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 85.0	70.0 - 84.9	≤ 69.9

CAISN 15 - Porcentaje de utilización de las áreas quirúrgicas en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA) sin Centro de Excelencia Oftalmológica (CEO).

Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Sala de operaciones: Local donde se realizan las intervenciones quirúrgicas y aquellos procedimientos de diagnóstico y tratamiento que requieren efectuarse en un local aséptico. (Fuente: NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada). <p>Para la construcción del indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se consideran las áreas quirúrgicas por prototipo arquitectónico, (2 salas de operaciones y 2 salas de procedimientos). ▪ La productividad comprende la realizada en salas quirúrgicas y salas de procedimientos. <p>Se excluyen las unidades médicas que no tienen capacidad resolutiva para procedimientos quirúrgicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chihuahua 081015UA2151- Ciudad Juárez (anexa al HGZ 35) ▪ Tamaulipas 291811UA2110- Nuevo Laredo (anexa a UMF 76). <p>Se excluyen las UMAA con CEO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Baja California - 020518UA2110- Mesa de Otay (anexa a UMF 36). ▪ Campeche - 040138UA2151 - Campeche (autónoma 14). ▪ Guerrero - 120215UA2110 - Punta Diamante (anexa a UMF 29). ▪ Jalisco - 140113UA2110 - Guadalajara (anexa a UMF 52). ▪ Mex Ote - 150605UA2151 - Tlalnepantla (autónoma 199). ▪ Michoacán - 170308UA2110 - Morelia (anexa a UMF 75). ▪ Nuevo León - 201715UA2151 - Santo Domingo (autónoma 65). ▪ Yucatán - 330126UA2151 - Mérida (autónoma 1). ▪ CDMX Sur - 375578UA2110 - Av. Toluca (anexa a UMF 161). 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, para la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Gestión

CAISN 16 - Porcentaje de utilización de las áreas de endoscopia en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA).							
Objetivo del indicador	Medir el grado de utilización de las áreas de endoscopia, para llevar a cabo acciones que mejoren la eficacia del servicio.						
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Número de estudios endoscópicos realizados por mes en Unidad Médica de Atención Ambulatoria</p> <hr/> <p>Número de endoscopías esperadas por mes en Unidad Médica de Atención Ambulatoria de acuerdo al grupo de productividad</p> <p style="text-align: right;">X100</p>						
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador: DataMart Estadísticas Médicas e "Informe de los 33 nuevos procedimientos realizados fuera de quirófano", publicado por la División de Información en Salud en el Portal: http://infosalud.imss.gob.mx/</p> <p>Denominador: Número de endoscopías esperadas por mes en Unidad Médica de Atención Ambulatoria, de acuerdo con el grupo de productividad determinado por la capacidad instalada, con base al grupo de productividad definido en el siguiente cuadro y específico por UMAA, en la tabla CAISN 16.1 "Unidades Médicas de Atención Ambulatoria, por grupo de productividad de endoscopías".</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Grupo de productividad</th><th style="text-align: center; padding: 5px;">Número de estudios endoscópicos esperados por mes</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">A</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">215</td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">125</td></tr> </tbody> </table>	Grupo de productividad	Número de estudios endoscópicos esperados por mes	A	215	B	125
Grupo de productividad	Número de estudios endoscópicos esperados por mes						
A	215						
B	125						
Interpretación	<p>El desempeño esperado representa la productividad que se puede realizar en las áreas de endoscopía; el desempeño medio y bajo, indica que las áreas de endoscopías son subutilizadas y se requieren acciones de mejora, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestión directiva de los tres niveles de atención, de acuerdo con las necesidades de la zona. • Apegio a los criterios de referencia. • Gestión de recursos humanos, insumos y/o infraestructura. • Registro correcto y oportuno de la productividad en las fuentes primarias de información. 						
Valor de referencia o meta	<p style="text-align: center;">>= 85.0 % del número total de endoscopías esperadas</p> <p style="text-align: center;">Valor determinado como meta, considerando elementos de capacidad resolutiva, instalada y de productividad</p>						

CAISN 16 - Porcentaje de utilización de las áreas de endoscopia en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA).

Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad	Mensual	Indicador contabilizado por	Atención
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	=> 85.0	70.0 - 84.9	<= 69.9
Observaciones	<p>Para la construcción del indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El total de estudios endoscópicos se conforma por: endoscopias gástricas, neumológicas y urológicas, obtenidas del sistema DataMart Estadísticas Médicas, y las colonoscopias del “Informe de los 33 nuevos procedimientos realizados fuera de quirófano”, publicado por la División de Información en Salud en el portal: http://11.22.41.169/infoSalud15/. ▪ Se excluyen Unidades Médicas que no tienen capacidad resolutiva para los procedimientos señalados: <ul style="list-style-type: none"> Chihuahua - 081015UA2151- (anexa la HGZ 35). Tamaulipas - 291811UA2110- Nuevo Laredo (anexa a UMF 76). ▪ La productividad considera la infraestructura, recursos humanos y complejidad de los estudios diagnósticos y terapéuticos, a través de la vía endoscópica y que se realizan en salas de endoscopía. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, para la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Gestión

CAISN 16.1 Unidades Médicas de Atención Ambulatoria, por grupo de productividad de Endoscopias				
Grupo	No.	Delegación	Clave Presupuestal	Localidad
A	1	Aguascalientes	010113UA2151	Aguascalientes (autónoma 1)
	2	Chiapas	070122UA2110	Tuxtla Gutiérrez (anexa a UMF 23)
	3	Guanajuato	111712UA2151	León (autónoma 55)
	4	Michoacán	170308UA2110	Morelia (anexa a UMF 75)
	5	Nuevo León	200902UA2110	San Pedro Garza García (anexa a UMF 7)
	6	Querétaro	230146UA2151	Querétaro (autónoma)
	7	Sonora	270149UA2110	Hermosillo (anexa a UMF 68)
	8	Tamaulipas	290401UA2151	Reynosa (anexa al HGZ 15)
	9	Tamaulipas	291906UA2110	Matamoros (anexa a UMF 39)
	10	Sur CDMX	375578UA2110	Av. Toluca (anexa a UMF 161)
B	11	Baja California	020518UA2110	Mesa de Otay (anexa a UMF 36)
	12	Baja California Sur	030120UA2110	La Paz (anexa a UMF 34)
	13	Campeche	040138UA2151	Campeche (autónoma 14)
	14	Coahuila	050337UA2110	Saltillo (anexa a UMF 89)
	15	Coahuila	050907UA2151	Torreón la Joya (autónoma 90)
	16	Chihuahua	080102UA2110	Chihuahua (anexa a UMF 33)
	17	Durango	101310UA2110	Gómez Palacio (anexa a UMF 53).
	18	Guerrero	120215UA2110	Punta Diamante (anexa a UMF 29)
	19	Jalisco	141609UA2151	Lagos de Moreno (anexa al HGZ 7)
	20	Jalisco	140113UA2110	Guadalajara (anexa a UMF 52)
	21	México Oriente	156006UA2110	Chalco (anexa a UMF 180)
	22	México Oriente	155806UA2110	Coacalco (anexa a UMF 198)
	23	México Oriente	150605UA2151	Tlalnepantla (autónoma 199)
	24	México Poniente	168601UA2110	Metepec (anexa a UMF 231)
	25	Nayarit	190141UA2151	Tepic (autónoma 28)
	26	Nuevo León	201715UA2151	Santo Domingo (autónoma 65)
	27	Oaxaca	210201UA2151	Oaxaca (anexa al HGZ 1)
	28	Sinaloa	260109UA2110	Culiacán (anexa a UMF 55)
	29	Veracruz Norte	315002UA2110	Tejería (anexa a UMF 15)
	30	Yucatán	330126UA2151	Mérida (autónoma 1)
	31	Sur CDMX	375683UA2110	Cuajimalpa (anexa a UMF 42)
	32	Sur CDMX	385691UA2110	Tláhuac (anexa a UMF 162)

CAISN 17 - Porcentaje de utilización del área de quimioterapia en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA).			
Objetivo del indicador	Medir el grado de utilización del servicio de quimioterapia, para llevar a cabo acciones que mejoren la eficacia del servicio.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de sesiones de quimioterapia por mes en UMAA $\frac{\text{Número de sesiones de quimioterapia por mes en UMAA}}{\text{(Total de sillones para quimioterapia) (4) (días hábiles del mes)}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: DataMart Estadísticas Médicas. Denominador: Inventario Físico de Unidades (IFU), publicado por la División de Información en Salud en el Portal: http://infosalud.imss.gob.mx/ . El valor constante 4 es el número esperado de sesiones por sillón. Días hábiles del período en medición, basados en el registro del día típico de la página de la División de Información en Salud (DIS): http://11.22.41.132/diaTipico16/interfazDiaTipico.aspx		
Interpretación	El desempeño esperado, representa la eficiencia en el uso del recurso; el desempeño medio y bajo, muestra que el recurso sillón para quimioterapia es subutilizado y requiere acciones de mejora, tales como: <ul style="list-style-type: none"> • Gestión directiva de los tres niveles de atención de la zona. • Apegio a los criterios de referencia. • Gestión de recursos humanos, insumos y/o infraestructura. • Registro oportuno y correcto de la productividad de quimioterapia en las fuentes primarias de información. 		
Valor de referencia o meta	$\geq 85.0\%$ del número total de sesiones de quimioterapia esperadas Valor determinado como meta, considerando elementos de capacidad instalada y de productividad		
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad	Mensual	Indicador contabilizado por	Atención
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 85.0	70.0 - 84.9	≤ 69.9

CAISN 17 - Porcentaje de utilización del área de quimioterapia en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA).

Observaciones	<p>Se excluyen unidades sin capacidad para proporcionar el servicio:</p> <p>Chihuahua - 081015UA2151 – (anexa la HGZ 35).</p> <p>Jalisco – 140113UA2110 - UMAA 2 Tlaquepaque.</p> <p>Tamaulipas - 291811UA2110 - UMAA 76 Nuevo Laredo.</p>		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, para la publicación en el portal:</p> <p>http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Gestión

CAISN 18 - Porcentaje de utilización del área de hemodiálisis en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA).			
Objetivo del indicador	Medir el grado de utilización del servicio de hemodiálisis, para llevar a cabo acciones que mejoren la eficacia del servicio.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de sesiones de hemodiálisis del mes en Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA) _____ X100 Número de sesiones de hemodiálisis esperadas por mes en Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA)		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: DataMart Estadísticas Médicas. Denominador: Número de sesiones esperadas por mes en Unidad Médica de Atención Ambulatoria de acuerdo con la productividad determinada por la capacidad instalada, con base a la tabla CAISN 18.1.		
Interpretación	<p>El desempeño esperado, indica que el recurso máquina de hemodiálisis genera el número de sesiones de hemodiálisis deseable; el desempeño medio y bajo, representa subutilización del recurso máquina de hemodiálisis y requiere acciones de gestión, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Óptima programación de las sesiones de hemodiálisis. • Registro oportuno y correcto de la productividad (sesiones de hemodiálisis) en las fuentes primarias de información. • Gestión de recursos humanos, insumos y/o infraestructura. • Desempeño efectivo del Comité de Terapias Sustitutivas de la Función Renal. <p>El desempeño por arriba de la capacidad máxima instalada puede representar dosis hemodiálisis inadecuada y/u organización del servicio fuera de normatividad.</p>		
Valor de referencia o meta	>= 90.0 % de la capacidad total del área hemodiálisis esperada Valor determinado como meta, que considera los elementos de operación del área de hemodiálisis como duración de una sesión, periodo interdialítico (mantenimiento, desinfección y limpieza de las máquinas), y la entrega-recepción del cambio de turno de personal		
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad	Mensual	Indicador contabilizado por	Atención

CAISN 18 - Porcentaje de utilización del área de hemodiálisis en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA).

Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	90.0 - 100.0	85.0 - 89.9	<= 84.9 o > 100.0
Observaciones	Se excluyen unidades sin capacidad para proporcionar el servicio: Chihuahua - 081015UA2151 - UMAA 35 Chihuahua (HGZ 35). Querétaro - 230146UA2151 - Querétaro Autónoma.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, para la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Gestión

CAISN 18.1 Número de sesiones de hemodiálisis esperadas por mes, por Unidad Médica de Atención Ambulatoria

No.	Delegación	Clave presupuestal	Unidad	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
1	Aguascalientes	010113UA2151	UMAA 1, Aguascalientes (Autónoma)	1,078	1,022	952	1,078	1,036	1,022	1,036	1,064	1,036	1,036	1,022	1,036
2	Baja California	020518UA2110	UMAA 36, Mesa de Otay (UMF 36)	828	756	720	828	792	756	792	792	792	792	756	792
3	Baja California Sur	030120UA2110	UMAA 1, La Paz (UMF34)	1,080	1,040	960	1,080	1,040	1,040	1,040	1,080	1,040	1,040	1,040	1,040
4	Campeche	040138UA2151	UMAA Campeche (Autónoma)	1,095	1,020	960	1,095	1,050	1,020	1,050	1,065	1,050	1,050	1,020	1,050
5	Coahuila	050337UA2110	UMAA 89, Saltillo (UMF 80)	552	504	480	552	528	504	528	528	528	528	504	528
6	Coahuila	050907UA2151	UMAA 90, Torreón (Autónoma)	621	567	540	621	594	567	594	594	594	594	567	594
7	Chiapas	070122UA2110	UMAA Tuxtla Gutiérrez (UMF 23)	648	624	576	648	624	624	624	648	624	624	624	624
8	Chihuahua	080102UA2110	UMAA 68, Chihuahua (UMF 33)	621	567	540	621	594	567	594	594	594	594	567	594
9	Sur CDMX	385691UA2110	UMAA 162, Tláhuac (UMF 162)	552	504	480	552	528	504	528	528	528	528	504	528
10	Sur CDMX	375578UA2110	UMAA 161, Av. Toluca (UMF 161)	552	504	480	552	528	504	528	528	528	528	504	528
11	Sur CDMX	375683UA2110	UMAA 42, Cuajimalpa (UMF 42)	552	504	480	552	528	504	528	528	528	528	504	528
12	Durango	101310UA2110	UMAA 53, Gómez Palacio (UMF 53)	690	630	600	690	660	630	660	660	660	660	630	660
13	Edo Mex Ote	150605UA2151	UMAA 199, Tlalnepantla (Autónoma)	552	504	480	552	528	504	528	528	528	528	504	528
14	Edo Mex Ote	155806UA2110	UMAA 198, Coacalco (UMF 198)	552	504	480	552	528	504	528	528	528	528	504	528
15	Edo Mex Ote	156006UA2110	UMAA Chalco (UMF 180)	552	504	480	552	528	504	528	528	528	528	504	528
16	México Poniente	168601UA2110	UMAA 1, Metepec (UMF 231)	729	702	648	729	702	702	702	729	702	702	702	702
17	Guanajuato	111712UA2151	UMAA 55, León (Autónoma)	621	567	540	621	594	567	594	594	594	594	567	594
18	Guerrero	120215UA2110	UMAA 29, Diamante (UMF 29)	616	584	544	616	592	584	592	608	592	592	584	592
19	Jalisco	140113UA2110	UMAA 2, Guadalajara (UMF 52)	828	756	720	828	792	756	792	792	792	792	756	792
20	Jalisco	141609UA2151	UMAA 1, Lagos de Moreno (HGZ 7)	897	819	780	897	858	819	858	858	858	858	819	858
21	Michoacán	170308UA2110	UMAA 1, Morelia (UMF 75)	1,215	1,170	1,080	1,215	1,170	1,170	1,170	1,215	1,170	1,170	1,170	1,170
22	Nayarit	190141UA2151	UMAA 28, Tepic (Autónoma)	1,176	1,164	1,056	1,176	1,128	1,164	1,140	1,164	1,164	1,140	1,164	1,128
23	Nuevo León	200902UA2110	UMAA 7, San Pedro Garza García (UMF 7)	770	730	680	770	740	730	740	760	740	740	730	740
24	Nuevo León	201715UA2151	UMAA 65, Santo Domingo (Autónoma)	770	730	680	770	740	730	740	760	740	740	730	740
25	Oaxaca	210201UA2151	UMAA Oaxaca (HGZ 1)	754	710	664	754	724	710	724	740	724	724	710	724
26	Sinaloa	260109UA2110	UMAA Culiacán (UMF 55)	648	624	576	648	624	624	624	648	624	624	624	624
27	Sonora	270149UA2110	UMAA 68, Hermosillo (UMF 68)	584	544	512	584	560	544	560	568	560	560	544	560
28	Tamaulipas	290401UA2151	UMAA 15, Cd. Reynosa (HGZ 15)	950	890	840	970	920	890	920	920	920	920	890	920
29	Tamaulipas	291811UA2110	UMAA 76, Nuevo Laredo (UMF 76)	621	567	540	621	594	567	594	594	594	594	567	594
30	Tamaulipas	291906UA2110	UMAA 39, Matamoros (UMF 39)	414	378	360	414	396	378	396	396	396	396	378	396
31	Veracruz Norte	315002UA2110	UMAA 242, Tejería (UMF15)	552	504	480	552	528	504	528	528	528	528	504	528
32	Yucatán	330126UA2151	UMAA 1, Mérida (Autónoma)	1,620	1,560	1,440	1,620	1,560	1,560	1,560	1,620	1,560	1,560	1,560	1,560

CAISN 19 - Porcentaje de atenciones otorgadas en el Servicio de Inhaloterapia de las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA).									
Objetivo del indicador	Medir las atenciones otorgadas del servicio de inhaloterapia en UMAA, para establecer el nivel de eficacia del servicio.								
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Total de atenciones otorgadas en el servicio de inhaloterapia de la UMAA por mes (suma de: espirometrías + sesiones de inhaloterapia + sesiones de terapia respiratoria)</p> <p>Número de atenciones esperadas por mes en el servicio de inhaloterapia de acuerdo al grupo de productividad (espirometrías + sesiones de Inhaloterapia + terapia respiratoria)</p> <p style="text-align: right;">X100</p>								
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador: DataMart Estadísticas Médicas.</p> <p>Denominador: Número de atenciones esperadas por mes, en el servicio de inhaloterapia, según la capacidad instalada de la Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA), establecido por la División de Hospitales de Segundo Nivel de la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, con base al grupo de productividad definido en el siguiente cuadro, y específico por UMAA en la tabla CAISN 19.1 "UMAA por grupo de productividad, Inhaloterapia.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Grupo de Productividad</th><th style="text-align: center; padding: 5px;">Número esperado de atenciones otorgadas por mes</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">A</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">1,577</td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">860</td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">C</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">602</td></tr> </tbody> </table>	Grupo de Productividad	Número esperado de atenciones otorgadas por mes	A	1,577	B	860	C	602
Grupo de Productividad	Número esperado de atenciones otorgadas por mes								
A	1,577								
B	860								
C	602								
Interpretación	<p>El desempeño medio y bajo, indica que el rendimiento del recurso humano y el uso de infraestructura del área es bajo y requiere acciones tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registro oportuno y correcto de la productividad (atenciones otorgadas), en las fuentes primarias de información. • Gestión de recursos humanos, insumos y/o infraestructura. • Apegio a los criterios de referencia. • Fortalecimiento de la referencia de pacientes fuera de normatividad. 								
Valor de referencia o meta	<p>= 85.0 % del número de atenciones estimadas por grupo de productividad de UMAA que deben ser otorgadas</p> <p>El valor determinado como meta considera elementos de capacidad instalada y de productividad</p>								

CAISN 19 - Porcentaje de atenciones otorgadas en el Servicio de Inhaloterapia de las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA).			
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad	Mensual	Indicador contabilizado por	Atención
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	>= 85.0	70.0 - 84.9	<= 69.9
Observaciones	<p>Para la construcción del indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El numerador incluye la suma de las atenciones otorgadas en el área de inhaloterapia (espirometrías, sesiones de inhaloterapia y sesiones de terapia respiratoria). <p>Se excluyen las siguientes Unidades Médicas de Atención Ambulatoria que no tienen capacidad resolutiva para las atenciones otorgadas en el área de inhaloterapia:</p> <p>Chihuahua - 081015UA2151 - UMAA 35 Chihuahua (HGZ 35).</p> <p>Tamaulipas - 290401UA2151 - Ciudad Reynosa (anexa a HGZ 15).</p>		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, para la publicación en el portal:</p> <p>http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Gestión

CAISN 19.1 - UMAA por grupo de productividad, Inhaloterapia				
Grupo	No.	DELEGACION	CLAVE UNIDAD	UNIDAD
A	1	Aguascalientes	010113UA2151	UMAA 1 Aguascalientes (AUT)
	2	Chiapas	070122UA2110	UMAA Tuxtla Gtz (UMF 23)
	3	Guanajuato	111712UA2151	UMAA 55 León (AUT)
	4	Guerrero	120215UA2110	UMAA 29 Diamante (UMF 29)
	5	Jalisco	140113UA2110	UMAA 2 Guadalajara (UMF 52)
	6	Edo. Mex. Ote.	156006UA2110	UMAA Chalco I (UMF 180)
	7	Edo. Mex. Ote.	155806UA2110	UMAA 198 Coacalco (UMF198)
	8	Edo. Mex. Ote.	150605UA2151	UMAA 199 Tlalnepantla (AUT)
	9	Edo. Mex. Pte.	168601UA2110	UMAA 1 Metepec (UMF 231)
	10	Michoacán	170308UA2110	UMAA 1 Morelia (UMF 75)
	11	Nayarit	190141UA2151	UMAA 28 Tepic (AUT)
	12	Nuevo Leon	200902UA2110	UMAA 7 S Pedro G (UMF 7)
	13	Nuevo Leon	201715UA2151	UMAA 65 Sto Domingo (AUT)
	14	Sinaloa	260109UA2110	UMAA Culiacán (UMF 55)
	15	Veracruz norte	315002UA2110	UMAA 242 Tejería (UMF 15)
	16	Sur CdMx	375683UA2110	UMAA 42 Cuajimalpa (UMF 42)
	17	Sur CdMx	375578UA2110	UMAA161 Av. Toluca (UMF 161)
	18	Sur CdMx	385691UA2110	UMAA 162 Tláhuac (UMF 162)
B	19	Baja Calif. Nte	020518UA2110	UMAA 36 Mesa Otay (UMF 36)
	20	Chihuahua	080102UA2110	UMAA 68 Chihuahua (UMF 33)
	21	Jalisco	141609UA2151	UMAA 1 Lagos M (HGZ 7)
	22	Oaxaca	210201UA2151	UMAA Oaxaca (HGZ1)
	23	Querétaro	230146UA2151	UMAA 1 Querétaro (AUT)
C	24	Baja Calif. Sur	030120UA2110	UMAA 1 La Paz (UMF34)
	25	Campeche	040138UA2151	UMAA Campeche (AUT)
	26	Coahuila	050337UA2110	UMAA 89 Saltillo (UMF 89)
	27	Coahuila	050907UA2151	UMAA 90 Torreón (AUT)
	28	Durango	101310UA2110	UMAA 53 Gomez Palacio (UMF 53)
	29	Sonora	270149UA2110	UMAA 68 Hermosillo (UMF 68)
	30	Tamaulipas	291906UA2110	UMAA 39 (UMF 39/UMAA/Reh)
	31	Tamaulipas	291811UA2110	UMAA 76 N Laredo (UMF 76)
	32	Yucatán	330126UA2151	UMAA 1 Mérida (AUT)

CAISN 20 - Índice de subsecuencia en la Consulta de Medicina de Rehabilitación en Unidades de Servicios Médicos de los tres niveles de atención.

Objetivo del indicador	Medir el patrón de comportamiento de la Consulta Externa de Rehabilitación con base en la subsecuencia en los tres niveles de atención para determinar la capacidad resolutiva de la consulta de rehabilitación.			
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de consultas subsecuentes de rehabilitación otorgadas en consulta externa			
	Número de consultas de rehabilitación, de primera vez en el área de consulta externa			
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Sistema de Información Médico Operativo Central (SIMOC) – Motivos de consulta (SUI 27) integrado por la División de Información en Salud.			
Interpretación	<p>Medir la capacidad resolutiva de los servicios de consulta de rehabilitación, en función de estándares de comportamiento esperado en los tres niveles de atención.</p> <p>El resultado por arriba del valor de referencia implica una falta de egreso oportuno; un valor por debajo denota una sobredemanda de consultas de primera vez con egresos a la primera consulta.</p>			
Valor de referencia o meta	2019	1.1 a 2.0	Consultas subsecuentes de Medicina de Rehabilitación por cada consulta de primera vez	
	A partir del 2020	1.0 – 2.0		
Unidad de medida	Razón			
Periodicidad	Mensual	Indicador contabilizado por	Servicio de rehabilitación de la unidad médica de atención	
Rangos de desempeño	Año	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	2019	1.1 a 2.0	<= 1.0	>= 2.1
	A partir del 2020	1.0 – 2.0	< 1.0	> 2.0

CAISN 20 - Índice de subsecuencia en la Consulta de Medicina de Rehabilitación en Unidades de Servicios Médicos de los tres niveles de atención.

Observaciones	<p>Para la construcción del indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se incluirán las Unidades Médicas que la División de Unidades de Rehabilitación, actualice y proporcione a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. ▪ Se excluirá del registro la Unidad Médica: 220141152153 - HT-O Puebla, toda vez que la productividad reportada es de interconsultas a Hospital, no cuenta con área de consulta externa. ▪ Deberá efectuarse por Unidad Médica, por Delegación, y UMAE (La UMFR Villa Coapa pertenece a la Delegación DF Sur). • La definición de consulta para los servicios de rehabilitación es la evaluación médica del estado de salud de un derechohabiente, realizada en un consultorio, por el médico no familiar que, mediante un interrogatorio, exploración e interpretación de auxiliares de diagnóstico, integran un diagnóstico y pronostico funcionales, así como un plan y objetivos de tratamiento, registrada en una nota médica donde se identifique al médico tratante mediante nombre, matrícula y firma. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la División de Rehabilitación de la Coordinación de Atención Integral en el Segundo Nivel, que revisa y autoriza los resultados para la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Gestión

CAISN 21 - Promedio de consultas por hora/médico en los servicios de Medicina Física y Rehabilitación en los tres niveles de atención.			
Objetivo del indicador	Medir el desempeño del Médico en consulta, en función del número de consultas otorgadas en el tiempo asignado, para orientar la toma decisiones que favorezcan la eficiencia del servicio.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Número de consultas otorgadas de rehabilitación en consulta externa</p> <hr/> <p>Total de horas trabajadas por el Médico de rehabilitación, en el área de consulta externa</p>		
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador: Sistema de Información Médico Operativo Central (SIMOC-Motivos de consulta SUI 27).</p> <p>Denominador: DataMart de Estadísticas Médicas para primer nivel de atención y Sistema de Información Médico Operativo Central (SIMOC) para segundo y tercer nivel de atención horas trabajadas, integrado por la División de Información en Salud.</p>		
Interpretación	<p>El indicador por debajo de lo esperado implica que la productividad del Médico es baja y puede afectar la oportunidad de atención a pacientes en espera, o es elevada y puede afectar la calidad de la atención, en estos casos, deben tomarse acciones de mejora en el proceso, entre las que destacan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adecuada referencia a los servicios de Medicina Física y rehabilitación. • Cumplimiento de objetivos de tratamiento y justificación de estancia en el servicio. • Programación correcta y oportuna de consulta. • Gestión de recursos humanos, insumos e infraestructura. • Registro correcto y oportuno de fuentes primarias. 		
Valor de referencia o meta	2.50 – 4.00		
Unidad de medida:	Promedio		
Periodicidad	Mensual	Indicador contabilizado por	Servicio de rehabilitación de la unidad médica de atención

CAISN 21 - Promedio de consultas por hora/médico en los servicios de Medicina Física y Rehabilitación en los tres niveles de atención.			
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	2.50 - 4.00	1.80 - 2.49	< 1.80 o > 4.00
Observaciones	Para la construcción del indicador, se incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Las unidades médicas que la División de Unidades de Rehabilitación actualice en su catálogo y proporcione a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para evaluación. ▪ En el numerador se contabilizarán únicamente, las consultas otorgadas en las áreas de consulta externa de Medicina de Rehabilitación. Para la construcción del indicador, se excluyen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Las interconsultas en el área de hospitalización, así como el tiempo para la realización de las mismas. ▪ Se excluirá del registro la Unidad Médica: 220141152153 - HT-O Puebla, toda vez que la productividad reportada es de interconsultas a hospital, no cuenta con área de consulta externa. ▪ En el denominador, las horas empleadas para la realización de los estudios de electrodiagnóstico, electromiografía y potenciales evocados. ▪ Deberá efectuarse por Unidad Médica, por Delegación y UMAE (La UMFR Villa Coapa pertenece a la Delegación DF Sur). 		
	Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la División de Rehabilitación de la Coordinación de Atención Integral en el Segundo Nivel, que revisa y autoriza los resultados para la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Gestión

CAISN 22 - Promedio de Sesiones de Fisioterapia por Terapista Físico por día en Unidades Médicas de los tres niveles de atención.			
Objetivo del indicador	Medir el desempeño del personal de terapias, en función del número de sesiones que se otorgan por día, para orientar la toma de decisiones que favorezcan la eficiencia del servicio.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de sesiones de terapia física realizadas en el servicio de rehabilitación / Días hábiles		
	Total de terapistas físicos adscrito a la Unidad Médica		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: DataMart de Estadísticas Médicas Denominador: Sistema de Integral de Administración de Personal, suma de plazas ocupadas de Terapista Físico jornada 60 y 80		
Interpretación	Un valor menor al de referencia indica baja referencia de pacientes al servicio o bien un subregistro de sesiones. En tanto que un valor mayor, significa sobrecarga de pacientes en detrimento de la calidad de la fisioterapia o que existe un sobre registro. Por lo cual se debe: supervisar el adecuado registro, evitar el registro de procedimientos (ver definición), verificar aspectos de seguridad del paciente y efectividad de tratamiento.		
Valor de referencia o meta	28 - 38		
Unidad de medida:	Promedio		
Periodicidad	Mensual	Indicador contabilizado por	Servicio con personal de Terapia Física de la unidad médica de atención
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	28 - 38	17 - 27	<= 16 o >= 39
Observaciones	Procedimiento Terapéutico de Rehabilitación: Acción manual o instrumentada que realiza el terapista al paciente, en apego a la prescripción del médico tratante. Sesión Terapéutica: Tratamiento que se otorga por día de asistencia a un paciente por el terapista en un área física, consistente en uno o más procedimientos terapéuticos.		

CAISN 22 - Promedio de Sesiones de Fisioterapia por Terapista Físico por día en Unidades Médicas de los tres niveles de atención.

Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Rehabilitación de la Coordinación de Atención Integral en el Segundo Nivel, que envía a la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

CAISN 23 - Razón de muerte materna hospitalaria por 100,000 Nacidos Vivos.

Objetivo del indicador	<p>Medir el riesgo de morir por complicaciones obstétricas (directa) y no obstétricas (indirectas) que complican el embarazo, el parto y el puerperio (42 días siguientes a la terminación del embarazo), en las mujeres derechohabientes del IMSS, para evaluar el impacto de las acciones realizadas por el personal de salud operativo y directivo durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el puerperio, así como el estado de salud de las embarazadas.</p>		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Defunciones maternas directas e indirectas, en población derechohabiiente, ocurridas en Unidades Médicas del régimen obligatorio del IMSS, durante el embarazo, el parto y puerperio, distribuidas por lugar de adscripción (información generada por el Grupo Técnico del Comité Institucional de Estudios en Mortalidad Materna), en un periodo y área geográfica determinado $\times 100,000$</p>		
	<p>Recién nacidos vivos, de población derechohabiiente en Unidades Médicas del IMSS del régimen obligatorio, distribuidos por lugar de adscripción, (previo cotejo DAGOP-DIS), en el mismo periodo y área geográfica</p>		
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador: Comités Institucionales de Estudios en Mortalidad Materna (CIEMM). Denominador: SUI 13 Egresos Hospitalarios.</p>		
Interpretación	<p>Una tasa mayor a la meta, muestra posibles problemas relacionados con la calidad de la atención obstétrica ambulatoria y hospitalaria, la suficiencia de los recursos disponibles para la atención de la demanda, el nivel de salud y la educación de la población para el cuidado de su salud, el uso de los servicios médicos y el apego al tratamiento. Los resultados deben analizarse por periodos anuales o mayores, tomando en cuenta que el numerador (número de muertes maternas), es pequeño en relación con el denominador, lo que ocasiona grandes variaciones cuando se pretende analizar las cifras en lapsos menores.</p>		
Valor de referencia o meta	<p>$\leq 25.0 \times 100,000$ nacidos vivos</p>		
Unidad de medida:	Razón	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	5 puntos

CAISN 23 - Razón de muerte materna hospitalaria por 100,000 Nacidos Vivos.			
Periodicidad	Mensual anualizado	Indicador contabilizado por	Delegación de Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	<= 25.0	25.1 – 27.0	>= 27.1
Observaciones	<p>El Grupo Técnico del Comité Institucional de Estudios en Mortalidad Materna del IMSS (CIEMM-IMSS), proporciona la información referente a las defunciones maternas directas e indirectas, por adscripción.</p> <p>Para la construcción del indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Las defunciones maternas y los recién nacidos, se distribuyen por adscripción. ▪ Se incluyen en el numerador, todas las muertes maternas clasificadas como obstétricas directas e indirectas, ocurridas durante el embarazo, el parto y hasta los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, en derechohabientes del IMSS, ocurridas en hospitales del régimen obligatorio de segundo y tercer nivel, tanto en camas censables como no censables. ▪ Se excluyen del numerador, las defunciones maternas clasificadas como “No relacionadas” y las “muertes maternas tardías” (suceden entre el 43avo día posterior a la interrupción del embarazo y hasta antes del año), por el Grupo Técnico del CIEMM-IMSS, en apego a los criterios de la Secretaría de Salud y de la Organización Mundial de la Salud. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel y envía a la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica para la inclusión en la Evaluación del Desempeño, y la publicación de los resultados en el portal:</p> <p>http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

CAISN 24 - Tasa de mortalidad perinatal por 1,000 nacimientos.

Objetivo del indicador	Medir el riesgo de muerte del feto de 28 semanas de gestación en adelante y del recién nacido hasta los 6 días completos después del nacimiento (6 días, 23 horas y 59 minutos), corresponde a la denominada mortalidad perinatal, para evaluar el resultado de las acciones asistenciales y educativas realizadas durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y la atención del recién nacido.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Nacidos muertos de 28 semanas o más de gestación o de 1,000 gramos y más de peso	más	Las defunciones de recién nacidos vivos que ocurran entre el momento del nacimiento y los primeros 6 días, 23 horas y 59 minutos X 1,000
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador: Certificados de muerte fetal y Certificados de defunción; Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED) IMSS.</p> <p>Denominador: Certificados de muerte fetal. Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED) IMSS + SUI 13 Egresos hospitalarios.</p>		
Interpretación	<p>La tasa mayor a lo esperado implica problemas relacionados con la calidad de: la vigilancia prenatal, la atención obstétrica y neonatal hospitalaria, la suficiencia de los recursos disponibles para la atención de la demanda y los niveles de salud y de educación de la población para el uso de los servicios médicos.</p> <p>La meta se determina con base en el comportamiento histórico institucional.</p>		
Valor de referencia o meta	<= 9.4 defunciones por 1,000 nacimientos		
Unidad de medida:	Tasa por 1,000 nacimientos	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	5 puntos
Periodicidad	Mensual anualizado	Indicador contabilizado por	Delegación de Adscripción

CAISN 24 - Tasa de mortalidad perinatal por 1,000 nacimientos.			
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	<= 9.4	9.5 – 9.6	>= 9.7
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> La mortalidad perinatal, incluye a los nacidos muertos de 28 semanas o más de gestación o de 1,000 gramos y más de peso + las defunciones del recién nacido vivo que ocurran entre el momento del nacimiento y hasta los 6 días, 23 horas y 59 minutos (defunciones fetales de 28 semanas o más de gestación + el total de nacidos vivos). <p>Para la construcción del indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se excluyen del numerador y denominador, los fetos y recién nacidos no derechohabientes al IMSS. El indicador será contabilizado por Delegación de adscripción. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel y envía a la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para inclusión en la Evaluación del Desempeño, así como para la publicación de los resultados en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Calidad	Tipo de indicador	Estratégico

CAISN 25 - Tasa de mortalidad neonatal por 1,000 nacidos vivos.

Objetivo del indicador	Muestra la oportunidad y calidad de la atención de los servicios de salud desde el nacimiento, hasta antes de los 28 días de vida, está relacionado con el grado de desarrollo de una población, así como las acciones que realiza el personal de salud operativo y directivo durante el embarazo, el trabajo de parto y parto.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Las defunciones de recién nacidos vivos que ocurran del nacimiento hasta antes de los 28 días de vida, en población derechohabiente, en Unidades Médicas hospitalarias del régimen obligatorio, por adscripción</p> <p style="text-align: right;">X 1,000</p> <p>Nacidos vivos, de población derechohabiente en Unidades Médicas del IMSS del régimen obligatorio, por adscripción, (previo cotejo DAGOP-DIS) en el mismo periodo y área geográfica</p>		
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador: Certificado de defunción de recién nacidos hasta antes de los 28 días de vida. Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED) IMSS.</p> <p>Denominador: SUI 13 Egresos hospitalarios.</p>		
Interpretación	<p>Su comportamiento epidemiológico, permite identificar problemas o limitaciones en el proceso de atención médica durante la etapa neonatal, en los niveles de salud, así como en los niveles educativos de la población para participar en el cuidado de la salud del recién nacido (RN), lo permite generar acciones de mejora.</p> <p>La tasa mayor a los valores de referencia traduce uno o más problemas relacionados con la calidad de atención neonatal, hospitalaria, la suficiencia de los recursos disponibles, para atención de la demanda, los niveles de salud y la educación de la población para el uso de los servicios médicos.</p> <p>Este indicador se evalúa por la Secretaría de Salud y la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), toda vez que las defunciones neonatales representan casi el 60% a la mortalidad infantil (menor de 1 año).</p> <p>El valor de referencia corresponde a la tasa de mortalidad neonatal nacional alcanzada en el IMSS en el año 2017.</p>		
Valor de referencia o meta	≤ 8.1 por mil nacidos vivos		
Unidad de medida	Tasa por 1,000 nacimientos	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	5 puntos

CAISN 25 - Tasa de mortalidad neonatal por 1,000 nacidos vivos.			
Periodicidad	Mensual anualizado	Indicador contabilizado por	Delegación de Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	<= 8.1	8.2 – 8.4	>= 8.5
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> El indicador se analizará por Delegación de adscripción con información que se genera en la División de Atención Gineco-Obstétrica y Perinatal (DAGOP). El rango esperado corresponde a la tasa de mortalidad neonatal nacional en el IMSS para el año 2017. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel y envía a la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para la inclusión en la Evaluación del Desempeño, y la publicación de los resultados en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

CAISN 26 - Porcentaje de utilización de las áreas quirúrgicas en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA), con Centro de Excelencia Oftalmológica (CEO).			
Objetivo del indicador	Medir el grado de utilización de las áreas quirúrgicas, para llevar a cabo acciones que mejoren la eficacia del servicio.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de intervenciones quirúrgicas realizadas por mes en UMAA		
	Número de intervenciones quirúrgicas esperadas por mes* X 100		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: DataMart Estadísticas Médicas. Denominador: *El número de intervenciones quirúrgicas esperadas es de 300 en el mes para las UMAA, con CEO.		
Interpretación	<p>El desempeño esperado, refleja que el uso de las áreas quirúrgicas es adecuado; el desempeño medio y bajo, indica que los quirófanos son subutilizados y requiere realizar acciones de mejora, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la cartera de servicios quirúrgicos de acuerdo a su capacidad resolutiva. • Gestión directiva de los tres niveles de atención, de acuerdo a las necesidades de la zona, mediante el fortalecimiento del envío directo desde las Unidades de Medicina Familiar. • Apeglo a los criterios de referencia. • Gestión de recursos humanos, insumos y/o infraestructura. • Registro correcto y oportuno de la productividad en las fuentes primarias de información. 		
Valor de referencia o meta	<p>$\geq 85.0\%$ de la capacidad total del área quirúrgica Valor determinado como meta, considerando elementos de capacidad instalada y de productividad</p>		
Unidad de medida	Porcentaje		
Periodicidad	Mensual	Indicador contabilizado por	Atención
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 85.0	70.0 – 84.9	≤ 69.9

CAISN 26 - Porcentaje de utilización de las áreas quirúrgicas en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA), con Centro de Excelencia Oftalmológica (CEO).

Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Sala de operaciones: Local donde se realizan las intervenciones quirúrgicas y aquellos procedimientos de diagnóstico y tratamiento que requieren efectuarse en un local aséptico. (Fuente: NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada). <p>Para la construcción del indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se consideran las áreas quirúrgicas por prototipo arquitectónico, (2 salas de operaciones y 2 salas de procedimientos). ▪ La productividad comprende la realizada en salas quirúrgicas y salas de procedimientos. ▪ No se incluye la productividad quirúrgica de oftalmología. <p>Solo aplica para las UMAA con CEO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Baja California - 020518UA2110- Mesa de Otay (anexa a UMF 36). ▪ Campeche - 040138UA2151 - Campeche (autónoma 14). ▪ Guerrero - 120215UA2110 - Punta Diamante (anexa a UMF 29). ▪ Jalisco - 140113UA2110 - Guadalajara (anexa a UMF 52). ▪ Mex Ote - 150605UA2151 - Tlalnepantla (autónoma 199). ▪ Michoacán - 170308UA2110 - Morelia (anexa a UMF 75). ▪ Nuevo León - 201715UA2151 - Santo Domingo (autónoma 65). ▪ Yucatán - 330126UA2151 - Mérida (autónoma 1). ▪ CDMX Sur - 375578UA2110 - Av. Toluca (anexa a UMF 161). 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, para la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Gestión





VI.

Indicadores del Desempeño de las Coordinaciones Normativas

3. Coordinación de Vigilancia Epidemiológica



CVE 01 - Índice de la notificación inmediata de casos nuevos sujetos a Vigilancia Epidemiológica y Brotes.	
Objetivo del indicador	Medir el cumplimiento en la notificación inmediata, en las Delegaciones y UMAE, de Parálisis Flácida Aguda (PFA), Enfermedad Febril Exantemática (EFE), Síndrome Coqueluchoides (SCL), e Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG), así como de los brotes que se presentan en la comunidad, en guarderías y en las unidades hospitalarias, que afectan o ponen en riesgo la salud de la población, con el fin de tomar acciones oportunas de prevención y control para limitar el daño en la población.
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Se obtiene la media geométrica de los valores obtenidos de la notificación inmediata de cada enfermedad y tipo de brote ocurrido en guarderías, comunidad y nivel hospitalario de acuerdo a lo siguiente:</p> <p><u>Para PFA:</u></p> <p>Número de casos notificados a la jurisdicción sanitaria dentro de las primeras 24 horas, de acuerdo a la fecha del primer contacto con el servicio de salud institucional, registrada en el estudio epidemiológico o sistema de notificación en línea correspondiente; se incluyen los casos de los últimos doce meses, considerando la fecha de inicio de la parálisis flácida</p> <hr/> <p>Total de casos registrados en el sistema especial de Vigilancia Epidemiológica de los últimos doce meses, considerando la fecha de inicio de la Parálisis Flácida</p> <hr/> <p><u>Para EFE:</u></p> <p>Número de casos probables de sarampión o rubéola notificados a la jurisdicción sanitaria correspondiente, dentro de las primeras 24 horas, de acuerdo a la fecha del primer contacto con el servicio de salud institucional registrada en el estudio epidemiológico se incluyen los casos de los últimos doce meses, considerando la fecha de inicio de exantema</p> <hr/> <p>Total de casos registrados en el sistema especial de vigilancia epidemiológica se incluyen los casos de los últimos doce meses, considerando la fecha de inicio de exantema</p> <p>Nota: Se excluyen los casos probables de síndrome de rubéola congénita</p>

CVE 01 - Índice de la notificación inmediata de casos nuevos sujetos a Vigilancia Epidemiológica y Brotes.	
	<p><u>Para SCL:</u></p> <p>Número de casos notificados a la jurisdicción sanitaria correspondiente, dentro de las primeras 24 horas, de acuerdo a la fecha del primer contacto con el servicio de salud institucional registrada en el estudio epidemiológico se incluyen los casos de los últimos doce meses, considerando la fecha de inicio del cuadro clínico</p>
	X 100
	<p>Total de casos registrados en el sistema especial de Vigilancia Epidemiológica de los últimos doce meses, considerando la fecha de inicio del cuadro clínico</p>
	<p><u>Para IRAG:</u></p> <p>Número de casos IRAG, notificados en el Sistema de Notificación en Línea para la Vigilancia Epidemiológica de Influenza (SINOLAVE), dentro de las primeras 24 horas, se incluyen los casos de los últimos doce meses, considerando la fecha de inicio del cuadro clínico</p>
	X 100
	<p>Total de casos IRAG registrados por delegación notificante en el Sistema de Notificación en Línea para la Vigilancia Epidemiológica de Influenza (SINOLAVE)</p>
	<p>Nota:</p> <p>Si se obtienen valores inconsistentes en el producto de la sustracción entre las fechas, quedan excluidos del numerador</p>
	<p><u>Para brotes:</u></p> <p>Número de brotes notificados a la jurisdicción sanitaria correspondiente dentro de las primeras 24 horas, de acuerdo a la fecha del inicio del brote y registrada en el estudio de brote</p>
	X 100
	<p>Total de brotes registrados en el Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica</p>
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador y denominador: Sistemas especiales de Vigilancia Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.</p>

CVE 01 - Índice de la notificación inmediata de casos nuevos sujetos a Vigilancia Epidemiológica y Brotes.

Interpretación	<p>Este índice permite medir la eficacia del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en los tres Niveles de Atención Médica, en la identificación y notificación inmediata de casos o brotes, (dentro de las primeras 24 horas de haber conocido los casos en las Unidades Médicas de acuerdo con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la Vigilancia Epidemiológica), a la jurisdicción sanitaria y Delegación correspondiente, para la oportunidad del estudio y la aplicación de medidas de prevención y control.</p> <p>Si el valor de referencia se encuentra entre 80.0 a 100%, nos indica que el proceso se está llevando correctamente y deberán continuarse las mismas estrategias.</p> <p>Si el valor de referencia se encuentra entre 60.0 y 79.9%, nos indica que el proceso puede mejorarse, con la difusión a los médicos tratantes de las definiciones operacionales de caso de estos padecimientos sujetos a vigilancia especial.</p> <p>Si el valor de referencia se encuentra con un valor <60.0%, nos indica que no se está cumpliendo en la identificación y notificación inmediata de casos o brotes y la aplicación de medidas de prevención y control; se deberá realizar la difusión a los médicos tratantes de las definiciones operacionales de caso de estos padecimientos sujetos a vigilancia especial; además, de la supervisión operativa en los consultorios, servicios de atención médica continua, urgencias y hospitalización, así como visita a los Médicos que no están cumpliendo con la identificación y notificación.</p>		
	Valor de referencia o meta	80.0 - 100.0	
	Unidad de medida	Proporción	
	Periodicidad	Mensual anualizado	Indicador contabilizado por Atención
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	80.0 - 100.0	60.0 - 79.9	< 60.0

CVE 01 - Índice de la notificación inmediata de casos nuevos sujetos a Vigilancia Epidemiológica y Brotes.

<p>Observaciones</p>	<p>Para la construcción del indicador se excluyen del numerador y denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Para EFE población No derechohabiente. ▪ Para SCL y los ferina población no derechohabiente y casos reportados por la UMAE, los cuales se evaluarán por separado. ▪ Para PFA casos reportados, igual o mayores a 15 años, población no derechohabiente y casos reportados por la UMAE, los cuales se evaluarán por separado. ▪ Para IRAG: las UMAE y las unidades de IMSS Bienestar. ▪ Para brotes: en los hospitalarios, sólo se incluyen los hospitales de Segundo Nivel. <p>Las Delegaciones que reporten cero casos y brotes, serán evaluadas con cero en el componente correspondiente, de acuerdo a los criterios siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cero casos en los últimos doce meses. ▪ Cero brotes en guarderías en los últimos seis meses. ▪ Cero brotes hospitalarios en los últimos tres meses. ▪ Para los padecimientos y casos, el logro nacional es el promedio de las 35 Delegaciones. <p>Para los casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se considera como “Primer Contacto con el Servicio de Salud”, a la fecha en la cual el médico tratante establece un diagnóstico presuntivo de interés epidemiológico y lo registra en el expediente clínico; esa fecha debe consignarse en el estudio epidemiológico o sistema de notificación en línea correspondiente, bajo ese concepto. ▪ La fecha de notificación corresponde al día que se informa a la jurisdicción sanitaria, y ese dato se registra en el estudio epidemiológico, o bien, la generada en el sistema de notificación en línea en el momento de registrar el caso. Entre ambas fechas no debe transcurrir más de 24 horas.
-----------------------------	---

CVE 01 - Índice de la notificación inmediata de casos nuevos sujetos a Vigilancia Epidemiológica y Brotes.

<p>Observaciones</p>	<p><u>Para brotes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La fecha de inicio del brote, se considera a partir de la presencia del segundo caso o el incremento inusual de casos en el mismo día, o ante la presencia de un caso de cualquier padecimiento reemergente y se registra en el formato de estudio de brote EPI-3. No incluye la investigación retrospectiva de los casos. ▪ La fecha de notificación corresponde al día que se informa a la jurisdicción sanitaria, y ese dato se registra en el formato de estudio de brote. Entre ambas fechas, no debe transcurrir más de 24 horas. 		
<p>Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador</p>	<p>Indicador que construye la División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles, misma que revisa y autoriza los resultados para enviarlos a la División de Información Epidemiológica, ambas de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para la publicación en el portal:</p> <p style="text-align: center;">http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
<p>Dimensión del indicador</p>	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

CVE 02 - Tasa de Mortalidad Infantil.			
Objetivo del indicador	Medir el riesgo de morir durante el primer año de vida, para identificar las causas, subgrupos de edad y áreas geográficas con mayor riesgo, a las cuales orientar acciones para su disminución.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de defunciones (causa básica) en niños menores de un año de edad en el periodo de reporte _____ X 1,000 Total de Recién Nacidos Vivos (RNV) en el periodo del reporte		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED) IMSS. Denominador: SUI-13 Egresos hospitalarios.		
Interpretación	Un resultado superior a la meta establecida obliga a analizar las estrategias de prevención y atención dirigidas a la madre y al niño; además, de identificar la necesidad de redirigir acciones para mejorar la calidad de la atención.		
Valor de referencia o meta	≤ 10.8 defunciones en niños menores de un año de edad por 1,000 RNV		
Unidad de medida	Tasa X 1,000 RNV	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	6 puntos
Periodicidad	Mensual anualizado	Indicador contabilizado por	Adscripción
Observaciones	Para la construcción del indicador: <ul style="list-style-type: none"> ▪ En el numerador se incluye el total de las defunciones en niños menores de un año por causa básica en un período especificado y con registro de las opciones-horas, días, meses, en la variable "tipo de edad". ▪ En el denominador se incluye el total de recién nacidos vivos en las unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el período especificado y egresos con registro en la variable "Nacimiento". ▪ Es un indicador de nivel de calidad de vida de una población y se relaciona con el nivel general de desarrollo de un país. ▪ Indicador incluido en el objetivo 3 "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades", de la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030. Nota: La Coordinación Normativa no considera valores de referencia delegacional para evaluación. Los rangos de desempeño aplican para el ámbito nacional. 		

CVE 02 - Tasa de Mortalidad Infantil.

Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles, misma que revisa y autoriza los resultados para enviarlos a la División de Información Epidemiológica, ambas de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para la inclusión en la Evaluación del Desempeño y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

CVE 03 - Porcentaje de Egresos Hospitalarios con diagnóstico de Enfermedades Hipertensivas (EH) con complicaciones, Enfermedad Vascular Cerebral (EVC) y Enfermedad Isquémica del Corazón (EIC).			
Objetivo del indicador	Medir el porcentaje de pacientes con Enfermedades Hipertensivas (EH), que cursaron con Enfermedades Cerebrovasculares (EVC) y/o Enfermedades Isquémicas del Corazón (EIC), en población derechohabiente de 20 años y más, para orientar las acciones dirigidas al control adecuado de los pacientes.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de pacientes con egresos hospitalarios de 20 años y más, con diagnóstico de EH, durante su estancia hospitalaria y de ECV o EIC en cualquier diagnóstico de egreso		
	Total de egresos hospitalarios en derechohabientes de 20 años y más		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Subsistema de egresos hospitalarios (SUI 13).		
Interpretación	Permite identificar la proporción de derechohabientes con enfermedades hipertensivas que cursaron con complicaciones cerebrovasculares y/o isquémicas, lo que traduce indirectamente el control inadecuado de los derechohabientes con diagnóstico de enfermedad hipertensiva, en población derechohabiente de 20 años y más.		
Valor de referencia o meta	≤ 1.00 (obtenido en recorrido intercuartil)		
Unidad de medida	Porcentaje		
Periodicidad	Mensual anualizado	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de Desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤ 1.0	1.01 – 1.49	≥ 1.50

CVE 03 - Porcentaje de Egresos Hospitalarios con diagnóstico de Enfermedades Hipertensivas (EH) con complicaciones, Enfermedad Vascular Cerebral (EVC) y Enfermedad Isquémica del Corazón (EIC).

Observaciones	<p>Para la construcción del indicador se incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Egresos hospitalarios de pacientes con EH (I10-I15) de 20 años y más, en cualquier diagnóstico de la Hoja de Alta Hospitalaria y que hayan cursado con ECV (I60-I67, I69) o EIC (I20-I25). ▪ Tipo de ingreso 1 o 2. ▪ Edad de 20 años y más. <p>Para la construcción del indicador se excluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Egresos en no derechohabientes (primera posición del agregado médico igual a 0 o agregado médico en posiciones 7 y 8 igual a "ND"). ▪ Egresos de Unidad de Medicina Familiar (UMF), Unidad de Medicina Familiar con Hospital (UMFH), Unidad de Medicina Física Y rehabilitación (UMFR), Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA), Hospitales Psiquiátricos, Hospitales Pediátricos, Banco de Sangre, Laboratorio de Citología, Consulta Externa de Centro Médico Nacional de La Raza (CMNLR), Hospitales de Traumatología y Ortopedia. ▪ Egresos hospitalarios subsecuentes en pacientes con más de un egreso por EH y ECV o EIC. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles, misma que revisa y autoriza los resultados para enviarlos a la División de Información Epidemiológica, ambas de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para la publicación en el portal:</p> <p style="text-align: center;">http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de Indicador	Estratégico





VI.

Indicadores del Desempeño de las
Coordinaciones Normativas.

4. Coordinación de Educación en Salud



CES 01 - Porcentaje de cursos de especialización en el Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC) del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).			
Objetivo del indicador	Promover la evaluación de la calidad educativa de los cursos de especialización médica a través de su certificación y recertificación en el PNPC, para determinar acciones de mejora de la calidad educativa.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Número de cursos de especialización médica inscritos de nueva certificación y recertificación en PNPC por sede académica en Delegaciones o UMAE</p> <hr/> <p style="text-align: right;">X 100</p> <p>Número total de cursos de especialización médica en las sedes en Delegaciones y UMAE</p>		
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador: Reporte de casos de especialización medica inscritos, de nueva certificación y recertificación en PNPC por sede académica en Delegación y UMAE, proporcionado por la División de Programas Educativos de la Coordinación de Educación en Salud y por el Padrón del Programa Nacional de Posgrados de Calidad.</p> <p>Denominador: Reporte del total del número de cursos de especialización médica en las sedes en Delegación y UMAE proporcionada por el Sistema Integral de Información de la Coordinación de Educación en Salud (SIICES).</p>		
Interpretación	<p>El PNPC de CONACYT mide la calidad educativa que expresa aspectos cualitativos y cuantitativos que van desde la calidad de los sistemas educativos precedentes, las políticas institucionales para garantizar la profesionalización en materia de educación en salud y el uso eficiente de los recursos institucionales disponibles en la formación de médicos especialistas.</p> <p>El índice debe ser considerado como un parámetro para determinar acciones de mejora de la calidad educativa a través del uso eficiente de los recursos institucionales para la formación de médicos especialistas.</p>		
Valor de referencia o meta	≥ 10.0		
Unidad de medida	Porcentaje		
Periodicidad	Anual (enero)	Indicador contabilizado por	Delegación de adscripción y UMAES

CES 01 - Porcentaje de cursos de especialización en el Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC) del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).			
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	>= 10.0	5.0 - 9.0	< 5.0
Observaciones		<p>Para la construcción del indicador se incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En el numerador: cursos de especialidades médicas inscritos, de nueva certificación y recertificación en el PNPC de una sede académica en caso de Delegación (HGR, HGZ y/o UMF) o bien en caso de UMAE en cualquiera de sus tres modalidades: Reciente creación, en desarrollo, consolidado y de competencia internacional. ▪ En el denominador: se incluye el número total de cursos en las sedes todos los cursos de especialidades médicas de una sede de esa Delegación (HGR, HGZ y UMF) o bien en caso de UMAE. <p>Para la construcción del indicador se excluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cursos en proceso de registro. <p>Otros aspectos necesarios para la construcción</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Para el numerador: Se excluyen el número de cursos de especialización médica registrados previamente en el PNPC por sede académica por Delegación y por UMAE independientemente de la categoría; de reciente creación, en desarrollo, consolidados o de competencia internacional. ▪ Para el denominador: Número total de cursos en las sedes en la Delegación y por UMAE, se incluyen tanto los registrados en PNPC como los que no se han registrado. 	
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la Coordinación de Educación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para su publicación en el portal:</p> <p>http://intranet/datos/infosalud/Paginas/indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Calidad	Tipo de indicador	Estratégico

CES 02 - Porcentaje de satisfacción de alumnos en programas educativos de personal para la salud.			
Objetivo del indicador	Medir el grado de satisfacción de los alumnos en programas educativos para la atención de la salud, para determinar acciones de mejora educativa.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de alumnos de los programas educativos de personal para la salud que respondieron en la encuesta estar satisfechos $\frac{\text{Total de alumnos de los programas educativos de personal para la salud que respondieron la encuesta}}{\text{Total de alumnos de los programas educativos de personal para la salud que respondieron la encuesta}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Registro de los resultados de las encuestas de satisfacción aplicadas a alumnos en programas educativos al final del ciclo de las diferentes áreas.		
Interpretación	Satisfacción con un valor inferior al 90 % implica revisión y análisis de los procesos formativos, que permita establecer programas de mejora y acciones correctivas.		
Valor de referencia o meta	≥ 90.0		
Unidad de medida	Porcentaje		
Periodicidad	Anual / septiembre	Indicador contabilizado por	Delegación y UMAE
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 90.0	80.0 - 89.0	< 80.0
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El indicador se construye a partir de las encuestas aplicadas a los procesos educativos de la Coordinación de Educación en Salud: ▪ Internado Médico, Servicio Social, Enfermería Escolarizada, Cursos Posttécnicos, Enfermería General, Auxiliar Técnico de Enfermería, Cursos Técnicos del Área de la Salud, Residentes, y personal en Desarrollo Profesional Continuo (cuálquiera de sus modalidades, por Unidad Médica y Delegación). 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la Coordinación de Educación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Gestión

CES 03 - Eficiencia terminal de los Cursos de Residencias Médicas.	
Objetivo del indicador	Evaluar la calidad educativa de los Cursos de Especialización Médica a través del número de Médicos Residentes que acreditan el curso de especialización en un ciclo académico mediante diplomación oportuna, para determinar acciones de mejora de la calidad educativa.
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Número de Médicos Residentes que obtienen diploma al final de un ciclo académico en las sedes de las delegaciones y UMAES</p> <hr/> <p style="text-align: right;">X 100</p> <p>Número de Médicos Residentes adscritos al inicio y al final del mismo ciclo académico en las sedes de las delegaciones y UMAES del último año académico de cada especialidad</p>
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador: Sistema Integral de Información de la Coordinación de Educación en Salud (SIICES).</p> <p>Denominador: Sistema Integral de Información de la Coordinación de Educación en Salud (SIICES).</p>
Interpretación	<p>La eficiencia terminal es usada por diferentes instancias educativas (entre ellas la Secretaría de Educación Pública y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) para ingresar al Programa Nacional de Posgrados de Calidad), como un referente importante de la calidad educativa que expresa aspectos cualitativos que van desde la calidad de los sistemas educativos precedentes, las políticas de ingreso, una amplia gama de factores que intervienen en el proceso docente educativo, las políticas institucionales para garantizar la permanencia de los estudiantes y el uso eficiente de los recursos institucionales disponibles en la formación de Médicos Especialistas. La eficiencia terminal es un índice que integra los resultados de la reprobación y deserción, permitiendo en consecuencia, conocer el nivel de desempeño de una sede y Delegación, considerando que su compromiso social en residencias médicas es la formación de Médicos Especialistas que den respuesta a las necesidades institucionales para la atención al derechohabiente.</p> <p>El índice fue construido a través de su comportamiento histórico y, ante resultados de desempeño medio o bajo, debe ser considerado como un parámetro para determinar acciones de mejora de la calidad educativa a través del uso eficiente de los recursos institucionales en la formación de Médicos Especialistas.</p>
Valor de referencia o meta	≥ 90.0

CES 03 - Eficiencia terminal de los Cursos de Residencias Médicas.			
Unidad de medida	Porcentaje		
Periodicidad	Anual (marzo)	Indicador contabilizado por	Delegación de Adscripción
Rangos de Desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	>= 90.0	80.0 - 89.0	< 80.0
Observaciones	<p>Para la construcción del indicador se incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En el numerador: Médicos Residentes que obtienen su diploma institucional al cumplir los siguientes criterios: calificación superior a 70 en escala de 0 a 100, en cada una de las evaluaciones del área cognoscitiva y psicomotora, así como un máximo de dos evaluaciones del área afectiva con calificación inferior a 70 en escala de 0 a 100, durante el último ciclo académico y es aprobada su tesis. ▪ En el denominador: Médicos Residentes del último grado académico de cada especialidad tanto directa como de rama. <p>Para la construcción del indicador se excluye (al final):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Del denominador: Bajas temporales por acumular más del 25% de faltas justificadas (incapacidad laboral demostrada mediante certificado institucional) y bajas definitivas por defunción, además renuncias y bajas académicas por rescisión laboral. <p>Otros aspectos necesarios para la construcción:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Para el numerador: Los profesores Titulares y/o Adjuntos de cada especialidad médica registra(n) en enero del ciclo académico, los resultados de la evaluación y de la tesis en el Sistema Integral de Información de la Coordinación de Educación en Salud (SIICES), con el aval del Coordinador Clínico de Educación e Investigación de Salud (CCEIS) en el caso de las Unidades de Medicina Familiar y Hospitales Generales o bien del Jefe de la División de Educación en Salud (JDES) y/o el Director de Educación e Investigación en Salud (DEIS) en el caso de la UMAE. Una vez capturada la información en el SIICES, la División de Programas Educativos a través del Área de Posgrado (División de Programas Educativos) la valida (en febrero y marzo). ▪ SIICES: Sistema Integral de Información de la Coordinación de Educación en Salud. 		

CES 03 - Eficiencia terminal de los Cursos de Residencias Médicas.

Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para el denominador: Médicos Residentes adscritos al último ciclo académico de cada especialidad. ▪ SIICES: Sistema Integral de Información de la Coordinación de Educación en Salud. ▪ La División de Programas Educativos activa la aplicación electrónica específica para la confirmación de vigencia de los médicos residentes en cada Unidad, a través del CCEIS, JDES y/o DEIS. ▪ La División de Programas Educativos valida la información de Médicos Residentes adscritos en el ciclo académico en mayo. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la Coordinación de Educación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para la publicación en el portal:</p> <p>http://intranet/datos/infosalud/Paginas/indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficiencia	Tipo de Indicador	Estratégico

CES 04 - Aprovechamiento de formación de personal para la salud.

Objetivo del Indicador	Evaluar la eficiencia del aprovechamiento de recursos humanos en formación, que cubrirán las necesidades institucionales anuales para la atención de los derechohabientes.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Número de plazas contratadas al egreso de los cursos de formación}}{\text{Número total de plazas vacantes de los cursos de formación}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador: Reporte de alumnos que egresan de los Cursos Posttécnicos, Enfermera General, Auxiliar de Enfermería General, Cursos Técnicos del área de la salud, y Residencias Médicas del Sistema Integral de Información de la Coordinación de Educación en Salud (SIICES), que emite la División de Programas Educativos de la Coordinación de Educación en Salud.</p> <p>Denominador: Reporte de Necesidades de Formación de la Categoría de Enfermera Especialista, Enfermera General y Auxiliar de Enfermera General, Reporte de Necesidades de Formación del personal técnico del área de la salud y número de plazas vacantes de médicos especialistas: Sistema Integral de Administración de Personal (SIAP).</p>		
Interpretación	El logro esperado representa la eficiencia en el aprovechamiento de los recursos humanos, generados a través de los Cursos Posttécnicos, Enfermería General, Auxiliar de Enfermería General, Cursos Técnicos del área de la salud, y Residencias Médicas impartidos en el IMSS para satisfacer las necesidades de atención a sus derechohabientes.		
Valor de referencia o meta	>= 80.0		
Unidad de medida	Porcentaje		
Periodicidad	Anual (mayo)	Indicador contabilizado por	Delegación
Rangos de Desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	>= 80.0	75.0 - 79.0	< 75.0

CES 04 - Aprovechamiento de formación de personal para la salud.

Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ○ El reporte de alumnos que egresan de los cursos Posttécnicos, Enfermería General y Auxiliar de Enfermería General, impartidos por la División de Programas Educativos, de la Coordinación de Educación en Salud, se construye con el personal que obtiene una calificación aprobatoria y se le entrega el certificado emitido por la Institución educativa que avala el curso para su inscripción en la Comisión Nacional Mixta de Escalafón y Cambio de Rama. ○ El reporte de necesidades de formación de la categoría de Enfermera Especialista, Enfermería General, Auxiliar de Enfermería General, Técnicos de Áreas Afines a la Salud y Posttécnicos de Nutrición, se construyen con la información reportada por las Delegaciones a la Coordinación de Gestión de Recursos Humanos. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la Coordinación de Educación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para la publicación correspondiente en el portal:</p> <p>http://intranet/datos/infosalud/Paginas/indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficiencia	Tipo de indicador	Gestión

CES 05 - Publicaciones en revistas indexadas relacionadas con la Educación y las Humanidades en Salud.			
Objetivo del indicador	Cuantificar el número de publicaciones relacionadas con la Educación y las Humanidades en Salud que genere el personal del IMSS.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de artículos publicados en revistas indexadas, derivadas de investigación relacionadas con la Educación y las Humanidades en Salud, registradas en SIRELCIS y concluidas		
Fuentes oficiales para el cálculo	Informe Anual de Artículos publicados en revistas arbitradas generados a través del Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS).		
Interpretación	La divulgación del nuevo conocimiento derivado de la Investigación en Educación y Humanidades en Salud realizadas por personal de salud en el IMSS, en revistas indexadas, permite posicionar al Instituto como referente en la innovación para la mejora de procesos relacionados con la formación del talento humano y la atención a la salud.		
Valor de referencia o meta	> 2.0		
Unidad de medida	Número absoluto		
Periodicidad	Anual (enero)	Indicador contabilizado por	Delegación de adscripción y UMAE
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	> 2.0	1.0	0.0
Observaciones	<p>Se incluyen los artículos científicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Publicaciones en revistas indexadas Identificados como: Artículo Original, Reporte Corto, Revisión, Narrativas, Estudios de Caso, Caso (s), guías, o resúmenes. ▪ Que sean generadas en el año que se evalúa. ▪ Que sean generados por personal adscrito al Instituto. <p>Se excluyen los artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Publicados en revistas NO indexadas ▪ Identificados como Editorial o Carta al Editor o que NO especifican la adscripción IMSS de los autores. 		

CES 05 - Publicaciones en revistas indexadas relacionadas con la Educación y las Humanidades en Salud.			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la Coordinación de Educación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Resultado	Tipo de indicador	Estratégico

CES 06 - Personal de salud capacitado en el uso de los Recursos Electrónicos de Información en Salud (REIS).				
Objetivo del indicador	Cuantificar el personal de salud que es capacitado en el uso de los recursos electrónicos de información en salud, para diseñar e implementar las estrategias de actualización que propicien la mejora en la toma de decisiones en el ámbito de su competencia.			
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Sumatoria de personal de salud Institucional capacitado en el uso de los recursos electrónicos de información en salud, en modalidad en línea o presencial del ejercicio que se evalúa			
Fuentes oficiales para el cálculo	Informe Oficial del personal de salud institucional que completa su capacitación en el uso de recursos electrónicos de información en salud, emitido por el Sistema de Recursos de Información Sesiones y Talleres (RIST) de la Coordinación de Educación en Salud.			
Interpretación	La capacitación del personal de salud en el uso de Recursos Electrónicos de Información en Salud, propicia el uso efectivo de los mismos y mejora en la toma de decisiones en el ámbito de su competencia.			
Valor de referencia o meta	Nacional	Anual $\geq 1,000$		
Unidad de medida	Número absoluto			
Periodicidad	Anual y trimestral acumulado	Indicador contabilizado por	Nacional, Delegación y UMAE	
Rangos de desempeño:	Nivel	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño bajo
	Nacional	$\geq 1,000$	600 - 999	< 600
Observaciones	Para la construcción del indicador <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se considerará el total de los asistentes que termine la capacitación en línea otorgado por cada una de las editoriales. ▪ Se considerará el total de los asistentes que termine los cursos de capacitación presencial implementados o autorizados por la Coordinación de Educación en Salud. 			

CES 06 - Personal de salud capacitado en el uso de los Recursos Electrónicos de Información en Salud (REIS).			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la Coordinación de Educación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para la publicación correspondiente en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Gestión

CES 07 - Porcentaje de personal del área de la salud de base actualizado en temas prioritarios a través de modalidad presencial y a distancia por unidad médica por delegación y por UMAE.

Objetivo del indicador	Medir el porcentaje de personal del área de la salud de base actualizado en temas prioritarios a través de modalidad presencial y a distancia por unidad médica por delegación y por UMAE		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Personal del área de la salud que finalizaron de forma satisfactoria los cursos autorizados de desarrollo profesional continuo en modalidad presencial y a distancia en temas prioritarios por unidad médica por delegación y por UMAE $\frac{\text{Número de personal de base del área de la salud adscrito por unidad médica por delegación y por UMAE}}{\text{Número de personal de base del área de la salud adscrito por unidad médica por delegación y por UMAE}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Formato EC3 emitido por el Sistema Informático de Programas de Educación Continua (SIPEC) y el Sistema Integral de Educación a distancia (SIED) de la División de Innovación Educativa. Denominador: Plantilla del personal del área de la salud de base de la unidad médica por Delegación y por UMAE.		
Interpretación	Porcentaje del personal de base del área de la salud capacitado en temas prioritarios respecto a la plantilla laboral de la unidad médica de la delegación y de la UMAE.		
Valor de referencia o meta	> 12.5		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	6 puntos
Periodicidad	Semestral (acumulativo)	Indicador contabilizado por	Unidad Médica, Delegación y por UMAE
Rangos de Desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	> 12.5	9.5 - 12.4	< 9.5
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> Para considerar como capacitado al personal, se requiere haber aprobado el curso de capacitación y en el caso de la modalidad presencial estar registrado en el formato EC3. Personal del área de la salud, hace alusión a las categorías contractuales establecidas en el Contrato Colectivo de Trabajo. 		

CES 07 - Porcentaje de personal del área de la salud de base actualizado en temas prioritarios a través de modalidad presencial y a distancia por unidad médica por delegación y por UMAE.

	<ul style="list-style-type: none"> • Fuente de información del proceso manual y electrónico. • Se excluyen del numerador al personal del área de la salud de base que aprobaron cursos extemporáneos y extraordinarios en la modalidad presencial. • En el caso de desastres naturales y que la Unidad Médica sede del curso tenga daño estructural se informará como No Aplica (NA).Se excluyen los cursos en estatus "captura extemporánea EC3" de la modalidad presencial. • Los temas prioritarios son: Enfermedades cardiovasculares y circulatorias, diabetes mellitus, traumatología y ortopedia (musculoesqueléticas), neoplasias malignas, enfermedades de los órganos de los sentidos, enfermedades digestivas, enfermedades respiratorias crónicas, salud reproductiva, condiciones neonatales y anomalías congénitas, desórdenes mentales y de comportamiento, condiciones neurológicas, infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas y enfermedades por vectores. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la Coordinación de Educación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, misma que revisa y autoriza los resultados para inclusión en la Evaluación del Desempeño y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

CES 08 - Porcentaje de cursos de educación continua presencial, efectuados por Unidad Médica, por nivel de atención por delegación y por UMAE.			
Objetivo del indicador	Determinar el porcentaje de cursos de educación continua presencial que se efectúan por unidad médica, por nivel de atención por delegación y por UMAE con el fin de compararlos con los cursos programados para atender las necesidades de actualización y capacitación de su personal de salud.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Número de cursos de educación continua realizados para el personal de base del área de la salud en el semestre, por unidad médica, por delegación y por UMAE}}{\text{Número de cursos de educación continua programados para el personal de base del área de la salud en el semestre, por unidad médica, por Delegación y por UMAE}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador: "Informe de Curso de Educación Continua (EC3) de los cursos en estatus "Captura concluida EC3" en el Sistema Informático de Programas de Educación Continua (SIPEC) del año en curso.</p> <p>Denominador: "Calendarización de Cursos de Educación Continua para el personal del área de salud (EC2)" de los cursos en estatus "Validados CES" y "Autorizados Comisión Nacional Mixta de Capacitación y Adiestramiento (CNMCA)" en el Sistema Informático de Programas de Educación Continua (SIPEC) del año en curso.</p>		
Interpretación	Porcentaje de cursos realizados en un semestre en relación con los cursos programados validados y autorizados, en el mismo periodo, para el personal de base del área de la salud, por Delegación y por UMAE.		
Valor de referencia o meta	> 70.5		
Unidad de medida	Porcentaje		
Periodicidad	Semestral (junio y diciembre)	Indicador contabilizado por	Delegación
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	> 70.5	59.5 - 70.4	< 59.5

CES 08 - Porcentaje de cursos de educación continua presencial, efectuados por Unidad Médica, por nivel de atención por delegación y por UMAE.			
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El reporte semestral no es acumulativo. ▪ Fuente de información de proceso manual y electrónico. ▪ Se excluyen cursos a distancia. ▪ Se excluyen del numerador los cursos en estatus "Captura Extemporánea EC3". ▪ Se excluyen del denominador los cursos fuera de programa, extemporáneos y extraordinarios. ▪ En el caso de desastres naturales y que la unidad médica sede del curso tenga daño estructural, se informará como No Aplica (NA). ▪ Educación continua: proceso constante e intencionado dirigido al personal del área de la salud para que se identifique con la misión institucional, propicie el progreso individual y favorezca el crecimiento personal, debe ser una actividad cotidiana, orientada a responder a necesidades educativas, con una vinculación auténtica de la práctica con la teoría en la interacción cotidiana y real con los pacientes, con un enfoque hacia el desarrollo de competencias. ▪ EC2 "calendarización de Cursos de Educación Continua" <p>Estatus:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Validado CES: Curso de capacitación revisado y validado por las autoridades normativas de la Coordinación de Educación en Salud. ▪ Autorizado CNMCA: Curso validado por la CES y autorizado por la Comisión Nacional Mixta de Capacitación y Adiestramiento. 		
	Indicador que construye la Coordinación de Educación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para su inclusión y publicación correspondiente en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

CES 09 - Variación de personal del área de la salud capacitado a través de cursos de desarrollo profesional continuo durante el año en curso respecto al año previo.

Objetivo del Indicador	Medir la variación anual de personal del área de la salud capacitado a través de cursos de desarrollo profesional continuo en modalidades presencial y a distancia.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de personal del área de la salud capacitado a través de cursos presenciales y a distancia de desarrollo profesional continuo del año en curso		
	Número de personal del área de la salud capacitado a través de cursos presenciales y a distancia de desarrollo profesional continuo durante el año previo		
X 100			
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Formato EC3 emitido por el Sistema Informático de Programas de Educación Continua (SIPEC) y el Sistema Integral de Educación a distancia (SIED) de la División de Innovación Educativa del año en curso. Denominador: Formato EC3 emitido por el Sistema Informático de Programas de Educación Continua (SIPEC) y el Sistema Integral de Educación a distancia (SIED) de la División de Innovación Educativa del año previo.		
Interpretación	El resultado de este indicador nos permite identificar incremento o no en el número de personal del área de la salud capacitado, a través de cursos de desarrollo profesional continuo por unidad médica, delegación y UMAE.		
Valor de referencia o meta	≥ 5.0		
Unidad de medida	Porcentaje		
Periodicidad	Anual	Indicador contabilizado por	Delegación/UMAE y Unidad Médica
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 5.0	1.0 - 4.9	< 1.0

CES 09 - Variación de personal del área de la salud capacitado a través de cursos de desarrollo profesional continuo durante el año en curso respecto al año previo.

Observaciones:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para considerar como capacitado al personal, se requiere haber aprobado el curso de capacitación y en el caso de la modalidad presencial estar registrado en el formato EC3. ▪ Personal del área de la salud, hace alusión a las categorías contractuales establecidas en el Contrato Colectivo de Trabajo. ▪ Fuente de información del proceso manual y electrónico. ▪ Se excluyen del numerador y denominador los asistentes que aprobaron cursos extemporáneos y extraordinarios en la modalidad presencial. ▪ En el caso de desastres naturales y que la Unidad Médica sede del curso tenga daño estructural se informará como No Aplica (NA). ▪ Se excluyen los cursos en estatus “captura extemporánea EC3” de la modalidad presencial. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la Coordinación de Educación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para la publicación correspondiente en el portal:</p> <p style="text-align: center;">http://intranet/datos/infosalud/Paginas/indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficiencia	Tipo de indicador:	Estratégico



VI.

Indicadores del Desempeño de las Coordinaciones Normativas

5. Coordinación de Investigación en Salud



CIS 01 - Número de Publicaciones Científicas generadas por Personal del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).			
Objetivo del indicador	Cuantificar las publicaciones científicas que genera el personal de salud del IMSS.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Sumatoria de Artículos Científicos generados por personal del IMSS y que han sido publicados en revistas médico-científicas arbitradas		
Fuentes oficiales para el cálculo	Informe Oficial Trimestral de Publicaciones Científicas que han sido publicados en revistas médico-científicas arbitradas, generado a través del Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS); administrado por el Área de Evaluación, de la División de Evaluación de la Investigación de la Coordinación de Investigación en Salud.		
Interpretación	Las publicaciones científicas son el estándar internacional para evaluar la calidad de los resultados de investigación y ponerlos a disposición de los usuarios potenciales; este indicador corresponde a los indicadores de resultado del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) e internacionalmente, de la Red de Indicadores de Ciencia y Tecnología (RICyT).		
Valor de referencia o meta	Nacional ¹	Anual >= 1,300; Trimestral acumulado: Marzo >= 325; Junio >= 650; Septiembre >= 975; Diciembre >= 1,300.	
	Delegacional ²	Anual >= 605; Trimestral acumulado: Marzo >= 150; Junio >= 300; Septiembre >= 450; Diciembre >= 605.	
	UMAES ³	Anual >= 735; Trimestral acumulado: Marzo >= 185; Junio >= 370; Septiembre >= 550; Diciembre >= 735.	
Unidad de medida	Número absoluto de Publicaciones Médico Científicas		Ponderación para la Evaluación de Desempeño 2 puntos
Periodicidad	Anual y trimestral acumulado		Nacional, Delegación y UMAE Indicador contabilizado por

CIS 01 - Número de Publicaciones Científicas generadas por Personal del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).				
Rangos de desempeño	Nivel	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Nacional ¹	$\geq 1,170$	$\geq 1,040 \text{ y } < 1,170$	$< 1,040$
	Delegacional ²	≥ 545	$\geq 485 \text{ y } < 545$	< 485
	UMAE's ³	≥ 661	$\geq 588 \text{ y } < 661$	< 588
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> Cada Delegación y UMAE cuenta con metas particulares, según el Grupo de Productividad al que pertenece; esa distribución puede consultarse en la página electrónica de la Coordinación de Investigación en Salud. <p>Se incluyen los artículos científicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Publicados en revistas médico-científicas arbitradas. Identificados como Artículo Original, Reporte Corto, Revisión, Caso (s) Clínico (s), Guía Clínica o Carta Científica. Resúmenes publicados en revistas con factor de impacto. Que son generados en el año inmediato anterior al año que se evalúa. Que son generados por personal adscrito, según corresponda: <ul style="list-style-type: none"> Unidades de Atención Médica, Centros y Unidades de Investigación en Salud en Delegaciones. Unidades Médicas de Alta Especialidad y sus Unidades de Investigación en Salud. <p>Se excluyen los artículos científicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Publicados en revistas de divulgación científica, en revistas no arbitradas. Identificados como Editorial o Carta al Editor. Resumen publicado en Revista sin Factor de Impacto. Que NO especifican la adscripción IMSS de los autores. 			
	<p>¹ Aplica exclusivamente para el indicador institucional a nivel nacional.</p> <p>² Aplica exclusivamente para el indicador institucional correspondiente al conjunto de Delegaciones (Cada Delegación cuenta con metas particulares, según el Grupo de Productividad al que pertenece).</p> <p>³ Aplica exclusivamente para el indicador institucional correspondiente al conjunto de UMAE's (Cada UMAE cuenta con metas particulares, según el Grupo de Productividad al que pertenece).</p>			

CIS 01 - Número de Publicaciones Científicas generadas por Personal del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye el Área de Evaluación, de la División de Evaluación de la Investigación de la Coordinación de Investigación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para su inclusión en la Evaluación del Desempeño y su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

CIS 02 - Porcentaje de Publicaciones Científicas con Factor de Impacto en cuartiles 1 y 2.			
Objetivo del indicador	Cuantificar las publicaciones científicas con Factor de Impacto que genera el personal de salud del IMSS, para conocer la producción científica institucional que cumple con altos estándares de calidad internacional según su ubicación por cuartiles por áreas de conocimiento.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Sumatoria de Artículos Científicos generados por personal del IMSS y que han sido publicados en revistas incorporadas al Journal Citation Reports y que están ubicadas en Cuartiles 1 o 2, según área de conocimiento		
	Sumatoria de Artículos Científicos generados por personal del IMSS y que han sido publicados en revistas incorporadas al Journal Citation Reports		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Informe Oficial Trimestral de Publicaciones Científicas que han sido publicados en revistas médico-científicas arbitradas, con Factor de Impacto, según el cuartil al que pertenecen por área de conocimiento; generado a través del Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS); administrado por el Área de Evaluación, de la División de Evaluación de la Investigación de la Coordinación de Investigación en Salud.		
Interpretación	La calidad de las aportaciones científicas que realiza el personal del IMSS se valida al cumplir con los criterios y estándares internacionales de las revistas que cuentan con el factor de impacto que asigna el Journal Citation Reports (JCR), de acuerdo al número de citas bibliográficas que obtienen los artículos que han sido publicados en cada revista. Las revistas son ordenadas por el factor de impacto obtenido en cada área de conocimiento y son agrupadas en cuartiles, con los que se identifica su contribución e importancia para cada área de conocimiento.		
Valor de referencia o meta	Nacional ¹	60.0	
	Delegacional ²	60.0	
	UMAE's ³	70.0	
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	2 puntos
Periodicidad	Anual y Trimestral Acumulado	Indicador contabilizado por	Nacional, Delegación y UMAE

CIS 02 - Porcentaje de Publicaciones Científicas con Factor de Impacto en cuartiles 1 y 2.

Rangos de desempeño	Nivel	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo	
	Nacional ¹	≥ 54.0	$\geq 48.0 \text{ y } < 54.0$	< 48.0	
	Delegacional ²	≥ 54.0	$\geq 48.0 \text{ y } < 54.0$	< 48.0	
	U M A E's ³	≥ 63.0	$\geq 56.0 \text{ y } < 63.0$	< 56.0	
Observaciones		<p>Se incluyen los artículos científicos:</p> <p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Publicados en revistas indizadas que cuentan con factor de impacto incluido en el Journal Citation Reports ubicadas en Cuartiles 1 o 2 según área de conocimiento. ▪ Identificados como Artículo Original, Reporte Corto, Revisión, Caso (s) Clínico (s), Guía Clínica, Carta Científica o Resumen. ▪ Que son generados en el año inmediato anterior al año que se evalúa. ▪ Que son generados por personal adscrito, según corresponda: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Unidades de Atención Médica, Centros y Unidades de Investigación en Salud en Delegaciones. ▪ Unidades Médicas de Alta Especialidad y sus Unidades de Investigación en Salud. <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Publicaciones científicas incluidas en revistas indizadas en el Journal Citation Reports y que cuentan con Factor de Impacto. ▪ Identificados como Artículo Original, Reporte Corto, Revisión, Caso (s) Clínico (s), Guía Clínica, Carta Científica o Resumen. ▪ Que son generados en el año inmediato anterior al año que se evalúa. ▪ Que son generados por personal adscrito, según corresponda: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Unidades de Atención Médica, Centros y Unidades de Investigación en Salud en Delegaciones. ▪ Unidades Médicas de Alta Especialidad y sus Unidades de Investigación en Salud. <p>Se excluyen artículos científicos:</p> <p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Publicados en revistas indizadas que cuentan con factor de impacto incluido en el Journal Citation Reports y que están incluidos en Cuartiles 3 y 4. 			

CIS 02 - Porcentaje de Publicaciones Científicas con Factor de Impacto en cuartiles 1 y 2.

Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Publicados en revistas NO incluidas en el Journal Citation Reports. ▪ Identificados como Editorial o Carta al Editor. ▪ Que NO especifican la adscripción IMSS de los autores. <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Publicados en revistas NO incluidas en el Journal Citation Reports. ▪ Identificados como Editorial o Carta al Editor. ▪ Que NO especifican la adscripción IMSS de los autores. <p>¹ Aplica exclusivamente para el indicador institucional a nivel nacional. ² Aplica exclusivamente para el indicador institucional correspondiente al conjunto de Delegaciones (Cada Delegación cuenta con metas particulares, según el Grupo de Productividad al que pertenece). ³ Aplica exclusivamente para el indicador institucional correspondiente al conjunto de UMAE's (Cada UMAE cuenta con metas particulares, según el Grupo de Productividad al que pertenece).</p>		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye el Área de Evaluación, de la División de Evaluación de la Investigación de la Coordinación de Investigación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para su inclusión en la Evaluación del Desempeño por Delegación y su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Calidad	Tipo de indicador	Estratégico

CIS 03 - Personal Institucional formado en Investigación en Ciencias de la Salud.			
Objetivo del indicador	Cuantificar al Personal Institucional que completan su formación académica en Diplomados en Investigación, Maestrías y Doctorados en Ciencias de la Salud o Investigación Clínica, para conocer el capital humano formado para desarrollar investigación científica y desarrollo tecnológico de calidad.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Sumatoria de Personal Institucional que completa su formación académica en Diplomados en Investigación, Maestrías y Doctorados en Ciencias de la Salud o Investigación Clínica, adscritos a Delegaciones o UMAE's en el IMSS, del ejercicio que se evalúa		
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Informe Oficial de Personal Institucional que completa su formación académica en Diplomados en Investigación, Maestrías y Doctorados en Ciencias de la Salud o Investigación Clínica, generado a través del Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS) administrado por: i) Programa para Formación de Investigadores y ii) Programa de Capacitación en Investigación Clínica, de la División de Desarrollo de la Investigación de la Coordinación de Investigación en Salud.</p> <p>Informe Oficial de personal médico institucional que completa su formación académica en Diplomados Institucionales de Investigación en Salud documentados con estatus de captura completa en EC-3 de la Coordinación de Educación en Salud.</p>		
Interpretación	Las delegaciones y UMAE's que cumplen con las metas propuestas tienen capital humano institucional con la formación necesaria para desarrollar investigación clínica de calidad.		
Valor de referencia o meta	Maestría y Doctorados	Nacional ¹	Anual >= 60; Semestral acumulado: junio >= 30; diciembre >= 60.
		Delegacional ²	Anual >= 40; Semestral acumulado: junio >= 20; diciembre >= 40.
		UMAE's ³	Anual >= 20 Semestral acumulado: junio >= 10; diciembre >= 20.
	Diplomados	Nacional ¹	Anual >= 100 Semestral acumulado: junio >= 50; diciembre >= 100.
		Delegacional ¹	Anual >= 60; Semestral acumulado: junio >= 30; diciembre >= 60.
		UMAE's ³	Anual >= 40; Semestral acumulado: junio >= 20; diciembre >= 40.

CIS 03 - Personal Institucional formado en Investigación en Ciencias de la Salud.				
Unidad de medida	Número absoluto			
Periodicidad	Anual y Semestral acumulado	Indicador contabilizado por	Nacional, Delegación y UMAE.	
Rangos de Desempeño	Nivel	Desempeño esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	Maestría y Doctorado	Nacional ¹	≥ 54	$\geq 48 \text{ y } < 54$
		Delegacional ²	≥ 36	$\geq 32 \text{ y } < 36$
		UMAE's ³	≥ 18	$\geq 16 \text{ y } < 18$
	Diplomados	Nacional ¹	≥ 90	$\geq 80 \text{ y } < 90$
		Delegacional ²	≥ 54	$\geq 48 \text{ y } < 54$
		UMAE's ³	≥ 36	$\geq 32 \text{ y } < 36$
	Se incluye al Personal Institucional (personal de base o confianza) que completa su formación académica en Cursos de Maestrías y Doctorados en Ciencias de la Salud o Investigación Clínica, cuya adscripción se encuentra en:			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unidades Médicas, Centros y Unidades de Investigación en Salud en Delegaciones. ▪ Unidades Médicas de Alta Especialidad y sus Unidades de Investigación en Salud. 			
	Se incluye personal médico institucional que completa su formación académica en Diplomados Institucionales de Investigación en Salud documentados con estatus de captura completa en EC-3 de la Coordinación de Educación en Salud.			
	<p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alumnos que culminan su formación en Diplomados en Investigación, Cursos de Maestrías y Doctorados en Ciencias de la Salud o Investigación Clínica, que NO son trabajadores del IMSS, ▪ Alumnos que culminan su formación en Diplomados en Investigación, Cursos de Maestrías y Doctorados en Ciencias de la Salud o Investigación Clínica que son becarios del IMSS. ▪ Alumnos que culminan su formación en programas de Maestría o Doctorados de tipo Profesionalizante. 			

CIS 03 - Personal Institucional formado en Investigación en Ciencias de la Salud.

Observaciones	<p>¹Aplica exclusivamente para el indicador institucional a nivel nacional.</p> <p>²Aplica exclusivamente para el indicador institucional correspondiente al conjunto de Delegaciones (Cada Delegación cuenta con metas particulares, según el Grupo de Productividad al que pertenece).</p> <p>³Aplica exclusivamente para el indicador institucional correspondiente al conjunto de UMAE's (Cada UMAE cuenta con metas particulares, según el Grupo de Productividad al que pertenece).</p>		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Desarrollo de la Investigación de la Coordinación de Investigación en Salud misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de Indicador	Gestión

CIS 04 - Investigadores del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores (SNI).		
Objetivo del Indicador	Cuantificar la pertenencia de investigadores Institucionales al SNI, para conocer la calidad de su desempeño, de acuerdo con estándares nacionales.	
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Global (*Aplica para cálculo por Delegaciones y UMAES)	<p>Numerador: Sumatoria de Investigadores del IMSS, que cuentan con nombramiento vigente otorgado por el SNI</p> <p>X 100</p> <p>Denominador: Sumatoria de Investigadores del IMSS que cuentan con calificación curricular como Investigador Institucional vigente</p>
	Investigadores Tiempo Completo** (**Aplica para cálculo Nacional)	<p>Numerador: Sumatoria de Investigadores de Tiempo Completo del IMSS, que cuentan Calificación Curricular IMSS como Asociado C o Superior y con nombramiento vigente otorgado por el SNI</p> <p>X 100</p> <p>Denominador: Sumatoria de Investigadores de Tiempo Completo del IMSS que cuentan con calificación curricular como Investigador Institucional vigente, como Asociado C o Superior</p>
	Investigadores Clínicos*** (**Aplica para cálculo Nacional)	<p>Numerador: Sumatoria de Investigadores Clínicos del IMSS, que cuentan Calificación Curricular IMSS como Asociado C o Superior y con nombramiento vigente otorgado por el SNI</p> <p>X100</p> <p>Denominador: Sumatoria de Investigadores Clínicos del IMSS que cuentan con calificación curricular como Investigador Institucional vigente, como Asociado C o Superior</p>
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador: Informe Oficial de la Calificación Curricular del Personal que incorpora los Resultados de la Convocatoria Anual del SNI del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT); informe que administra el Área de Evaluación de la División de Evaluación de la Investigación de la Coordinación de Investigación en Salud.</p> <p>Denominador: Informe Oficial de la Calificación Curricular del Personal IMSS, que administra el Área de Evaluación de la División de Evaluación de la Investigación de la Coordinación de Investigación en Salud.</p>	

CIS 04 - Investigadores del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores (SNI).

Interpretación	El Instituto cuenta con investigadores con un desempeño de calidad que es reconocido por el CONACyT, a través del SNI, mediante el nombramiento de investigador nacional, que se otorga de acuerdo a una evaluación por pares con sustento en el desempeño.			
Valor de referencia o meta	Global*	Nacional ¹ Delegacional ² UMAE's ³	74 .0	
	Investigadores Tiempo Completo** (**Aplica para cálculo Nacional)	Nacional ¹	100 .0	
	Investigadores Clínicos*** (**Aplica para cálculo Nacional)	Nacional ¹	80 .0	
Unidad de medida	Porcentaje			
Periodicidad	Anual	Indicador contabilizado por	Nacional, Delegación y UMAE. (Porcentaje Global)	
Rangos de Desempeño	Nivel	Desempeño esperado		Desempeño medio
	Global* (*Aplica para cálculo por Delegaciones y UMAES)	Nacional ¹ Delegaciones ² UMAE's ³	>= 66.6	>= 59.2 y < 66.6 < 59.2
	Investigadores Tiempo Completo** (**Aplica para cálculo Nacional)	Nacional ¹	>= 90.0	>= 80.0 y < 90.0 < 80.0

CIS 04 - Investigadores del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores (SNI).

Rangos de Desempeño	Nivel	Desempeño esperado		Desempeño medio	Desempeño bajo
	Investigadores Clínicos*** (**Aplica para cálculo Nacional)	Nacional ¹	>= 72	>= 64 y <72	< 64
Observaciones	Global* (*Aplica para cálculo por Delegaciones y UMAES) Numerador: Se incluyen a Investigadores que cuentan con calificación curricular institucional de investigador vigente y nombramiento del SNI vigente, cuya adscripción se encuentra en: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Unidades de Atención Médica en Delegaciones. ▪ Unidades Médicas de Alta Especialidad. ▪ Centros y Unidades de Investigación en Salud en Delegaciones. ▪ Unidades de Investigación en Salud incluidas en Unidades Médicas de Alta Especialidad. Denominador: Se incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Investigadores que cuentan con calificación curricular institucional de investigador vigente, cuya adscripción se encuentra en: ▪ Unidades de Atención Médica en Delegaciones. ▪ Unidades Médicas de Alta Especialidad. ▪ Centros y Unidades de Investigación en Salud en Delegaciones. ▪ Unidades de Investigación en Salud incluidas en Unidades Médicas de Alta Especialidad. Se excluyen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Numerador: Investigadores con calificación curricular institucional de investigador que NO pertenecen al SNI. ▪ Denominador: Personal Institucional con calificación curricular institucional de investigador NO vigente. 				

CIS 04 - Investigadores del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores (SNI).

<p>Observaciones</p> <p>¹ Aplica exclusivamente para el indicador institucional a nivel nacional.</p> <p>² Aplica exclusivamente para el indicador institucional correspondiente al conjunto de Delegaciones (Cada Delegación cuenta con metas particulares, según el Grupo de Productividad al que pertenece).</p> <p>³ Aplica exclusivamente para el indicador institucional correspondiente al conjunto de UMAE's (Cada UMAE cuenta con metas particulares, según el Grupo de Productividad al que pertenece).</p>	<p>Investigadores Tiempo Completo** (**Aplica para cálculo Nacional)</p> <p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se incluyen a Investigadores de Tiempo Completo que cuentan con calificación curricular institucional de investigador vigente (como Asociado C o Superior) y nombramiento del SNI vigente, cuya adscripción se encuentra en el IMSS. <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se incluyen a Investigadores de Tiempo Completo que cuentan con calificación curricular institucional de investigador vigente (como Asociado C o Superior), cuya adscripción se encuentra en el IMSS. <p>Se excluyen:</p> <p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Investigadores de Tiempo Completo que cuentan con calificación curricular institucional de investigador vigente como Asociado A y Asociado B. ▪ Investigadores con calificación curricular institucional de investigador que NO pertenecen al SNI. <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Investigadores de Tiempo Completo que cuentan con calificación curricular institucional de investigador vigente como Asociado A y Asociado B. <p>¹ Aplica exclusivamente para el indicador institucional a nivel nacional.</p> <p>Investigadores Clínicos *** (**Aplica para cálculo Nacional)</p> <p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se incluyen a Investigadores Clínicos que cuentan con calificación curricular institucional de investigador vigente (como Asociado C o Superior) y nombramiento del SNI vigente, cuya adscripción se encuentra en el IMSS.
---	--

CIS 04 - Investigadores del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores (SNI).

Observaciones	<p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se incluyen a Investigadores Clínicos que cuentan con calificación curricular institucional de investigador vigente (como Asociado C o Superior), cuya adscripción se encuentra en el IMSS. <p>Se excluyen:</p> <p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Investigador Clínicos que cuentan con calificación curricular institucional de investigador vigente como Asociado A y Asociado B. ▪ Investigadores con calificación curricular institucional de investigador que NO pertenecen al SNI. <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Investigador Clínicos que cuentan con calificación curricular institucional de investigador vigente como Asociado A y Asociado B. <p>¹ Aplica exclusivamente para el indicador institucional a nivel nacional.</p>			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye el Área de Evaluación, de la División de Evaluación de la Investigación de la Coordinación de Investigación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para su publicación en el portal:</p> <p>http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>			
Dimensión del indicador	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th data-bbox="360 1241 801 1336">Calidad</th><th data-bbox="801 1241 1160 1336">Tipo de indicador</th><th data-bbox="1160 1241 1450 1336">Estratégico</th></tr> </thead> </table>	Calidad	Tipo de indicador	Estratégico
Calidad	Tipo de indicador	Estratégico		

CIS 05 - Protocolos de Investigación en Salud relacionados a Prevención Primaria de la Salud.				
Objetivo del indicador	Cuantificar los Protocolos de Investigación en Salud registrados para su desarrollo en el Instituto, Mexicano del Seguro Social según su orientación a la Prevención Primaria de la Salud.			
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Sumatoria de Protocolos de Investigación en Salud con Registro Institucional, generados por el personal del IMSS; relacionados a Prevención Primaria de la Salud			
	Sumatoria del total de Protocolos de Investigación en Salud con Registro Institucional generados por el personal del IMSS			
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Informe Oficial de Protocolos de Investigación en Salud con Registro Institucional, generado a través del Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS) administrado por el Área de Evaluación de la División de Evaluación de la Investigación de la Coordinación de Investigación en Salud.			
Interpretación	Las delegaciones que cumplen con las metas propuestas orientan sus actividades de investigación en salud a la Prevención Primaria a la Salud.			
Valor de referencia o meta	Nacional ¹ Delegacional ²	45.0		
Unidad de medida	Porcentaje			
Periodicidad	Anual y trimestral acumulado		Indicador contabilizado por	Nacional, Delegación
Rangos de desempeño	Nivel:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Nacional ¹ Delegacional ²	>= 40.5	>= 36.0 y < 40.5	< 36.0
Observaciones	Numerador: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se incluyen protocolos de investigación en salud con registro institucional relacionado a Prevención Primaria de la Salud, documentados en SIRELCIS al último día hábil del periodo de reporte. Protocolos de Investigación en Salud generados por personal adscrito en: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Unidades Médicas, Centros y Unidades de Investigación en Salud en Delegaciones. 			

CIS 05 - Protocolos de Investigación en Salud relacionados a Prevención Primaria de la Salud.

Observaciones	<p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se incluyen protocolos de investigación en salud con registro institucional documentados en SIRELCIS al último día hábil del periodo de reporte. • Protocolos de Investigación en Salud generados por personal adscrito en: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Unidades médicas, Centros y Unidades de Investigación en Salud en Delegaciones. <p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se excluyen los Protocolo de Investigación en Salud, identificado en SIRELCIS como NO relacionado a Prevención Primaria a la Salud. • Protocolos de Investigación en Salud que no documentaron oportunamente su registro antes del último día hábil del periodo de reporte. <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se excluyen los Protocolos de Investigación en Salud que NO cuenta con un número de registro oficial otorgado oportunamente antes del último día hábil del periodo de reporte, por: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Comité Local de Investigación en Salud. ◦ Comité Nacional de Investigación Científica. <p>Indicador no susceptible de cálculo Unidades Médicas de Alta Especialidad</p> <p>¹ Aplica exclusivamente para el indicador institucional a nivel nacional.</p> <p>² Aplica exclusivamente para el indicador institucional correspondiente al conjunto de Delegaciones (cada Delegación cuenta con metas particulares, según el grupo de productividad al que pertenece)002E</p>		
	<p>Indicador que construye el Área de Evaluación, de la División de Evaluación de la Investigación de la Coordinación de Investigación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para su publicación en el portal:</p> <p style="text-align: center;">http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Gestión

CIS 06 - Protocolos de Investigación en Salud relacionados a temas prioritarios del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Objetivo del indicador	Cuantificar los Protocolos de Investigación en Salud registrados para su desarrollo en el Instituto, Mexicano del Seguro Social según su orientación a los Temas Prioritarios del Instituto Mexicano del Seguro Social.			
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Sumatoria de Protocolos de Investigación en Salud con Registro Institucional, generados por el personal del IMSS; relacionados a Temas Prioritarios del Instituto Mexicano del Seguro Social			
	Sumatoria del total de Protocolos de Investigación en Salud con Registro Institucional generados por el personal del IMSS			
X 100				
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Informe Oficial de Protocolos de Investigación en Salud con Registro Institucional, generado a través del Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS) administrado por el Área de Evaluación de la División de Evaluación de la Investigación de la Coordinación de Investigación en Salud.			
Interpretación	Las Delegaciones y Unidad Médica de Alta Especialidad que cumplen con las metas propuestas orientan sus actividades de investigación en salud a los Temas Prioritarios del Instituto Mexicano del Seguro Social.			
Valor de referencia o meta	Nacional ¹ Delegacional ² UMAES ³			65.0
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño		2 Puntos
Periodicidad	Anual y trimestral acumulado	Indicador contabilizado por		Nacional, Delegación UMAES
Rangos de Desempeño :	Nivel	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Nacional ¹ Delegacional ² UMAES ³	>= 58.5	>= 52.0 y < 58.5	< 52.0

CIS 06 - Protocolos de Investigación en Salud relacionados a temas prioritarios del Instituto Mexicano del Seguro Social.

<p>Observaciones</p>	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se incluyen protocolos de investigación en salud con registro institucional relacionado a prevención primaria de la salud, documentados en SIRELCIS al último día hábil del periodo de reporte. ▪ Protocolos de Investigación en Salud generados por personal adscrito en: Unidades Médicas, Centros y Unidades de Investigación en Salud en Delegaciones y UMAES. <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se incluyen protocolos de investigación en salud con registro institucional documentados en SIRELCIS al último día hábil del periodo de reporte. ▪ Protocolos de Investigación en Salud generados por personal adscrito en: Unidades médicas, Centros y Unidades de Investigación en Salud en Delegaciones y UMAES. <p>Se excluyen:</p> <p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Protocolo de Investigación en Salud, identificado en SIRELCIS como NO relacionado a Prevención Primaria a la Salud. ▪ Protocolos de Investigación en Salud que no documentaron oportunamente su registro antes del último día hábil del periodo de reporte. <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Protocolos de Investigación en Salud que NO cuenta con un número de registro oficial otorgado oportunamente antes del último día hábil del periodo de reporte, por: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comité Local de Investigación en Salud. ▪ Comité Nacional de Investigación Científica.
-----------------------------	--

¹ Aplica exclusivamente para el indicador institucional a nivel nacional.

² Aplica exclusivamente para el indicador institucional correspondiente al conjunto de Delegaciones (Cada Delegación cuenta con metas particulares, según el Grupo de Productividad al que pertenece).

³ Aplica exclusivamente para el indicador institucional correspondiente al conjunto de UMAE's (Cada UMAE cuenta con metas particulares, según el Grupo de Productividad al que pertenece).

CIS 06 - Protocolos de Investigación en Salud relacionados a temas prioritarios del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye el Área de Evaluación, de la División de Evaluación de la Investigación de la Coordinación de Investigación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para su inclusión en la Evaluación del Desempeño y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Gestión

CIS 07 - Protocolos de Investigación en Salud finalizados en publicación.

Objetivo del indicador	Estimar el porcentaje de protocolos registrados por el personal de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que culminan su desarrollo con la publicación de artículos científicos.	
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Sumatoria de Artículos Científicos generados por personal del IMSS y que han sido publicados en revistas médico-científicas arbitradas</p> <p style="text-align: right;">X 100</p> <p>Sumatoria del total de Protocolos de Investigación en Salud con Registro Institucional generados por el personal del IMSS</p>	
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador:</p> <p>Informe Oficial Trimestral de Publicaciones Científicas que han sido publicados en revistas médico-científicas arbitradas, generados a través del Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS) administrado por el Área de Evaluación, de la División de Evaluación de la Investigación de la Coordinación de Investigación en Salud.</p> <p>Denominador:</p> <p>Informe Oficial de Protocolos de Investigación en Salud con Registro Institucional, generado a través del Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS) administrado por el Área de Evaluación de la División de Evaluación de la Investigación de la Coordinación de Investigación en Salud.</p>	
Interpretación	Estima que las Delegaciones y UMAE's que cumplen con las metas propuestas publican los resultados de los protocolos de investigación en salud registrados en el Instituto.	
Valor de referencia o meta	Nacional En Delegaciones UMAES	>= 30.0 >= 25.0 >= 30.0
Unidad de medida:	Porcentaje	

CIS 07 - Protocolos de Investigación en Salud finalizados en publicación.

Periodicidad	Anual	Indicador contabilizado por	Delegación, Nacional y UMAE
Rangos de Desempeño	Nivel	Desempeño esperado	Desempeño medio
	Nacional ¹	≥ 27.0	$\geq 24.0 \text{ y } < 27.0$
	Delegacional ²	≥ 22.5	$\geq 20.0 \text{ y } < 22.5$
	UMAES ³	≥ 27.0	$\geq 24.0 \text{ y } < 27.0$
Observaciones	<p>Numerador:</p> <p>Se incluyen los artículos científicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Publicados en revistas médico-científicas arbitradas. ▪ Identificados como Artículo Original, Reporte Corto, Revisión, Caso (s) Clínico (s), Guía Clínica o Carta Científica. ▪ Resúmenes publicados en revistas con factor de impacto Que son generados en el año inmediato anterior al año que se evalúa. ▪ Que son generados por personal adscrito, según corresponda: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Unidades de Atención Médica, Centros y Unidades de Investigación en Salud en Delegaciones. ▪ Unidades Médicas de Alta Especialidad y sus Unidades de Investigación en Salud. <p>Se excluyen los artículos científicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Publicados en revistas de divulgación científica, en revistas no arbitradas. ▪ Identificados como Editorial o Carta al Editor. ▪ Resumen publicado en Revista sin Factor de Impacto. ▪ Que NO especifican la adscripción IMSS de los autores. <p>Denominador:</p> <p>Se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Protocolos de investigación en salud con registro institucional documentados en SIRELCIS al último día hábil del periodo de reporte. 		

CIS 07 - Protocolos de Investigación en Salud finalizados en publicación.

Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Protocolos de Investigación en Salud generados por personal adscrito en: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Unidades de Atención Médica, Centros y Unidades de Investigación en Salud en Delegaciones. ▪ Unidades Médicas de Alta Especialidad y sus Unidades de Investigación en Salud. <p>Se excluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Protocolos de Investigación en Salud que NO cuenta con un número de registro oficial otorgado oportunamente antes del último día hábil del periodo de reporte por: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comité Local de Investigación en Salud. ▪ Comité Nacional de Investigación Científica. <p>¹ Aplica exclusivamente para el indicador institucional a nivel nacional.</p> <p>²Aplica exclusivamente para el indicador institucional correspondiente al conjunto de Delegaciones (Cada Delegación cuenta con metas particulares, según el Grupo de Productividad al que pertenece).</p> <p>³Aplica exclusivamente para el indicador institucional correspondiente al conjunto de UMAE's (Cada UMAE cuenta con metas particulares, según el Grupo de Productividad al que pertenece).</p>		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye el Área de Evaluación, de la División de Evaluación de la Investigación de la Coordinación de Investigación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Gestión

CIS 08 - Protocolos de Investigación en Salud registrados en el Comité Nacional de Investigación Científica (CNIC) con colaboraciones extra institucionales.				
Objetivo del indicador	Cuantificar los protocolos de investigación en salud registrados en el CNIC y que tienen colaboración con otras instituciones nacionales o extranjeras.			
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Anual = Sumatoria de Protocolos de investigación que cuentan con colaboración con instituciones nacionales o extranjeras / Sumatoria del total de Protocolos de Investigación en Salud con Registro Institucional del CNIC, generados por el personal del Instituto Mexicano del Seguro Social, (IMSS) × 100			
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y Denominador: Informe Oficial de Protocolos de Investigación en Salud con Registro Institucional del CNIC, generado a través del Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS) administrado por el CNIC de la Coordinación de Investigación en Salud.			
Interpretación	Las Delegaciones y UMAE's que cumplen con las metas propuestas orientan sus actividades de investigación en salud a la colaboración con otras instituciones nacionales o extranjeras.			
Valor de referencia o meta	Nacional 20.0			
Unidad de medida	Porcentaje			
Periodicidad	Anual		Indicador contabilizado por	Nacional
Rangos de desempeño	Nivel	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Nacional	>= 18.0	>= 16.0 y < 18.0	< 16.0

CIS 08 - Protocolos de Investigación en Salud registrados en el Comité Nacional de Investigación Científica (CNIC) con colaboraciones extra institucionales.

	<p>Se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Protocolos de Investigación en Salud dictaminados como Autorizados por el Comité Nacional de Investigación Científica. ▪ Protocolos de investigación en salud con registro institucional documentados en SIRELCIS al último día hábil del periodo de reporte. ▪ Protocolos de Investigación en Salud generados por personal adscrito en: <ul style="list-style-type: none"> Unidades de Atención Médica, Centros y Unidades de Investigación en Salud en Delegaciones. Unidades Médicas de Alta Especialidad y sus Unidades de Investigación en Salud. <p>Se excluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Protocolos de Investigación en Salud dictaminados como Autorizados por Comités Locales Investigación en Salud. ▪ Protocolos de Investigación en Salud que NO cuenta con un número de registro oficial otorgado oportunamente antes del último día hábil del periodo de reporte, por: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comité Nacional de Investigación Científica. <p>¹ Aplica exclusivamente para el indicador institucional a nivel nacional.</p>		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye el Área de Evaluación, de la División de Evaluación de la Investigación de la Coordinación de Investigación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Gestión

CIS 09 - Financiamiento obtenido para el desarrollo de Protocolos de Investigación en Salud, según su origen extra institucional / institucional.				
Objetivo del Indicador	Estimar la relación de número de financiamientos obtenidos para el desarrollo de Protocolos de Investigación en Salud, según su origen extra Institucional / Institucional.			
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Sumatoria de número de financiamientos extra Institucionales obtenidos para el desarrollo de Protocolos de Investigación en Salud _____ Sumatoria de número de financiamientos Institucionales obtenidos para el desarrollo de Protocolos de Investigación en Salud			
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Informe Oficial de Convenios de asignación de recursos y convenios de colaboración de fuentes extra institucionales, administradas por la División de Control y Seguimiento Financiero de la Investigación. Denominador: Informe Oficial de Asignación de recursos derivado de las Convocatorias Institucionales, administrado por la División de Control y Seguimiento Financiero de la Investigación.			
Interpretación	Al incrementar la relación de financiamientos obtenidos para el desarrollo de Protocolos de Investigación en Salud, según su origen extra institucional / institucional, el IMSS amplía su competitividad nacional e internacional para obtener recursos financieros por concurso.			
Valor de referencia o meta	Nacional: ≥ 1			
Unidad de medida	Relación			
Periodicidad	Anual	Indicador contabilizado por	Nacional	
Rangos de desempeño	Nivel	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Nacional	≥ 0.9	$\geq 0.8 \text{ y } < 0.9$	< 0.8

CIS 09 - Financiamiento obtenido para el desarrollo de Protocolos de Investigación en Salud, según su origen extra institucional / institucional.			
Observaciones:	<p>Numerador:</p> <p>Se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de financiamientos obtenidos en instancias extra institucionales de manera directa o a través de participación en convocatorias y los cuales se establecen en los convenios de asignación de recursos o de colaboración, con CONACyT, industria farmacéutica y otras instituciones. <p>Denominador:</p> <p>Se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de financiamientos asignados en las convocatorias derivadas de recursos institucionales. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la División de Control y Seguimiento Financiero de la Investigación, de la Coordinación de Investigación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para su publicación en el portal:</p> <p>http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficiencia	Tipo de indicador:	Gestión

CIS 10 - Índice H de autores de Publicaciones Científicas.			
Objetivo del indicador	Cuantificar el nivel de productividad y de citas de las publicaciones científicas de los autores del Instituto Mexicano del Seguros Social (IMSS) durante un año.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	El cálculo se realiza mediante base de datos bibliográfica InCites de Clarivates Analytics; el método de búsqueda incluye: 1) se selecciona la "Colección Principal de Web of Science", 2) en los criterios de búsqueda se emplea la herramienta de "Organizaciones –Nombre Preferido", 3) se procede a seleccionar "Instituto Mexicano del Seguro Social", 4) en el período a analizar se especifica el año previo al ejercicio a evaluar, 5) se genera el "Informe de Citas"		
Fuentes oficiales para el cálculo	Informe Oficial Anual del Índice H de publicaciones científicas según área de conocimiento; generado a través de información de la base de datos bibliográfica In Cites de Clarivate Analytics, información consultada por la División de Evaluación de la Investigación de la Coordinación de Investigación en Salud.		
Interpretación	El Índice H tiene la ventaja que considera solo las citas del artículo y no la importancia de la revista en la que está publicado, la cual es una medida más realista de la calidad del artículo. De esta manera es mejor para comparar investigadores o institutos con un campo similar de investigación.		
Valor de referencia o meta	Nacional: ≥ 15		
Unidad de medida:	Número absoluto		
Periodicidad	Anual	Indicador contabilizado por	Nacional
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 13.5	$\geq 12.0 \text{ y } < 13.5$	< 12.0
Observaciones	El Indicador de consulta anualmente en la Plataforma de Clarivate Analytics, dentro de la herramienta de solución denominada InCites - Benchmarking.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Evaluación de la Investigación de las Coordinación de Investigación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficiencia	Tipo de indicador	Gestión

CIS11 - Porcentaje de Protocolos de Investigación en Salud con Dictamen emitido por los Comités Locales de Investigación en Salud (CLIS) en < 30 días.				
Objetivo del indicador	Estimar el funcionamiento de los Comités Locales de Investigación en Salud (CLIS) mediante el porcentaje de solicitudes de evaluación de Protocolos de Investigación en Salud que son dictaminadas en < 30 días.			
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de Protocolos de Investigación en Salud dictaminados por los CLIS en < 30 días			
	Número total de Protocolos de Investigación en Salud que son recibidos para su evaluación en los CLIS			
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador y denominador:</p> <p>Informe Oficial de Protocolos de Investigación en Salud con Registro Institucional, generado a través del Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS) administrado por el Área de Evaluación de la División de Evaluación de la Investigación de la Coordinación de Investigación en Salud.</p>			
Interpretación	Los Comités Locales de Investigación en Salud (CLIS) evalúan, emiten recomendaciones para el dictamen, registran y dan seguimiento a los Protocolos de Investigación Científica y desarrollo tecnológico que son generados por personal de salud institucional. Los CLIS realizan sus actividades con apego a la Ley General de Salud y a las disposiciones nacionales e internacionales para la investigación en seres humanos, para su integración, los CLIS obtienen y mantienen actualizado su registro de integración ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).			
Valor de referencia o meta	Nacional ¹ , Delegacional ² y UMAE's ³ :		100.0	
Unidad de medida:	Porcentaje			
Periodicidad	Trimestral / anual		Indicador contabilizado por	Nacional, Delegación y UMAE
Rangos de desempeño	Nivel	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Nacional ¹ Delegaciones ² UMAE's ³	>= 90.0	>= 80.0 y < 90.0	< 80.0

CIS11 - Porcentaje de Protocolos de Investigación en Salud con Dictamen emitido por los Comités Locales de Investigación en Salud (CLIS) en < 30 días.

CIS11 - Porcentaje de Protocolos de Investigación en Salud con Dictamen emitido por los Comités Locales de Investigación en Salud (CLIS) en < 30 días.			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye el Área de Regulación, de la División de Evaluación de la Investigación de la Coordinación de Investigación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para su publicación en el portal:</p> <p style="text-align: center;">http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

CIS 12 - Número de solicitudes de patente presentadas por año.

Objetivo del indicador	Cuantificar el número de solicitudes de patente que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como titular, presenta ante el Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial (IMPI) en un periodo de 12 meses.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número absoluto de Solicitudes de Patente cuyo titular (único o no) es el IMSS		
Fuentes oficiales para el cálculo	Base de datos de la División de Gestión Tecnológica e Innovación (DGTI), documento que emite el Instituto Mexicano de la Propiedad Intelectual (IMPI) como comprobante de la presentación y Sistema de Información de la Gaceta de la Propiedad Industrial (SIGA), propiedad del IMPI.		
Interpretación	El indicador refleja el número absoluto de revelaciones de invención que cumplen con los requisitos necesarios para convertirse en una Solicitud de Patente, por lo que indirectamente también nos habla, no sólo del número de revelaciones de invención, sino también de su calidad.		
Valor de referencia o meta	5.0		
Unidad de medida:	Número absoluto		
Periodicidad	Anual		
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	5.0	4.0	3.0
Observaciones	Es una manera de evaluar la efectividad de diversas acciones efectuadas por la División de Gestión Tecnológica e Innovación (DGTI) que incluyen: campaña para fomentar la innovación al interior del IMSS, capacitación en temas de propiedad industrial y divulgación de los servicios de la División de Gestión Tecnológica e Innovación (DGTI).		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la Coordinación de Investigación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados, envía a la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficiencia / Productividad	Tipo de indicador	Gestión

CIS 13 – Porcentaje de Tesis de Especialidad y Subespecialidad Médicas que son publicadas en Revistas Médico Científicas.			
Objetivo del indicador	Estimar la calidad de las Tesis de Especialidad y Subespecialidad de Médicos Residentes del IMSS, mediante el porcentaje que representa a aquellas que son publicadas en Revistas Médico Científicas.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Número de artículos científicos publicados en Revistas Médico Científicas arbitradas, en donde participan como autores-coautores los Médicos Residentes de Especialidad o Subespecialidad cursada en el IMSS.</p> <p>X 100</p>		
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador:</p> <p>Informe Oficial Trimestral de Publicaciones Científicas que han sido publicados en revistas médico-científicas arbitradas, generado a través del Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS); administrado por el Área de Evaluación, de la División de Evaluación de la Investigación de la Coordinación de Investigación en Salud.</p> <p>Denominador:</p> <p>Informe Oficial de Protocolos de Investigación en Salud con Registro Institucional, generado a través del Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS) administrado por el Área de Evaluación de la División de Evaluación de la Investigación de la Coordinación de Investigación en Salud.</p>		
Interpretación	Las publicaciones científicas son el estándar internacional para evaluar la calidad de los resultados de investigación y ponerlos a disposición de los usuarios potenciales; este indicador permite evaluar la calidad de las Tesis de Especialidad y Subespecialidad que son generadas por Médicos Residentes del IMSS.		
Valor de referencia o meta	Nacional ¹ , Delegacional ² y UMAE's ³		10.0
Unidad de medida	Porcentaje		
Periodicidad	Anual y Trimestral acumulado	Indicador contabilizado por	Nacional, Delegación y UMAE

CIS 13 – Porcentaje de Tesis de Especialidad y Subespecialidad Médicas que son publicadas en Revistas Médico Científicas.

Rangos de desempeño	Nivel	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Nacional ¹ Delegaciones ² UMAE's ³	>= 9.0	>= 8.0 y < 9.0	< 8.0
<p>■ Cada Delegación y UMAE cuenta con metas particulares; esa distribución puede consultarse en la página electrónica de la Coordinación de Investigación en Salud.</p> <p>Se incluyen:</p> <p>Numerador</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Artículos científicos publicados en Revistas Médico Científicas reportadas en el indicador CIS 01 durante el periodo de reporte, en dónde, se identifica como Autor o Coautor a Médicos Residente del IMSS que cursan su Especialidad y Subespecialidad Médica. <p>Denominador</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Se incluyen protocolos de investigación en salud con Registro institucional asignado en el año que se evalúa por CLIS, documentados en SIRELCIS al último día hábil del periodo de reporte; que corresponden a Tesis de Especialidad y Subespecialidad Médica generadas por Médico Residentes del IMSS <p>Se excluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Se excluyen protocolos de investigación en salud con Registro institucional asignado en el año que se evalúa por CLIS, documentados en SIRELCIS al último día hábil del periodo de reporte; que NO corresponden a Tesis de Especialidad y Subespecialidad Médica generadas por Médico Residentes del IMSS 				
<p>¹ Aplica exclusivamente para el indicador institucional a nivel nacional.</p> <p>² Aplica exclusivamente para el indicador institucional correspondiente al conjunto de Delegaciones (Cada Delegación cuenta con metas particulares, según el Grupo de Productividad al que pertenece).</p> <p>³ Aplica exclusivamente para el indicador institucional correspondiente al conjunto de UMAE's (Cada UMAE cuenta con metas particulares, según el Grupo de Productividad al que pertenece).</p>				
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye el Área de Evaluación, de la División de Evaluación de la Investigación de la Coordinación de Investigación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para su publicación en el portal:</p> <p>http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>			
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador		Estratégico

VI.

Indicadores del Desempeño de las Coordinaciones Normativas

6. Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad



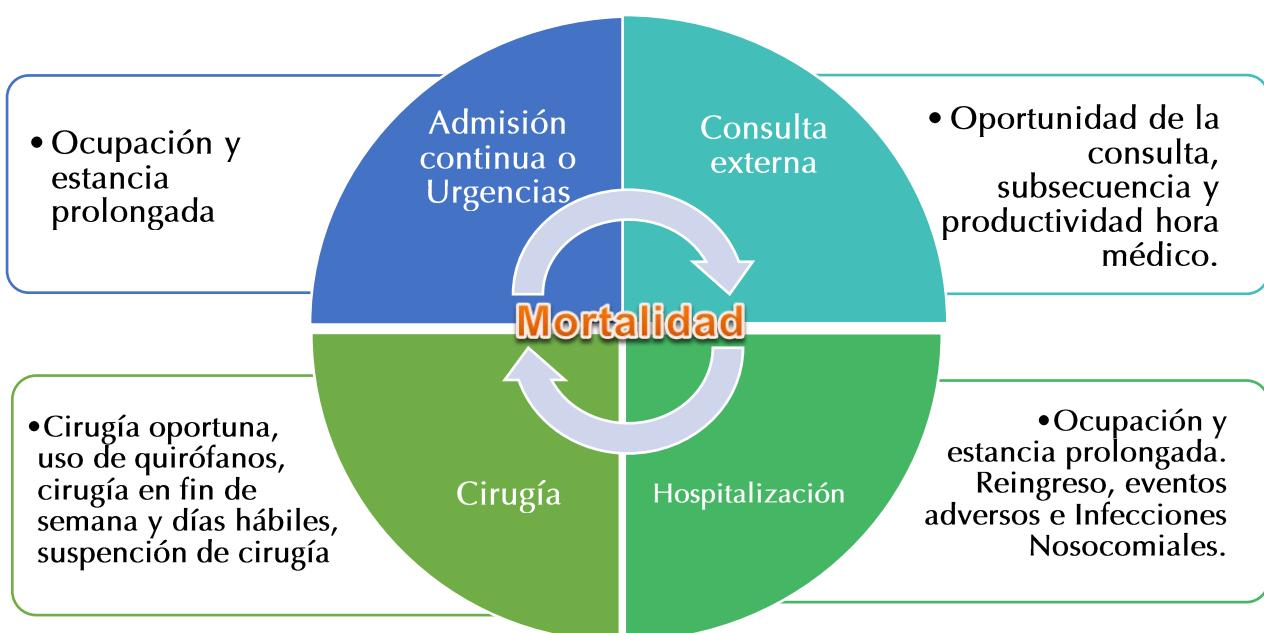
De la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible donde la esencia y el compromiso en el rubro de la Salud es “no dejar a nadie atrás”, surge la necesidad de medir analizar y monitorear las desigualdades existentes en este rubro dentro de una justa equidad social, una salud universal para rendir cuentas sobre este compromiso¹.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) adopta el método de Hanlon para priorizar los programas de Salud en su amplia gama de áreas y se implementa en el Plan Estratégico de la (OPS) 2014-2019, este método mantiene los componentes A (magnitud del problema), B (gravedad del problema) y C (eficacia de la intervención) de la ecuación de Hanlon original y proporciona un enfoque más preciso para la asignación de prioridades a los programas de salud pública relativos al control de enfermedades y a otras áreas programáticas².

Los indicadores constituyen un referente para especificar, en términos cuantitativos y/o cualitativos, las metas o valores de referencia esperadas en los distintos niveles de objetivos de un programa. Con lo anterior, se definen prioridades respecto a cómo lograr los resultados del programa y por tanto, los indicadores permiten acotar las acciones hacia las prioridades necesarias para abordar la solución a la situación o problema que dio paso a su diseño.

Con estos indicadores se pretende monitorear los resultados de cada Unidad Médica de Alta Especialidad, suministrando información consistente y oportuna para adoptar acciones ante posibles desvíos en la consecución de éstos. La normativa en general requiere saber en todo momento en qué situación se encuentra las UMAE con respecto a los objetivos que se ha planteado lograr, y con esto retroalimentar sobre el cumplimiento y metas en relación con la situación previa.

Los indicadores 2019-2024 se seguirán basando en las 4 prioridades:



¹ Mujica OJ, Moreno C. De la retórica a la acción: medir desigualdades en salud para “no dejar a nadie atrás”. Rev Panam Salud Pública 43,2019.

² Bernard CK, Maza R, Mujica OJ. The Pan American Health Organization-adapted Hanlon method for prioritization of health programs. Rev Panam Salud Pública 43,2019.

Los indicadores pasaron por una serie de procesos de evaluación que determinan su funcionalidad y capacidad de responder, específicamente en las acciones de intervención de los diferentes procesos de atención médica, es por ello por lo que para el 2018 a la fecha se eliminaron 3 indicadores que no cumplieron con los criterios suficientes para su permanencia.

Posteriormente se realiza un proceso de priorización, esto es, se determina su nivel de importancia por área prioritaria y transcendencia, particularmente por cada unidad médica de alta especialidad, todo esto con la finalidad de emparejarlas y poder compararlas entre sí. Un ejemplo simple: el Hospital de Especialidades de Monterrey, Nuevo León, tiene un nivel de gestión en Urgencias y Admisión Continua suficiente con sus hospitales de segundo nivel, derivado además por la capacidad en la cartera de servicios que tienen los Hospitales Generales de Zona y Regionales comparado con el Hospital de Especialidades de Occidente en donde los hospitales de segundo nivel se encuentran muy distantes y/o con carteras de servicio que no cubren las necesidades de atención en pacientes que no necesariamente son de alta complejidad. Por lo tanto, la prioridad para el primero es menos relevante que para el segundo y entonces el puntaje de ponderación que se aplicaría es diferente. Ver tabla 1.

Tabla 1. Ponderación por UMAE basado en la priorización de cada unidad.

Unidad	Porcentaje de ocupación en el área de observación de Urgencias		15 indicadores CUMAE + 2 indicadores IAAS	
	Priorización	V.R	Total (Σ) de Priorización	Priorización
H. Especialidades CMN Monterrey	11	80%	335	3.2
H. Especialidades CMN Occidente	22.5	80%	380.25	6

La ponderación se basa en los componentes de magnitud, severidad, eficacia y factibilidad de cada variable³. Si en alguno de los componentes tiene un valor de cero prácticamente se elimina el indicador. Al final la puntuación se rige:

$$(Magnitud + Severidad) \times Eficacia \times Factibilidad = Priorización$$

Posteriormente se obtiene la ponderación mediante la proporcionalidad entre la sumatoria de la priorización de todos los indicadores de una UMAE y el valor de la priorización de cada indicador con base 100 (igualmente conocido como regla de 3):

Indicador CUMAE01 Porcentaje de ocupación en área de observación de urgencias:

Priorización X100 (constante) / Σ de las priorizaciones de todos los indicadores = Ponderación

$$22.5 \times 100 / 380.25 = 6$$

$$11 \times 100 / 335.0 = 3.2$$

³ Instrumento de clasificación de problemas y recursos en salud de Hanlon

Para responder a las necesidades de atención, calidad y seguridad del paciente, usamos la clasificación para cada indicador con base en el tipo de información que proveen (dimensiones) y por tipo de medición propuesta; el uso idóneo de los indicadores requiere valorar si el tipo de información que proveen, resulta útil para una correcta medición del nivel de objetivos al cual hemos asociado, por ello aplicamos los criterios que la Secretaría de Hacienda y Crédito público que recomendó en su última versión para la construcción de la matriz de indicadores para resultados (MIR) 2017-2018.

El valor de referencia (V.R) (no es sinónimo de meta) es el resultado del comportamiento de la recta en una tendencia, valga la redundancia al paso de los años, la tendencia esperada se describe mediante modelos de regresión lineal simple, que comparados con los valores nacionales e internacionales así como la desviación estándar, se obtiene un resultado final que representa el estimador esperado en cada periodo de tiempo, así existe la posibilidad de que estos valores no sean iguales para todos los hospitales, existen unidades de alta especialidad que presentan comportamientos muy favorables de su tendencia lo que obliga a escalar a las unidades hacia mejores alcances hasta llegar a la excelencia y es entonces que ese indicador puede carecer de sentido y justifique su eliminación futura.

CLASIFICACION DE LOS INDICADORES⁴

Dimensiones de indicadores	Definición	Valoración por tipo de información
Eficacia	Mide el grado de cumplimiento de los objetivos o resultados esperados del programa, la cobertura de los productos y servicios que ofrece, y que grupo en específico de la población objetivo del programa se está atendiendo en un periodo determinado de tiempo.	Fin Propósito Componente Actividad
Eficiencia	Relaciona el uso de los recursos disponibles (humanos, financieros, equipamiento, etc.) utilizados con respecto a los productos y servicios entregados de la acción del programa.	Propósito Componente Actividad
Calidad	Mide un atributo específico de la provisión de los bienes y servicios que produce el programa. Referido a la capacidad de respuesta oportuna y directa con respecto a las necesidades de los beneficiarios. En general se contrasta su medición con respecto a estándares previamente establecidos.	Componente

⁴ Construcción de la Matriz de indicadores para resultados (MIR) en: Metodología del marco lógico y matriz de indicadores para resultados. Secretaría de Hacienda y Crédito Público 2017 pp: 58-85.

Valoración por tipo de información	
A nivel de Fin	Se clasifica como indicadores estratégicos y se contemplan aquellos que miden la eficacia para así medir la contribución del programa a objetivos de desarrollo superior.
A nivel de Propósito	Se clasifican como indicadores estratégicos y se permite la utilización de indicadores de eficacia y eficiencia para medir el resultado después de la implementación del programa
A nivel de Componentes	Se clasifican como indicadores de gestión y se usan indicadores de eficacia, eficiencia, y calidad para medir las características de los bienes o servicios que se proveen mediante el programa, su cobertura, el grado de focalización, así como la satisfacción de los beneficios.
A nivel de Actividades	Se clasifican como indicadores de gestión y se utilizan aquellos que miden la eficacia, y eficiencia, denotando el oportuno cumplimiento de la programación de las actividades críticas para la operación del programa.

Tipos de Indicadores según su forma de medición	Definición y/o ejemplo
Medias o promedios	Promedio simple, promedio ponderado, mediana y moda
Ratios o razones	División de dos números expresados en una misma unidad Ambos son independientes
Proporciones	La proporción es cuando la razón asume la forma de una parte dividida entre el universo. Sus resultados son números no enteros, y para una mejor interpretación es mejor mostrar el resultado como porcentaje
Tasas	La tasa se usa cuando el numerador y el denominador de un cociente no tienen las mismas unidades, pero están relacionados de alguna forma
Índices	Miden el comportamiento de una variable en un cierto tiempo a partir de un valor tomado como base

Tabla CUMAE 1

TIPO DE HOSPITAL	NOMBRE	01 Porcentaje de ocupación en el área de observación del servicio de admisión continua o urgencias en Unidades Médicas de Alta Especialidad.		02 Porcentaje de pacientes con estancia prolongada (más de 8 h) en el área de observación en Unidades Médicas de Alta Especialidad		03 Porcentaje de pacientes a quienes se les programa una consulta de especialidad, a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud, en Unidades Médicas de Alta Especialidad		04 Índice de subsecuencia en consulta de especialidad en Unidades Médicas de Alta Especialidad.		05 Promedio de consultas de especialidad por hora /médico en Unidades Médicas de Alta Especialidad.	
		Ponderación	V.R.	Ponderación	V.R.	Ponderación	V.R.	Ponderación	V.R.	Ponderación	V.R.
ESPECIALIDADES	01 HE LR DF	5	< 80	4	≤ 28	7	≥ 95	2	3-5.2	5	2-4
	02 HE SXXI DF	7	< 80	5	≤ 28	9	≥ 95	8	3-4	5	2-4
	03 HE OCC GDL	7	< 80	6	≤ 28	9	≥ 95	9	<5.2	6	2-4
	04 HE MTY	3	< 80	1	≤ 28	7	≥ 95	8	3-5.2	6	2-4
	05 HE TORR	3	< 80	3	≤ 28	10	≥ 95	2	3-5.2	6	2-4
	06 HE PUE	6	< 80	5	≤ 28	9	≥ 95	9	3-5.2	6	2-4
	07 HE LEON	7	< 80	7	≤ 28	9	≥ 95	8	2-5.2	5	2-4
	08 HE OBR	5	< 80	5	≤ 28	8	≥ 95	9	2-4	5	2-4
	09 HE VER	7	< 80	5	≤ 28	9	≥ 95	9	3-4.5	5	2-4
	10 HE MER	7	< 80	5	≤ 28	8	≥ 95	9	3-5.2	6	2-4
GINECOLOGÍA	11 HGO LR DF	2	< 80	3	≤ 28	8	≥ 95	8	≤ 4.85	5	2-4
	12 HGO SXXI DF	2	< 80	3	≤ 28	8	≥ 95	8	2.4-4.8	5	2-4
	13 HGO OCC GDL	4	< 80	3	≤ 28	8	≥ 95	8	≤ 4.85	5	2-4
	14 HGO MTY	4	< 80	3	≤ 28	8	≥ 95	8	2.4-4.8	5	2-4
TRAUMATOLOGIA	16 HTO LV EDO MEX	9	< 80	7	≤ 28	2	≥ 95	2	1-3	5	2-4
	17 HTO PUE	10	< 80	7	≤ 28	2	≥ 95	2	1-3	4	2-4
	18 HTO MTY	9	< 80	7	≤ 28	2	≥ 95	2	1-3	4	2-4
	36 HO VFN DF					8	≥ 95	4	1-3	5	2-4
	37 HTO VFN DF	9	< 80	7	≤ 28	2	≥ 95	2	1-3	4	2-4
PEDIATRÍA	19 HP SXXI DF	6	< 80	5	≤ 28	4	≥ 95	3	< 5.3	12	2-4
	20 HP OCC GDL	6	< 80	4	≤ 28	4	≥ 95	4	< 5.3	12	2-4
CARDIOLOGIA	21 HC SXXI DF	3	< 80	3	≤ 28	7	≥ 95	5	1-3	5	2-4
	22 HC MTY	3	< 80	3	≤ 28	6	≥ 95	4	1-3	5	2-4
GINECO PEDIATRIA	23 HGP LEON	2	< 80	2	≤ 28	7	≥ 95	8	2-2.9	5	2-4
ONCOLOGÍA	25 HO SXXI DF	4	< 80	5	≤ 28	7	≥ 95	11	< 10.5	4	2-4
GENERAL	38 HG LR DF	8	< 80	8	≤ 28	8	≥ 95	2	1.9-2.6	3	2-4
INFECTO	HII LR					9	≥ 95	10	≤ 5.55	12	2-4
PSIQUIATRICOS	HPSI MOR	2019				19	≥ 95	7	3-4	7	1-2
		A partir 2020				29				17	
	HPSI HTA	2019				18	≥ 95	7	3-4	7	1-2
		A partir 2020				29				17	
REHABILITACION	HPSI 22 MTY	2019				18	≥ 95	7	3-4	7	1-2
		A partir 2020				29				17	
	UMFR CTO	2019				10	≥ 95	12	1-2	12	1-2
		A partir 2020				20				37	
	UMFR NTE					31	≥ 95	32	1-2	37	1-2
	UMFR 1 MTY					28	≥ 95	33	1-2	39	1-2

Tabla CUMAE 2

TIPO DE HOSPITAL	NOMBRE	06 Promedio de días estancia en Unidades Médicas de Alta Especialidad.		07 Porcentaje de ocupación hospitalaria en Unidades Médicas de Alta Especialidad		08 Tasa de mortalidad hospitalaria en Unidades Médicas de Alta Especialidad		09 Tasa de letalidad de neonatos en Unidades Médicas de Alta Especialidad		10. Intervalo de sustitución de camas hospitalarias en Unidades Médicas de Alta Especialidad	
		Ponderación	V.R.	Ponderación	V.R.	Ponderación	V.R.	Ponderación	V.R.	Ponderación	V.R.
ESPECIALIDADES	01 HE LR DF	6	≤ 7.8	8	85-95	9	≤ 5			4	< 0.5
	02 HE SXXI DF	8	≤ 7.8	8	85-95	3	≤ 5			6	< 0.5
	03 HE OCC GDL	9	≤ 8.2	9	85-95	4	≤ 5			5	< 0.5
	04 HE MTY	10	≤ 7.8	9	85-95	4	≤ 5			4	< 0.5
	05 HE TORR	7	≤ 8	9	85-95	8	≤ 5			4	< 0.5
	06 HE PUE	9	≤ 8.2	9	85-95	3	≤ 5			2	< 0.5
	07 HE LEON	8	≤ 7.6	8	85-95	4	≤ 5			3	< 0.5
	08 HE OBR	8	≤ 7.8	8	85-95	3	≤ 5			3	< 0.5
	09 HE VER	9	≤ 7.6	8	85-95	4	≤ 5			3	< 0.5
	10 HE MER	9	≤ 7.8	9	85-95	3	≤ 5			3	< 0.5
GINECOLOGÍA	11 HGO LR DF	9	≤ 5	9	85-95	7	≤ 2	6	< 21	3	< 0.5
	12 HGO SXXI DF	9	≤ 5	9	85-95	7	≤ 2	6	< 6	3	< 0.5
	13 HGO OCC GDL	9	≤ 5	9	85-95	7	≤ 2	5	< 21	3	< 0.5
	14 HGO MTY	7	≤ 5	9	85-95	7	≤ 2	5	< 7	3	< 0.5
TRAUMATOLOGIA	16 HTO LV EDO MEX	6	≤ 7	7	85-95	7	≤ 2			5	< 0.5
	17 HTO PUE	6	≤ 7	7	85-95	7	≤ 2			5	< 0.5
	18 HTO MTY	6	≤ 7	8	85-95	7	≤ 2			5	< 0.5
	36 HO VFN DF	7	≤ 7	10	85-95	3	≤ 2			6	< 0.5
	37 HTO VFN DF	6	≤ 7	8	85-95	7	≤ 2			5	< 0.5
PEDIATRÍA	19 HP SXXI DF	10	≤ 8.5	6	85-95	4	≤ 4			5	< 0.5
	20 HP OCC GDL	10	≤ 7.9	6	85-95	4	≤ 4			5	< 0.5
CARDIOLOGIA	21 HC SXXI DF	7	≤ 9.4	6	85-95	10	≤ 5			4	< 0.5
	22 HC MTY	7	≤ 9.4	7	85-95	11	≤ 5			5	< 0.5
GINECO PEDIATRIA	23 HGP LEON	9	≤ 4.7	9	85-95	3	≤ 2	6	< 7	6	< 0.5
ONCOLOGÍA	25 HO SXXI DF	5	≤ 6	6	85-95	7	≤ 5			3	< 0.5
GENERAL	38 HG LR DF	6	≤ 10.4	8	85-95	8	≤ 5			3	< 0.5
INFECTO	HII LR	11	11.8-12.4	6	45-55	6	< 5			10	< 0.5
PSIQUIATRICOS	HPSI MOR	2019 A partir 2020	14	< 20	14	50-80	4	< 5		17	< 0.5
					7					3	
	HPSI HTA	2019 A partir 2020	14	< 20	14	50-80	4	< 5		17	< 0.5
					7					3	
REHABILITACION	HPSI 22 MTY	2019 A partir 2020	14	< 20	14	50-80	4	< 5		17	< 0.5
					7					3	
	UMFR CTO	2019 A partir 2020	17	< 20	17	50-80				16	< 0.5
					20					3	
	UMFR NTE										
	UMFR 1 MTY										

Tabla CUMAE 3

TIPO DE HOSPITAL	NOMBRE	11. Porcentaje de pacientes a quienes se les realiza una cirugía electiva no concertada, a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud, en Unidades Médicas de Alta Especialidad		12 Promedio de cirugías por sala en Unidades Médicas de Alta Especialidad		13. Porcentaje de utilización de las salas de cirugía efectiva en fin de semana en Unidades Médicas de Alta Especialidad		14. Porcentaje de suspensión de cirugías electivas programadas en Unidades Médicas de Alta Especialidad	
		Ponderación	V.R.	Ponderación	V.R.	Ponderación	V.R.	Ponderación	V.R.
ESPECIALIDADES	01 HE LR DF	9	≥ 92	6	≥ 50	10	≥ 75	6	< 5
	02 HE SXXI DF	6	≥ 92	4	≥ 50	7	≥ 75	5	< 5
	03 HE OCC GDL	3	≥ 92	7	≥ 50	7	≥ 75	5	< 5
	04 HE MTY	7	≥ 92	7	≥ 50	5	≥ 75	9	< 5
	05 HE TORR	7	≥ 92	5	≥ 50	8	≥ 75	6	< 5
	06 HE PUE	6	≥ 92	5	≥ 50	4	≥ 75	8	< 5
	07 HE LEON	6	≥ 92	6	≥ 50	4	≥ 75	6	< 5
	08 HE OBR	6	≥ 92	6	≥ 50	5	≥ 75	8	< 5
	09 HE VER	6	≥ 92	6	≥ 50	4	≥ 75	7	< 5
	10 HE MER	6	≥ 92	6	≥ 50	4	≥ 75	7	< 5
GINECOLOGÍA	11 HGO LR DF	5	≥ 92	5	≥ 55	3	≥ 75	7	< 5
	12 HGO SXXI DF	5	≥ 92	5	≥ 55	3	≥ 75	7	< 5
	13 HGO OCC GDL	5	≥ 92	5	≥ 55	3	≥ 75	6	< 5
	14 HGO MTY	5	≥ 92	5	≥ 55	4	≥ 75	7	< 5
TRAUMATOLOGIA	16 HTO LV EDO MEX	4	≥ 92	8	≥ 55	8	≥ 75	8	< 5
	17 HTO PUE	4	≥ 92	8	≥ 55	8	≥ 75	8	< 5
	18 HTO MTY	4	≥ 92	8	≥ 55	8	≥ 75	8	< 5
	36 HO VFN DF	6	≥ 92	9	≥ 55	9	≥ 75	9	< 5
	37 HTO VFN DF	4	≥ 92	8	≥ 55	8	≥ 75	8	< 5
PEDIATRÍA	19 HP SXXI DF	5	≥ 92	5	≥ 50	9	≥ 75	3	< 5
	20 HP OCC GDL	5	≥ 92	5	≥ 50	9	≥ 75	3	< 5
CARDIOLOGIA	21 HC SXXI DF	8	≥ 92	7	≥ 26	7	≥ 75	3	< 5
	22 HC MTY	6	≥ 92	8	≥ 26	9	≥ 75	4	< 5
GINECO PEDIATRIA	23 HGP LEON	4	≥ 92	6	≥ 55	6	≥ 75	5	< 5
ONCOLOGÍA	25 HO SXXI DF	5	≥ 92	6	≥ 44	7	≥ 75	5	< 5
GENERAL	38 HG LR DF	8	≥ 92	5	≥ 44	9	≥ 75	5	< 5
INFECTO	HI LR	4	≥ 92			8	≥ 75	7	< 5
PSIQUIATRICOS	HPSI MOR								
	HPSI HTA								
	HPSI 22 MTY								
REHABILITACION	UMFR CTO								
	UMFR NTE								
	UMFR 1 MTY								

Tabla CUMAE 4

TIPO DE HOSPITAL	NOMBRE	15. Porcentaje de utilización de las salas de cirugía efectiva en días hábiles en Unidades Médicas de Alta Especialidad		IN_AAS 01 Tasa de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud por 1,000 días estancia en Unidades Médicas de Segundo Nivel de atención con 20 camas censables o más, o en Unidades Médicas de Alta Especialidad		IN_AAS 03 Tasa de Neumonía asociada a ventilación mecánica por 1,000 días ventilador en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención con 20 o más camas censables o en Unidades Médicas de Alta Especialidad	
		Ponderación	V.R.	Ponderación	V.R.	Ponderación	V.R.
ESPECIALIDADES	01 HE LR DF	6	≥ 75	9	7.74 - 10.68	4	8.5 - 17.44
	02 HE SXXI DF	8	≥ 75	7	7.74 - 10.68	4	8.5 - 17.44
	03 HE OCC GDL	7	≥ 75	6	7.74 - 10.68	1	8.5 - 17.44
	04 HE MTY	5	≥ 75	9	7.74 - 10.68	6	8.5 - 17.44
	05 HE TORR	6	≥ 75	9	7.74 - 10.68	7	8.5 - 17.44
	06 HE PUE	5	≥ 75	9	7.74 - 10.68	5	8.5 - 17.44
	07 HE LEON	5	≥ 75	9	7.74 - 10.68	5	8.5 - 17.44
	08 HE OBR	6	≥ 75	9	7.74 - 10.68	6	8.5 - 17.44
	09 HE VER	5	≥ 75	8	7.74 - 10.68	5	8.5 - 17.44
	10 HE MER	5	≥ 75	8	7.74 - 10.68	5	8.5 - 17.44
GINECOLOGÍA	11 HGO LR DF	4	≥ 75	9	7.55 - 11.79	7	2.4 - 9.72
	12 HGO SXXI DF	4	≥ 75	9	7.55 - 11.79	7	2.4 - 9.72
	13 HGO OCC GDL	4	≥ 75	9	7.55 - 11.79	7	2.4 - 9.72
	14 HGO MTY	4	≥ 75	9	7.55 - 11.79	7	2.4 - 9.72
TRAUMATOLOGIA	16 HTO LV EDO MEX	8	≥ 75	8	3.85 - 8.26	6	11.20 - 23.41
	17 HTO PUE	8	≥ 75	8	3.85 - 8.26	6	11.20 - 23.41
	18 HTO MTY	8	≥ 75	8	3.85 - 8.26	6	11.20 - 23.41
	36 HO VFN DF	9	≥ 75	9	3.85 - 8.26	6	< 2.4
	37 HTO VFN DF	8	≥ 75	8	3.85 - 8.26	6	11.20 - 23.41
PEDIATRÍA	19 HP SXXI DF	4	≥ 75	12	9.24 - 12.17	7	4.29 - 4.36
	20 HP OCC GDL	4	≥ 75	12	9.24 - 12.17	7	4.29 - 4.36
CARDIOLOGIA	21 HC SXXI DF	7	≥ 75	9	7.86 - 8.74	9	12.01 - 16.50
	22 HC MTY	8	≥ 75	8	7.86 - 8.74	6	12.01 - 16.50
GINECO PEDIATRIA	23 HGP LEON	7	≥ 75	6	4 - 6.68	9	8.27 - 15.31
ONCOLOGÍA	25 HO SXXI DF	7	≥ 75	9	10 - 11.95	9	11.24 - 18.62
GENERAL	38 HG LR DF	6	≥ 75	8	12.72 - 13.77	5	5.34 - 11.71
INFECTO	HI LR	8	≥ 75	7	< 6.5	2	< 2.4
PSIQUIATRICOS	HPSI MOR			19	< 6.5		
	HPSI HTA			19	< 6.5		
	HPSI 22 MTY			19	< 6.5		
REHABILITACION	UMFR CTO			16	< 6.5		
	UMFR NTE						
	UMFR 1 MTY						

CUMAE 01 – Porcentaje de ocupación en el área de observación del servicio de admisión continua o urgencias en Unidades Médicas de Alta Especialidad			
Objetivo del indicador	El aprovechamiento eficiente de la capacidad instalada y disponibilidad de los recursos, que permiten la atención oportuna y de calidad en urgencias o admisión continua, así como tomar acciones oportunas ante la creciente demanda de atención de la población derechohabiente.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de horas paciente en el área de observación de los servicios de urgencias o admisión continua de las Unidades Médicas de Alta Especialidad $\frac{\text{Total de horas paciente en el área de observación de los servicios de urgencias o admisión continua de las Unidades Médicas de Alta Especialidad}}{\text{Total de horas camilla en el servicio de observación de urgencias o admisión continua en Unidades Médicas de Alta Especialidad}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Ingresos: Registro diario servicios urgencias y admisión continua (Forma 4- 30-21/35/17-I y Forma 4-30-21/35/17-E). Parte I (INF_SIMO). A nivel nacional base SIMOEGRURG, integrada de las bases SIMO, por la División de Información en Salud. Denominador: Inventario Físico de Unidades (IFU).		
Interpretación	<p>Mide el porcentaje de camillas del servicio de observación que fueron ocupadas durante el mes que se reporta. Representa la suficiencia del servicio con base a la demanda de la población y la vinculación eficiente con el resto de los servicios hospitalarios. Su interpretación requiere de un análisis profundo y objetivo de los componentes que influyen especialmente en la toma de decisiones médico - clínicas oportunas, el grado de apego a la norma y el tiempo probable de estancia en observación. Para que la estancia de los pacientes en el área de observación pueda ser menor o igual a 12 horas, influyen diversos factores, como: la patología atendida, un diagnóstico clínico oportuno, la disponibilidad de camas en hospitalización, la disponibilidad de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, la disponibilidad de salas de operaciones, así como de los recursos humanos y materiales que se emplean para el manejo de los pacientes de dicho servicio.</p> <p>En caso de presentar un resultado por arriba del 80%, la Unidad deberá evaluar la suficiencia de todos los factores mencionados con anterioridad.</p>		
Valor de referencia o meta	< 80		
Unidad de medida	Proporción	Ponderación en la evaluación por UMAE	Según tipo de hospital (Ver tabla CUMAE 1)

CUMAE 01 – Porcentaje de ocupación en el área de observación del servicio de admisión continua o urgencias en Unidades Médicas de Alta Especialidad			
Periodicidad	Mensual	Tipo de Información para la medición	Componente
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El indicador excluye las Unidades Complementarias. ▪ Para la UMAE Victorio de la Fuente Narváez, sólo se considera el Hospital de Traumatología (35A304152153), por contar con el Servicio de Urgencias. <p>El numerador, excluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Registros que arrojen horas estancias negativas, ej. Ingreso 12/04/2018 a las 15:00 hrs, y egreso el 12/04/2018 a las 10:00 hrs. ▪ Registros que arrojen días estancia negativos o nulos, ej. Ingreso 15/02/2018 y egreso 13/02/2018 o Ingreso 18/03/2018 sin fecha de egreso. ▪ Todos los casos anteriores, se reportarán a la normativa, pero no se contabilizarán en el indicador. <p>El denominador se considera:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En el IFU la variable 60200.- Total de Camas de Urgencias Médicas Observación. ▪ Para los meses de enero a junio, se utilizará el corte IFU, de diciembre del año inmediato anterior; para los meses julio a diciembre, se usará el corte de IFU de junio del año en curso, ambos publicados por la División de Información en Salud en el portal: http://infosalud.imss.gob.mx/ ▪ Total de camillas autorizadas (IFU), por días calendario IMSS del mes de proceso (consultar Glosario), por 24 horas. <p>Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.</p>		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>El Órgano Normativo responsable del análisis del proceso de la atención médica y de solicitar estrategias de mejora es: La Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.</p> <p>Responsables del análisis de los resultados del indicador y del seguimiento a las estrategias de mejora implementadas: Órganos Normativos, Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada y Órganos Operativos.</p> <p>Indicador que integra y publica la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, para la inclusión en la Evaluación del Desempeño de las Unidades Médicas de Alta Especialidad en el portal:</p> <p>http://11.22.41.169/evaluacion14/default2.aspx?origen=infoSalud</p>		
Dimensión del indicador	Eficiencia	Tipo de indicador	Gestión

CUMAE 02 – Porcentaje de pacientes con estancia prolongada (más de 8 h.) en el área de observación en Unidades Médicas de Alta Especialidad.	
Objetivo del indicador	Ofrecer una atención oportuna y eficiente, a todo paciente que acude a los servicios de urgencias o admisión continua, que requiere permanecer en el área de observación debido a una situación de enfermedad que ha sido clasificada por un Médico como urgencia médica; en tanto se estabiliza, sin rebasar un periodo de tiempo de 12 horas para determina la conducta definitiva a seguir.
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Total de pacientes egresados del área de observación de los servicios de admisión continua o urgencias, con estancia de más de 8 horas en UMAE</p> <p>X 100</p> <p>Total de pacientes egresados del área de observación de los servicios de urgencias o admisión continua en UMAE</p>
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Ingresos registro diario servicios urgencias y admisión continua (Forma 4-30-21/35/17-I y Forma 4-30-21/35/17-E). Parte I (INF_SIMO). A nivel nacional base SIMOEGRURG, integrada de las bases SIMO, por la División de Información en Salud.
Interpretación	Medir el porcentaje de pacientes que permanecen en el área de observación por un período de 8 horas o más, en un periodo de tiempo determinado (mensual). Representa la eficiencia del servicio de urgencias o admisión continua en el área de observación, con base en la vinculación oportuna con el resto de los servicios hospitalarios. Un valor por arriba del valor de referencia, refleja la presencia de uno o varios de los factores siguientes: poca disponibilidad de camas en el servicio de hospitalización; insuficiencia de salas de operaciones para cirugías urgentes; ineficiencia en la realización de estudios auxiliares de diagnóstico, y tratamiento o rezago en el otorgamiento de interconsultas de las diversas especialidades. Su interpretación requiere de un análisis profundo y objetivo de los componentes que influyen, especialmente, en la toma de decisiones médico - clínicas oportunas; el grado de apego a la norma y el tiempo probable de estancia en el servicio. Se debe tomar en cuenta, que el tiempo de estancia dependerá del tipo de pacientes y diferentes patologías atendidas, un diagnóstico clínico oportuno, la disponibilidad de los servicios hospitalarios y quirófanos, así como de los recursos humanos y materiales con los que cuente la unidad.
Valor de referencia o meta	<= 28

CUMAE 02 – Porcentaje de pacientes con estancia prolongada (más de 8 h.) en el área de observación en Unidades Médicas de Alta Especialidad.			
Unidad de medida	Proporción	Ponderación en la evaluación por UMAE	Según tipo de hospital (Ver tabla CUMAE 1)
Periodicidad	Mensual	Tipo de Información para la medición	Propósito
Observaciones			<ul style="list-style-type: none"> • La UMAE deberá reportar, únicamente, el logro del mes que se informa. • El Indicador excluye las Unidades Complementarias • Para la UMAE Victorio de la Fuente Narváez, sólo se considera el Hospital de Traumatología (35A304152153), por contar con el Servicio de Urgencias. <p>Tanto en numerador como denominador se excluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Registros que arrojen horas estancias negativas, ej. Ingreso 12/04/2018 a las 15:00 hrs, y egreso el 12/04/2018 a las 10:00 hrs. ▪ Registros que arrojen días estancia negativos o nulos, ej. Ingreso 15/02/2018 y egreso 13/02/2018 o Ingreso 18/03/2018 sin fecha de egreso. ▪ Todos los casos anteriores, se reportarán a la normativa, pero no se contabilizarán en el indicador • Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador			<p>El Órgano Normativo responsable del análisis del proceso de la atención médica y de solicitar estrategias de mejora es: La Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.</p> <p>Responsables del análisis de los resultados del indicador y del seguimiento a las estrategias de mejora implementadas: Órganos Normativos, Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada y Órganos Operativos.</p> <p>Indicador que integra y publica la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, para la inclusión en la Evaluación del Desempeño de las Unidades Médicas de Alta Especialidad en el portal:</p> <p style="text-align: center;">http://11.22.41.169/evaluacion14/default2.aspx?origen=infoSalud</p>
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

CUMAE 03 – Porcentaje de pacientes a quienes se les programa una consulta de especialidad, a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud, en Unidades Médicas de Alta Especialidad.	
Objetivo del indicador	Eficacia de la referencia de atención, en consulta de especialidad de tercer nivel, antes de 20 días hábiles a partir de su solicitud que determina el acceso oportuno al servicio de consulta médica de Segundo a Tercer Nivel de Atención.
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Número de pacientes referidos de primera vez, con cita programada en especialidades en un plazo de 20 días hábiles o menos, a partir de la presentación de la solicitud en la UMAE</p> <p style="text-align: right;">X 100</p> <p>Total de pacientes referidos, para programar una consulta de especialidades de primera vez, a partir de la presentación de la solicitud en la UMAE</p>
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Formato 4-30-8 "Referencia y contrarreferencia de pacientes" capturados en el Sistema de Registro para la Consulta de Especialidades (INDOCE), y/o Informe "Detalle de Oferta.xls del Expediente Clínico Electrónico (ECE), y/o versión 2.9.6 del Módulo de la Consulta Externa (MoCE), o bien el componente de referencia (CR) según el sistema que este activo.
Interpretación	<p>Mide el porcentaje de pacientes a quienes se les otorga una cita de especialidades antes de 20 días hábiles a partir de su solicitud; refleja el tiempo de respuesta para la atención ambulatoria especializada en UMAE. Traduce la proporción de pacientes que son atendidos por primera vez en la consulta de especialidades, en un tiempo menor a 20 días hábiles a partir de que se solicita la consulta en la UMAE.</p> <p>El hecho de programar una consulta de especialidades en un tiempo menor a 20 días hábiles, depende de distintos factores inherentes al proceso de consulta externa de especialidades: 1.Oferta de servicios acorde a la estructura de la UMAE actualizada y ajustada a las necesidades y capacidad de la UMAE en la o las plataformas ECE, MoCE y/o CR; 2.Disponibilidad de citas en las agendas para programar consultas de primera vez; 3.Programación de consultas en los consultorios de especialidades, considerando que normativamente, la duración para las citas de primera vez, es de 30 minutos, y para las citas subsecuentes es de 15 minutos; 4. Un índice de subsecuencia (consultas subsecuentes programadas por cada consulta de primera vez programada), acorde al tipo de hospital y especialidades que se atienden (p. ej.: para la especialidad de Oncología se espera una subsecuencia mayor que en Traumatología);</p>

CUMAE 03 – Porcentaje de pacientes a quienes se les programa una consulta de especialidad, a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud, en Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Interpretación	<p>5. La utilización completa del tiempo 6 o 12 horas, dependiendo del tipo de unidad que se tiene disponible el servicio (consultorio de especialidades), para el otorgamiento de consulta; 6. La adecuada disponibilidad de médicos especialistas que se requiere, así como enfermeras; y, 7. La adecuada disponibilidad de recursos materiales para otorgar consulta. Un valor por debajo de la meta establecida refleja que uno o más de los siete factores antes mencionados, no se cumplen. En caso de existir un resultado por debajo de lo establecido como adecuado, la Unidad debe de realizar un análisis detallado, considerando cada uno de los factores en comento. En caso de que dichos factores cumplan con lo esperado, y aun así se tenga un diferimiento en la consulta de especialidades, se deberá de revisar la regionalización y los acuerdos de gestión vigentes entre la UMAE y las Delegaciones que le envían pacientes para atención ambulatoria, así como valorar la pertinencia de la redistribución de consultorios por especialidad, y la distribución del tiempo para otorgar consulta de las distintas especialidades.</p>		
Valor de referencia o meta	>= 95		
Unidad de medida	Proporción	Ponderación en la evaluación por UMAE	Según tipo de hospital (Ver tabla CUMAE 1)
Periodicidad	Mensual	Tipo de Información para la medición	Componente
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Para la construcción se excluyen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Las consultas de Medicina de Trabajo, Enfermera Materno Infantil, Psicología, Estomatología, Trabajo Social y Nutrición y Dietética. ○ Así como las interconsultas (envíos con 4-30-200/87). ○ Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>El Órgano Normativo responsable del análisis del proceso de la atención médica y de solicitar estrategias de mejora es: La Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.</p> <p>Responsables del análisis de los resultados del indicador y del seguimiento a las estrategias de mejora implementadas: Órganos Normativos, Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada y Órganos Operativos.</p>		

CUMAE 03 – Porcentaje de pacientes a quienes se les programa una consulta de especialidad, a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud, en Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que integra y publica la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, para la inclusión en la Evaluación del Desempeño de las Unidades Médicas de Alta Especialidad en el portal: http://11.22.41.169/evaluacion14/default2.aspx?origen=infoSalud		
Dimensión del indicador	Calidad	Tipo de Indicador	Gestión

CUMAE 04 – Índice de subsecuencia en consulta de especialidad en Unidades Médicas de Alta Especialidad.	
Objetivo del Indicador	Contar con un servicio de consulta externa eficaz donde la capacidad resolutiva en la atención médica de especialidad se vea reflejada aunada a la demanda de consulta de primera vez versus la subsecuente.
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de consultas subsecuentes de especialidad en UMAE
	Número de consultas de especialidad de primera vez en UMAE
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Sistema Médico Operativo Central (SIMOC), de la Consulta Externa. A nivel nacional integrada por la División de Información en Salud.
Interpretación	<p>Medir el número de consultas de especialidad subsecuentes, que se otorgan por cada consulta de primera vez. Representa la eficiencia del servicio de la consulta de especialidades y la proporción de pacientes que son atendidos de manera subsecuente; por lo tanto, un resultado por fuera del rango establecido, y tomando en cuenta estándares de comportamiento esperado por tipo de unidad y especialidad analizada, refleja la baja capacidad resolutiva del consultorio, aunado a una demanda distinta a la esperada en la consulta de primera vez.</p> <p>Se enriquece su interpretación al considerar conjuntamente el promedio de consultas por consultorio, y la oportunidad en la programación de la consulta, la cual dependerá de distintos factores inherentes al proceso de consulta externa de especialidades, como son:</p> <p>Disponibilidad de citas en las agendas para la programación de la consulta; programación de consultas en los consultorios de especialidades, considerando que normativamente, la duración para las citas subsecuentes es de 15 minutos, y para las de primera vez es de 30 minutos; un índice de subsecuencia (consultas subsecuentes programadas por cada consulta de primera vez programada), acorde al tipo de hospital y las especialidades que se atienden (p. ej.: para la especialidad de Oncología, se espera una subsecuencia mayor que en Traumatología); la utilización completa del tiempo 6 o 12 horas, (depende del tipo de Unidad), que se tiene disponible el servicio (consultorio de especialidad), para el otorgamiento de consulta; la adecuada disponibilidad de Médicos Especialistas de todas las disciplinas que se requieren en la Unidad así como del personal de enfermería, y la adecuada disponibilidad de recursos materiales para otorgar consulta.</p>

CUMAE 04 – Índice de subsecuencia en consulta de especialidad en Unidades Médicas de Alta Especialidad.			
Valor de referencia o meta	Varía según tipo de hospital. (Ver tabla CUMAE 1)		
Unidad de medida	Razón	Ponderación en la evaluación por UMAE	Según tipo de hospital (Ver tabla CUMAE 1)
Periodicidad	Mensual	Tipo de Información para la medición	Propósito
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> Los pacientes de urgencias o admisión continua que sean citados a la consulta externa deben registrarse como otorgados de primera vez. La UMAE deberá reportar únicamente el logro del mes que se informa. Se excluyen las consultas de Medicina del Trabajo, Psicología, Nutrición y Dietética, Estomatología, Trabajo Social, Enfermera Materno – Infantil y Epidemiología. El indicador se reconstruirá mes a mes con base a la recuperación de información que realice la DIS, pero no se volverá a calcular la evaluación. Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>El Órgano Normativo responsable del análisis del proceso de la atención médica y de solicitar estrategias de mejora es: La Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.</p> <p>Responsables del análisis de los resultados del indicador y del seguimiento a las estrategias de mejora implementadas: Órganos Normativos, Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada y Órganos Operativos.</p> <p>Indicador que integra y publica la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, para la inclusión en la Evaluación del Desempeño de las Unidades Médicas de Alta Especialidad en el portal:</p> <p style="text-align: center;">http://11.22.41.169/evaluacion14/default2.aspx?origen=infoSalud</p>		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

CUMAE 05 – Promedio de consultas de especialidad por hora/médico en Unidades Médicas de Alta Especialidad.			
Objetivo del indicador	Conocer el nivel de productividad de los consultorios de especialidad de las UMAE, para que, en caso de presentar resultados por debajo de la meta, se establezcan las acciones correspondientes para incrementar la eficiencia del servicio.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de consultas de especialidad otorgadas al mes en una UMAE Total de horas trabajadas en consulta de especialidad en un mes en UMAE		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Sistema Medico Operativo Central (SIMOC), de la Consulta Externa. A nivel nacional integrada por la División de Información en Salud.		
Interpretación	<p>Medir el número de consultas de especialidad, que en promedio se otorgan en cada consultorio, da cuenta de la utilización de la capacidad instalada. Se enriquece su interpretación al considerar conjuntamente el índice de subsecuencia y la oportunidad en la programación de la consulta; el uso eficiente de los consultorios de especialidades dependerá de distintos factores inherentes al proceso de consulta externa de especialidades:</p> <p>Uso adecuado del tiempo y los espacios disponibles para otorgar consulta de especialidad; la utilización completa del tiempo 6 o 12 horas, (depende del tipo de Unidad), que se tiene disponible el servicio (consultorio de especialidad), para el otorgamiento de consulta; la adecuada disponibilidad de médicos especialistas de todas las disciplinas que se requieren en la Unidad así como del personal de enfermería, y la adecuada disponibilidad de recursos materiales para otorgar consulta; una subsecuencia acorde a lo esperado para el tipo de especialidad atendida.</p> <p>Ante un resultado por debajo de la meta, la Unidad deberá analizar los factores mencionados con anticipación y realizar las acciones correctivas que sean necesarias.</p>		
Valor de referencia o meta	2 – 4 Hospitales de Psiquiatría y Rehabilitación: 1 - 2		
Unidad de medida	Razón	Ponderación en la evaluación por UMAE	Según tipo de hospital (Ver tabla CUMAE 1)

CUMAE 05 – Promedio de consultas de especialidad por hora/médico en Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Periodicidad	Mensual	Tipo de Información para la medición	Propósito
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> • La UMAE deberá reportar únicamente el logro del mes que se informa. • Se excluyen las consultas de: Medicina del Trabajo, Psicología, Nutrición y Dietética, Estomatología, Trabajo Social, Enfermera Materno-Infantil y Epidemiología. • Únicamente para los Hospitales de Psiquiatría y Rehabilitación, el valor de referencia varía de 1 - 2 (De acuerdo con el Indicador de Dotación de Recursos Humanos para Unidades Médicas, del Procedimiento para la Diagnóstico y definición de plantillas de personal para Unidades Médicas 2900-003-002). 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>El Órgano Normativo responsable del análisis del proceso de la atención médica y de solicitar estrategias de mejora es: La Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.</p> <p>Responsables del análisis de los resultados del indicador y del seguimiento a las estrategias de mejora implementadas: Órganos Normativos, Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada y Órganos Operativos.</p> <p>Indicador que integra y publica la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, para la inclusión en la Evaluación del Desempeño de las Unidades Médicas de Alta Especialidad en el portal:</p> <p style="text-align: center;">http://11.22.41.169/evaluacion14/default2.aspx?origen=infoSalud</p>		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

CUMAE 06 – Promedio de días estancia en Unidades Médicas de Alta Especialidad.			
Objetivo del indicador	Determinar el tiempo promedio que la UMAE, requiere para manejar a los pacientes en el proceso de hospitalización, y en caso de detectar un sobre - estancia hospitalaria, realizar las acciones correctivas necesarias.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de días paciente en UMAE Total de egresos hospitalarios en UMAE		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Fuente primaria 4-30-21/17-I y 4-30-21/17-E, que se registran en SIMO, resultando la Parte II, finalmente integrado en DataMart de Estadísticas Médicas (DMEM).		
Interpretación	<p>Mide el número de días que, en promedio, permanecen hospitalizados los pacientes, representa la eficiencia en la resolución y atención de los problemas de salud de los pacientes que requirieron de hospitalización, así como el grado de optimización del recurso cama censable; es importante considerar que se debe realizar un análisis profundo y objetivo del perfil de la unidad y de las especialidades involucradas, lo que permitirá una adecuada toma de decisiones en la atención de los pacientes. Los factores que influyen en el tiempo de estancia en hospitalización son los siguientes: la disponibilidad de recursos materiales y humanos, además de la complejidad del paciente para la atención de su padecimiento; el apego a las Guías de Práctica Clínica; la presencia de complicaciones intrahospitalarias; la presencia de co-morbilidad en los pacientes; la vinculación oportuna entre los distintos servicios de apoyo, que son requeridos para el manejo integral del paciente.</p> <p>Un resultado fuera del rango establecido requiere del análisis detallado de los factores mencionados con anterioridad, por parte de la Unidad, con la finalidad de poder establecer acciones encaminadas a la mejora en el proceso.</p>		
Valor de referencia o meta	Varía según tipo de hospital. (Ver tabla CUMAE 2)		
Unidad de medida	Razón	Ponderación en la evaluación por UMAE	Según tipo de hospital (Ver tabla CUMAE 2)
Periodicidad	Mensual	Tipo de Información para la medición	Propósito

CUMAE 06 – Promedio de días estancia en Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Observaciones	La UMAE deberá reportar únicamente el logro del mes que se informa.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>El Órgano Normativo responsable del análisis del proceso de la atención médica y de solicitar estrategias de mejora es: La Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.</p> <p>Responsables del análisis de los resultados del indicador y del seguimiento a las estrategias de mejora implementadas: Órganos Normativos, Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada y Órganos Operativos.</p> <p>Indicador que integra y publica la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, para la inclusión en la Evaluación del Desempeño de las Unidades Médicas de Alta Especialidad en el Portal:</p> <p style="text-align: center;">http://11.22.41.169/evaluacion14/default2.aspx?origen=infoSalud</p>		
Dimensión del indicador	Eficiencia	Tipo de indicador	Estratégico

CUMAE 07 – Porcentaje de ocupación hospitalaria en Unidades Médicas de Alta Especialidad.			
Objetivo del indicador	Determinar el aprovechamiento de la capacidad instalada, así como la suficiencia y disponibilidad de los recursos para una demanda determinada; y así también, llevar a cabo acciones de manera oportuna en caso de que exista sobre o subocupación hospitalaria.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de días paciente en UMAE _____ X 100 Total de días cama UMAE		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Fuente primaria 4-30-21/17-I y 4-30-21/17-E, que se registran en SIMO, resultando la Parte II, finalmente integrado en DataMart de Estadísticas Médicas (DMEM). Denominador: Camas censables del Inventario Físico de Unidades (IFU) publicado por la División de Información en Salud en el portal: http://infosalud.imss.gob.mx/ multiplicado por los días calendario del periodo.		
Interpretación	Medir el porcentaje de camas censables que fueron ocupadas durante un mes que refleja la subutilización o sobreutilización de la capacidad instalada en cuanto al uso de las camas censables. Una ocupación menor al 85% refleja una subutilización de la capacidad instalada que puede ser debido a factores, por un lado, el uso ineficiente de los recursos; menor recepción de pacientes provenientes de otros niveles de atención; menor programación de cirugías electivas que requieren de vigilancia postquirúrgica hospitalaria; e inadecuada distribución de camas por cada especialidad; por otro lado, una sobreocupación hospitalaria puede deberse a factores como: el incremento de los días de estancia hospitalaria, y el incremento en las complicaciones hospitalarias. Se enriquece su interpretación al considerar conjuntamente el promedio de días estancia. Un valor por arriba del 95% o por debajo del 85%, amerita que la unidad lleve a cabo acciones correctivas, para mejorar el desempeño en el proceso.		
Valor de referencia o meta	85 - 95 Para hospitales complementarios varía (ver tabla CUMAE 2)		
Unidad de medida	Proporción	Ponderación en la evaluación por UMAE	Según tipo de hospital (Ver tabla CUMAE 2)

CUMAE 07 – Porcentaje de ocupación hospitalaria en Unidades Médicas de Alta Especialidad.			
Periodicidad	Mensual	Tipo de Información para la medición	Componente
Observaciones			<ul style="list-style-type: none"> • La ocupación superior a 95%, obligará a ajustes en los Acuerdos de Gestión con las Delegaciones, sobre atención de patología de segundo nivel en la UMAE. • Total de días cama: número total de camas censables por UMAE (variable del IFU 50100), multiplicado por los días calendario del periodo. • Para el cálculo del denominador, las camas se obtendrán: <ul style="list-style-type: none"> ◦ De los meses de enero a junio se utilizará el corte del IFU de diciembre del año inmediato anterior y para los meses julio a diciembre, se utilizará el corte del IFU de junio del año en curso, ambos publicados por la División de Información en Salud en el portal: http://infosalud.imss.gob.mx/
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador			<p>El Órgano Normativo responsable del análisis del proceso de la atención médica y de solicitar estrategias de mejora es: La Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.</p> <p>Responsables del análisis de los resultados del indicador y del seguimiento a las estrategias de mejora implementadas: Órganos Normativos, Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada y Órganos Operativos.</p> <p>Indicador que integra y publica la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, para la inclusión en la Evaluación del Desempeño de las Unidades Médicas de Alta Especialidad en el Portal:</p> <p style="text-align: center;">http://11.22.41.169/evaluacion14/default2.aspx?origen=infoSalud</p>
Dimensión del indicador	Calidad	Tipo de indicador	Gestión

CUMAE 08. - Tasa de mortalidad hospitalaria en Unidades Médicas de Alta Especialidad			
Objetivo del indicador	Determinar el impacto de los servicios otorgados sobre el estado de salud, en este caso, la complejidad de la patología de base de cada paciente, para poder establecer estrategias de mejora en la atención que incidan en la disminución del riesgo de muerte durante la hospitalización.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Total de egresos hospitalarios por defunción en UMAE en el periodo}}{\text{Total de egresos hospitalarios en UMAE en el periodo}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Fuente primaria 4-30-21/17-I y 4-30-21/17-E, que se registran en SIMO, resultando la Parte II, finalmente integrado en DataMart de Estadísticas Médicas (DMEM).		
Interpretación	<p>Medir el número de defunciones que ocurren en hospitalización por cada 100 egresos, indicador indirecto que relaciona la capacidad resolutiva de la Unidad en cuanto a oportunidad y calidad de la atención técnica - médica, acorde a la complejidad de cada paciente. Por lo anterior, una elevada tasa de mortalidad puede deberse a factores como: una atención médica inoportuna; falta de congruencia clínico - diagnóstico - terapéutica; desapego a Guías de Práctica Clínica; elevada cantidad de eventos centinela y adversos; comorbilidad de los pacientes, y la falta de recursos para la atención. Otros factores que pueden influir en el desempeño de dicho indicador, como son: la complejidad y el grado de compromiso de los pacientes al ingreso, así como por la oportunidad en la referencia de los pacientes.</p> <p>Un indicador de alta significancia, un valor por arriba del valor de referencia amerita que la Unidad lleve a cabo un análisis minucioso de las causas que lo originan para tomar acciones correctivas que mejoren el desempeño en el proceso, mediante el análisis de todos los factores antes mencionados.</p>		
Valor de referencia o meta	Varía según tipo de hospital. (Ver tabla CUMAE 2)		
Unidad de medida	Tasa	Ponderación en la evaluación por UMAE	Según tipo de hospital (Ver tabla CUMAE 2)
Periodicidad	Mensual	Tipo de Información para la medición	Propósito

CUMAE 08. - Tasa de mortalidad hospitalaria en Unidades Médicas de Alta Especialidad			
Observaciones	Ninguna		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>El Órgano Normativo responsable del análisis del proceso de la atención médica y de solicitar estrategias de mejora es: La Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.</p> <p>Responsables del análisis de los resultados del indicador y del seguimiento a las estrategias de mejora implementadas: Órganos Normativos, Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada y Órganos Operativos.</p> <p>Indicador que integra y publica la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, para la inclusión en la Evaluación del Desempeño de las Unidades Médicas de Alta Especialidad en el Portal:</p> <p style="text-align: center;">http://11.22.41.169/evaluacion14/default2.aspx?origen=infoSalud</p>		
Dimensión del indicador	Eficiencia	Tipo de indicador	Estratégico

CUMAE 09. – Tasa de letalidad de neonatos en Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Objetivo del Indicador	Determinar la eficacia de la atención materna y perinatal, así como la optimización y aprovechamiento de recursos, con la finalidad de conocer los resultados derivados de la atención por parte de los servicios de obstetricia y de pediatría en Unidades Médicas de Alta Especialidad, y en caso de no resultar eficaces llevar a cabo acciones de mejora.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de defunciones en neonatos (menores a 28 días), que ocurren en la Unidad Médica de Alta Especialidad		
	$\times 1,000$ Total de recién nacidos vivos en la Unidad Médica de Alta Especialidad		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED) IMSS. Denominador: Fuente primaria 4-30-21/17-I y 4-30-21/17-E, que se registran en SIMO, resultando el Subsistema de Egresos Hospitalarios SUI 13.		
Interpretación	Medir el número de defunciones en neonatos menores de 28 días, por cada 1,000 nacidos vivos. Un resultado por arriba de la meta refleja atención inadecuada, servicios poco eficaces y una salud materna deficiente; así como la existencia de problemas relacionados con la calidad de la vigilancia prenatal, y la eficacia de los servicios de atención obstétrica y neonatal; la insuficiencia de recursos disponibles y su ineficiente utilización; también refleja la inadecuada educación para la salud en lo que al auto cuidado de la mujer embarazada se refiere. En caso de presentar un resultado por arriba de lo esperado, la unidad deberá realizar un análisis detallado de las causas antes mencionadas, encaminado a llevar a cabo acciones de mejora y/o correctivas.		
Valor de referencia o meta	Varía según tipo de hospital. (Ver tabla CUMAE 2)		
Unidad de medida	Tasa	Ponderación en la evaluación por UMAE	Según tipo de hospital (Ver tabla CUMAE 2)
Periodicidad	Mensual	Tipo de Información para la medición	Componente

CUMAE 09. – Tasa de letalidad de neonatos en Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Sólo aplica para los Hospitales de Gíneco-Obstetricia y Gíneco-Pediatría, pero si se encuentran defunciones en otras unidades se informará a la Normativa. • No se deben excluir neonatos con malformaciones y/o síndromes genéticos incompatibles con la vida. • Excluir aquellos recién nacidos de menos de 24 semanas de gestación. • Del formato 4-30-6b Partos, productos y abortos se origina la información del SIMO, y se deben sumar el pre término, término y pos término. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>El Órgano Normativo responsable del análisis del proceso de la atención médica y de solicitar estrategias de mejora es: La Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.</p> <p>Responsables del análisis de los resultados del indicador y del seguimiento a las estrategias de mejora implementadas: Órganos Normativos, Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada y Órganos Operativos.</p> <p>Indicador que integra y publica la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, para la inclusión en la Evaluación del Desempeño de las Unidades Médicas de Alta Especialidad en el portal:</p> <p style="text-align: center;">http://11.22.41.169/evaluacion14/default2.aspx?origen=infoSalud</p>		
Dimensión del indicador	Calidad	Tipo de indicador:	Gestión

CUMAE 10 - Intervalo de sustitución de camas hospitalarias en Unidades Médicas de Alta Especialidad.			
Objetivo del indicador	Determinar de forma indirecta el tiempo que permanecen las camas censables desocupadas entre un egreso y el siguiente ingreso a la misma cama, para establecer, cuando sea necesario, acciones que mejoren la eficiencia del servicio de hospitalización en UMAE.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Días cama del mes a reportar menos Días paciente del mes a reportar</p> <hr/> <p>Total de egresos del mes a reportar</p>		
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador: Camas censables del inventario Físico de Unidades (IFU) publicado por la División de Información en Salud en el portal http://infosalud.imss.gob.mx/ y DataMart Estadísticas Médicas.</p> <p>Denominador: DataMart Estadísticas Médicas y Parte II (SIMO).</p>		
Interpretación	<p>El indicador relacionado con la consolidación del equipo de trabajo con respecto a la línea de acción de la estrategia de "Gestión de Camas": agilizar la desocupación – ocupación.</p> <p>Debido a que el tiempo que mide el indicador es obtenido de forma indirecta, el valor de referencia se informa como 1, unidad que corresponde a 24 horas (1,440 minutos), o fracción de 1, en donde 0.04 es igual a 1 hora o 60 minutos, y la meta estimada para las necesidades operativas del Instituto es menor de 0.5 que equivale de 12 horas o 720 minutos.</p> <p>Un resultado por abajo del valor de referencia requiere implementar acciones con el equipo de trabajo asignado para la gestión de camas, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registro correcto y oportuno de los ingresos y egresos hospitalarios. • Limpieza oportuna de camas. • Gestión de recursos humanos, insumos y/o infraestructura. <p>Detecta problemas gerenciales asociados con la gestión de la cama, y determina la eficiencia en el uso de la cama.</p>		
Valor de referencia o meta	< 0.5		
Unidad de medida	Razón	Ponderación en la evaluación por UMAE	Según tipo de hospital (Ver tabla CUMAE 2)

CUMAE 10 - Intervalo de sustitución de camas hospitalarias en Unidades Médicas de Alta Especialidad.			
Periodicidad	Mensual	Tipo de Información para la medición	Actividad
Observaciones			<ul style="list-style-type: none"> • Para la construcción del numerador: <ul style="list-style-type: none"> ○ Días cama es el número de camas censables del Inventario Físico de Unidades (variable 50100.-Total de Camas Censables de la unidad), multiplicado por los días calendario del mes que se reporta. Para los meses de enero a junio se utilizará el corte IFU de diciembre del año inmediato anterior; para los meses julio a diciembre, se usará el corte de IFU de junio del año en curso, ambos publicados por la División de Información en Salud en el Portal: http://infosalud.imss.gob.mx/. ○ Días paciente reportado en DataMart Estadísticas Médicas. ○ Índice de sustitución o intervalo de sustitución: es el tiempo promedio (en días o fracción de días) en que una cama hospitalaria permanece desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro (Fuente: SSA. Desempeño Hospitalario. 2003).
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>El Órgano Normativo responsable del análisis del proceso de la atención médica y de solicitar estrategias de mejora es: La Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.</p> <p>Responsables del análisis de los resultados del indicador y del seguimiento a las estrategias de mejora implementadas: Órganos Normativos, Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada y Órganos Operativos.</p> <p>Indicador que integra y publica la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, para la inclusión en la Evaluación del Desempeño de las Unidades Médicas de Alta Especialidad en el Portal:</p> <p style="text-align: center;">http://11.22.41.169/evaluacion14/default2.aspx?origen=infoSalud</p>		
Dimensión del indicador	Eficiencia	Tipo de indicador	Gestión

CUMAE 11 - Porcentaje de pacientes a quienes se les realiza una cirugía electiva no concertada, a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud, en Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Objetivo del indicador	Determinar la oportunidad (\leq 20 días), para la atención quirúrgica de las cirugías electivas no concertada y realizada en UMAE y en caso de que no exista oportunidad poder establecer acciones de mejora.
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de pacientes a quienes se les realiza una cirugía electiva no concertada, dentro de los 20 días hábiles o menos a partir de la solicitud del cirujano tratante de la UMAE <hr/> Total de pacientes con solicitud otorgada por el médico tratante para cirugía electiva no concertada en UMAE
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Formato 4-30-59 /17, "Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica" capturados en el Sistema de Registro de la Oportunidad Quirúrgica (INDOQ).
Interpretación	<p>Medir el porcentaje de pacientes a quienes se les realiza una cirugía electiva no concertada antes de 20 días hábiles a partir de su solicitud, refleja la proporción de pacientes a quienes se les programa y realiza intervenciones quirúrgicas electivas no concertadas, en UMAE dentro del plazo establecido como adecuado (20 días).</p> <p>El hecho de poder programar una cirugía electiva en un tiempo menor o igual a 20 días hábiles depende de distintos factores inherentes al proceso de cirugía: 1. Disponibilidad de salas efectivas para programar cirugías; 2. Programación de cirugías, considerando una duración promedio de 2.5 horas para intervenciones en unidades de tercer nivel de atención; 3. La utilización de la totalidad del tiempo que se tiene disponible las salas de cirugía efectiva para la realización de cirugías; 4. La disponibilidad del personal de salud en todas las especialidades que se requieren en la Unidad así como del resto del equipo quirúrgico, y 5. La disponibilidad de recursos materiales para realizar cirugías.</p> <p>Un menor cumplimiento del indicador traduce deficiencias en uno o más de los factores antes mencionados, y la Unidad deberá realizar acciones de mejora correctivas encaminadas a alinear el proceso.</p>
Valor de referencia o meta	≥ 92

CUMAE 11 - Porcentaje de pacientes a quienes se les realiza una cirugía electiva no concertada, a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud, en Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Unidad de medida	Proporción	Ponderación en la evaluación por UMAE	Según tipo de hospital (Ver tabla CUMAE 3)
Periodicidad	Mensual	Tipo de Información para la medición	Actividad
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Para el indicador se excluye la cirugía concertada. • Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>El Órgano Normativo responsable del análisis del proceso de la atención médica y de solicitar estrategias de mejora es: La Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.</p> <p>Responsables del análisis de los resultados del indicador y del seguimiento a las estrategias de mejora implementadas: Órganos Normativos, Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada y Órganos Operativos.</p> <p>Indicador que integra y publica la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, para la inclusión en la Evaluación del Desempeño de las Unidades Médicas de Alta Especialidad en el portal:</p> <p style="text-align: center;">http://11.22.41.169/evaluacion14/default2.aspx?origen=infoSalud</p>		
Dimensión del indicador	Eficiencia	Tipo de indicador	Gestión

CUMAE 12 - Promedio de cirugías por sala en Unidades Médicas de Alta Especialidad.			
Objetivo del indicador	Determinar el uso eficiente de la infraestructura instalada con la que cuenta la unidad y se integra un “Equipo (Team) quirúrgico” completo, durante un mes, y en caso de no ser eficientes poder establecer acciones de mejora.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de intervenciones quirúrgicas realizadas en un mes en una UMAE <hr/> Número de salas de cirugía efectivas en la misma UMAE		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: SIMO parte II, formato 4-30-27/17 intervenciones quirúrgicas efectuadas en quirófano. Finalmente, integrado en DataMart de Estadísticas Médicas (DMEM). Denominador: SIMO PRODQUIR. Reporte de quirófanos efectivos en la UMAE.		
Interpretación	Refleja la eficiencia en la utilización de la capacidad instalada en quirófano. Un resultado por debajo de la meta puede deberse a las siguientes causas: inicio tardío de las intervenciones quirúrgicas, tiempos muertos prolongados, elevada suspensión de cirugías, ausentismo de personal quirúrgico e inadecuada programación en las salas de operaciones. Un resultado por debajo del valor de referencia amerita que la Unidad realice el análisis de la presencia de una o más de las causas antes mencionadas, mismas que permita llevar a cabo acciones de mejora requeridas.		
Valor de referencia o meta	Varía según tipo de hospital. (Ver tabla CUMAE 3)		
Unidad de medida	Promedio	Ponderación en la evaluación por UMAE	Según tipo de hospital (Ver tabla CUMAE 3)
Periodicidad	Mensual	Tipo de Información para la medición	Propósito
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ○ La UMAE deberá reportar únicamente el logro del mes que se informa. 		

CUMAE 12 - Promedio de cirugías por sala en Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ○ El denominador se obtiene de la información que la UMAE sube al Catálogo de Quirófanos autorizados por la UMAE. Dicha información es responsabilidad del jefe de la División de Cirugía y/o Director Médico el cual deberá de verificar este actualizado, de lo contrario solicitar corrección a la División de Información en Salud previo visto bueno de la CUMAE, que a su vez enviará la información a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud para la construcción del indicador. ○ Sala de cirugía (u operaciones) efectiva: Área o local del hospital dotado de personal, mobiliario, equipo e instalaciones para la ejecución de procedimientos quirúrgicos, que cuenta con "Team quirúrgico" completo para turnos diurnos. ○ Team quirúrgico: Se considera al personal que participa en una intervención quirúrgica y éste se denomina completo cuando cuenta con cirujano, anestesiólogo, instrumentista y circulante. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>El Órgano Normativo responsable del análisis del proceso de la atención médica y de solicitar estrategias de mejora es: La Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.</p> <p>Responsables del análisis de los resultados del indicador y del seguimiento a las estrategias de mejora implementadas: Órganos Normativos, Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada y Órganos Operativos.</p> <p>Indicador que integra y publica la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, para la inclusión en la Evaluación del Desempeño de las Unidades Médicas de Alta Especialidad en el Portal:</p> <p style="text-align: center;">http://11.22.41.169/evaluacion14/default2.aspx?origen=infoSalud</p>		
Dimensión del indicador	Eficiencia	Tipo de indicador	Estratégico.

CUMAE 13 - Porcentaje de utilización de las salas de cirugía efectiva en fin de semana, en Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Objetivo del indicador	Conocer el tiempo de uso de las mismas, y en caso de presentar de subutilización de las salas, llevar a cabo acciones que mejoren la eficiencia de las salas de cirugía efectiva en Unidades Médicas de Alta Especialidad.
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Tiempo total de ocupación de las salas de cirugía efectiva durante el horario de los turnos diurnos en fin de semana (8:00 - 20:00 hrs.), del mes de proceso, en la Unidad Médica de Alta Especialidad</p> <p style="text-align: right;">X 100</p> <p>Tiempo total disponible de las salas de cirugía efectiva en turnos diurnos en fin de semana (8:00 a 20:00 hrs.), en el mes de proceso, en la Unidad Médica de Alta Especialidad</p>
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador: Informe de “productividad quirúrgica” (PRODQUIR), del SIMO, que se genera de los registros en el formato 4-30-27/17 (intervenciones quirúrgicas en quirófano). A nivel nacional base SIMOIQX, integrada de las bases SIMO, por la División de Información en Salud.</p> <p>Denominador: SIMO PRODQUIR. Reporte de quirófanos efectivos en la UMAE.</p>
Interpretación	<p>Indicador que evalúa la línea de acción “eficiente uso de quirófanos” de la estrategia Institucional “Mejora para abatir el rezago quirúrgico”.</p> <p>Un valor por debajo del valor de referencia refleja una subocupación de las salas de cirugía efectiva y un uso ineficiente de los recursos disponibles. Lo anterior puede deberse a una programación quirúrgica de salas inadecuada, a la elevada cancelación de cirugías, al ausentismo no programado, a la falta de insumos necesarios para la ejecución de intervenciones quirúrgicas, a la falta de presupuesto destinado al proceso quirúrgico y a la poca disponibilidad de camas para la recuperación postquirúrgica de los pacientes, así como a la falta del recurso humano para completar los “teams quirúrgicos”. Indicador que evalúa la línea de acción: “eficiente uso de quirófanos” de la estrategia institucional “Mejora para abatir el rezago quirúrgico”.</p> <p>Indicador de la actividad quirúrgica en la unidad de servicios médicos hospitalarios que apoya la planificación de los procesos asistenciales aplicables a los servicios quirúrgicos.</p>
Valor de referencia o meta	≥ 75

CUMAE 13 - Porcentaje de utilización de las salas de cirugía efectiva en fin de semana, en Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Unidad de medida	Proporción (Índice)	Ponderación en la evaluación por UMAE	Según tipo de hospital (Ver tabla CUMAE 3)
Periodicidad	Mensual	Tipo de Información para la medición	Componente
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Sala de cirugía (u operaciones) efectiva: Área o local del hospital dotado de personal, mobiliario, equipo e instalaciones para la ejecución de procedimientos quirúrgicos, que cuenta con un "Team Quirúrgico" completo, para turnos diurnos. • Team Quirúrgico: Se considera al personal que participa en una intervención quirúrgica y éste se considera completo cuando cuenta con cirujano, anestesiólogo, instrumentista y circulante. Este dato corresponderá al total de salas autorizadas del informe de productividad de quirófano del SIMO. • Para la construcción del numerador se considera: <ul style="list-style-type: none"> ○ TT = Suma (TS). Tiempo total de ocupación de las salas de cirugía, es la suma total de los tiempos de cada intervención quirúrgica (TS) realizada durante las 08:00 y 20:00 hrs. en fin de semana y que se obtiene, haciendo lo siguiente por cada intervención: T1 = HF menos HI. El tiempo que da la diferencia entre la hora de fin (HF) y la hora de inicio (HI) de la cirugía, considerando lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Si la cirugía comenzó antes de las 8 y termino antes o a las 20: ○ T1 = HF menos 8, pues se considera la hora de inicio a las 8. ○ Si la cirugía comenzó después o a las 8 y termino después de las 20: ○ T1 = 20 menos HI, pues se considera la hora de fin a las 20. ○ Si la cirugía comenzó antes de las 8 y termino después de las 20: ○ T1 = 12, solo se toma el tiempo entre 8 y 20 hrs., que es 12. ○ La diferencia debe dar como resultado más de 30 min, si es menor se considera error de registro y esa cirugía no se contabiliza para la suma total. Estos casos se reportarán a la normativa. A partir del 2020 se contabilizarán todas las cirugías sin importar el tiempo. ○ T2 = T1 + 50 min. (83.33). A cada intervención quirúrgica se le suman 30 minutos de preparación del paciente (ingreso a sala, procedimiento anestésico) más 20 minutos de limpieza y equipamiento de la sala. ○ TS = T1+T2, da como resultado el tiempo de ocupación de una cirugía. 		

CUMAE 13 - Porcentaje de utilización de las salas de cirugía efectiva en fin de semana, en Unidades Médicas de Alta Especialidad.

	<ul style="list-style-type: none"> • Para la construcción del denominador: <ul style="list-style-type: none"> ○ Se obtiene de la multiplicación del número de salas de cirugía efectiva x 12 horas (horario de 8:00 a 20:00 hrs.) x total de días contados por cada fin de semana en el mes de proceso. Ejemplo: 4 fines de semana = 4 x 2. ○ Atención: deben sumar el total de team quirúrgicos de sábado + domingo en el mismo horario, en caso de seguir contando con jornada acumulada debe informar a la CUMAE. ○ El número de salas lo integrara la Coordinación de Unidades Médicas de alta Especialidad para enviar a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud para la correcta construcción del indicador. • Para la construcción del indicador: <ul style="list-style-type: none"> ○ Se incluye sábados y domingos, aunque sean festivos. El indicador aplica para todas las Unidades Médicas de Alta Especialidad. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>El Órgano Normativo responsable del análisis del proceso de la atención médica y de solicitar estrategias de mejora es: La Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.</p> <p>Responsables del análisis de los resultados del indicador y del seguimiento a las estrategias de mejora implementadas: Órganos Normativos, Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada y Órganos Operativos.</p> <p>Indicador que integra y publica la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, para la inclusión en la Evaluación del Desempeño de las Unidades Médicas de Alta Especialidad en el portal:</p> <p style="text-align: center;">http://11.22.41.169/evaluacion14/default2.aspx?origen=infoSalud</p>		
Dimensión del indicador	Eficiencia	Tipo de indicador	Gestión

CUMAE 14 - Porcentaje de suspensión de cirugías electivas programadas en Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Objetivo del indicador	Determinar la eficiencia en el proceso de cirugía electiva programada en UMAE, y en caso de que se suspendan un número de cirugías mayor al esperado, se establezcan las acciones necesarias para reducir dicha eventualidad.
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Número de cirugías electivas suspendidas en el mes en Unidades Médicas de Alta Especialidad}}{\text{Número de cirugías electivas programadas en el mes en Unidades Médicas de Alta Especialidad}} \times 100$
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador: Sistema de Registro de la Oportunidad Quirúrgica (INDOQ), Reporte de cirugía suspendida.</p> <p>Denominador: Sistema de Información Médico Operativo (SIMO) - formato de Registro de Intervenciones Quirúrgicas efectuadas en Quirófano 4-30-27/17(INDOQ).</p>
Interpretación	<ul style="list-style-type: none"> • Un resultado por debajo del valor de referencia en este indicador depende de: <ul style="list-style-type: none"> ○ La calidad de la atención en los servicios de cirugía en la UMAE. ○ La adecuada aplicación de criterios en la programación de cirugías, hecha en consulta externa o en la programación colegiada. ○ La disponibilidad de recursos materiales y del talento humano necesarios para la realización de las intervenciones quirúrgicas. ○ La optimización en el uso de salas de cirugía, al iniciar el turno en el caso de las intervenciones programadas, evitando los tiempos muertos. ○ La adecuada aplicación de criterios para suspensión de cirugías. ○ Un porcentaje de suspensión de cirugías por arriba del valor de referencia puede deberse a uno o varios de los siguientes factores: <ul style="list-style-type: none"> ○ Uso ineficiente del servicio de cirugía, mayor estancia hospitalaria. ○ Falta de optimización de tiempos y movimientos del quirófano. ○ Inadecuada selección de pacientes candidatos a tratamiento quirúrgico. ○ Suspensión de cirugías por motivos distintos a los considerados como criterios para suspensión.

CUMAE 14 - Porcentaje de suspensión de cirugías electivas programadas en Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Interpretación	Un resultado por arriba del valor de referencia amerita que la Unidad realice un análisis detallado de los factores antes mencionados, con la finalidad de implementar las acciones encaminadas a la mejora del proceso.		
Valor de referencia o meta	< 5		
Unidad de medida	Proporción	Ponderación en la evaluación por UMAE	Según tipo de hospital (Ver tabla CUMAE 3)
Periodicidad	Mensual	Tipo de Información para la medición	Componente
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Para la construcción del indicador: <ul style="list-style-type: none"> ○ Se incluyen cirugías electivas programadas tanto concertadas como no concertadas. ○ Se excluyen la cirugía urgente. ○ Se excluyen cirugías suspendidas por defunción del paciente. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>El Órgano Normativo responsable del análisis del proceso de la atención médica y de solicitar estrategias de mejora es: La Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.</p> <p>Responsables del análisis de los resultados del indicador y del seguimiento a las estrategias de mejora implementadas: Órganos Normativos, Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada y Órganos Operativos.</p> <p>Indicador que integra y publica la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, para la inclusión en la Evaluación del Desempeño de las Unidades Médicas de Alta Especialidad en el Portal:</p> <p style="text-align: center;">http://11.22.41.169/evaluacion14/default2.aspx?origen=infoSalud</p>		
Dimensión del indicador	Calidad	Tipo de indicador	Gestión

CUMAE 15 - Porcentaje de utilización de las salas de cirugía efectiva en días hábiles, en Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Objetivo del indicador	Conocer el tiempo de utilización de las salas de cirugía efectiva, y en caso de presentar de subutilización, llevar a cabo acciones que mejoren la eficiencia de las mismas en Unidades Médicas de Alta Especialidad.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Tiempo total de ocupación de las salas de cirugía efectiva durante el horario de los turnos diurnos en días hábiles (8:00 - 20:00 hrs.), en el mes de proceso en la Unidad Médica de Alta Especialidad}}{\text{Tiempo total disponible de las salas de cirugía efectiva en turnos diurnos (8:00 a 20:00 hrs.), en días hábiles en el mes de proceso, en la Unidad Médica de Alta Especialidad}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador: Informe de “productividad quirúrgica” (PRODQUIR) del SIMO, que se genera de los registros en el formato 4-30-27/17 (intervenciones quirúrgicas en quirófano). A nivel nacional base SIMOIQX, integrada de las bases SIMO, por la División de Información en Salud.</p> <p>Denominador: SIMO PRODQUIR. Reporte de quirófanos efectivos en la UMAE.</p>		
Interpretación	<ul style="list-style-type: none"> Indicador que evalúa la línea de acción “eficiente uso de quirófanos” de la estrategia Institucional “Mejora para abatir el rezago quirúrgico”. Un valor por debajo del valor de referencia refleja una subocupación de las salas de cirugía efectiva y un uso ineficiente de los recursos disponibles. Lo anterior, puede deberse a una programación quirúrgica de salas inadecuada, a la elevada cancelación de cirugías, al ausentismo no programado, a la falta de insumos necesarios para la ejecución de intervenciones quirúrgicas, a la falta de presupuesto destinado al proceso quirúrgico y a la poca disponibilidad de camas para la recuperación postquirúrgica de los pacientes, así como a la falta del recurso humano para completar los “Team quirúrgicos”. 		
Valor de referencia o meta	≥ 75		
Unidad de medida	Proporción	Ponderación en la evaluación por UMAE	Según tipo de hospital (Ver tabla CUMAE 4)
Periodicidad	Mensual	Tipo de Información para la medición	Componente

CUMAE 15 - Porcentaje de utilización de las salas de cirugía efectiva en días hábiles, en Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Sala de cirugía (u operaciones) efectiva: Área o local del hospital dotado de personal, mobiliario, equipo e instalaciones para la ejecución de procedimientos quirúrgicos, que cuenta con un “Team Quirúrgico” completo, para turnos diurnos. • Team Quirúrgico: Se considera al personal que participa en una intervención quirúrgica y éste se considera completo cuando cuenta con cirujano, anestesiólogo, instrumentista y circulante. Este dato corresponderá al total de salas autorizadas del informe de productividad de quirófano del SIMO. • Para la construcción del numerador se considera: <ul style="list-style-type: none"> ○ TT = Suma (TS). Tiempo total de ocupación de las salas de cirugía, es la suma total de los tiempos de cada intervención quirúrgica (TS) realizada durante las 08:00 y 20:00 hrs. en días hábiles y que se obtiene, haciendo lo siguiente por cada intervención: <ul style="list-style-type: none"> ○ Si la cirugía comenzó antes de las 8 y terminó antes o a las 20: ○ T1 = HF menos 8, pues se considera la hora de inicio a las 8. ○ Si la cirugía comenzó después o a las 8 y terminó después de las 20: ○ T1 = 20 menos HI, pues se considera la hora de fin a las 20. ○ Si la cirugía comenzó antes de las 8 y terminó después de las 20: ○ T1 = 12, solo se toma el tiempo entre 8 y 20 hrs., que es 12. ○ La diferencia debe dar como resultado más de 30 min, si es menor se considera error de registro y esa cirugía no se contabiliza para la suma total. Estos casos se reportarán a la normativa. A partir del 2020 se contabilizarán todas las cirugías sin importar el tiempo. ○ T2 = T1 + 50 min. (83.33) A cada intervención quirúrgica se le suman 30 minutos de preparación del paciente (ingreso a sala, procedimiento anestésico) y 20 minutos de limpieza y equipamiento de la sala. ○ TS = T1+T2, da como resultado el tiempo de ocupación de una cirugía.
---------------	---

CUMAE 15 - Porcentaje de utilización de las salas de cirugía efectiva en días hábiles, en Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Para la construcción del denominador: <ul style="list-style-type: none"> ○ Se obtiene de la multiplicación del número de salas de cirugía efectiva x 6 horas para cada una dentro del horario de 8:00 a 20:00 hrs. x total de días hábiles del mes de proceso. ○ Por ejemplo: Si tiene 6 team en la mañana y 4 en la tarde (6mat X6h)+(4vespX6h)= (36)+(24)=60 por día X 21 días (Sep19)= 1260h ○ El número de salas se integra con la información que emite cada UMAE y se describe en la plataforma prodquir.txt “quirófanos autorizados”. • Para la construcción del indicador: <ul style="list-style-type: none"> ○ Se excluyen los días festivos y fines de semana. ○ El indicador aplica para todas las Unidades Médicas de Alta Especialidad. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>El Órgano Normativo responsable del análisis del proceso de la atención médica y de solicitar estrategias de mejora es: La Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.</p> <p>Responsables del análisis de los resultados del indicador y del seguimiento a las estrategias de mejora implementadas: Órganos Normativos, Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada y Órganos Operativos.</p> <p>Indicador que integra y publica la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, para la inclusión en la Evaluación del Desempeño de las Unidades Médicas de Alta Especialidad en el portal:</p> <p style="text-align: center;">http://11.22.41.169/evaluacion14/default2.aspx?origen=infoSalud</p>		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Gestión



SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

VI.

Indicadores de desempeño de las Coordinaciones Normativas

7. Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células



SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Tabla 1 CDTOTC 01

GRUPO	TIPO DE HOSPITAL	1. Porcentaje de pacientes con trasplante renal exitoso a un año, posterior a un Trasplante Renal de donador vivo, en Unidades Médicas de Alta Especialidad	2. Porcentaje de pacientes con trasplante corneal exitoso a un año en Unidades Médicas de Alta Especialidad
		VR	VR
ESPECIALIDADES	HE LR DF	> 90	NA
	HE SXXI DF	> 90	> 70
	HE OCC GDL	> 90	> 70
	HE MTY	> 90	> 70
	HE TORR	> 90	> 70
	HE PUE	> 90	> 70
	HE LEON	> 90	> 70
	HE OBR	> 90	> 70
	HE VER	> 90	> 70
	HE MER	> 90	NA
GINECOLOGÍA	HGO LR DF	NA	NA
	HGO SXXI DF	NA	NA
	HGO OCC GDL	NA	NA
	HGO MTY	NA	NA
TRAUMATOLOGÍA	HTO VFN DF	NA	NA
	HTO EDO MEX LV	NA	NA
	HTO PUE	NA	NA
	HTO MTY	NA	NA
PEDIATRÍA	HP SXXI DF	> 90	NA
	HP OCC GDL	> 90	> 70
CARDIOLOGÍA	HC SXXI DF	NA	NA
	HC MTY	NA	NA
GINECO PEDIATRÍA	HGP LEON	NA	NA
ONCOLOGÍA	HO SXXI DF	NA	NA
GENERAL	HG LR DF	> 90	> 70

DELEGACIÓN	3 Tasa anualizada de Donación de Órganos y Tejidos por Delegación
	(Donaciones por Millón de Derechohabientes)
Aguascalientes	> 16
Baja California	> 16
Baja California Sur	> 16
Campeche	> 16
Chiapas	> 16
Chihuahua	> 16
Coahuila	> 16
Colima	> 16
D.F. Norte	> 16
D.F. Sur	> 16
Durango	> 16
Edo. de Mex. Pte.	> 16
Edo. de Mex. Ote.	> 16
Guanajuato	> 16
Guerrero	> 16
Hidalgo	> 16
Jalisco	> 16
Michoacán	> 16
Morelos	> 16
Nayarit	> 16
Nuevo León	> 16
Oaxaca	> 16
Puebla	> 16
Querétaro	> 16
Quintana Roo	> 16
San Luis Potosí	> 16
Sinaloa	> 16
Sonora	> 16
Tabasco	> 16
Tamaulipas	> 16
Tlaxcala	> 16
Veracruz Norte	> 16
Veracruz Sur	> 16
Yucatán	> 16
Zacatecas	> 16

CDTOTC 01 - Porcentaje de pacientes con trasplante renal exitoso a un año, posterior a un Trasplante Renal de donador vivo, en Unidades Médicas de Alta Especialidad.	
Objetivo del indicador	Medir el porcentaje de pacientes con injerto renal de donador vivo, que posterior a un año del trasplante mantienen injerto funcionante con creatinina igual o menor a 2.5mg/dl, como método de evaluación de la calidad de atención del programa de trasplantes, y además, de la eficacia de los trasplantes renales, poder establecer acciones de mejora en caso de bajo éxito en el trasplante.
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Total de pacientes con injerto funcionante y creatinina igual o menor a 2.5mg/dl a un año del trasplante renal de donante vivo, del trimestre evaluado</p> <p style="text-align: right;">X 100</p> <p>Denominador: Reporte nominal de pacientes transplantados obtenido del registro de la Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células, en el mes evaluado del año inmediato anterior al reporte</p>
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador: Cédula de Reporte Mensual de Trasplantes Exitosos elaborado por la Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células, con la información enviada por Unidades Médicas de Alta Especialidad con programa de trasplante renal.</p> <p>Denominador: Reporte nominal de pacientes transplantados obtenido del registro de la Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células, en el mes evaluado del año inmediato anterior al reporte.</p>
Interpretación	<p>Traduce la función adecuada del injerto renal a un año del trasplante, refleja a su vez el desempeño del programa y permite compararlos con estándares nacionales e internacionales. Un valor por debajo de la meta se debe a los factores siguientes: Selección inadecuada de pacientes; insuficientes órganos de donador vivo relacionados; falta de insumos para la selección de los mismos; falta de insumos para el manejo médico posterior al trasplante (ej. inmunosupresores); falta de seguimiento adecuado a los pacientes; inadecuada técnica quirúrgica, y rechazo del órgano transplantado.</p> <p>En caso de presentar una función adecuada del injerto a un año, en menos del 90% de los pacientes transplantados, la Unidad deberá de realizar un análisis detallado de los factores antes mencionadas que permita llevar a cabo acciones de mejora para incrementar el éxito de los trasplantes.</p>
Valor de referencia o meta	> 90
Unidad de medida	Porcentaje.

CDTOTC 01 - Porcentaje de pacientes con trasplante renal exitoso a un año, posterior a un Trasplante Renal de donador vivo, en Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Periodicidad	Trimestral anualizado	Indicador contabilizado por	Atención
Observaciones		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trasplante Exitoso: Se considera presente en aquellos pacientes con función renal sin manejo dialítico y creatinina sérica igual o menor a 2.5mg/dl. ▪ El período de reporte: Corresponde al trimestre inmediato anterior (ej. el reporte del segundo trimestre de 2017, se calculará con los pacientes transplantados de enero a marzo de 2016). ▪ El denominador se construye con todos los trasplantes realizados de donante vivo en el mismo periodo evaluado del año previo al reporte (ej. La sobrevida en el primer trimestre de 2017, se calculará con los pacientes transplantados de enero a marzo de 2016). ▪ Se excluyen del denominador el retrasplante, pacientes sensibilizados, defunción con injerto funcionante y pérdida de seguimiento. ▪ No aplica para las unidades que no cuenten con programa de Trasplante Renal. ▪ Para el periodo de evaluación, se incluirá el trimestre considerando el mes calendario. ▪ Fuente de información de proceso manual (Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células). ▪ El Órgano Normativo responsable del proceso de la atención médica y de establecer estrategias de mejora es: la Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células. ▪ Los responsables del análisis de los resultados del indicador y del seguimiento a las estrategias de mejora implementadas son: los Órganos Normativos, los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada y los Órganos Operativos. 	
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador		Indicador que construye la Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células, y envía a la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx	
Dimensión del indicador	Eficacia y calidad	Tipo de indicador	Estratégico

CDTOTC 02 - Porcentaje de pacientes con trasplante corneal exitoso a un año en Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Objetivo del indicador	Medir el porcentaje de pacientes con córnea transparente, posterior a un año de trasplante de córnea, como método de evaluación de la calidad de atención de los programas de donación y procuración, así como el de trasplantes, y además de la eficacia de los trasplantes corneales, poder establecer acciones de mejora en caso de alta incidencia de falla primaria del injerto.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Total de pacientes con córnea transparente a un año del trasplante, del trimestre evaluado}}{\text{Total de trasplantes de córnea OPTICA realizados en el mismo trimestre evaluado del año anterior}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador: Cédula de Reporte Mensual de córnea transparente elaborado por la Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células con la información enviada por Unidades Médicas de Alta Especialidad con programa de trasplante de córnea.</p> <p>Denominador: Reporte nominal de pacientes transplantados obtenido del registro de la Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células, en el mes evaluado del año inmediato anterior al reporte.</p>		
Interpretación	<p>Traduce el éxito del trasplante corneal a un año de la cirugía, refleja a su vez el desempeño del programa y permite compararlos con estándares nacionales e internacionales. Un valor por debajo de la meta se debe a los factores siguientes: Selección inadecuada de pacientes; insuficiente donación de tejidos; falta de insumos para la selección de los mismos; falta de insumos para el manejo médico posterior al trasplante (ej. inmunosupresores); falta de seguimiento adecuado a los pacientes; inadecuada técnica quirúrgica, y rechazo del tejido transplantado.</p> <p>En caso de presentar un éxito en el trasplante de córnea a un año, en menos del 70% de los pacientes transplantados, la Unidad deberá de realizar un análisis detallado de los factores antes mencionadas que permita llevar a cabo acciones de mejora para incrementar el éxito en los trasplantes.</p>		
Valor de referencia o meta	> 70		
Unidad de medida	Porcentaje		
Periodicidad	Trimestral anualizado	Indicador contabilizado por	Atención

CDTOTC 02 - Porcentaje de pacientes con trasplante corneal exitoso a un año en Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trasplante corneal exitoso: Se considera presente en aquellos pacientes con córnea transparente a un año del trasplante ▪ El período de reporte: Corresponde al trimestre inmediato anterior (ej. el reporte del segundo trimestre de 2017, se calculará con los pacientes trasplantados de enero a marzo de 2016). ▪ El denominador se construye con todos los trasplantes realizados en el mismo periodo evaluado del año previo al reporte (ej. El éxito del trasplante en el primer trimestre de 2017, se calculará con los pacientes trasplantados de enero a marzo de 2016). ▪ Se excluyen del denominador el retrasplante, pacientes con queratopatía herpética, queratocono o córneas vascularizadas ▪ No aplica para las Unidades que no cuenten con programa de Trasplante Corneal. ▪ Para el periodo de evaluación, se incluirá el trimestre considerando el mes calendario. ▪ Fuente de información de proceso manual (Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células). ▪ El Órgano Normativo responsable del proceso de la atención médica y de establecer estrategias de mejora es: la Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células. ▪ Los responsables del análisis de los resultados del indicador y del seguimiento a las estrategias de mejora implementadas son: los Órganos Normativos, los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada y los Órganos Operativos 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células, y envía a la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica para su publicación en el portal:</p> <p style="text-align: center;">http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficacia y calidad	Tipo de indicador:	Estratégico

CDTOTC 03 – Tasa anualizada de Donación de Órganos y Tejidos por Delegación.

Objetivo del indicador	Medir la proporción de donaciones cadavéricas obtenidas durante un año en la Delegación, por cada millón de población derechohabiente adscrita, para establecer la eficacia de la Red Institucional de Donación en cada Delegación, y poder establecer acciones de mejora en caso de baja tasa de donación.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de donaciones cadavéricas obtenidas en un año en la Delegación <hr/> Total de población derechohabiente adscrita a la Delegación		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Cédula para el Reporte de Donaciones Cadavéricas en Unidades Médicas Hospitalarias del IMSS (2400-009-009), de la Delegación. Denominador: Reporte de ACCEDER/DataMart: Población derechohabiente total adscritos a la Delegación.		
Interpretación	Traduce la eficiencia de la Delegación para Integrar la Red Institucional de Donación, refleja, a su vez, el desempeño del programa y permite compararlos con estándares nacionales e internacionales. Un valor por debajo de la meta se debe a los factores siguientes: Número insuficiente de hospitales integrados a la red institucional de Donación; falta de Coordinadores Hospitalarios de Donación; bajo desempeño de los Coordinadores Hospitalarios de Donación; falta de insumos para las pruebas de riesgo sanitario; y falta de insumos para el manejo médico del potencial donante de órganos. En caso de presentar una tasa de donación a un año, en menos del 16 por millón de derechohabientes, la Delegación deberá de realizar un análisis detallado de los factores antes mencionadas que permita llevar a cabo acciones de mejora para incrementar la sobrevida del injerto.		
Valor de referencia o meta	> 16 donaciones por millón de derechohabientes (pmd) en un año		
Unidad de medida	Tasa anualizada por millón de derechohabientes (pmd) en un año		
Periodicidad	Trimestral anualizado	Indicador contabilizado por	Atención

CDTOTC 03 – Tasa anualizada de Donación de Órganos y Tejidos por Delegación.

Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Donación cadavérica: Total de donaciones de órganos y/o tejidos, concretadas en una Delegación. ▪ El denominador se construye con todas las donaciones cadavéricas obtenidas en el periodo evaluado de un año (ej. Las donaciones en el primer trimestre de 2017 se calculará con las donaciones obtenidas de abril 2016 a marzo de 2017). ▪ Se excluyen del denominador las donaciones otorgadas por la familia pero no concretadas. ▪ Para el periodo de evaluación, se incluirá el trimestre considerando el mes calendario. ▪ Fuente de información de proceso manual (Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células). ▪ El Órgano Normativo responsable del proceso de la atención médica y de establecer estrategias de mejora es: la Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células y la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel. ▪ Los responsables del análisis de los resultados del indicador y del seguimiento a las estrategias de mejora implementadas son: los Órganos Normativos, los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada y los Órganos Operativos. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células, y envía a la División de Información Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico



VII.

Indicadores del Desempeño del Programa IMSS BIENESTAR

Manual Metodológico de Indicadores Médicos, 2019-2024.



En 2019 el programa IMSS BIENESTAR cumple 40 años de trayectoria ininterrumpida, periodo en el que ha consolidado su red de servicios en salud para beneficiar a las personas que más lo necesitan.

La operación de IMSS-BIENESTAR se sustenta en el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS) que se integra de dos vertientes: atención médica y acción comunitaria.

Atención Médica

Incluye los servicios de salud y las acciones de vigilancia epidemiológica que se proporcionan a través de 3,618 unidades médicas rurales, 15 unidades médicas urbanas, 184 brigadas de salud, 140 unidades médicas móviles, 45 centros de atención rural obstétrica y 80 hospitales rurales. Los servicios de salud tienen carácter ambulatorio y hospitalario, donde se otorgan con eficiencia, calidad y calidez a la población en su ámbito de responsabilidad, a fin de otorgar acciones de protección específica a la población susceptible; promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como acciones de identificación, atención a los riesgos y daños a la salud; con acciones a nivel individual y grupal, con base en las políticas de salud pública y garantizando el acceso y disponibilidad de los servicios de salud a la población que no cuenta con seguridad social.

Acción Comunitaria

Utiliza diversas estrategias para fortalecer el autocuidado a la salud y difundir métodos para mejorar las condiciones de salubridad y ambientales dentro de las comunidades. La red comunitaria cuenta con personal de supervisión y promoción de la acción comunitaria y personal técnico de promoción y educación para la salud. Opera en 19 entidades de la República, otorgando servicios médicos a 12.3 millones de personas que viven en zonas rurales o urbanas marginadas.

El Programa IMSS-BIENESTAR proporciona en sus unidades médicas servicios de primero y segundo nivel de atención. Éste último a través de 80 unidades hospitalarias donde se atienden las especialidades de cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna, pediatría, anestesiología, medicina familiar y epidemiología.

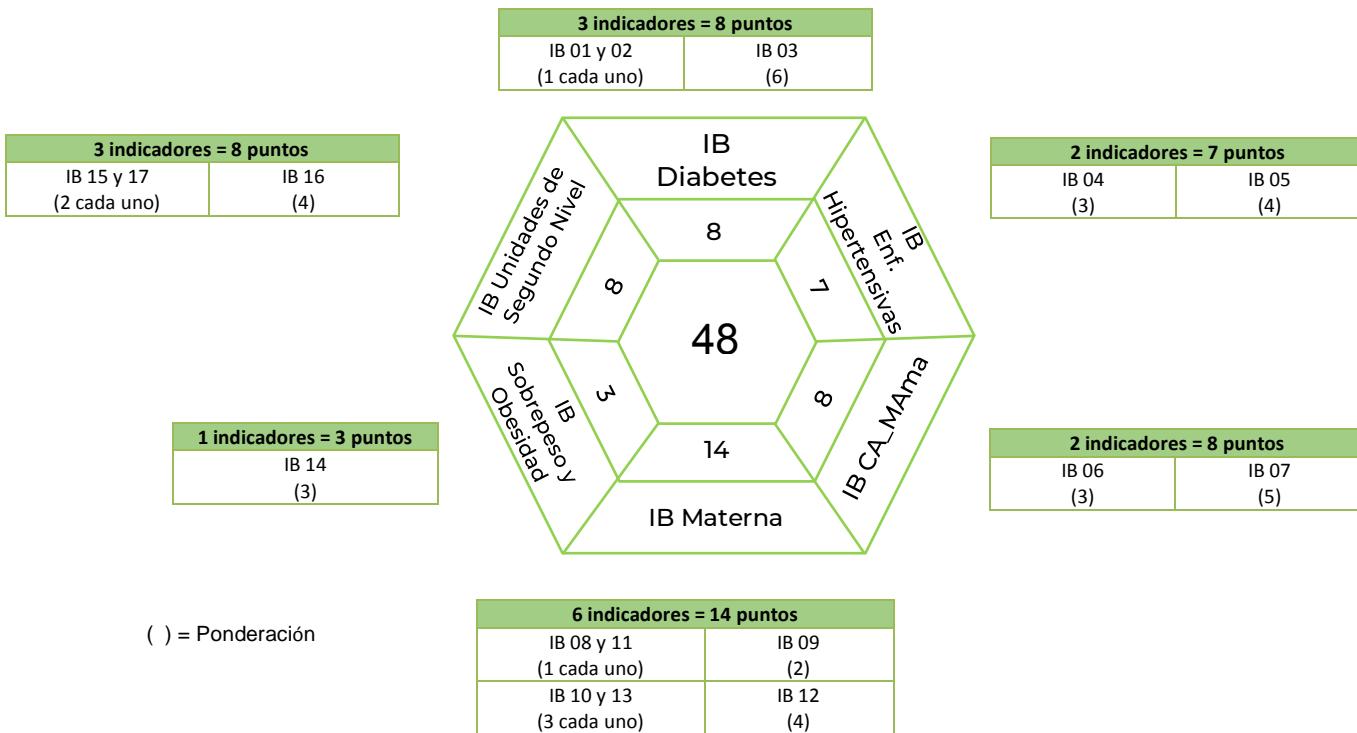
Lo anterior permite que la Dirección de Prestaciones Médicas incluya en la Evaluación del Desempeño al Programa IMSS BIENESTAR, con la participación de 17 indicadores, que también son evaluados en el régimen ordinario. Estos indicadores fueron elegidos por su trascendencia en cada proceso, así como la factibilidad de construcción por el programa correspondiente.

VII. Indicadores del Desempeño del Programa IMSS BIENESTAR

Los 17 indicadores están constituidos por los siguientes tipos de atenciones. En la siguiente tabla se puede observar la relación de los indicadores del régimen ordinario y los indicadores a evaluar por el programa IMSS BIENESTAR:

Atención	Identificador	IMSS BIENESTAR
Integral de la Diabetes mellitus	DM 01,03 y 10	IB 01,02 y 03
Integral de Enfermedades Hipertensivas	EH 03 y 08	IB 04 y 05
Integral del Cáncer de Mama	CA_MAma 06 y 09	IB 06 y 07
Materna Integral	Materna 02, 05, 06 07, 10 y 12	IB 08, 09, 10, 11, 12 y 13
Integral al Sobre peso y Obesidad	S_Ob 03	IB 14
En unidades en Segundo Nivel	CAISN 06, 07 y 08	IB 15, 16 y 17

La ponderación se podrá observar en el siguiente diagrama:



El resultado de cada indicador forma parte de la evaluación nacional de IMSS-BIENESTAR de acuerdo con la ponderación de cada uno; y a su vez, de la evaluación de las 19 delegaciones del Programa con una participación del 15 %.

IB 01 - Cobertura de detección de primera vez de Diabetes mellitus en población beneficiaria de 20 años y más adscrita al Padrón de IMSS-BIENESTAR.			
Objetivo del indicador	Medir la proporción de beneficiarios de 20 años y más a los que se les realizó la toma de glucosa capilar para identificar alteraciones.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de beneficiarios de 20 años y más, con detección de Diabetes mellitus de primera vez acumuladas al mes del reporte		
	Población beneficiaria de 20 años y más, menos las prevalencias de Diabetes mellitus específicas por grupo de edad y sexo, aplicadas en el sistema (mujeres y hombres de 20 a 44 años, mujeres y hombres de 45 a 59 años y adultos mayores de 60 años y más) X 100		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Sistema de Información en Salud para Población Adscrita Denominador: Población Beneficiaria del Programa IMSS-BIENESTAR		
Interpretación	El logro esperado representa el porcentaje de la población cubierta con la detección de Diabetes mellitus, a través de la toma de glucosa capilar.		
Valor de referencia o meta	≥ 33.0	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	1 punto
Unidad de medida	Porcentaje		
Periodicidad	Trimestral anual	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Año	Desempeño esperado	Desempeño medio
	2019	≥ 24.0	18.8 - 23.9
	2020	≥ 26.0	20.4 - 25.9
	2021	≥ 28.0	21.9 - 27.9
	2022	≥ 30.0	23.5 - 29.9
	2023	≥ 32.0	25.1 - 31.9
	2024	≥ 33.0	25.8 - 32.9
=<18.7			
=<20.3			
=<21.8			
=<23.4			
=<25.0			
=<25.7			

IB 01 - Cobertura de detección de primera vez de Diabetes mellitus en población beneficiaria de 20 años y más adscrita al Padrón de IMSS-BIENESTAR.			
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Primera vez es la población que refiere haberse practicado la detección de Diabetes mellitus en los últimos tres años o que nunca en su vida se la han realizado. <p>Los valores de referencia se modifican trimestralmente (ver Tabla. IB01 Valores de referencia trimestrales)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Las prevalencias aplicadas por grupo son: <ul style="list-style-type: none"> ○ Mujeres de 20 a 44 años aplica: 3.0% ○ Hombres de 20 a 44 años aplica: 2.6% ○ Mujeres de 45 a 59 años aplica. 20.0% ○ Hombres de 45 a 59 años aplica: 16.7% y ○ Adulto mayor de 60 años y más aplica: 26.8% 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que se integra, valida y autoriza por la Coordinación de Planeación Estratégica, Evaluación y Padrón de Beneficiarios, del Programa IMSS BIENESTAR y envía a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección de Prestaciones Médicas para su inclusión en la Evaluación de Desempeño, así como para la publicación de los resultados en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

Tabla. IB01 Valores de referencia trimestrales

Tabla IB 01 - Cobertura de detección de primera vez de Diabetes mellitus en población derechohabiente de 20 años y más.

Año Mes	2019 >=	2020 >=	2021 >=	2022 >=	2023 >=	2024 >=	Rangos desempeño	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Marzo	6.0	6.5	7.0	7.5	8.0	8.3	Esperado	>= 6.0	>= 6.5	>= 7.0	>= 7.5	>= 8.0	>= 8.3
							Medio	4.8 - 5.9	5.1 - 6.4	5.5 - 6.9	5.9 - 7.4	6.3 - 7.9	6.5 - 8.2
							Bajo	<= 4.7	<= 5.0	<= 5.4	<= 5.8	<= 6.2	<= 6.4
Junio	12.0	13.0	14.0	15.0	16.0	16.5	Esperado	>= 12.0	>= 13.0	>= 14.0	>= 15.0	>= 16.0	>= 16.5
							Medio	9.4 - 11.9	10.2 - 12.9	11.0 - 13.9	11.7 - 14.9	12.5 - 15.9	12.9 - 16.4
							Bajo	<= 9.3	<= 10.1	<= 10.9	<= 11.6	<= 12.4	<= 12.8
Septiembre	18.0	19.5	21.0	22.5	24.0	24.8	Esperado	>= 18.0	>= 19.5	>= 21.0	>= 22.5	>= 24.0	>= 24.8
							Medio	14.1 - 17.9	15.3 - 19.4	16.5 - 20.9	17.6 - 22.4	18.8 - 23.9	19.4-24.7
							Bajo	<= 14.0	<= 15.2	<= 16.4	<= 17.5	<= 18.7	<= 19.3
Diciembre	24.0	26.0	28.0	30.0	32.0	33.0	Esperado	>= 24.0	>= 26.0	>= 28.0	>= 30.0	>= 32.0	>= 33.0
							Medio	18.8 - 23.9	20.3 - 25.9	21.9 - 27.9	23.5 - 29.9	25.0 - 31.9	25.8 - 32.9
							Bajo	<= 18.7	<= 20.2	<= 21.8	<= 23.4	<= 24.9	<= 25.7

IB_02 - Tasa de incidencia de Diabetes mellitus en población beneficiaria de 20 años y más adscrita al Padrón de IMSS-BIENESTAR.			
Objetivo del indicador	Medir los casos nuevos de la Diabetes mellitus tipo 2 en los beneficiarios de 20 años y más, para orientar las acciones de mejora en los procesos de prevención y control de este padecimiento.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de casos nuevos de Diabetes mellitus tipo 2, (CIE-10: E11-E14), Clave EPI: 49 en beneficiarios de 20 años y más		
	X 100,000 Población beneficiaria de 20 años y más		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Informe Semanal de Casos Nuevos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica, publicados en el Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE) Denominador: Población Beneficiaria del Programa IMSS-BIENESTAR		
Interpretación	La tasa de incidencia dentro del rango de desempeño esperado indica la efectividad de las medidas preventivas y de diagnóstico establecidas para la atención de la Diabetes mellitus tipo 2. La tasa de incidencia permite identificar el resultado de los programas establecidos para Diabetes mellitus tipo 2, campañas (intensificación de acciones preventivas), o de diagnóstico, para orientar las acciones de mejora en los puntos críticos detectados.		
Valor de referencia o meta	0.1 a 400 × 100,000 beneficiarios	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	1 punto
Unidad de medida	Tasa por 100,000 beneficiarios de 20 años y más, adscritos al padrón de IMSS-BIENESTAR		
Periodicidad	Trimestral anualizado	Indicador contabilizado por	Adscripción
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para la elaboración del indicador trimestral anualizado, se tomará la siguiente distribución de semanas epidemiológicas: 		

IB_02 - Tasa de incidencia de Diabetes mellitus en población beneficiaria de 20 años y más adscrita al Padrón de IMSS-BIENESTAR.

Observaciones	Mes a evaluar	Semanas epidemiológicas del año a evaluar	Semanas epidemiológicas del año previo a evaluar	
	Marzo	1 a 13	14 a 52	
	Junio	1 a 26	27 a 52	
	Septiembre	1 a 39	40 a 52	
	Diciembre	1 a 52	No aplica	

Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que se integra, valida y autoriza por la Coordinación de Planeación Estratégica, Evaluación y Padrón de Beneficiarios, del Programa IMSS BIENESTAR y envía a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección de Prestaciones Médicas para su inclusión en la Evaluación de Desempeño, así como para la publicación de los resultados en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de Indicador	Estratégico

IB_03 - Disminución de la mortalidad por Diabetes mellitus en población beneficiaria de 20 años y más adscrita al Padrón de IMSS-BIENESTAR.			
Objetivo del indicador	Medir la variación porcentual de la tasa de mortalidad por Diabetes mellitus (CIE-10: E10.0 - E14.9) en población beneficiaria de 20 años y más adscrita al padrón de IMSS-BIENESTAR, con respecto al año inmediato anterior para identificar el efecto de las medidas de prevención y control de la enfermedad.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Tasa de mortalidad por Diabetes mellitus (CIE-10: E10.0 - E14.9) en población beneficiaria de 20 años y más; del año a evaluar</p> <p style="text-align: right;">menos</p> <p>Tasa de mortalidad por Diabetes mellitus (CIE-10: E10.0 - E14.9) en población beneficiaria de 20 años y más, del año anterior</p>		
	<p style="text-align: right;">$\times 100$</p> <p>Tasa de mortalidad por Diabetes mellitus (CIE-10: E10.0 - E14.9) en población beneficiaria de 20 años y más, del año anterior</p>		
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador de las tasas: Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED).</p> <p>Denominador de las tasas: Datos de Población beneficiaria del Programa IMSS-BIENESTAR.</p>		
Interpretación	Representa en qué medida la mortalidad por Diabetes mellitus ha variado en la población beneficiaria de 20 años y más adscrita al Padrón de IMSS-BIENESTAR.		
Valor de referencia o meta	≤ -5.0 o sin muertes		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	6 puntos
Periodicidad	Trimestral anualizado	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤ -5.0 o sin muertes	- 4.9 - 0	Cualquier incremento

IB_03 - Disminución de la mortalidad por Diabetes mellitus en población beneficiaria de 20 años y más adscrita al Padrón de IMSS-BIENESTAR.

Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se incluyen las muertes por Diabetes mellitus CIE-10: E10.0 - E14.9 en causa básica. ▪ Para la construcción de las tasas anualizadas, de enero a noviembre del año en curso, el denominador utilizará los datos de población del padrón de beneficiarios del año anterior. Para el mes de diciembre del año en curso, se aplicará la población del periodo junio del mismo año. 					
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que se integra, valida y autoriza por la Coordinación de Planeación Estratégica, Evaluación y Padrón de Beneficiarios, del Programa IMSS BIENESTAR y envía a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección de Prestaciones Médicas para su inclusión en la Evaluación de Desempeño, así como para la publicación de los resultados en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx					
Dimensión del indicador	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Eficiencia</td><td style="width: 33%;">Tipo de indicador</td><td style="width: 33%;">Estratégico</td></tr> </table>	Eficiencia	Tipo de indicador	Estratégico		
Eficiencia	Tipo de indicador	Estratégico				

IB_04 - Tasa de incidencia de Enfermedades Hipertensivas en población beneficiaria de 20 años y más adscrita al Padrón de IMSS-BIENESTAR.			
Objetivo del indicador	Medir la ocurrencia de la morbilidad (casos nuevos) de las enfermedades hipertensivas a lo largo de un periodo de tiempo, para establecer acciones de mejora dirigidas a la detección, diagnóstico y tratamiento.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Número de casos nuevos de enfermedades hipertensivas (CIE-10: I10-I15) en población de 20 años y más</p> <hr/> <p>Población beneficiaria de 20 años y más</p>		
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador: Informe Semanal de Casos Nuevos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica, publicado en el Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE).</p> <p>Denominador: Población beneficiaria del Programa IMSS-BIENESTAR.</p>		
Interpretación	Expresa la ocurrencia de las enfermedades hipertensivas entre la población beneficiaria con relación a la unidad de tiempo-persona, por lo que mide la velocidad de la ocurrencia de las enfermedades hipertensivas.		
Valor de referencia o meta	0.1 a 600.0 por 100,000 beneficiarios (obtenidos en recorrido intercuartil).		
Unidad de medida	Tasa por 100,000 beneficiarios de 20 años y más	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	3 puntos
Periodicidad	Trimestral anualizado		
Observaciones	<p>Para la construcción del indicador se incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los casos consideran los códigos de enfermedades hipertensivas de la CIE-10: I10-I15. ▪ Para los reportes acumulados de los meses enero a diciembre del año en curso, se utilizará la población beneficiaria, de junio del año previo. Para el reporte anual, se utilizará la población de junio del año en curso. 		

IB_04 - Tasa de incidencia de Enfermedades Hipertensivas en población beneficiaria de 20 años y más adscrita al Padrón de IMSS-BIENESTAR.

Observaciones	<p>Para la elaboración del indicador trimestral anualizado, se tomará la siguiente distribución de semanas epidemiológicas:</p> <table border="1" data-bbox="491 523 1411 798"> <thead> <tr> <th data-bbox="491 523 714 608">Mes a evaluar</th><th data-bbox="714 523 1057 608">Semanas epidemiológicas del año a evaluar</th><th data-bbox="1057 523 1411 608">Semanas epidemiológicas del año previo a evaluar</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="491 608 714 656">Marzo</td><td data-bbox="714 608 1057 656">1 a 13</td><td data-bbox="1057 608 1411 656">14 a 52</td></tr> <tr> <td data-bbox="491 656 714 705">Junio</td><td data-bbox="714 656 1057 705">1 a 26</td><td data-bbox="1057 656 1411 705">27 a 52</td></tr> <tr> <td data-bbox="491 705 714 753">Septiembre</td><td data-bbox="714 705 1057 753">1 a 39</td><td data-bbox="1057 705 1411 753">40 a 52</td></tr> <tr> <td data-bbox="491 753 714 798">Diciembre</td><td data-bbox="714 753 1057 798">1 a 52</td><td data-bbox="1057 753 1411 798">No aplica</td></tr> </tbody> </table>			Mes a evaluar	Semanas epidemiológicas del año a evaluar	Semanas epidemiológicas del año previo a evaluar	Marzo	1 a 13	14 a 52	Junio	1 a 26	27 a 52	Septiembre	1 a 39	40 a 52	Diciembre	1 a 52	No aplica
Mes a evaluar	Semanas epidemiológicas del año a evaluar	Semanas epidemiológicas del año previo a evaluar																
Marzo	1 a 13	14 a 52																
Junio	1 a 26	27 a 52																
Septiembre	1 a 39	40 a 52																
Diciembre	1 a 52	No aplica																
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que se integra, valida y autoriza por la Coordinación de Planeación Estratégica, Evaluación y Padrón de Beneficiarios, del Programa IMSS BIENESTAR y envía a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección de Prestaciones Médicas para su inclusión en la Evaluación de Desempeño, así como para la publicación de los resultados en el portal:</p> <p style="text-align: center;">http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>																	
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de Indicador	Estratégico															

VII. Indicadores del Desempeño del Programa IMSS BIENESTAR

IB_05 - Reducción de la tasa de mortalidad por Enfermedades Hipertensivas en población beneficiaria de 20 a 64 años adscrita al Padrón de IMSS-BIENESTAR.			
Objetivo del indicador	Medir la variación porcentual de la tasa de mortalidad por Enfermedades Hipertensivas en población beneficiaria adscrita al Padrón de IMSS-BIENESTAR de 20 a 64 años, con respecto al año inmediato anterior.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Tasa de mortalidad anualizada por Enfermedades Hipertensivas (CIE-10: I10.0-I15.9) en población beneficiaria de 20 a 64 años en el periodo que se evalúa</p> <p style="text-align: right;">menos</p> <p>Tasa de mortalidad anualizada por Enfermedades Hipertensivas (CIE-10: I10.0- I15.9) en población beneficiaria de 20 a 64 años del año anterior</p> <p style="text-align: right;">$\times 100$</p>		
	Tasa de mortalidad anualizada por Enfermedades Hipertensivas (CIE-10: I10.0- I15.9) en población beneficiaria de 20 a 64 años del año anterior		
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador de las tasas: Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED)</p> <p>Denominador de las tasas: Población beneficiaria de 20 a 64 años a mitad del periodo.</p>		
Interpretación	<p>El indicador traduce indirectamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El riesgo de muerte prematura por Enfermedad Hipertensiva en población beneficiaria de 20 a 64 años de edad. • La oportunidad en la atención médica otorgada a los pacientes de esta edad con Enfermedad Hipertensiva. 		
Valor de referencia o meta	≤ -5.0 o sin muertes		
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	4 puntos
Periodicidad	Trimestral anualizado	Indicador contabilizado por	Adscripción

IB_05 - Reducción de la tasa de mortalidad por Enfermedades Hipertensivas en población beneficiaria de 20 a 64 años adscrita al Padrón de IMSS-BIENESTAR.			
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	<= -5.0 o sin muertes	- 4.9 - 0	Cualquier incremento
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se incluyen las muertes por Enfermedad Hipertensiva en causa básica, de acuerdo a las siguientes claves CIE-10: I10.0-I15.9. ▪ De enero a noviembre de cada año, se utilizará para la obtención de las tasas anualizadas como denominador la población a junio del año inmediato anterior. ▪ En diciembre de cada año, se utilizará como denominador la población a junio del mismo año. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que se integra, valida y autoriza por la Coordinación de Planeación Estratégica, Evaluación y Padrón de Beneficiarios, del Programa IMSS BIENESTAR y envía a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección de Prestaciones Médicas para su inclusión en la Evaluación de Desempeño, así como para la publicación de los resultados en el portal:</p> <p style="text-align: center;">http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficiencia	Tipo de indicador	Estratégico

IB_06 - Tasa de incidencia de Cáncer de Mama en mujeres en población beneficiaria de 25 años y más adscrita al Padrón de IMSS-BIENESTAR.			
Objetivo del Indicador	Medir los casos nuevos de Cáncer de Mama en las mujeres beneficiarias de 25 años y más, para orientar las acciones de mejora en los procesos de prevención y control de ese padecimiento.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Mujeres beneficiarias de 25 años y más con diagnóstico de Cáncer de Mama (CIE-10: C50), reportadas en el Informe semanal de casos nuevos</p> <p>X 100,000</p>		
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador: Informe Semanal de casos nuevos sujetos a vigilancia epidemiológica del Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica (SUAVE)</p> <p>Denominador: Población beneficiaria del Programa IMSS-BIENESTAR</p>		
Interpretación	La tasa de incidencia permite identificar el resultado de las medidas preventivas y de diagnóstico establecidas para la atención de este cáncer.		
Valor de referencia o meta	≤ 20.5 por 100,000 mujeres de 25 años y más beneficiarias del Programa IMSS-BIENESTAR		
Unidad de medida	Tasa por 100,000 mujeres 25 años y más, beneficiarias del Programa IMSS-BIENESTAR	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	3 puntos
Periodicidad	Trimestral anualizado		
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El efecto esperado del incremento en las coberturas de detección se traduciría de manera inicial en un incremento de la incidencia, que con el transcurso de los años, tendería a estabilizarse e incluso a disminuir. ▪ Indicador con referencia en: 1) Guía técnica 2004. Detección y Atención Integral del Cáncer de Mama, y 2) Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del Cáncer de Mama. Diario Oficial de la Federación 9 de junio de 2011. 		

IB_06 - Tasa de incidencia de Cáncer de Mama en mujeres en población beneficiaria de 25 años y más adscrita al Padrón de IMSS-BIENESTAR.

Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que se integra, valida y autoriza por la Coordinación de Planeación Estratégica, Evaluación y Padrón de Beneficiarios, del Programa IMSS BIENESTAR y envía a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección de Prestaciones Médicas para su inclusión en la Evaluación de Desempeño, así como para la publicación de los resultados en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficiencia	Tipo de indicador	Estratégico

VII. Indicadores del Desempeño del Programa IMSS BIENESTAR

IB_07 - Tasa de mortalidad por Cáncer de Mama en mujeres beneficiarias de 25 años y más adscrita al padrón de IMSS-BIENESTAR			
Objetivo del indicador	Medir las defunciones de Cáncer de Mama en las mujeres beneficiarias de 25 años y más adscrita al padrón de IMSS-BIENESTAR, para orientar las acciones de mejora en los procesos de prevención y control de este padecimiento.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Defunciones por Cáncer de Mama (CIE-10: C50) en mujeres beneficiarias de 25 años y más		
	Población femenina beneficiaria de 25 años y más, a mitad de periodo		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED) IMSS-BIENESTAR Denominador: Población beneficiaria del Programa IMSS-BIENESTAR		
Interpretación	La tasa de mortalidad permite identificar el resultado del programa establecido para Cáncer de Mama, acciones preventivas de diagnóstico y de tratamiento, para orientar las acciones de mejora en los puntos críticos detectados.		
Valor de referencia o meta	<= 9.5 por 100,000 mujeres de 25 años y más adscritas a Médico Familiar beneficiarias del Programa IMSS-BIENESTAR		
Unidad de medida	Tasa por 100,000 mujeres 25 años y más, adscritas a Médico Familiar beneficiarias	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	5 puntos
Periodicidad	Trimestral Anualizado		
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicador con referencia en: 1) Guía técnica 2004. Detección y Atención Integral del Cáncer de Mama, y 2) Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del Cáncer de Mama. Diario Oficial de la Federación 9 de junio de 2011. ▪ Defunciones por Cáncer de Mama (CIE-10: C50) en causa básica. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que se integra, valida y autoriza por la Coordinación de Planeación Estratégica, Evaluación y Padrón de Beneficiarios, del Programa IMSS BIENESTAR y envía a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección de Prestaciones Médicas para su inclusión en la Evaluación de Desempeño, así como para la publicación de los resultados en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficiencia	Tipo de indicador	Estratégico

IB_08 - Oportunidad de inicio de la Vigilancia Prenatal.			
Objetivo del indicador	Medir la proporción de mujeres que inician dentro de las primeras 13 semanas y 6 días de gestación la vigilancia prenatal, para identificar tempranamente factores de riesgo y/o complicaciones durante la gestación; así como iniciar en forma temprana la comunicación educativa para el cuidado de la salud.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Consultas prenatales de primera vez, en el primer trimestre de la gestación X 100		
	Total de consultas prenatales de primera vez		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Sistema de Información en Salud para Población Adscrita (SISPA).		
Interpretación	<p>El inicio del control prenatal en el primer trimestre permite la realización de intervenciones integrales y preventivas para detectar riesgos fetales y maternos, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto.</p> <p>Que 6 de cada 10 embarazadas inicien la vigilancia prenatal dentro del primer trimestre de la gestación, se traduce como eficacia en la cobertura, información e impacto de la comunicación educativa dirigida a las mujeres en edad fértil.</p>		
Valor de referencia o meta	≥ 60.0		
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación:	1 punto
Periodicidad	Trimestral y anual		
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 60.0	59.9 - 50.1	≤ 50.0
Observaciones	Para la construcción del indicador: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se incluye a todas las embarazadas que recibieron atención prenatal en las unidades médicas de IMSS BIENESTAR, sin diferenciar su derechohabiencia. ▪ Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. 		

IB_08 - Oportunidad de inicio de la Vigilancia Prenatal.

Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que se integra, valida y autoriza por la Coordinación de Planeación Estratégica, Evaluación y Padrón de Beneficiarios, del Programa IMSS BIENESTAR y envía a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección de Prestaciones Médicas para su inclusión en la Evaluación de Desempeño, así como para la publicación de los resultados en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

IB_09 - Proporción de Preeclampsia – Eclampsia.			
Objetivo del indicador	Medir la proporción de embarazadas complicadas con Preeclampsia-Eclampsia en los Hospitales Rurales de IMSS BIENESTAR.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Egresos hospitalarios con diagnóstico de Preeclampsia-Eclampsia (CIE-10: Edición 2018, Códigos O11, O14, O15 y O16)</p> <hr/> <p>Total de partos y cesáreas en los Hospitales Rurales</p>		
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador: Egresos Hospitalarios Denominador: Sistema de Información en Salud para Población Adscrita (SISPA).</p>		
Interpretación	<p>En el mundo, de 2 a 10% de las embarazadas pueden presentar preeclampsia; en México, su prevalencia es de 5 a 10%.</p> <p>En IMSS BIENESTAR, la preeclampsia con datos de severidad y la eclampsia sobresalen como las principales causas de morbilidad materna y la incidencia es del 1-2%.</p> <p>Es importante señalar que este es un indicador solo de los Hospitales Rurales; y que la incidencia está afectada por la dispersión geográfica de las comunidades, ya que no todas las mujeres complicadas con trastornos hipertensivos y que viven en localidades con Unidad Médica Rural acuden a los Hospitales Rurales (ya sea por cercanía a un Hospital de otra Institución o por la gravedad); además de que no a todas las pacientes complicadas con estas enfermedades se les atiende el evento obstétrico en los Hospitales Rurales, ya que por la edad gestacional o por la gravedad se trasladan a otras Instituciones para manejo especializado.</p>		
Valor de referencia o meta	1.0 – 2.0		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	2 puntos
Periodicidad	Trimestral y anual		
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	1.0 – 2.0	0.5 – 0.9 o 2.1 – 2.9	<= 0.4 o >= 3.0

IB_09 - Proporción de Preeclampsia – Eclampsia.

Observaciones	<p>Para la construcción del indicador:</p> <p>Los códigos CIE-10, Edición 2018, que se utilizan para Preeclampsia-Eclampsia son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ O11. Trastornos hipertensivos preexistentes, con proteinuria sobreagregada. (Hipertensión preexistente con preeclampsia sobreagregada) ▪ O14.1 Preeclampsia severa. (Preeclampsia con datos de severidad) ▪ O14.2 Preeclampsia no especificada. ▪ O15.0 Eclampsia en el embarazo. ▪ O15.1 Eclampsia durante el trabajo de parto. ▪ O15.2 Eclampsia en el puerperio. ▪ O15.3 Eclampsia en período especificado. ▪ O16. Hipertensión materna, no especificada <p>El denominador se obtendrá considerando el total de partos y cesáreas atendidos en los Hospitales Rurales de IMSS-BIENESTAR, sin diferenciar su derechohabiencia.</p>		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que se integra, valida y autoriza por la Coordinación de Planeación Estratégica, Evaluación y Padrón de Beneficiarios, del Programa IMSS BIENESTAR y envía a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección de Prestaciones Médicas para su inclusión en la Evaluación de Desempeño, así como para la publicación de los resultados en el portal:</p> <p style="text-align: center;">http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Calidad	Tipo de indicador	Gestión

IB_10 - Porcentaje de Hemorragias de la segunda mitad del embarazo			
Objetivo del indicador	Medir la proporción de mujeres complicadas con hemorragia obstétrica de la segunda mitad del embarazo en los Hospitales Rurales de IMSS BIENESTAR.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Egresos hospitalarios con diagnóstico de Hemorragia obstétrica de la segunda mitad del embarazo (CIE-10, edición 2018, códigos O44.1, O45.0, O71.0, O71.1, O71.2 O71.3, O71.4, O71.7 O72.0, O72.1, O72.2) $\times 100,000$		
	Total de partos y cesáreas en los Hospitales Rurales		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Egresos Hospitalarios Denominador: Sistema de Información en Salud para Población Adscrita (SISPA).		
Interpretación	En IMSS BIENESTAR, la hemorragia obstétrica es la principal causa de mortalidad materna; la cual en la mayoría de los casos es prevenible y evitable. La hemorragia obstétrica posparto complica entre 2.5% a 7% de los embarazos. La incidencia de hemorragia obstétrica en IMSS BIENESTAR es de 0.4 a 1%. Es un indicador solo de los Hospitales Rurales.		
Valor de referencia o meta	1.0 - 0.4		
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	3 puntos
Periodicidad	Trimestral y anual		
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	0.4 a 1.0	0.2-0.3 o 1.1-2.0	<= 0.1 o >= 2.1

IB_10 - Porcentaje de Hemorragias de la segunda mitad del embarazo

Observaciones	<p>Para la construcción del indicador: Se incluye a las entidades consideradas como hemorragias obstétricas de la segunda mitad del embarazo, en la CIE-10, Edición 2018 que corresponden a los códigos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ O44.1 Placenta previa con hemorragia ▪ O45.0 Desprendimiento prematuro de la placenta (abruptio placentae) ▪ O70.1 Desgarro perineal de segundo grado durante el parto ▪ O70.2 Desgarro perineal de tercer grado durante el parto ▪ O70.3 Desgarro perineal de cuarto grado durante el parto ▪ O70.9 Desgarro perineal durante el parto, de grado no especificado ▪ O71.0 Ruptura del útero antes del inicio del trabajo de parto. ▪ O71.1 Ruptura del útero durante el trabajo de parto ▪ O71.2 Inversión del útero, posparto (inversión Uterina) ▪ O71.3 Desgarro obstétrico del cuello uterino ▪ O71.4 Desgarro vaginal obstétrico alto (desgarro pared vaginal) sin mención de desgarro perineal ▪ O71.7 Hematoma obstétrico de la pelvis (Hematoma obstétrico del perineo, hematoma obstétrico de la vagina, hematoma obstétrico de la vulva) ▪ O72.0 Hemorragia del tercer periodo del parto (retención de la placenta, acréscimo placentario con hemorragia). ▪ O72.1 Otras hemorragias posparto inmediatas (atonía uterina, hemorragia consecutiva a la expulsión de la placenta). ▪ O72.2 Hemorragia posparto secundaria o tardía (retención de fragmentos de la placenta o de las membranas). <p>El denominador se obtendrá considerando el total de partos y cesáreas atendidos en los Hospitales Rurales de IMSS BIENESTAR, sin diferenciar su derechohabiencia.</p>		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que se integra, valida y autoriza por la Coordinación de Planeación Estratégica, Evaluación y Padrón de Beneficiarios, del Programa IMSS BIENESTAR y envía a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección de Prestaciones Médicas para su inclusión en la Evaluación de Desempeño, así como para la publicación de los resultados en el portal:</p> <p style="text-align: center;">http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Calidad	Tipo de indicador	Gestión

IB_11 - Cobertura de Protección Anticonceptiva Posparto (incluye transcesárea) con métodos de alta continuidad.			
Objetivo del Indicador	Medir la proporción de mujeres protegidas con un método anticonceptivo de alta continuidad, después del parto/transcesárea, para concluir la fertilidad o espaciar el intervalo intergenésico.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de aceptantes de Hormonales, SIU, DIU con Cobre y de Oclusión Tubárica Bilateral como método anticonceptivo en el posparto y transcesárea $\times 100$ Total de partos eutócicos, distócicos vaginales y distócicos abdominales atendidos en los Hospitales Rurales		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Sistema de Información en Salud para Población Adscrita (SISPA).		
Interpretación	<p>El indicador traduce el impacto de las acciones de comunicación educativa proporcionadas a la mujer durante la etapa pregestacional, el embarazo y/o puerperio por el personal de salud capacitado, con la finalidad de que adopten en forma libre e informada, después de la atención de un parto o una cesárea, un método anticonceptivo de alta continuidad, acorde a sus expectativas reproductivas.</p> <p>Un resultado menor al valor de referencia de 80.0%, significa un bajo impacto de las actividades de comunicación educativa por el personal de salud.</p>		
Valor de referencia o meta	≥ 80.0		
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	1 punto
Periodicidad	Trimestral y anual		
Rangos de desempeño	Desempeño esperado ≥ 80.0	Desempeño medio 70.1 - 79.9	Desempeño bajo ≤ 70.0
Observaciones	<p>Para la construcción del indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se incluye a las mujeres aceptantes de implante, DIU de cobre, SIU y OTB (Oclusión Tubaria Bilateral) en el postparto o transcesárea 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que se integra, valida y autoriza por la Coordinación de Planeación Estratégica, Evaluación y Padrón de Beneficiarios, del Programa IMSS BIENESTAR y envía a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección de Prestaciones Médicas para su inclusión en la Evaluación de Desempeño, así como para la publicación de los resultados en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

IB_12 - Porcentaje de Partos Vaginales en Hospitales Rurales del Programa IMSS BIENESTAR.			
Objetivo del Indicador	Medir la proporción de partos vaginales atendidos, del total de partos (vaginales y cesáreas en los Hospitales Rurales (segundo nivel).		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Total de partos vaginales atendidos en los Hospitales Rurales (segundo nivel)}}{\text{Total de partos (vaginales y cesáreas) atendidos en los Hospitales Rurales (segundo nivel)}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Sistema de Información en Salud para Población Adscrita (SISPA).		
Interpretación	<p>Porcentajes reducidos de partos vaginales reflejan indirectamente la calidad de la atención obstétrica, la condición de salud de las pacientes embarazadas e inconsistencias en la supervisión del servicio.</p> <p>El incremento de la intervención cesárea es factor de riesgo para la generación de patología que condiciona hemorragia obstétrica.</p>		
Valor de referencia o meta	≥ 60.0		
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	4 punto
Periodicidad	Trimestral y anual		
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 60.0	55.0 - 59.9	≤ 54.9
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El indicador se obtendrá de los eventos obstétricos (partos y cesáreas) atendidos en los Hospitales Rurales. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que se integra, valida y autoriza por la Coordinación de Planeación Estratégica, Evaluación y Padrón de Beneficiarios, del Programa IMSS BIENESTAR y envía a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección de Prestaciones Médicas para su inclusión en la Evaluación de Desempeño, así como para la publicación de los resultados en el portal:</p> <p>http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Calidad	Tipo de indicador:	Estratégico

IB_13 - Proporción de prematuridad (28 a 36.6 semanas de gestación) en Hospitales Rurales del Programa IMSS BIENESTAR.			
Objetivo del Indicador	Medir el porcentaje de recién nacidos vivos de 28 semanas de gestación a menos de 37 semanas, para establecer acciones preventivas y asistenciales que disminuyen la prematuridad, causa principal de morbilidad y mortalidad en los neonatos.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Total de recién nacidos vivos de semanas de gestación mayor o igual a 28 y menor de 37 semanas en Hospitales Rurales de IMSS BIENESTAR}}{\text{Total de recién nacidos vivos en Hospitales Rurales de IMSS BIENESTAR}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y Denominador: Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC)		
Interpretación	Cifras superiores del valor de referencia reflejan inconsistencias en la vigilancia prenatal, para la detección de infección genitourinaria, su tratamiento y seguimiento, así como para la identificación y tratamiento de las complicaciones preexistentes o concomitantes durante el embarazo y el parto.		
Valor de referencia o meta	≤ 6		
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	3 punto
Periodicidad	Trimestral y anual	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤ 6	6.1 - 7	≥ 7.1
Observaciones	El indicador incluirá solo a los Hospitales Rurales.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que se integra, valida y autoriza por la Coordinación de Planeación Estratégica, Evaluación y Padrón de Beneficiarios, del Programa IMSS BIENESTAR y envía a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección de Prestaciones Médicas para su inclusión en la Evaluación de Desempeño, así como para la publicación de los resultados en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Calidad	Tipo de indicador:	Gestión

IB_14 - Prevalencia de Sobre peso en población derechohabiente de 20 años y más.			
Objetivo del Indicador	Medir el porcentaje de beneficiarios de 20 años y más con sobre peso, para identificar un riesgo en el desarrollo de enfermedades crónicas en la población.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de beneficiarios de 20 años y más con sobre peso en el mes evaluado $\frac{\text{Número de beneficiarios de 20 años y más con sobre peso en el mes evaluado}}{\text{Total de población beneficiaria de 20 años y más con medición de peso y talla en el mes evaluado}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Sistema de Información en Salud para Población Adscrita (SISPA).		
Interpretación	El desempeño esperado de este indicador permite conocer el porcentaje de derechohabientes de 20 y más años que tienen sobre peso. La meta se estableció con base en el promedio nacional de la prevalencia de sobre peso del 40% en 2014.		
Valor de referencia o meta	<= 37.0		
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	3 punto
Periodicidad	Trimestral y anual	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	<= 37.0	37.1 – 39.0	>= 39.1
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que se integra, valida y autoriza por la Coordinación de Planeación Estratégica, Evaluación y Padrón de Beneficiarios, del Programa IMSS BIENESTAR y envía a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección de Prestaciones Médicas para su inclusión en la Evaluación de Desempeño, así como para la publicación de los resultados en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

IB_15 - Porcentaje de Ocupación Hospitalaria en Hospitales Rurales del Programa IMSS-BIENESTAR.			
Objetivo del Indicador	Medir el uso de camas censables, para establecer acciones que mejoren la eficiencia del servicio de hospitalización.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Total de días paciente en Hospitales Rurales del Programa IMSS-BIENESTAR}}{\text{Total de días cama en Hospitales Rurales del Programa IMSS-BIENESTAR}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador: Sistema de Información en Salud para Población Adscrita (SISPA).</p> <p>Denominador: Camas censables difundido a través de la Circular 1140 de 2018, multiplicado por los días calendario del periodo.</p>		
Interpretación	<p>El desempeño esperado representa la eficacia en el uso del recurso cama, mediante la prestación de servicios de atención médica oportunos. El desempeño medio y bajo indica subocupación o sobreocupación y la necesidad de llevar a cabo acciones de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Supervisión directiva. ▪ Registro correcto y oportuno de camas censables. ▪ Registro oportuno de los egresos hospitalarios. ▪ Gestión de camas. ▪ Gestión de recursos humanos, insumos y/o infraestructura. 		
Valor de referencia o meta	80.0 – 90.0 de las camas censables deben ser ocupadas		
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	2 punto
Periodicidad	Trimestral y anual	Indicador contabilizado por	Atención
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	80.0 - 90.0	70.0 - 79.9	<= 69.9 o > 90.0

IB_15 - Porcentaje de Ocupación Hospitalaria en Hospitales Rurales del Programa IMSS-BIENESTAR.

Observaciones	<p>Para la construcción del indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se excluyen del numerador y denominador, las Unidades Médicas del primer nivel de atención. ▪ El comportamiento trimestral acumulado se obtiene de la suma de numeradores entre la suma de denominadores del período reportado. ▪ Los valores de referencia aplican a las dos periodicidades: trimestral y trimestral acumulado. ▪ Indicador que se mide por Unidad de servicios médicos de segundo nivel y por Delegación. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que se integra, valida y autoriza por la Coordinación de Planeación Estratégica, Evaluación y Padrón de Beneficiarios, del Programa IMSS BIENESTAR y envía a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección de Prestaciones Médicas para su inclusión en la Evaluación de Desempeño, así como para la publicación de los resultados en el portal:</p> <p style="text-align: center;">http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador:	Gestión

IB_16 - Promedio de días estancia en Hospitales Rurales del Programa IMSS-BIENESTAR.			
Objetivo del Indicador	Medir el tiempo promedio que utiliza la Unidad para atender a los pacientes hospitalizados en Cirugía, Medicina Interna, Pediatría, UCEN, Ginecología y Obstetricia, para mejorar la eficiencia de los servicios de hospitalización.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de días paciente en Hospitales Rurales del Programa IMSS-BIENESTAR. $\times 100$ Total de egresos hospitalarios en Hospitales Rurales del Programa IMSS-BIENESTAR.		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Sistema de información en Salud para Población Adscrita (SISPA).		
Interpretación	<p>Indicador relacionado con las líneas de acción: “Evitar sobre-estancia al agilizar cirugías, procedimientos, estudios e interconsultas”, alta efectiva y uso de salas de alta, de la estrategia institucional “Gestión de Camas”.</p> <p>El promedio de días estancia de acuerdo con la prestación oportuna de los servicios de atención médica.</p> <p>El desempeño medio y bajo, indica una estancia hospitalaria mayor o menor a la esperada, y requiere implementar acciones, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Supervisión directiva de la gestión de camas. ▪ Oportunidad para interconsultas y/o estudios de laboratorio y gabinete. ▪ Registro correcto y oportuno de los egresos hospitalarios. ▪ Gestión de recursos humanos, insumos y/o infraestructura. 		
Valor de referencia o meta	3 a 5		
Unidad de medida	Promedio	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	4 puntos
Periodicidad	Trimestral y anual	Indicador contabilizado por:	Atención
Rangos de desempeño	Desempeño esperado 3 a 5	Desempeño medio 6 a 7	Desempeño bajo 8 y más

IB_16 - Promedio de días estancia en Hospitales Rurales del Programa IMSS-BIENESTAR.

Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Días-paciente: períodos de 24 horas durante los cuales una cama hospitalaria se encuentra ocupada, sea por el mismo o por diferentes pacientes. ▪ Tipo de unidad de servicios médicos de segundo nivel incluye Hospitales Rurales del Programa IMSS-BIENESTAR. ▪ El indicador delegacional se construye con la suma de los hospitales de cada Delegación. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que se integra, valida y autoriza por la Coordinación de Planeación Estratégica, Evaluación y Padrón de Beneficiarios, del Programa IMSS BIENESTAR y envía a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección de Prestaciones Médicas para su inclusión en la Evaluación de Desempeño, así como para la publicación de los resultados en el portal:</p> <p style="text-align: center;">http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Calidad	Tipo de indicador:	Gestión

IB_17 – Porcentaje de Mortalidad Hospitalaria en Hospitales Rurales del Programa IMSS BIENESTAR.			
Objetivo del Indicador	Medir el comportamiento de la mortalidad de los pacientes hospitalizados para realizar acciones que mejoren la calidad de la atención médica.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Total de egresos hospitalarios por defunción en los Hospitales Rurales del Programa IMSS BIENESTAR}}{\text{Total de egresos hospitalarios en Hospitales Rurales de IMSS BIENESTAR}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Sistema de Información en Salud para Población Adscrita (SISPA).		
Interpretación	<p>La mortalidad hospitalaria es un indicador de calidad de la atención, y en este contexto, el desempeño medio y bajo, indica una elevada mortalidad hospitalaria y la necesidad de realizar acciones para reducir las causas inherentes al proceso de atención médica, entre las cuales se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Supervisión directiva. ▪ Gestión de recursos humanos, insumos y/o infraestructura. ▪ Oportunidad de interconsultas y/o estudios de laboratorio y gabinete. 		
Valor de referencia o meta	<p><= 4.8 defunciones hospitalarias por cada 100 egresos. Calculado con base en el comportamiento histórico de las Unidades de servicios médicos de segundo nivel</p>		
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	2 puntos
Periodicidad	Trimestral y anual	Indicador contabilizado por	Atención
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	<= 4.8	4.9 - 5.5	>= 5.6
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicador que se mide por Unidad de servicios médicos de segundo nivel y Delegación. 		

IB_17 – Porcentaje de Mortalidad Hospitalaria en Hospitales Rurales del Programa IMSS BIENESTAR.

Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que se integra, valida y autoriza por la Coordinación de Planeación Estratégica, Evaluación y Padrón de Beneficiarios, del Programa IMSS BIENESTAR y envía a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección de Prestaciones Médicas para su inclusión en la Evaluación de Desempeño, así como para la publicación de los resultados en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Calidad	Tipo de indicador:	Estratégico



VIII.

Indicadores Transversales Con seguimiento en diferentes Niveles de Atención Médica

Manual Metodológico de Indicadores Médicos, 2019-2024.



VIII. Indicadores Transversales

El IMSS, combina los servicios médicos con la administración de otros recursos, la organización del sistema de atención médica está conformada en diferentes niveles de atención y operación.

El Primer Nivel de atención médica, está constituido por unidades de Medicina Familiar y Unidades Médicas Rurales, y su función es otorgar atención primaria a la salud en forma continua al individuo y su familia, así como con acciones de prevención, atención médica, limitación del daño y rehabilitación, además realiza acciones oportunas de vigilancia epidemiológica, fortalece la planeación, implantación y control de programas integrales, promueve el autocuidado, la protección específica, la detección oportuna de padecimientos, la identificación y manejo de los factores de riesgo.

El Segundo Nivel de atención médica se conforma por una red de Hospitales Regionales, Generales de Zona, Sub-zona y Hospitales Rurales que son atendidos por médicos especialistas no familiares que proporcionan consulta externa de especialidades, servicio de hospitalización, atención quirúrgica y de urgencias. Además son el medio de concentración de la información relacionada con la detección geográfica de padecimientos y factores de riesgo a la salud, promueven eventos de educación e investigación médicas, con base en el diagnóstico de salud de la zona e integran equipos multidisciplinarios para la identificación y solución de los problemas de salud pública.

El Tercer Nivel de atención médica está organizado por Hospitales de Especialidades (Unidades Médicas de Alta Especialidad), ubicados en Centros Médicos y unidades periféricas, su función es la atención de enfermos con padecimientos que requieran de recursos de alta especialidad, con rectoría técnico-médica de las diferentes especialidades médico-quirúrgicas, además de promover eventos de educación e investigación médicas, con base en el diagnóstico situacional, para analizar las acciones que fomenten la prevención y abatimiento de riesgos para la salud.

Los tres niveles de atención médica participan de forma conjunta en la prevención, tratamiento y rehabilitación de los padecimientos, a través de acciones que se realizan con base a su nivel de infraestructura y especialización. Algunas de las actividades del proceso, se realizan en diferentes niveles de atención médica, por lo que es necesario evaluarlos con indicadores transversales.

El MMIM contiene dos grupos de indicadores transversales, el primer grupo está relación con la medición de las Infecciones Asociadas a la Atención de la salud en Unidades de Segundo Nivel y Unidades Médicas de Alta Especialidad (IN_AAS). Estos indicadores evalúan procesos relacionados con la calidad en la atención y la prevención de las infecciones al momento de una atención

VIII. Indicadores Transversales

hospitalaria o quirúrgica, llevadas a cabo en Unidades de Segundo y Tercer Nivel de atención médica.

El segundo grupo de indicadores transversales incluidos en este Manual, miden el otorgamiento y control de días de incapacidad temporal para el trabajo en los tres niveles de atención médica, que construye la Coordinación de Salud en el Trabajo (CST), que depende de la Dirección de Prestaciones Económicas.

Indicadores Transversales			Número de indicadores
1	INAAS	Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud en Unidades de Segundo Nivel y Unidades Médicas de Alta Especialidad	6
2	CST**	Coordinación de Salud en el Trabajo	3
Total			9

** Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales.



VIII.

Indicadores Transversales.
Con seguimiento en diferentes Niveles de
Atención Médica

1. Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud en Unidades de Segundo Nivel o en Unidades Médicas de Alta Especialidad (IN_AAS)



SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a las Infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) como “aquellas infecciones que afectan a un paciente durante el proceso de asistencia en un hospital u otro centro sanitario, que no estaba presente ni incubándose en el momento del ingreso. Las IAAS, también conocidas como infecciones nosocomiales o intrahospitalarias son los eventos adversos más frecuentes durante la prestación de la atención clínica en todo el mundo.”¹

Las infecciones relacionadas con la atención del paciente en áreas hospitalarias han existido desde la aparición de los propios hospitales² y representan un problema de gran importancia clínica y epidemiológica debido a que condicionan mayores tasas de morbilidad y mortalidad con un incremento consecuente en el costo social de años de vida potencialmente perdidos, así como de años de vida saludables perdidos por muerte prematura o vividos con discapacidades, lo cual se suma al incremento en los días de hospitalización y del gasto económico.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en todo momento, más de 1.4 millones de personas en el mundo contraen infecciones en el hospital. Entre el 5% y 10% de los pacientes que ingresan a hospitales modernos del mundo desarrollado contraerán una o más infecciones, siendo que en los países en desarrollo, el riesgo de infección relacionada con la atención sanitaria es de 2 a 20 veces mayor a los países desarrollados. En algunos países, la proporción de pacientes afectados pueden superar el 25%.

El conocimiento de la prevalencia de las infecciones asociadas a la atención de la salud y sus factores asociados, permite prevenir hasta el tercio de las infecciones nosocomiales, siendo que en países europeos, por ejemplo, se reportan prevalencias de 3 a 6 % con un impacto alto en la mortalidad. En México se estima una tasa de infecciones nosocomiales que oscila entre 3.8 y 26 por cada 100 egresos.²

Este tipo de infecciones continúan siendo una importante causa de mortalidad en el mundo. En México se registra, en instituciones de segundo y tercer nivel de atención, una mortalidad general de 43.8% asociadas a las IAAS², mientras que la OMS calcula 450,000 caídos de infección relacionada con la atención sanitaria en México, que causan 32 muertes por cada 100,000 habitantes por año.

En relación al riesgo de prolongar las estancias hospitalarias a causa de las infecciones asociadas a la atención en salud, en México este riesgo oscila el 5.9 y 9.6 días y más aún, incrementa la probabilidad de morir (riesgo atribuible) hasta en un 6.9%, lo que implica que los gastos hospitalarios aumenten.¹

¹. Rodríguez, M. Frecuencia de infecciones asociadas a la atención de la salud en los principales sistemas de información de México. CONAMED-OPS. 2018; 17 (3):16-20.

² Castañeda-Martínez F., Valdespino-Padilla, M. Prevalencia de infecciones nosocomiales en un hospital de segundo nivel de atención en México. Rev Med Inst Mex Seg Soc. 2015; 53(6):686-90

Se calcula que las infecciones relacionadas con la atención sanitaria en Inglaterra generan un costo de 1,000 millones de libras por año. En los Estados Unidos, las cifras son de entre 4,500 y 5,700 millones de dólares y en México, el costo anual se aproxima a los 1,500 millones de pesos.⁴

Por otro lado, el problema también genera una carga económica importante para los sistemas de salud, los pacientes y sus familiares, al verse incrementada la resistencia de los microrganismos a los antimicrobianos, provocando incapacidades prolongadas y muertes prematuras.

La gran mayoría de las infecciones asociadas a la atención en salud reflejan fallas en la atención que son susceptibles de prevención y control, por lo que es fundamental identificar los elementos que se asocian a la ocurrencia de estos eventos. En este sentido, la vigilancia de las IAAS, debe ser un componente clave de todos los sistemas de salud del mundo, a fin de apoyar la mejora continua de la calidad de la atención en los servicios de salud.¹

Ante ese panorama, cobra vital importancia, conocer el fenómeno para identificar las áreas de oportunidad, e iniciar acciones enérgicas para prevenir y controlar las Infecciones asociadas a la atención de la salud, al igual que medir el impacto de estas acciones a través de un mismo sistema de vigilancia epidemiológica y continuar con una espiral de mejora, cuyo único objetivo es la seguridad del paciente y la de sus familiares.^{3, 4}

Este proceso se monitorea en la evaluación estratégica delegacional para la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel (CAISN) con 3 indicadores y con una ponderación de 3 puntos cada uno, así como en el capítulo de Normativas se pueden observar 2 indicadores IN_AAS en la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad con ponderaciones establecidas por la misma Coordinación, acorde al tipo de unidad médica.

³ Medición de la prevalencia de Infecciones asociadas a la atención de la salud en Hospitales Generales de las principales instituciones públicas de salud. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México, Noviembre de 2011.

⁴ Kouchak, F., Askarian M. Nosocomial Infections: The Definition Criteria. Iranian Journal of Medical Sciences. 2012; 37 (2):72-73.

IN_AAS 01 Tasa de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud por 1,000 días estancia en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención con 20 camas censables o más, o en Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE).

Objetivo del indicador	Medir la velocidad de cambio que presentan las infecciones asociadas a la atención de la salud en las Unidades Médicas de segundo nivel de atención, con 20 o más camas censables o en las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE), para realizar acciones de prevención y control.
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de infecciones asociadas a la atención de la salud en unidades Médicas de segundo nivel de atención, con 20 o más camas censables o en UMAE <hr/> Total de días estancia en unidades médicas de segundo nivel de atención con, 20 o más camas censables o en UMAE
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las infecciones asociadas a la atención de la salud, Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Denominador: DataMart Estadísticas Médicas.
Interpretación	<p>La tasa indica la velocidad con que se presentan las infecciones asociadas a la atención de la salud en los pacientes hospitalizados por unidad de tiempo. El resultado de la tasa de infecciones asociadas a la atención de la salud por cada mil días estancia, debe estar dentro del valor de referencia de 7.0 a 12.0 para Hospital General Regional (HGR), Hospital de Gineco Obstetricia (HGO), Hospital de Gineco Pediatría (HGP) y de 4.0 a 7.0 para Hospital General de Subzona (HGS). Cuando el desempeño se encuentra dentro del valor esperado, se deberá continuar con las acciones seguras en la atención del paciente.</p> <p>Si el valor se encuentra con desempeño medio deberá intensificar la vigilancia epidemiológica, la identificación y la notificación de infecciones asociadas a la atención de la salud. Si el valor se encuentra con desempeño bajo, la Unidad debe evaluar si se trata de subnotificación y/o subregistro, en ese caso deberá reorganizar la vigilancia epidemiológica con apoyo del Comité de Detección y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de la salud, si el valor es superior al desempeño esperado deberá realizar la identificación de riesgos en los procesos críticos así como la implementación del Programa Institucional de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud, coadyuvando en la mejora de la calidad y seguridad de pacientes, personal de salud, familiares y visitantes.</p>
Valor de referencia o meta	Delegación 7.0 - 12.0 HGR, HGZ, HGO, HGP: 7.0 a 12.0 y HGS 4.0 a 7.0 En UMAE según tipo de hospital (Ver Tabla CUMAE 4)

IN_AAS 01 Tasa de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud por 1,000 días estancia en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención con 20 camas censables o más, o en Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE).

Unidad de medida	Tasa de infecciones asociadas a la atención de la salud por 1,000 días estancia		Ponderación para la Evaluación de Desempeño		3 puntos (UMAE Ver tabla CUMAE 4)
Periodicidad	Mensual, mensual acumulado y anual UMAE: Mensual y anual		Indicador contabilizado por		Atención
Rangos de desempeño	Nivel de Atención		Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	Delegación		7.0 - 12.0	4.0 - 6.9	< 4.0 o >12.0
	Unidades de Segundo Nivel	HGR, HGZ, HGO y HGP	7.0 - 12.0	4.0 - 6.9	< 4.0 o > 12.0
		HGS	4.0 - 7.0	1.0 - 3.9	< 1.0 o > 7.0
	UMAE		Ver tabla CUMAE 4		
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las infecciones asociadas a la atención de la salud representan un grave problema de salud pública, ya que se asocian a una alta tasa de morbilidad y mortalidad, así como a la elevación de costos y sobreestancia hospitalaria. <p>Para la construcción del indicador se incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En el numerador: el número de infecciones asociadas a la atención de la salud en el mes a evaluar. ▪ En el denominador: el número de días estancia en el mes a evaluar. <p>Para la construcción del indicador se excluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Del numerador, a los pacientes con infección asociada a la atención de la salud adquirida en otra Unidad Médica de segundo nivel, o en Unidades Médicas de Alta Especialidad. ▪ Del numerador y del denominador, los Hospitales de menos de 20 camas censables. 				

IN_AAS 01 Tasa de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud por 1,000 días estancia en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención con 20 camas censables o más, o en Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE).

Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La construcción del indicador se realiza por Unidad Médica, por Delegación (incluyendo solamente a las Unidades Médicas de segundo nivel de atención), y por separado, las UMAE. ▪ El proceso se evaluará por Unidad Médica de segundo nivel de atención, por Delegación (que incluya únicamente a las Unidades Médicas de segundo nivel), y por separado, las UMAE. ▪ Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles y envía a la División de Información Epidemiológica, ambas de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para la inclusión en la Evaluación del Desempeño, así como para la publicación de resultados en el portal:</p> <p style="text-align: center;">http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

IN_AAS 02 - Tasa de infección de sitio quirúrgico en cirugías limpias en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención con 20 o más camas censables o en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria o en Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Objetivo del indicador	<p>Medir la probabilidad de presentar infección de sitio quirúrgico en cirugías limpias en las Unidades Médicas de segundo nivel de atención, con 20 o más camas censables, Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA), o en las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE), para realizar acciones de prevención y control.</p>
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Total de infecciones de sitio quirúrgico en cirugías limpias y limpias con implantes realizadas en Unidades Médicas de segundo nivel de atención, con 20 o más camas censables, UMAA o en UMAE</p> <hr/> <p style="text-align: right;">X 100</p> <p>Total de cirugías limpias y limpias con implantes realizadas en Unidades Médicas de segundo nivel de atención, con 20 o más camas censables, UMAA o en UMAE</p>
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador: Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Infecciones asociadas a la Atención de la salud, Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.</p> <p>Denominador: Concentrado a partir del formato “Autorización, solicitud y registro de Intervención Quirúrgica” (4-30-59/17), considerando la clasificación de la herida.</p>
Interpretación	<p>La tasa indica la proporción de infecciones del sitio quirúrgico del total de intervenciones quirúrgicas limpias realizadas en un período determinado. El resultado debe estar dentro del valor de referencia de 1.5 a 3.5 infecciones de sitio quirúrgico por cada 100 cirugías limpias. Cuando el desempeño se encuentra dentro del valor esperado, se deberá continuar con las acciones seguras de la línea de prevención de infección de sitio quirúrgico. Si el valor se encuentra con desempeño medio, deberá intensificar la aplicación de las acciones seguras. Si el valor se encuentra con desempeño bajo, con valor <1.5, la Unidad debe evaluar si se trata de subregistro, y en ese caso deberá reorganizar la vigilancia epidemiológica con apoyo del Comité de Detección y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de la salud; si el valor es >4.5, deberá realizar la identificación de riesgos en los procesos críticos así como la implementación del Programa Institucional de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la atención de la Salud, coadyuvando en la mejora de la calidad y seguridad de pacientes, personal de salud, familiares y visitantes.</p>

IN_AAS 02 - Tasa de infección de sitio quirúrgico en cirugías limpias en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención con 20 o más camas censables o en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria o en Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Valor de referencia o meta	1.5 - 3.5		
Unidad de medida	Tasa de infecciones de sitio quirúrgico por 100 cirugías limpias	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	3 puntos
Periodicidad	Mensual acumulado y anual	Indicador contabilizado por	Atención
Rangos de desempeño	Desempeño esperado 1.5 - 3.5	Desempeño medio 3.6 – 4.5	Desempeño bajo < 1.5 o > 4.5
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La Infección de sitio quirúrgico corresponde a más del 20% del total de Infecciones Asociadas a la Atención de la salud que se presentan; se relaciona con un incremento en las readmisiones, la sobreestancia hospitalaria y el costo de la atención médica. <p>Para la construcción del indicador se incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El número de infecciones de sitio quirúrgico en cirugías limpias y limpias con implante en el mes a evaluar. ▪ El número de cirugías limpias y limpias con implantes realizadas en el mes a evaluar incluidas en el formato correspondiente. <p>Para la construcción del indicador se excluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Del numerador, a los pacientes con infección de sitio quirúrgico adquirida en otra Unidad Médica de segundo nivel de atención o en Unidades Médicas de Alta Especialidad. ▪ Del numerador y del denominador, los Hospitales Psiquiátricos y las Unidades de Medicina Física y Rehabilitación. ▪ La construcción del indicador se realiza por Unidad Médica, por Delegación (incluyendo a las Unidades Médicas de segundo nivel y a las UMAA), y por separado, a las UMAE. ▪ El proceso se evaluará por Unidad Médica de segundo nivel, por Delegación (que incluya a las Unidades Médicas de segundo nivel y a las UMAA,) y por separado, a las UMAE. 		

IN_AAS 02 - Tasa de infección de sitio quirúrgico en cirugías limpias en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención con 20 o más camas censables o en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria o en Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles y envía a la División de Información Epidemiológica, ambas de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para inclusión en la Evaluación de Desempeño, así como para la publicación de resultados en el portal:</p> <p>http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

IN_AAS 03 - Tasa de Neumonía asociada a ventilación mecánica por 1,000 días ventilador en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención con 20 o más camas censables o en Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Objetivo del indicador	Medir la velocidad de cambio que presentan las neumonías asociadas a ventilación mecánica en las Unidades Médicas de segundo nivel de atención con 20 o más camas censables, o en las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE), para realizar acciones de prevención y control.
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Total de neumonías asociadas a ventilación mecánica en Unidades Médicas de segundo nivel de atención con 20 o más camas censables, o en UMAE</p> <hr/> <p style="text-align: right;">X 1,000</p>
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador: Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las infecciones asociadas a la atención de la salud de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.</p> <p>Denominador: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de infecciones asociada a la atención de la salud, módulo de información general, alimentado del formato para recolección de denominadores (días dispositivo).</p>
Interpretación	<p>La tasa indica la velocidad con que se presenta la neumonía en pacientes con ventilación mecánica, por unidad de tiempo. El resultado debe estar dentro del valor de referencia de 8.0 a 14.0 neumonías asociadas a ventilación mecánica por cada 1,000 días-ventilador. Cuando el desempeño se encuentra dentro del valor esperado, se deberá continuar con las acciones seguras para la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica. Si el valor se encuentra con desempeño medio, deberá intensificar la vigilancia epidemiológica, la identificación y la notificación de infecciones asociadas a la atención de la salud y si el valor se encuentra con desempeño bajo valor <5.0, la Unidad debe evaluar si se trata de subnotificación y/o subregistro, en ese caso deberá reorganizar la vigilancia epidemiológica con apoyo del Comité de Detección y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de la salud, si el valor es superior al desempeño esperado deberá realizar la identificación de riesgos en los procesos críticos así como la implementación del Programa Institucional de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud, coadyuvando en la mejora de la calidad y seguridad de pacientes, personal de salud, familiares y visitantes.</p>

IN_AAS 03 - Tasa de Neumonía asociada a ventilación mecánica por 1,000 días ventilador en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención con 20 o más camas censables o en Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Valor de referencia o meta	Delegación		8.0 - 14.0
	Unidades de Segundo Nivel		8.0 - 14.0
	UMAE		Tabla CUMAE 4
Unidad de medida	Tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica por 1,000 días ventilador	Ponderación para la Evaluación de Desempeño	3 puntos UMAE según tipo de hospital (tabla CUMAE 4)
Periodicidad	Mensual, mensual acumulado y anual UMAE: Mensual y anual	Indicador contabilizado por	Atención
Rangos de desempeño	Nivel de Atención	Desempeño esperado	Desempeño medio
	Delegación	8.0 - 14.0	< 5.0 o > 14.0
	UMAE	Tabla CUMAE 4	
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es la complicación infecciosa más frecuente en pacientes admitidos en las unidades de terapia intensiva; su incidencia varía entre un 8-28% de los pacientes con ventilación mecánica (VM). Se asocia a una mayor mortalidad de entre 20 a 50%. <p>Para la construcción del indicador se incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En el numerador el número de neumonías asociadas a ventilación mecánica en el mes a evaluar. ▪ En el denominador: el número de días ventilador en el mes a evaluar, incluidos en el formato de registro correspondiente. <p>Para la construcción del indicador se excluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientes con neumonía asociada a ventilación mecánica adquirida en otra Unidad Médica de segundo nivel de atención, o en Unidades Médicas de Alta Especialidad. ▪ Del numerador y del denominador, los Hospitales Psiquiátricos y las Unidades de Medicina Física y Rehabilitación. 		

**IN_AAS 03 - Tasa de Neumonía asociada a ventilación mecánica por 1,000 días ventilador en
Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención con 20 o más camas
censables o en Unidades Médicas de Alta Especialidad.**

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La construcción del indicador se realiza por Unidad Médica y por Delegación (incluyendo solamente a las Unidades Médicas de segundo nivel), y por separado, las UMAE. ▪ El proceso se evaluará por Unidad Médica de segundo nivel de atención, por Delegación (que incluya únicamente a las Unidades Médicas de segundo nivel de atención), y por separado las UMAE. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles y envía a la División de Información Epidemiológica, ambas de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para inclusión en la Evaluación de Desempeño, así como para la publicación de resultados en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

IN_AAS 04 - Tasa de Infección del torrente sanguíneo asociada a catéter venoso central por 1,000 días catéter en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención con 20 o más camas censables o en Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Objetivo del indicador	Medir la velocidad de cambio que presentan las Infecciones del Torrente Sanguíneo (ITS) asociada a Catéter Venoso Central (CVC) en las Unidades Médicas de segundo nivel con 20 o más camas censables o en las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE), para realizar acciones de prevención y control
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de Infecciones del Torrente Sanguíneo asociada a CVC en las Unidades Médicas de segundo nivel de atención, con 20 o más camas censables o en UMAE $\text{X} \frac{1,000}{\text{Total de días CVC en las Unidades Médicas de segundo nivel de atención con 20 o más camas censables o en UMAE}}$
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las infecciones asociadas a la atención de la salud de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Denominador: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de infecciones asociada a la atención de la salud, Informe mensual de Infecciones asociadas a la atención a la salud, alimentado del Registro de procedimientos invasivos (Catéter Venoso Central).
Interpretación	La tasa indica la velocidad con que se presentan las infecciones del torrente sanguíneo en pacientes con CVC, por unidad de tiempo. El resultado debe estar dentro del valor de referencia de 1.0 a 4.0 Infecciones del Torrente Sanguíneo asociada a CVC por cada 1,000 días catéter. Cuando el desempeño se encuentra dentro del valor esperado, se deberá continuar con las acciones seguras para reducir el tiempo de uso del CVC de cada paciente (disminuir el riesgo), y aplicar las medidas de prevención en el proceso de instalación y cuidado del catéter.
Interpretación	Si el valor se encuentra con desempeño medio, deberá intensificar la vigilancia epidemiológica, la identificación y la notificación de infecciones del torrente sanguíneo asociada a CVC. Si el valor se encuentra con desempeño bajo, con valor < 1.0, la unidad debe evaluar si se trata de subregistro, y en ese caso deberá reorganizar la vigilancia epidemiológica con apoyo del Comité de Detección y Control de las Infecciones asociadas a la atención de la salud; si el valor es > 7.0, deberá realizar la identificación de riesgos en los procesos críticos así como la implementación del Programa Institucional de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud, coadyuvando en la mejora de la calidad y seguridad de pacientes, personal de salud, familiares y visitantes.

IN_AAS 04 - Tasa de Infección del torrente sanguíneo asociada a catéter venoso central por 1,000 días catéter en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención con 20 o más camas censables o en Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Valor de referencia o meta	1.0 - 4.0		
Unidad de medida	Tasa de infecciones del torrente sanguíneo asociada a CVC por 1,000 días catéter		
Periodicidad	Mensual acumulado y anual	Indicador contabilizado por	Atención
Rangos de desempeño	Desempeño esperado 1.0 – 4.0	Desempeño medio 4.1 – 7.0	Desempeño bajo <1.0 o > 7.0
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las infecciones del torrente sanguíneo asociada a CVC, constituye uno de los eventos adversos más graves asociados a la atención integral del paciente hospitalizado, que ocasiona una elevada morbilidad, mortalidad y costos por atención. <p>Para la construcción del indicador se incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En el numerador: el número de infecciones del torrente sanguíneo asociada a CVC en el mes a evaluar. ▪ En el denominador: el número de días CVC en el mes a evaluar, incluidos en el formato de registro correspondiente. <p>Para la construcción del indicador se excluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientes con infecciones del torrente sanguíneo asociada a CVC adquirida en otra Unidad Médica de segundo nivel de atención o en UMAE. ▪ Del numerador y del denominador, los Hospitales Psiquiátricos y las Unidades de Medicina Física y Rehabilitación. ▪ La construcción del indicador se realiza por Unidad Médica y por Delegación (incluyendo solamente a las Unidades Médicas de segundo nivel de atención), y por separado, las UMAE. ▪ El proceso se evaluará por Unidad Médica de segundo nivel de atención, por Delegación (que incluya únicamente a las Unidades Médicas de segundo nivel de atención) y por separado las UMAE. 		

IN_AAS 04 - Tasa de Infección del torrente sanguíneo asociada a catéter venoso central por 1,000 días catéter en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención con 20 o más camas censables o en Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles y envía a la División de Información Epidemiológica, ambas de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para la publicación de resultados en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

IN_AAS 05 - Tasa de Infección de vías urinarias asociada a sonda vesical por 1,000 días sonda en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención con 20 o más camas censables o en Unidades Médicas de Alta Especialidad	
Objetivo del indicador	Medir la velocidad de cambio que presentan las infecciones de vías urinarias asociadas a sonda vesical en las Unidades Médicas de segundo nivel de atención, con 20 o más camas censables o en las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE), para realizar acciones de prevención y control
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Total de infecciones asociadas a la atención de la salud de vías urinarias en las Unidades Médicas de segundo nivel atención, con 20 o más camas censables o en UMAE</p> <hr/> <p>Total de días sonda vesical en las Unidades Médicas de segundo nivel de atención, con 20 o más camas censables o en UMAE</p>
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador: Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las infecciones asociadas a la atención de la salud, Coordinación de Vigilancia Epidemiológica</p> <p>Denominador: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de infecciones asociadas a la atención de la salud, Informe mensual de Infecciones asociadas a la atención de la salud, alimentado del Registro de procedimientos invasivos (Sonda vesical).</p>
Interpretación	<p>La tasa indica la velocidad con que se presenta la infección de vías urinarias en pacientes con sonda vesical, por unidad de tiempo.</p> <p>El resultado debe estar dentro del valor de referencia de 5.0 a 14.0 infecciones de vías urinarias asociadas a sonda vesical por cada 1,000 días sonda. Cuando el desempeño se encuentra dentro del valor esperado, se deberá continuar con las acciones seguras en la atención del paciente. Si el valor se encuentra con desempeño medio, deberá intensificar la vigilancia epidemiológica, la identificación y la notificación de infecciones asociadas a la atención de la salud de vías urinarias. Si el valor se encuentra con desempeño bajo, con valor < 1.0, la Unidad debe evaluar si se trata de subregistro, y en ese caso, deberá reorganizar la vigilancia epidemiológica con apoyo del Comité de Detección y Control de las infecciones asociadas a la atención de la salud; si el valor es >14.0, deberá realizar la identificación de riesgos en los procesos críticos así como la implementación del Programa Institucional de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud, coadyuvando en la mejora de la calidad y seguridad de pacientes, personal de salud, familiares y visitantes.</p>
Valor de referencia o meta	5.0 - 14.0

IN_AAS 05 - Tasa de Infección de vías urinarias asociada a sonda vesical por 1,000 días sonda en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención con 20 o más camas censables o en Unidades Médicas de Alta Especialidad

Unidad de medida	Tasa de infección de vías urinarias asociada a sonda vesical por 1,000 días sonda		
Periodicidad	Mensual acumulado y anual	Indicador contabilizado por	Atención
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	5.0 - 14.0	1.0 - 4.9	<1.0 o > 14.0
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La infección de vías urinarias asociada a sonda es la causa más frecuente de infección, llegando a ocupar del 30 al 40% de las infecciones adquiridas en el hospital. <p>Para la construcción del indicador se incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En el numerador: el número de infecciones asociadas a la atención de la salud de vías urinarias en el mes a evaluar. ▪ En el denominador: el número de días sonda vesical en el mes a evaluar, incluidos en el formato de registro correspondiente. <p>Para la construcción del indicador se excluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientes con infección de vías urinarias adquirida en otra Unidad Médica de segundo nivel de atención, o en UMAE. ▪ Del numerador y del denominador, los Hospitales Psiquiátricos y las Unidades de Medicina Física y Rehabilitación. ▪ La construcción del indicador se realiza por Unidad Médica, por Delegación (incluyendo solamente a las Unidades Médicas de segundo nivel de atención), y por separado, las UMAE. ▪ El proceso se evaluará por Unidad Médica de segundo nivel, por Delegación (que incluya únicamente a las Unidades Médicas de segundo nivel de atención), y por separado, las UMAE 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles y envía a la División de Información Epidemiológica, ambas de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para la publicación de resultados en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

IN_AAS 06 - Tasa de Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud por 1,000 días estancia en las Unidades de Cuidados Intensivos de Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención con 20 o más camas censables, o de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Objetivo del indicador	<p>Medir la velocidad de cambio que presentan las infecciones asociadas a la atención a la salud en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de las Unidades Médicas de segundo nivel de atención, con 20 o más camas censables o de las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE), para realizar acciones de prevención y control</p>
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Total de infecciones asociadas a la atención a la salud en las UCI de las Unidades Médicas de segundo nivel de atención, con 20 o más camas censables o en UMAE</p> <p style="text-align: right;">X 1,000</p>
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador y denominador: Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las infecciones asociadas a la atención a la salud de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.</p>
Interpretación	<p>La tasa indica la velocidad con que se presentan las infecciones asociadas a la atención a la salud en los pacientes hospitalizados en las UCI por unidad de tiempo.</p> <p>El resultado debe estar dentro del valor de referencia de 10.0 a 26.0 infecciones asociadas a la atención a la salud por cada mil días estancia. Cuando el desempeño se encuentra dentro del valor esperado, se deberá continuar con las acciones seguras en la atención del paciente. Si el valor se encuentra con desempeño medio, deberá intensificar la vigilancia epidemiológica, la identificación y la notificación de Infecciones asociadas a la atención a la salud. Si el valor se encuentra con desempeño bajo, con valor < 3.0, la Unidad debe evaluar si se trata de subregistro, y en ese caso, deberá reorganizar la vigilancia epidemiológica con apoyo del Comité de Detección y Control de las Infecciones asociadas a la atención a la salud y el personal de la UCI; si el valor es > 26.0, deberá realizar la identificación de riesgos en los procesos críticos así como la implementación del Programa Institucional de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud, coadyuvando en la mejora de la calidad y seguridad de pacientes, personal de salud, familiares y visitantes.</p>

IN_AAS 06 - Tasa de Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud por 1,000 días estancia en las Unidades de Cuidados Intensivos de Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención con 20 o más camas censables, o de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Valor de referencia o meta	10.0 - 26.0		
Unidad de medida	Tasa de infecciones Asociadas a la Atención de la Salud por 1,000 días estancia en las UCI		
Periodicidad	Mensual acumulado y anual	Indicador contabilizado por	Atención
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	10.0 - 26.0	3.0 - 9.9	< 3.0 o > 26.0
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los pacientes hospitalizados en las UCI, presentan el mayor riesgo de adquirir una infección asociada a la atención a la salud, dada la utilización de procedimientos invasivos y la gravedad de su estado de salud. ▪ Para la construcción del indicador se incluye: <ul style="list-style-type: none"> ○ En el numerador: el número de Infecciones asociadas a la atención a la salud en la Unidad de Cuidados Intensivos, durante el mes a evaluar. ○ En el denominador: el número total de días de estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos, del mes a evaluar. ○ En el numerador y en el denominador a las Unidades Médicas de segundo nivel de atención, con 20 o más camas censables, o en Unidades Médicas de Alta Especialidad, que cuenten con alguna UCI, de acuerdo al inventario Físico de Unidades (IFU) a junio del año en curso (vigente). ▪ Para la construcción del indicador se excluye: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pacientes con infección asociada a la atención a la salud adquirida en otra Unidad Médica de segundo nivel de atención, o en UMAE. ○ Del numerador y del denominador los Hospitales Psiquiátricos y las Unidades de Medicina Física y Rehabilitación. 		

IN_AAS 06 - Tasa de Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud por 1,000 días estancia en las Unidades de Cuidados Intensivos de Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención con 20 o más camas censables, o de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La construcción del indicador se realiza por Unidad Médica y por Delegación (incluyendo solamente a las Unidades Médicas de segundo nivel de atención), y por separado, las UMAE. ▪ El proceso se evaluará por Unidad Médica de segundo nivel, por Delegación (que incluya únicamente a las Unidades Médicas de segundo nivel de atención), y por separado, las UMAE. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	<p>Indicador que construye la División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles y envía a la División de Información Epidemiológica, ambas de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para la publicación de resultados en el portal:</p> <p style="text-align: center;">http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</p>		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico



SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



VIII.

Indicadores Transversales.
Con seguimiento en diferentes Niveles de
Atención Médica

2. Coordinación de Salud en el Trabajo (CST)



CST 01 - Promedio de días de incapacidad temporal con y sin subsidio por enfermedad general por trabajador de empresas afiliadas.			
Objetivo del indicador	Obtener el promedio de días de incapacidad temporal con y sin subsidio por enfermedad general por trabajador de empresas afiliadas.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<p>Total de días de incapacidad temporal con y sin subsidio (inicial y subsecuente) otorgados por enfermedad general de trabajadores de empresas afiliadas, acumulados al trimestre de reporte</p> <hr/> <p>Promedio de trabajadores de empresas afiliadas bajo seguro de enfermedad general reportado al trimestre de reporte</p>		
Fuentes oficiales para el cálculo	<p>Numerador: Reporte de Prestaciones Económicas, Página de la Comunidad de Información y Análisis de Prestaciones Económicas.</p> <p>Denominador: Archivo denominado "Población Adscrita por Delegación" elaborado con la Base de datos de la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR), publicada por la División de Información en Salud (DIS) http://11.22.41.169/infoSalud15/ y Consulta Dinámica de Información o Cubo de Información Directiva CP (http://189.202.239.32/cubo_cp.asp)</p>		
Interpretación	Una cifra superior al valor de referencia especificado se traduce en problemas en el proceso de la atención médica debido a que no se están atendiendo las causas médicas y no médicas, y se requiere otorgar un número de días mayor que lo esperado a los trabajadores y, en consecuencia se requiere de más tiempo para reincorporarse a sus actividades laborales con las repercusiones económicas y sociales que implican para el trabajador, su familia y el Instituto.		
Valor de referencia o meta	<p>Anual: ≤ 2.32</p> <p>Trimestral acumulado:</p> <p>Marzo ≤ 0.58; Junio ≤ 1.16; Septiembre ≤ 1.74; Diciembre ≤ 2.32</p> <p>El valor de referencia se estableció con base en el comportamiento histórico</p>		
Unidad de medida	Promedio		
Periodicidad	Trimestral acumulado	Indicador contabilizado por	Delegación

CST 01 - Promedio de días de incapacidad temporal con y sin subsidio por enfermedad general por trabajador de empresas afiliadas.			
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Ene - Mar <= 0.58	0.59 – 0.65	> 0.65
	Ene - Jun <= 1.16	1.17 – 1.29	> 1.29
	Ene - Sep <= 1.74	1.75 – 1.94	> 1.94
	Ene – Dic <= 2.32	2.33 – 2.58	> 2.58
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para la construcción del indicador: <ul style="list-style-type: none"> ○ Se debe restar la población de trabajadores del IMSS por adscripción médica. ○ La población a considerar será la publicada en la Página de la División en Salud. ○ Indicador de responsabilidad y seguimiento de los tres Niveles de Atención Médica. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye y publica la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

CST 02 - Promedio de días de incapacidad temporal con subsidio por riesgo de trabajo por caso.			
Objetivo del indicador	Determinar el promedio de días de incapacidad temporal con subsidio por caso como consecuencia de los accidentes y enfermedades de trabajo ocurridos.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de días de incapacidad temporal con subsidio (inicial y subsecuente) otorgados por riesgos de trabajo en trabajadores de empresas afiliadas, acumulados al trimestre de reporte		
	Total de certificados iniciales con subsidio por riesgos de trabajo, acumulados al trimestre de reporte		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Archivo Sistema de Información Delegacional, reporte de Prestaciones Económicas, Página de la Comunidad de Información y Análisis de Prestaciones Económicas.		
Interpretación	Una cifra superior al valor de referencia especificado se traduce en problemas en el proceso de la atención médica debido a que no se están atendiendo las causas médicas y no médicas, y se requiere otorgar un número de días mayor que lo esperado a los trabajadores y, en consecuencia se requiere de más tiempo para reincorporarse a sus actividades laborales con las repercusiones económicas y sociales que implican para el trabajador, su familia y el Instituto		
Valor de referencia o meta	<p>Anual: ≤ 0.71</p> <p>Trimestral acumulado:</p> <p>Marzo ≤ 0.18; Junio ≤ 0.36; Septiembre ≤ 0.53; Diciembre ≤ 0.71</p> <p>El valor de referencia se estableció con base en el comportamiento histórico</p>		
Unidad de medida	Promedio		
Periodicidad	Trimestral acumulado	Indicador contabilizado por	Delegación
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Ene - Mar ≤ 0.18 Ene - Jun ≤ 0.36 Ene - Sep ≤ 0.53 Ene - Dic ≤ 0.71	0.19-0.21 0.37-0.43 0.54-0.64 0.72-0.85	> 0.21 > 0.43 > 0.64 > 0.85

CST 02 - Promedio de días de incapacidad temporal con subsidio por riesgo de trabajo por caso.

Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicador de responsabilidad y seguimiento de los tres Niveles de Atención Médica. ▪ Se excluyen los casos diagnosticados únicamente por cuadro clínico. 		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye y publica la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico

CST 03 - Promedio de días de incapacidad temporal con subsidio por enfermedad general por caso.			
Objetivo del indicador	Obtener el promedio de días de incapacidad temporal con subsidio por enfermedad general por caso en trabajadores de empresas afiliadas.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de días de incapacidad temporal con subsidio (inicial y subsecuente) otorgados por enfermedad general de trabajadores de empresas afiliadas, acumulados al trimestre de reporte		
	Total de certificados iniciales con subsidio por enfermedad general, acumulados al trimestre de reporte		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y Denominador: Archivo Sistema de Información Delegacional, reporte de Prestaciones Económicas, Página de la Comunidad de Información y Análisis de Prestaciones Económicas.		
Interpretación	Una cifra superior al valor de referencia especificado se traduce en problemas en el proceso de la atención médica debido a que no se están atendiendo las causas médicas y no médicas, y se requiere otorgar un número de días mayor que lo esperado a los trabajadores y, en consecuencia se requiere de más tiempo para reincorporarse a sus actividades laborales con las repercusiones económicas y sociales que implican para el trabajador, su familia y el Instituto.		
Valor de referencia o meta	Anual: ≤ 1.63 Trimestral acumulado: Marzo ≤ 0.41 ; Junio ≤ 0.82 ; Septiembre ≤ 1.22 ; Diciembre ≤ 1.63 El valor de referencia se estableció con base en el comportamiento histórico		
Unidad de medida	Promedio		
Periodicidad	Trimestral acumulado		
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Ene - Mar ≤ 0.41	0.42-0.49	> 0.49
	Ene - Jun ≤ 0.82	0.83-0.98	> 0.98
	Ene - Sep ≤ 1.22	1.23-1.47	> 1.47
	Ene – Dic ≤ 1.63	1.64-1.96	> 1.96

CST 03 - Promedio de días de incapacidad temporal con subsidio por enfermedad general por caso.			
Observaciones	Indicador de seguimiento de los tres Niveles de Atención Médica		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye y publica la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador	Eficacia	Tipo de Indicador	Estratégico



IX.

Glosario

Manual Metodológico de Indicadores Médicos, 2019-2024.



SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

IX. Glosario

Glosario de términos	
Término	Descripción/Significado
Formato 1/17	Hoja de Alta Hospitalaria.
Formato 1-Neo/17	Hoja de Alta Neonatal
Formato 4-30-27/17	Intervenciones quirúrgicas efectuadas en quirófano
Formato 4-30.21-35/17-I	Ingresos, registro diario, servicio de urgencias y admisión continua.
Formato 4-30-200/87	Solicitud de servicio (interconsulta).
Formato 4-30-21/17-E	Registro diario de egreso hospitalario.
Formato 4-30-21/17-I	Registro diario de ingreso hospitalario.
Formato 4-30-21/6b	Partos, productos y abortos.
Formato 4-30-21-35/17-E	Egresos, registro diario, servicio de urgencias y admisión continua.
Formato 4-30-27/17	Intervenciones quirúrgicas efectuadas en quirófano.
Formato 4-30-59/17	Hoja de Programación Quirúrgica.
Formato 4-30-6	Hoja de Atención en Consulta Externa.
Formato 4-30-8	Referencia y contra referencia de pacientes.
Accidente de trabajo	Es toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior; o la muerte, producida repentinamente en ejercicio, o con motivo del trabajo, cualquiera que sea el lugar y el tiempo en que dicho trabajo se preste.
Admisión Continua	Esta área, geográficamente, corresponde a la sala de urgencias que, a diferencia de esta, en materia de funciones, se caracteriza para ser usada en la recepción de pacientes críticos que se referencian previa gestión con la unidad por lo que son trasladados de segundo a tercer nivel para su atención oportuna por la o las especialidades o subespecialidades y con el equipamiento requerido para su asistencia inmediata y precisa.

IX. Glosario

Glosario de términos	
Término	Descripción/Significado
Alumnos vigentes	Son aquellos Médicos Generales del IMSS, que cumplieron requisitos de ingreso al Curso de Especialización en Medicina Familiar y aprobaron el Examen de Competencia Académica, completaron el proceso de inscripción ante la UNAM, y se encuentran cursando el ciclo académico, correspondiente al primero, segundo o tercer año de la especialidad.
API	Atención Preventiva Integrada.
ARV	Antiretrovirales.
Asegurado	El trabajador o sujeto de aseguramiento, inscrito ante el Instituto, en términos de la Ley del Seguro Social (LSS).
Asistentes programados	Son los trabajadores del área de la salud que potencialmente pueden asistir a un curso de educación continua de la programación anual, de acuerdo al cupo máximo disponible según la modalidad educativa utilizada.
Asistentes reales	Son los trabajadores del área de la salud, registrados y enumerados, en forma progresiva, en el listado nominal del “Informe de curso de educación continua (EC3)”.
BI-RADS	Breast Imaging Reporting and Data System, por sus siglas en inglés. Es un método que utilizan los radiólogos para interpretar y comunicar de manera estandarizada los resultados de exámenes de mamografía, ecografía e imagen por resonancia magnética (IRM).
Brote	Ocurrencia de dos o más casos asociados epidemiológicamente entre sí. En situaciones especiales de erradicación, eliminación o emergencia epidemiológica, un caso puede ser considerado como brote.
Ca_Cu	Cáncer Cérvico Uterino.
Ca Mama	Cáncer de Mama.
CAISN	Coordinación de Atención Integral en el Segundo Nivel.
CAISP N	Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel.

IX. Glosario

Glosario de términos	
Término	Descripción/Significado
Case Mix	Refleja la complejidad de la patología de los pacientes que son atendidos en la Unidad. (Basado en la comorbilidad).
Caso	Individuo de una población en particular que, en un tiempo definido, es sujeto de una enfermedad o evento bajo estudio o investigación.
Caso de riesgo de trabajo terminado	Se considera al evento amparado por un conjunto de certificados de incapacidad expedidos por el Médico tratante desde el inicio del periodo hasta el alta médica, o la emisión de un dictamen de incapacidad permanente o la muerte del trabajador; en los que se establecen que el trabajador tuvo una pérdida de facultades o aptitudes que imposibilitan, parcial o totalmente, al asegurado a desempeñar su trabajo por dicho periodo y el Servicio de Salud en el Trabajo, calificó que dicho evento fue derivado de un accidente o enfermedad de trabajo. El criterio establecido por la Coordinación de Prestaciones Económicas, para considerar un caso de riesgo de trabajo terminado, es cuando éste haya sido calificado y no exista una expedición de certificado posterior a 20 días hábiles a partir de la fecha del último día de incapacidad amparado.
Causas básicas imprecisas en certificados de defunción	Causas de muerte hospitalarias que no resultan lo suficientemente informativas para las estadísticas de mortalidad; no se encuentran en las causas mal definidas, ni en la lista de los códigos triviales.
CES	Coordinación de Educación en Salud.
CIE-10	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión.
CIE-9-MC	Clasificación de Procedimientos en Medicina de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión, Modificación Clínica.
CIIS	Comité Institucional de Información en Salud.

IX. Glosario**Glosario de términos**

Término	Descripción/Significado
Cirugía ambulatoria	Procedimientos quirúrgicos que deben realizarse en sala de cirugía, y que por no haber producido invalidez, afectación o modificación de los parámetros de las funciones vitales del paciente en la valoración postoperatoria, requieren únicamente de hospitalización en cama no censable, y ser egresados en un lapso no mayor de 24 horas.
Cirugía electiva concertada	Cirugía no urgente que cuenta con los criterios prequirúrgicos de cada subespecialidad quirúrgica y que puede ser agendada de acuerdo con el paciente generalmente son de consulta externa.
Cirugía no concertada programada	Cirugía que no se agenda previamente, pero por su prioridad, se programa lo más pronto posible, aquí se incluye a las cirugías programadas de pacientes que está hospitalizado y requiere una cirugía no urgente pero sí prioritaria.
Cirugías electivas programadas	Toda cirugía que fue previamente agendada con fecha de cirugía, acorde a los criterios pre-quirúrgicos, de cada subespecialidad quirúrgica.
Cirugías electivas suspendidas	Todo tipo de cirugía que, por motivos médicos o no médicos, no se realiza.
CIS	Coordinación de Investigación en Salud.
Cita previa	Es aquella que se programa ante indicación del Médico Familiar, promoción de la Asistente Médica, o solicitud del derechohabiente, por lo menos, con doce horas de anticipación al otorgamiento de la consulta.
CNIC	Comité Nacional de Investigación Científica.
CONACyT	Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
Consulta de especialidad de primera vez	Consulta que se otorga por vez primera a un paciente, por una determinada enfermedad o motivo.

IX. Glosario

Glosario de términos	
Término	Descripción/Significado
Consulta de especialidad de primera vez UMAE	Cita en el cual el paciente es revisado por primera vez en una Unidad Médica de Alta Especialidad.
Consulta subsecuente	Es toda aquella que ocurre posterior a una cita de primera vez, a solicitud del Médico tratante, independientemente del tiempo que transcurra entre ellas.
Consultorio efectivo en Unidades Médicas de Alta Especialidad	Local ubicado en consulta externa, que cuenta con las instalaciones específicas y el personal especializado para consulta médica de pacientes ambulatorios por cada área (Cardiología, Gastroenterología, Oftalmología, etc.), que cuenta con Médico adscrito y Enfermera por turno diurno.
CPS	Coordinación de Planeación en Salud.
Criterios de aprobación	Condiciones que debe cumplir el alumno para aprobar un curso a distancia, incluye: revisión de contenidos empaquetados, actividades y tareas, evaluaciones parciales, y final.
Cuasi-fallas	Error médico que no produjo un evento adverso porque se detectó a tiempo.
CUMAE	Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.
Curso a Distancia	Es aquel que se desarrolla, para la formación o educación continua, con el uso de tecnologías de información y comunicación, conformado por objetos de aprendizaje, materiales multimedia, contenidos digitales y recursos Web; con el propósito de favorecer el aprendizaje independiente y trabajo colaborativo.
Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos generales del IMSS	Actividades semi-escolarizadas de especialización médica (Medico Familiar) dirigidas a Médicos Generales de base, adscritos a consultorio de Medicina Familiar en Unidades Médicas, que cumplen con requisitos convenidos con el SNTSS y la UNAM.
CVC	Catéter Venoso Central.

IX. Glosario

Glosario de términos

Término	Descripción/Significado
CVE	Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.
DataMart	Repositorio central de Satos de Estadísticas Médicas. Base de datos especializada, orientada a las necesidades de un conjunto específico de usuarios, contiene datos y reglas de negocios específicos, para cada área y proyecto.
Denominador	Número que en la fracción, expresa las partes iguales en que se considera dividida la unidad. Se escribe separado del numerador por una raya horizontal o inclinada.
Derechohabiente	Es el asegurado, el pensionado y los beneficiarios de ambos, que en términos de Ley, tenga vigente su derecho a recibir las prestaciones del Instituto.
Día – Cama	Es el período comprendido entre las 24:00 p.m. y las 23:59:59 horas del día siguiente; donde una cama hospitalaria está disponible para la hospitalización de pacientes.
Día – Paciente	Períodos de 24 horas donde una cama hospitalaria se encuentra ocupada, sea por el mismo o por otro paciente.
Días de incapacidad	Es el número de días no laborados por el trabajador, amparados por la institución, por imposibilidad parcial o total del trabajador para desempeñar su trabajo por algún tiempo limitado.
Días Estancia	Es el número de días que, en promedio, cada paciente egresado, ha permanecido internado durante un período de tiempo. Se obtiene dividiendo la suma de días de estancia de los pacientes egresados en un período entre el número de egresos del período.
Dictamen	Documento oficial con la opinión y juicio del Médico de Salud en el Trabajo, acerca de la causalidad de una enfermedad, y en su caso, la valuación de secuelas, motivada técnicamente, y legalmente fundamentada.

IX. Glosario

Glosario de términos	
Término	Descripción/Significado
Dimensión del Indicador	<p>Se pueden definir distintas dimensiones de indicadores de acuerdo al tipo de información que proveen. De acuerdo con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (Guía para el diseño de la MIR, 2014) pueden ser:</p> <p>a) Eficacia: Se refiere al grado de cumplimiento de los objetivos; es decir, en qué medida, el área de acción, está alcanzando los objetivos.</p>
Dimensión del Indicador	<p>b) Eficiencia: Se refiere a la ejecución de las acciones, beneficios o prestaciones del servicio, utilizando el mínimo de recursos posibles.</p> <p>c) Calidad: Se refiere al atributo con el que se produjeron los bienes o servicios (atención médica), tales como: oportunidad, precisión, continuidad de entrega, comodidad y cortesía en la atención.</p> <p>d) Economía: Capacidad de la institución para administrar los recursos financieros (se requiere el máximo de disciplina y cuidado en el manejo de la caja, presupuesto, preservación del patrimonio y de la capacidad de generar ingresos).</p>
DIR	Dirección de Incorporación y Recaudación.
DIS	División de Información en Salud.
Discapacidad	Es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad de la forma, o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.
DIU	Dispositivo intrauterino. Método anticonceptivo.
DM	Diabetes mellitus.
DPM	Dirección de Prestaciones Médicas.
CEC	Cursos de Educación Continua.
ECE	Expediente Clínico Electrónico.

IX. Glosario

Glosario de términos	
Término	Descripción/Significado
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda.
Educación a distancia	Sistema de enseñanza-aprendizaje que ocurre con independencia del tiempo y del espacio, requiere desarrollar estructuras educativas y establecer métodos que permitan el estudio y la interacción entre los elementos, mediante tecnologías de información y comunicación de forma síncrona o asíncrona, con el propósito de propiciar el aprendizaje independiente, el trabajo colaborativo y la conformación de redes de docentes, alumnos e investigadores.
Educación continua	Proceso constante e intencionado, para que el Personal para la atención de la salud, se identifique con la misión institucional, propicie el progreso individual y favorezca el crecimiento personal; debe ser una actividad cotidiana, orientada a responder a necesidades educativas, con una vinculación auténtica de la práctica con la teoría en la interacción cotidiana y real con los pacientes; con un enfoque hacia el desarrollo de competencias.
EEMF	Enfermera Especialista Medicina Familiar.
EH	Enfermedades Hipertensivas.
EIC	Enfermedad Isquémica del Corazón.
EMC	Enfermedades Metabólicas Congénitas.
EMI	Enfermera Materno-Infantil.
ENCOPREVENIMSS	Encuesta Nacional de Cobertura PREVENIMSS.
Enfermedad de trabajo	Estado patológico derivado de la acción continuada de una causa, que tenga su origen o motivo en el trabajo, o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios.
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

IX. Glosario

Glosario de términos	
Término	Descripción/Significado
Estudio epidemiológico	Investigación de las variables epidemiológicas y clínicas de un individuo, considerado como caso sospechoso, probable o confirmado, de un padecimiento sujeto a vigilancia epidemiológica. En determinados casos, debe contar con apoyo de pruebas de laboratorio y gabinete específicas y llenar el formulario de estudio epidemiológico normado.
Evaluación de Desempeño por Procesos Médicos	Estrategia del “Proyecto para la mejora de los Servicios de Salud”, diseñado por la Coordinación de Planeación en Salud.
EVC	Enfermedad Vascular Cerebral.
Evento adverso	Daño resultado de la atención médica y no por las condiciones basales del paciente (incluyen los eventos centinela), se incluyen las infecciones nosocomiales.
Evento centinela	Suceso imprevisto resultado de la atención médica que produce la muerte del paciente, la pérdida permanente de una función o un órgano, no relacionado con el curso natural de la enfermedad; o una cirugía en lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto o al paciente equivocado. Además, eventos que, por su gravedad y características de la Unidad, se decidan considerar como tal. (p. ej.: el robo de infante).
Factor de riesgo	Característica o circunstancia adversa en un individuo o en una comunidad, que ha podido demostrarse por medios estadísticos que presenta correlación con los efectos adversos a la salud, y por lo tanto, está asociado a una mayor probabilidad de que ocurra un daño a la salud.
FOFOE	Fondo de Fomento a la Educación.
Graduado de programas de maestría y doctorado	Personal de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, que obtiene el grado de Maestro o Doctor, en materia de investigación en salud.
Guías de Práctica Clínica (GPC)	Recomendaciones desarrolladas sistemáticamente, acerca de un problema clínico específico, para asistir, tanto al personal de salud como a los pacientes en el proceso de toma de decisiones, para una apropiada atención a la salud.

IX. Glosario

Glosario de términos	
Término	Descripción/Significado
HTA	Hipertensión Arterial.
INAAS	Para fines de este manual se define a las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud, como aquellas infecciones que se presentan tanto dentro de las salas de hospitalización, salas de atención de pacientes críticos, de auxiliares de diagnóstico y tratamiento, así como las que, por criterios de causalidad, se presenten en consulta externa, salas de atención ambulatoria como: diálisis, hemodiálisis, quimioterapia, radioterapia, clínicas de catéter, consultorio de oftalmología, maxilofacial o cirugía, etc.
IFU	Inventario Físico de Unidades.
IMSS – VISTA	Sistema de Información Médica Hospitalaria.
Incapacidad temporal para el trabajo	Es la pérdida de facultades o aptitudes que imposibilitan, parcial o totalmente, a una persona para desempeñar su trabajo por algún tiempo limitado.
Incapacitado(a)	Es la persona trabajadora que, como consecuencia de una enfermedad, maternidad o riesgo de trabajo, sufre una disminución o pérdida temporal de las facultades o aptitudes físicas o mentales, como consecuencia de una alteración anatómica o funcional que la imposibilitan para desempeñar las actividades específicas de su puesto de trabajo.
Indicador	Medida-resumen que captura información relevante, sobre distintos atributos y dimensiones, del estado de salud y del desempeño del sistema de salud.
Indicadores de gestión	Miden productos, actividades y la movilización de insumos, son de corto plazo y programables. Miden objetivos que surgen de la administración cotidiana.
Indicadores estratégicos	Miden el impacto, resultados y productos y están planteados con una visión de largo plazo y para solucionar problemas complejos.
Índice o intervalo de sustitución	Es el tiempo promedio (en días o fracción de días) en que una cama hospitalaria permanece desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro (Fuente: SSA. Desempeño Hospitalario. 2003).

IX. Glosario

Glosario de términos	
Término	Descripción/Significado
INDOCE	Sistema de Registro para la Consulta de Especialidades.
INDOQ	Sistema de Registro de la Oportunidad Quirúrgica.
Infección Nosocomial (IN)	Para fines del indicador es una infección intrahospitalaria que se presenta en las salas de hospitalización y salas de atención de pacientes críticos localizada o generalizada, resultante de la reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o su toxina, y que no estaba presente o en periodo de incubación, en el momento del ingreso del paciente al hospital.
Ingreso índice	Se le conoce al ingreso previo.
Invalidez	Cuando el asegurado se halle imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior al cincuenta por ciento de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesional.
Investigador institucional	Personal de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, que cuenta con una calificación curricular institucional vigente emitida por el Comité de Evaluación Curricular de Investigadores en Salud, que lo acredita académicamente como Investigador Asociado o Titular (Procedimiento para la Evaluación Curricular de los Investigadores del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2810-003-003).
LME	Lactancia materna exclusiva.
Médicos aprobados	Personal médico que, bajo los criterios de aprobación particulares de cada curso a distancia, publicados en la plataforma educativa obtuvo calificación aprobatoria.
MMIM	Manual Metodológico de Indicadores Médicos.
MoCE	Módulo de Consulta Externa del expediente clínico electrónico.

IX. Glosario

Glosario de términos	
Término	Descripción/Significado
Nivel de Seguridad suficiente	Se considera para fines de este manual, cuando los pacientes son amparados, por una atención que reduce el riesgo de un evento que rompa las garantías de protección y confort durante su hospitalización o atención ambulatoria, dígase para un procedimiento o bien, estudio paraclínico.
Numerador	Valor o cifra que señala el número de partes iguales de la unidad contenidas en un quebrado. Se escribe separado del denominador por una raya horizontal o inclinada.
OIMAC	Oficina de Información Médica y Archivo Clínico.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
Oportunidad	Se refiere a uno de los atributos de la calidad de la atención, traduce el grado en que una práctica se realiza en el momento preciso.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
OTB	Oclusión Tubárica Bilateral (método anticonceptivo).
Padrón de profesores de carrera institucional	Registro actualizado del personal de salud que realiza actividades docentes, y algunos, investigación educativa en el ámbito del IMSS, con calificación curricular en cualquiera de las categorías de profesor de carrera.
PAMF	Población derechohabiente Adscrita a Médico Familiar.
Periodicidad de Evaluación	Lapso de tiempo establecido (al periodo de reporte) como pertinente para evaluar los logros. a) Mensual: El resultado de la medición se realiza cada treinta días. b) Mensual acumulado: La medición se lleva a cabo cada mes, y el valor obtenido se suma al resultado del mes anterior. c) Mensual anualizado: La medición suma el mes evaluado más once meses atrás para completar un ciclo de un año.

IX. Glosario

Glosario de términos	
Término	Descripción/Significado
Periodicidad de Evaluación	<p>d) Trimestral: Se refiere a una medición del logro, cada tres meses generalmente (marzo, junio, septiembre, diciembre).</p> <p>e) Trimestral acumulado: Se refiere a la medición que se realiza cada noventa días donde los valores obtenidos, se adicionan a los anteriores hasta completar un total del período que se desea, generalmente doce meses.</p> <p>f) Trimestral anualizado: La medición toma en cuenta el trimestre a evaluar más tres trimestres anteriores que completan un ciclo de un año.</p> <p>g) Semestral: Se refiere a una medición del logro cada seis meses (junio y diciembre).</p> <p>h) Semestral acumulado: La medición se lleva a cabo cada seis meses; el valor obtenido se acumula al resultado del semestre anterior.</p> <p>i) Anual: Se refiere a la evaluación cada doce meses.</p>
PFLME	Plan de Fortalecimiento a la Lactancia Materna Exclusiva.
Plataforma educativa	Software para administrar, distribuir y controlar las actividades de formación y educación continua a distancia. Sus principales funciones son: gestionar usuarios, cursos, materiales, recursos y actividades educativas; generar evaluaciones e informes, crear comunidades de aprendizaje y colaboración; además, administrar el acceso, brindar control y seguimiento al proceso de aprendizaje.
PNPC	Programa Nacional de Posgrados de Calidad.
Ponderación	Peso o grado de importancia que se otorga a cada indicador.
PREVENIMSS	Estrategia de prestación y evaluación de servicios de salud preventivos, implementados en el IMSS, a partir del 2002, que tiene como propósito generar la provisión sistemática y ordenada de acciones relacionadas con la promoción de la salud, la vigilancia de la nutrición, la prevención, detección y control de las enfermedades y la salud reproductiva, ordenándola en diferentes grupos.
Primer nivel de atención médica	Constituye el sitio de entrada al sistema de salud institucional para otorgar servicios, integrales y continuos, al individuo y la familia.

IX. Glosario

Glosario de términos	
Término	Descripción/Significado
Profesor de carrera	Personal de salud que cumple los requisitos curriculares para las diferentes categorías de profesor de la Carrera Docente Institucional.
Profesor en activo	Personal de salud que realiza actividades docentes, cuando menos en los últimos dos años, en cursos de formación o educación continua dentro del IMSS.
Promedio	Cantidad igual o más próxima a la media aritmética.
Proporción	Relación de las partes con el todo o de una cosa con otra.
Protocolo de Investigación	Documento que proporciona los antecedentes, razones y objetivos de un proyecto de investigación; y que describe su diseño, metodología y organización, incluyendo, consideraciones éticas y estadísticas.
Publicaciones científicas indizadas con factor de impacto	Artículos Científicos que han sido publicados en revistas que están incorporadas al Journal Citation Reports. El Factor de Impacto de una publicación evalúa el uso de la misma por la comunidad científica internacional, de acuerdo al número de citas bibliográficas que obtienen los artículos que han sido publicados en la revista.
Quirófano	Espacio dentro del hospital dotado de personal, mobiliario, equipo e instalaciones para la ejecución de procedimientos quirúrgicos.
Razón	Es una división en la que el numerador no está incluido en el denominador.
Reingreso hospitalario	Se define, como un episodio de hospitalización de un paciente, que se produce en un periodo menor a 30 días, tras el ingreso índice, siempre y cuando los diagnósticos de ingreso en ambos casos, tengan relación clínica (GRD Grupos Relacionados por el Diagnóstico /CIE-10 y CIE 9 MC).
RIC	Registro Institucional de Cáncer.
Riesgos de trabajo	Son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo.

IX. Glosario

Glosario de términos	
Término	Descripción/Significado
S_Ob	Sobrepeso y Obesidad.
Sala de cirugía efectiva (operaciones, quirófano)	Área o local del hospital, dotada de personal, mobiliario, equipo e instalaciones para la ejecución de procedimientos quirúrgicos, que cuenta con “team quirúrgico” completo para turnos diurnos.
SEED	Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones.
SIAIS	Sistema de Información de Atención Integral a la Salud.
SICEH	Sistema de Información de Consulta Externa en Hospitales.
SIICES	Sistema Integral de Información de la Coordinación de Educación en Salud.
SIMF	Sistema de Información de Medicina Familiar.
SIMO	Sistema de Información Médico Operativo.
SIMOC	Sistema de Información Médico Operativo de Consulta Externa.
SIN	Sistema Nacional de Investigadores.
SINAC	Subsistema de Información de Nacimientos.
SINPHOS	Sistema de Información para hospitales.
SIPEC	Sistema Informático de Programas de Educación Continua.
SIRELCIS	Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud, disponible en la dirección electrónica: http://www.cis.gob.mx/
SISMOR	Sistema de Mortalidad.
Sistema Nacional de Investigadores	El Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), a través del Sistema Nacional de Investigadores (S.N.I.), reconoce la labor de los investigadores del país mediante el nombramiento de investigador nacional, que se otorga de acuerdo a una evaluación por pares, con sustento en el desempeño.

IX. Glosario

Glosario de términos

Término	Descripción/Significado
Sistemas de Información en Salud	Conjunto de procedimientos, formatos y aplicaciones de cómputo para el registro, procedimiento, reporte, envío, integración y difusión de la información médica institucional.
Subsidio	Es la prestación en dinero que se otorga a la persona asegurada imposibilitado para trabajar, a consecuencia de una incapacidad temporal, siempre que se cumpla con los requisitos que establece la LSS.
SUI 13	Sistema Único de Información Egresos Hospitalarios.
Tasa	Coeficiente que mide la frecuencia con que ocurre un evento, en una población determinada y en un tiempo específico. Se obtiene mediante la operación de un numerador entre un denominador, y el resultado multiplicado por una constante (100, 1,000 o 100,000 habitantes).
Tasa de Mortalidad	Tiene como numerador, el total de muertes producidas en una población y en un periodo de tiempo determinado; y el denominador, representa la población donde ocurrieron las muertes. Se expresa como una tasa, puede ser general o específica, y multiplicada por 100,000 según sea el caso.
Team quirúrgico	Se considera al personal que participa en una intervención quirúrgica, y éste se denomina completo cuando cuenta con Cirujano, Anestesiólogo e Instrumentista, y circulante.
Temas prioritarios de investigación en salud	Son los temas que se identifican en la Dirección de Prestaciones Médicas, de acuerdo a los problemas de atención a la salud de los derechohabientes.
Tercer nivel de atención	Lo constituyen, la red de hospitales dotados con alta tecnología y máxima capacidad resolutiva diagnóstica terapéutica, en donde se atienden patologías de alta complejidad. En ellos se atienden a los pacientes que las Unidades Médicas Hospitalarias del segundo nivel remiten, o por excepción, los que envíe el primer nivel de conformidad con la complejidad del padecimiento.

IX. Glosario

Glosario de términos	
Término	Descripción/Significado
TNA	Tamiz Neonatal.
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos.
UMAA	Unidades Médicas de Atención Ambulatoria.
UMAE	Unidades Médicas de Alta Especialidad.
Urgencias y/o Admisión Continua	Servicio donde se atienden las patologías agudas que ponen en riesgo la vida de los derechohabientes del tercer nivel de atención.
Valor de Referencia	Resultado esperado del fenómeno o actividad a medir; con ese valor se contrasta el logro obtenido.
VIH/SIDA	Virus de la Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
VR	Valor de Referencia.



X.

Anexo I

Relación de indicadores según periodicidad y participación en la Evaluación del Desempeño por trimestre



SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

X. Anexo I

RELACIÓN DE INDICADORES SEGÚN PERIODICIDAD Y PARTICIPACIÓN EN LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO POR TRIMESTRE									
NO.	INDICADORES DE EVALUACIÓN			PONDERACIÓN	PERIODICIDAD	MZO	JUN	SEPT	DIC
1	DM	01	Cobertura de detección de primera vez de Diabetes mellitus en población derechohabiente de 20 años y más	1	Mensual Acumulado	X	X	X	X
2	DM	03	Tasa de incidencia de Diabetes mellitus, en población derechohabiente de 20 años y más	1	Mensual Anualizado	X	X	X	X
3	DM	04	Porcentaje de pacientes con Diabetes mellitus de 20 años y más, en control adecuado de glucemia en ayuno (glucosa en ayuno, punto de corte 70-130 mg/dl)	1	Mensual	X	X	X	X
4	DM	05	Porcentaje de pacientes diabéticos de 20 años y más, con cifras de tensión arterial en control	3	Mensual	X	X	X	X
5	DM	07	Tasa de hospitalizaciones evitables por Diabetes mellitus en población derechohabiente de 20 años y más	5	Semestral Anualizado y Anual		X		X
6	DM	09	Tasa de incidencia de Invalidez por Diabetes mellitus y sus complicaciones por cada 100,000 trabajadores asegurados, según Unidad Médica de adscripción del trabajador	1	Trimestral Acumulado	X	X	X	X
7	DM	10	Disminución de la mortalidad por Diabetes mellitus, en población derechohabiente de 20 años y más	6	Mensual Anualizado	X	X	X	X
8	EH	03	Tasa de incidencia de Enfermedades Hipertensivas en población derechohabiente de 20 años y más	3	Mensual Anualizado	X	X	X	X
9	EH	04	Porcentaje de pacientes de 20 años y más, en control de Hipertensión Arterial en Medicina Familiar	4	Mensual y Mensual Acumulado	X	X	X	X
10	EH	06	Tasa de hospitalizaciones evitables por Hipertensión Arterial en población derechohabiente de 20 años y más	4	Semestral Anualizado y Anual		X		X
11	EH	07	Tasa de incidencia de Invalidez por Enfermedades Hipertensivas y sus complicaciones por cada 100,000 trabajadores asegurados, según Unidad Médica de adscripción del trabajador	1	Trimestral Acumulado	X	X	X	X

X. Anexo I

RELACIÓN DE INDICADORES SEGÚN PERIODICIDAD Y PARTICIPACIÓN EN LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO POR TRIMESTRE									
NO.	INDICADORES DE EVALUACIÓN			PONDERACIÓN	PERIODICIDAD	MZO	JUN	SEPT	DIC
12	EH	08	Reducción de la tasa de mortalidad por Enfermedades Hipertensivas en población derechohabiente de 20 a 64 años	4	Mensual Anualizado	X	X	X	X
13	CA_MAma	01	Cobertura de mastografía de tamizaje de primera vez en mujeres entre 40 y 49 años	1	Mensual Acumulado	X	X	X	X
14	CA_MAma	02	Cobertura de mastografía de tamizaje de primera vez en mujeres entre 50 y 69 años	1	Mensual Acumulado	X	X	X	X
15	CA_MAma	04	Confirmación diagnóstica de Cáncer de Mama	1	Trimestral Acumulado	X	X	X	X
16	CA_MAma	05	Oportunidad del diagnóstico de Cáncer de Mama	1	Trimestral Acumulado	X	X	X	X
17	CA_MAma	06	Tasa de incidencia de Cáncer de Mama en mujeres derechohabientes de 25 años y más	3	Anual				X
18	CA_MAma	07	Oportunidad en el inicio del tratamiento de Cáncer de Mama	3	Trimestral Acumulado	X	X	X	X
19	CA_MAma	08	Tasa de incidencia de Invalidez por Cáncer de Mama por cada 100,000 trabajadoras aseguradas, según Unidad Médica de adscripción de la trabajadora	1	Trimestral Acumulado	X	X	X	X
20	CA_MAma	09	Tasa de mortalidad por Cáncer de Mama en mujeres derechohabientes de 25 años y más	5	Anual				X
21	CA_CU	02	Oportunidad diagnóstica de Cáncer Cervico Uterino	3	Trimestral Acumulado	X	X	X	X
22	CA_CU	04	Tasa de incidencia de Cáncer Cervico Uterino en mujeres de 25 años y más	1	Anual				X
23	CA_CU	05	Tasa de incidencia de Displasia Cervical leve o moderada, en mujeres de 25 años y más	1	Anual				X

X. Anexo I

RELACIÓN DE INDICADORES SEGÚN PERIODICIDAD Y PARTICIPACIÓN EN LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO POR TRIMESTRE									
NO.	INDICADORES DE EVALUACIÓN			PONDERACIÓN	PERIODICIDAD	MZO	JUN	SEPT	DIC
24	CA_CU	06	Tasa de incidencia de Displasia Cervical severa y Carcinoma in situ, en mujeres derechohabientes de 25 años y más	1	Anual				X
25	CA_CU	07	Oportunidad en el inicio del tratamiento de Cáncer Cérvico Uterino	3	Trimestral Acumulado	X	X	X	X
26	CA_CU	08	Tasa de incidencia de Invalidez por Cáncer Cérvico Uterino por cada 100,000 trabajadoras aseguradas, según Unidad Médica de adscripción de la trabajadora	1	Trimestral Acumulado	X	X	X	X
27	CA_CU	09	Disminución porcentual de la tasa de mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino en mujeres de 25 años y más	4	Mensual Anualizado	X	X	X	X
28	Materna	02	Oportunidad de inicio de la Vigilancia Prenatal	1	Mensual y Mensual Acumulado	X	X	X	X
29	Materna	04	Proporción de Infección Genitourinaria en embarazadas	2	Mensual y Mensual Acumulado	X	X	X	X
30	Materna	05	Proporción de Preeclampsia – Eclampsia	2	Mensual y Mensual Acumulado al mes del reporte	X	X	X	X
31	Materna	06	Porcentaje de Hemorragias de la segunda mitad del embarazo	3	Mensual y Mensual Acumulado al mes del reporte	X	X	X	X
32	Materna	07	Cobertura de Protección Anticonceptiva Posparto (incluye transcesárea) con métodos de alta continuidad	1	Mensual y Mensual acumulado	X	X	X	X
33	Materna	10	Porcentaje de partos vaginales en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención o en Unidades Médicas de Alta Especialidad	4	Mensual Acumulado	X	X	X	X

X. Anexo I

RELACIÓN DE INDICADORES SEGÚN PERIODICIDAD Y PARTICIPACIÓN EN LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO POR TRIMESTRE									
NO.	INDICADORES DE EVALUACIÓN			PONDERACIÓN	PERIODICIDAD	MZO	JUN	SPET	DIC
34	Materna	12	Proporción de prematurez (28 a 36.6 semanas de gestación) en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención y en Unidades Médicas de Alta especialidad.	3	Mensual y Mensual acumulado	X	X	X	X
35	Neonatal	01	Oportunidad en el diagnóstico de Enfermedades Metabólicas Congénitas (EMC)	2	Mensual Anualizado	X	X	X	X
36	Neonatal	02	Seguimiento epidemiológico de casos probables de Enfermedades Metabólicas Congénitas (EMC)	2	Mensual Anualizado	X	X	X	X
37	Neonatal	03	Proporción de prematuros (menores de 37 semanas) con peso menor o igual a 1,500 g	3	Mensual y Mensual acumulado	X	X	X	X
38	Neonatal	05	Letalidad Neonatal por Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido y sus complicaciones, en Unidades Médicas Hospitalarias	1	Mensual y Mensual acumulado	X	X	X	X
39	Neonatal	06	Letalidad relacionada a Infección Asociada a la Atención a la Salud en recién nacidos hasta antes de los 28 días de vida en las unidades médicas de segundo nivel de atención con 20 o más camas censables, o en Unidades Médicas de Alta Especialidad	3	Mensual Acumulado y Anual	X	X	X	X
40	Neonatal	07	Tasa de Mortalidad por Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido Tipo I y sus complicaciones	1	Mensual Anualizado	X	X	X	X
41	S_Ob	03	Prevalencia de Sobrepeso en población derechohabiente de 20 años y más	3	Mensual	X	X	X	X
42	S_Ob	05	Prevalencia de Obesidad central en derechohabientes de 20 años y más	5	Mensual	X	X	X	X
43	CAISPN	01	Cobertura de Chequeo PrevenIMSS	8	Mensual acumulado	X	X	X	X

X. Anexo I

RELACIÓN DE INDICADORES SEGÚN PERIODICIDAD Y PARTICIPACIÓN EN LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO POR TRIMESTRE									
NO.	INDICADORES DE EVALUACIÓN			PONDERACIÓN	PERIODICIDAD	MZO	JUN	SEPT	DIC
44	CAISPN	06	Logro de aceptantes de primera vez de Métodos Anticonceptivos, en relación con la meta programada en Consulta Externa de Medicina Familiar	7	Mensual Mensual Acumulado	X	X	X	X
45	CAISPN	08	Porcentaje de derechohabientes referidos al Segundo Nivel de Atención por Medicina Familiar	7	Mensual	X	X	X	X
46	CAISPN	09	Promedio de consultas de Medicina Familiar por hora/médico	7	Mensual y Mensual acumulado	X	X	X	X
47	CAISPN	14	Promedio de consultas de los Servicios de Estomatología Asistencial	7	Mensual y Mensual acumulado	X	X	X	X
48	CAISN	01	Porcentaje de pacientes con Estancia Prolongada (más de 12 horas) en el área de Observación Adultos del servicio de Urgencias en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel	4	Mensual y Mensual acumulado	X	X	X	X
49	CAISN	05	Porcentaje de Ocupación Hospitalaria en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel	2	Mensual y Mensual acumulado	X	X	X	X
50	CAISN	06	Promedio de Días Estancia por División Médica y tipo de Unidad de Servicios Médicos de Segundo Nivel	4	Mensual y Mensual acumulado	X	X	X	X
51	CAISN	07	Tasa de mortalidad hospitalaria en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel	2	Mensual	X	X	X	X
52	CAISN	08	Porcentaje de ocupación de las Salas Quirúrgicas en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel	4	Mensual y Mensual acumulado	X	X	X	X
53	CAISN	10	Oportunidad Quirúrgica en Cirugías Electivas realizadas no Concertadas en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel, a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud	2	Mensual y Mensual acumulado	X	X	X	X

X. Anexo I

RELACIÓN DE INDICADORES SEGÚN PERIODICIDAD Y PARTICIPACIÓN EN LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO POR TRIMESTRE									
NO.	INDICADORES DE EVALUACIÓN			PONDERACIÓN	PERIODICIDAD	MZO	JUN	SPET	DIC
54	CAISN	11	Oportunidad en la Programación de la Consulta de Especialidades en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel, a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud	2	Mensual y Mensual acumulado	X	X	X	X
55	CAISN	12	Promedio de Consultas Diarias por Consultorio de Especialidad en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel	2	Mensual y Anual	X	X	X	X
56	CAISN	22	Razón de Muerte Materna hospitalaria por 100,000 Nacidos Vivos	5	Mensual Anualizado	X	X	X	X
57	CAISN	23	Tasa de Mortalidad Perinatal por 1,000 nacimientos	5	Mensual Anualizado	X	X	X	X
58	CAISN	24	Tasa de mortalidad Neonatal por 1,000 nacidos vivos	5	Mensual Anualizado	X	X	X	X
59	CVE	02	Tasa de Mortalidad Infantil	6	Mensual Anualizado	X	X	X	X
60	CES	07	Porcentaje de personal del área de la salud de base actualizado en temas prioritarios a través de modalidad presencial y a distancia por unidad médica por delegación y por UMAE	6	Semestral		X		X
61	CIS	01	Número de Publicaciones Científicas generadas por Personal del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	2	Anual y Trimestral acumulado	X	X	X	X
62	CIS	02	Porcentaje de Publicaciones Científicas con Factor de Impacto en cuartiles 1 y 2	2	Anual y Trimestral acumulado	X	X	X	X
63	CIS	06	Protocolos de Investigación en Salud relacionados a temas prioritarios del Instituto Mexicano del Seguro Social	2	Anual y Trimestral acumulado	X	X	X	X

X. Anexo I

RELACIÓN DE INDICADORES SEGÚN PERIODICIDAD Y PARTICIPACIÓN EN LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO POR TRIMESTRE									
NO.	INDICADORES DE EVALUACIÓN			PONDERACIÓN	PERIODICIDAD	MZO	JUN	SEPT	DIC
64	IN_AAS	01	Tasa de Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud por 1,000 días estancia en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención con 20 camas censables o más, o en Unidades Médicas de Alta Especialidad	3	Mensual Acumulado y Anual	X	X	X	X
65	IN_AAS	02	Tasa de infección de sitio quirúrgico en cirugías limpias en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención con 20 o más camas censables, o en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria, o en Unidades Médicas de Alta Especialidad	3	Mensual Acumulado y Anual	X	X	X	X
66	IN_AAS	03	Tasa de Neumonía asociada a ventilación mecánica por 1,000 días ventilador en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención con 20 o más camas censables, o en Unidades Médicas de Alta Especialidad	3	Mensual Acumulado y Anual	X	X	X	X

