Instituto Mexicano del Seguro Social
Dirección de Prestaciones Médicas

Manual Metodológico de Indicadores Médicos 2018

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Manual Metodológico de Indicadores Médicos 2018

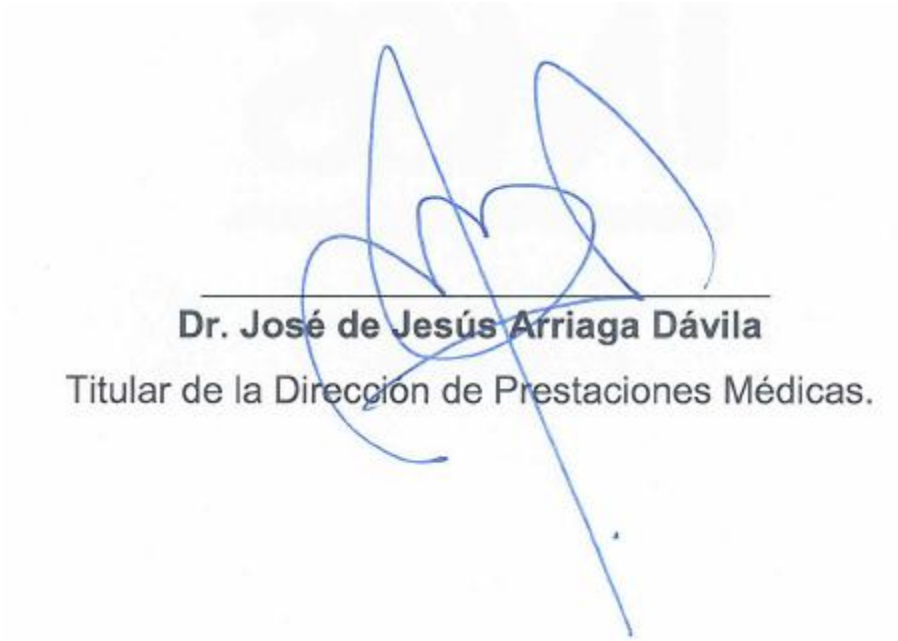
Síntesis del Documento

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 derechohabiente.

Ámbito de Aplicación

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

Autorización



IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Autorización

Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola

Titular de la Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud

Dra. Carolina del Carmen Ortega Franco

Titular de la Coordinación de Planeación en Salud

Dr. Mario Madrazo Navarro

Titular de la Coordinación de Políticas de Salud

Dra. Norma Magdalena Palacios Jimenez

Titular de la Coordinación de Educación en Salud

Dr. Fabio Abdel Salamanca Gómez

Titular de la Coordinación de Investigación en Salud

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Autorización

Dr. Víctor Hugo Borja Aburto
Titular de la Unidad de
Atención Primaria a la Salud

Dr. Manuel Cervantes Ocampo
Titular de la Coordinación de
Atención Integral a la Salud en el
Primer Nivel

Dr. Romeo Sergio Rodríguez Suárez
Titular de la Coordinación de
Vigilancia Epidemiológica

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Autorización

Dr. Héctor David Martínez Chapa
Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. Luis Rafael López Ocaña
Titular de la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel

Dr. Efraín Arizmendi Uribe
Titular de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dr. José Alfonso Yamamoto Nagano
Titular de la Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CONTENIDO

I	Introducción y Antecedentes	3
II	Marco Normativo	13
III	Consideraciones Generales	23
IV	Procesos de Salud – Enfermedad en Población Derechohabiente	27
1. Atención Integral de la Diabetes Mellitus, en población derechohabiente de 20 años y más		31
DM 01	Cobertura de detección de primera vez de Diabetes mellitus en población derechohabiente de 20 años y más	33
DM 02	Índice de confirmación de pacientes sospechosos de Diabetes mellitus en población derechohabiente de 20 años y más	36
DM 03	Tasa de incidencia de Diabetes mellitus, en población derechohabiente de 20 años y más	38
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)	40
DM 05	Porcentaje de pacientes diabéticos de 20 años y más, con cifras de tensión arterial en control	41
DM 06	Porcentaje de pacientes con Diabetes mellitus, sin registro de seguimiento	43
DM 07	Tasa de hospitalizaciones evitables por Diabetes mellitus en población derechohabiente de 20 años y más	45
DM 08	Índice de amputación debida a complicación por Diabetes mellitus en pacientes de 20 años y más	47
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	49
DM 10	Disminución de la mortalidad por Diabetes mellitus, en población derechohabiente de 20 años y más	51
DM 11	Porcentaje de asistentes que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Diabetes mellitus en Unidades Médicas	53
DM 12	Tasa de Médicos de base actualizados en Diabetes mellitus, que aprobaron cursos en línea basados en las Guías de Práctica Clínica en Unidades Médicas con 10 o más consultorios de Medicina Familiar	55

2. Atención Integral de las Enfermedades Hipertensivas en población derechohabiente de 20 años y más 59

EH 01 Cobertura de detección de Hipertensión Arterial en población derechohabiente de 20 años y más 61

EH 02 Índice de confirmación de casos sospechosos de Hipertensión Arterial en población derechohabiente de 20 años y más 64

EH 03 Tasa de incidencia de Enfermedades Hipertensivas en población derechohabiente de 20 años y más 66

EH 04 Porcentaje de pacientes de 20 años y más, en control de Hipertensión Arterial en Medicina Familiar 68

EH 05 Porcentaje de pacientes con Hipertensión Arterial sin registro de seguimiento 70

EH 06 Tasa de hospitalizaciones evitables por Hipertensión Arterial en población derechohabiente de 20 años y más 72

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 74

EH 08 Reducción de la tasa de mortalidad por Enfermedades Hipertensivas en población derechohabiente de 20 a 64 años 76

EH 09 Porcentaje de asistentes que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Enfermedades Hipertensivas en Unidades Médicas 78

EH 10 Tasa de Médicos de base actualizados en Enfermedades Hipertensivas, que aprobaron cursos en línea basados en las Guías de Práctica Clínica en Unidades Médicas con 10 o más consultorios de Medicina Familiar 80

3. Atención Integral del Cáncer de Mama en la Mujer 85

CA_MAma 01 Cobertura de mastografía de tamizaje de primera vez en mujeres entre 40 y 49 años 87

CA_MAma 02 Cobertura de mastografía de tamizaje de primera vez en mujeres entre 50 y 69 años 89

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). 92

CA_MAma 04 Confirmación diagnóstica de Cáncer de Mama 93

CA_MAma 05 Oportunidad del diagnóstico de Cáncer de Mama 95

CA_MAma 06	Tasa de incidencia de Cáncer de Mama en mujeres derechohabientes de 25 años y más	97
CA_MAma 07	Oportunidad en el inicio del tratamiento de Cáncer de Mama	99
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	101
CA_MAma 09	Tasa de mortalidad por Cáncer de Mama en mujeres derechohabientes de 25 años y más	103
CA_MAma 10	Porcentaje de asistentes que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Cáncer de Mama en la mujer en Unidades Médicas	104

4. Atención Integral del Cáncer Cérvico Uterino **109**

CA_CU 01	Cobertura de tamizaje de primera vez de Cáncer Cérvico Uterino en mujeres entre 25 y 64 años.	111
CA_CU 02	Oportunidad diagnóstica de Cáncer Cérvico Uterino	114
CA_CU 03	Índice de confirmación diagnóstica de Cáncer Cérvico Uterino	116
CA_CU 04	Tasa de incidencia de Cáncer Cérvico Uterino en mujeres de 25 años y más	118
CA_CU 05	Tasa de incidencia de Displasia Cervical leve o moderada, en mujeres de 25 años y más	120
CA_CU 06	Tasa de incidencia de Displasia Cervical severa y Carcinoma in situ, en mujeres derechohabientes de 25 años y más	122
CA_CU 07	Oportunidad en el inicio del tratamiento de Cáncer Cérvico Uterino	124
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	126
CA_CU 09	Disminución porcentual de la tasa de mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino en mujeres de 25 años y más	128
CA_CU 10	Porcentaje de asistentes que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la Atención de pacientes con Cáncer Cérvico Uterino en Unidades Médicas	130

5. Atención Materna Integral 135

Materna 01	Proporción de adolescentes embarazadas	137
Materna 02	Oportunidad de inicio de la Vigilancia Prenatal	139
Materna 03	Promedio de atenciones prenatales por embarazada	141
Materna 04	Proporción de Infección Genitourinaria en embarazadas	143
Materna 05	Proporción de Preeclampsia – Eclampsia	145
Materna 06	Proporción de Hemorragias Posparto	148
Materna 07	Cobertura de Protección Anticonceptiva Posparto (incluye transcesárea) con métodos de alta continuidad	151
Materna 08	Porcentaje de Partos vaginales en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención o en Unidades Médicas de Alta Especialidad	152
Materna 09	Proporción de complicaciones durante Posaborto o Posparto	154
Materna 10	Cobertura de protección anticonceptiva Posaborto	156
Materna 11	Letalidad por Preeclampsia – Eclampsia	157
Materna 12	Porcentaje de asistentes que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la Atención Materna en Unidades Médicas	159
Materna 13	Tasa de Médicos de base actualizados en Atención Materna, que aprobaron cursos en línea basados en las Guía s de Práctica Clínica en Unidades Médicas con 10 o más consultorios de Medicina Familiar.	161

6. Atención de las Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud en Unidades Médicas de Segundo Nivel o en Unidades Médicas de Alta Especialidad 165

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	167
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	169
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	171

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.	173
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	175
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	177
IN_ AAS 07	Porcentaje de asistentes que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Infecciones asociadas a la atención a la salud en Unidades Médicas del Segundo Nivel de Atención o en Unidades Médicas de Alta Especialidad.	179
7. Atención Integral Neonatal		185
Neonatal 01	Oportunidad en el diagnóstico de Enfermedades Metabólicas Congénitas (EMC)	187
Neonatal 02	Seguimiento epidemiológico de casos probables de Enfermedades Metabólicas Congénitas (EMC)	189
Neonatal 03	Proporción de prematurez	191
Neonatal 04	Proporción de prematuros (menores de 37 semanas) con peso menor o igual a 1,500 g.	193
Neonatal 05	Letalidad Neonatal por Síndrome de Dificultad Respiratoria Tipo I y sus complicaciones, en Unidades Médicas Hospitalarias.	195
Neonatal 06	Letalidad Neonatal por Asfixia y sus complicaciones, en Unidades Médicas Hospitalarias	198
Neonatal 07	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	201
Neonatal 08	Tasa de Mortalidad por Síndrome de Dificultad Respiratoria Tipo I y sus complicaciones	203
Neonatal 09	Porcentaje de asistentes que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la Atención Neonatal en Unidades Médicas del Segundo Nivel de Atención o Unidades Médicas de Alta Especialidad	205

8. Atención Integral del Sobrepeso y Obesidad en población derechohabiente de 20 años y más 211

S_Ob 01	Calidad en la medición de Talla corporal en adultos	213
S_Ob 02	Calidad en la medición de Peso corporal en adultos	215
S_Ob 03	Cobertura de medición de Peso y Talla en derechohabientes de 20 años y más, en Unidad Médica	217
S_Ob 04	Prevalencia de Sobrepeso en población derechohabiente de 20 años y más	220
S_Ob 05	Prevalencia de Obesidad en derechohabientes de 20 años y más	221
S_Ob 06	Prevalencia de Obesidad central en derechohabientes de 20 años y más	222
S_Ob 07	Porcentaje de asistentes que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Sobrepeso y Obesidad en Unidades Médicas	223
S_Ob 08	Tasa de Médicos de base actualizados en Sobrepeso y Obesidad, que aprobaron cursos en línea basados en las Guías de Práctica Clínica en Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención	225

V Indicadores del Desempeño de las Coordinaciones Normativas 229

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

CAISPN 01 Cobertura de Chequeo PrevenIMSS 233

CAISPN 02 Productividad de Chequeo PrevenIMSS por personal de Enfermería. 235

CAISPN 03 Índice de Módulos de Enfermería por consultorio de Medicina Familiar 237

CAISPN 04 Cobertura con esquemas completos de vacunación en niños de un año de edad 239

CAISPN 05 Productividad de Atención Integral por la Enfermera Especialista en Medicina de Familia 241

CAISPN 06 Logro de aceptantes de primera vez de Métodos Anticonceptivos, en relación con la meta programada en Consulta Externa de Medicina Familiar 242

CAISPN 07 Cobertura de protección anticonceptiva posevento obstétrico 244

CAISPN 08 Tasa de abortos por 1,000 mujeres en edad fértil (régimen ordinario) 246

CAISPN 09 Porcentaje de derechohabientes referidos al Segundo Nivel de Atención por Medicina Familiar 248

CAISPN 10 Promedio de consultas de Medicina Familiar por hora/médico 250

CAISPN 11 Tasa de partos por 1000 mujeres en edad fértil 251

CAISPN 12 Porcentaje de Recién Nacidos con Tamiz Neonatal (Cobertura de TNA) 253

CAISPN 13 Cobertura de Protección Anticonceptiva Posevento Obstétrico en mujeres de 10 a 19 años 255

CAISPN 14 Porcentaje de niños de 6 meses con lactancia materna exclusiva 257

CAISPN 15 Promedio de consultas de los Servicios de Estomatología Asistencial. 258

2. Coordinación de Atención Integral en el Segundo Nivel (CAISN)

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 261

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 263

CAISN 03	Porcentaje de ocupación en el área de Observación Adultos del servicio de Urgencias en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel	265
CAISN 04	Porcentaje de ocupación en el área de Observación Pediátrica del servicio de Urgencias en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel	267
CAISN 05	Índice de Consultas de Urgencia por 1,000 derechohabientes en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel	269
CAISN 06	Porcentaje de Ocupación Hospitalaria en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel	271
CAISN 07	Promedio de Días Estancia por División Médica y tipo de Unidad de Servicios Médicos de Segundo Nivel	273
CAISN 08	Intervalo de sustitución de camas en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel	280
CAISN 09	Índice de rotación de camas por División Médica y tipo Unidad de Servicios Médicos de Segundo Nivel	282
CAISN 10	Tasa de mortalidad hospitalaria en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel	289
CAISN 11	Porcentaje de ocupación de las Salas Quirúrgicas en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel	290
CAISN 12	Tasa de pacientes con Extracción de Catarata y colocación de lente intraocular en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel	292
CAISN 13	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	295
CAISN 14	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	297
CAISN 15	Promedio de Consultas Diarias por Consultorio de Especialidad en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel	299
CAISN 16	Promedio de Consulta de Especialidad por hora/médico en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel	302
CAISN 17	Porcentaje de utilización de las áreas quirúrgicas en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA) sin Centro de Excelencia Oftalmológica (CEO).	304
CAISN 18	Porcentaje de utilización de las áreas quirúrgicas en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA), con Centro de Excelencia Oftalmológica (CEO)	306

CAISN 19	Porcentaje de utilización de las áreas de endoscopia en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA)	308
CAISN 20	Porcentaje de utilización del área de quimioterapia en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA)	311
CAISN 21	Porcentaje de utilización del área de hemodiálisis en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA)	313
CAISN 22	Porcentaje de atenciones otorgadas en el servicio de inhaloterapia de las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA)	316
CAISN 23	Índice de subsecuencia en la consulta de Medicina de Rehabilitación en Unidades de Servicios Médicos de los tres niveles de atención	319
CAISN 24	Promedio de consultas por hora/médico en los servicios de Medicina Física y Rehabilitación en los tres niveles de atención	321
CAISN 25	Promedio de sesiones de fisioterapia por Terapista Físico por día en Unidades Médicas de los tres niveles de atención	323
CAISN 26	Razón de Muerte Materna hospitalaria por 100,000 Nacidos Vivos	324
CAISN 27	Tasa de Mortalidad Perinatal por 1,000 nacimientos	326
CAISN 28	Tasa de mortalidad Neonatal por 1,000 nacidos vivos	328

3. Coordinación de Vigilancia Epidemiológica (CVE)

CVE 01	Índice de la notificación inmediata de casos nuevos sujetos a Vigilancia Epidemiológica y Brotes	333
CVE 02	Índice de Seguimiento Epidemiológico de casos de VIH/SIDA	338
CVE 03	Tasa de Letalidad Hospitalaria asociada a Neumonía	341
CVE 04	Tasa de Mortalidad Infantil	344
CVE 05	Razón de Hospitalización por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en niños menores de 5 años.	346
CVE 06	Letalidad Hospitalaria por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en niños menores de 5 años	348
CVE 07	Tasa de Hospitalización por Diabetes Mellitus no controlada con complicaciones de corto plazo (PROSESA).	350
CVE 08	Porcentaje de Egresos Hospitalarios con diagnóstico de Enfermedades Hipertensivas (EH) con complicaciones - Enfermedad Vascular Cerebral (EVC) y Enfermedad Isquémica del Corazón (EIC).	352

4. Coordinación de Educación en Salud (CES)

CES 01	Tasa de cobertura para Internado de Pregrado.	357
CES 02	Satisfacción de los alumnos de Internado Médico de Pregrado	359
CES 03	Cursos de especialización en el Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC) del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT)	360
CES 04	Eficiencia terminal del Ciclo Académico en Residencias Médicas.	362
CES 05	Tasa de abandono de personal becado inscrito en cursos de Especialización Médica|	365
CES 06	Satisfacción de los alumnos inscritos en Programas de Especialización Médica	367
CES 07	Calidad de Médicos aspirantes al Sistema de Especialidades Médicas del IMSS	368
CES 08	Eficiencia del aprovechamiento de los recursos humanos, generados a través de los cursos de Especialización Médica en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), para la satisfacción de las necesidades institucionales.	369
CES 09	Tasas de variación de personal del área de la salud capacitado en adiestramiento en servicio durante el año en curso respecto al año previo	370
CES 10	Razón de incremento en el número de cursos del personal del área de la salud en Programas de Educación en Centros de Excelencia por Delegación	372
CES 11	Cumplimiento de cursos de educación continua para el personal del área de la salud de Delegaciones.	374
CES 12	Razón de incremento en el número de asistentes a cursos del Programa de Educación en Centros de Excelencia por Delegación.	376
CES 13	Porcentaje de cumplimiento del personal del área de la salud del Primer Nivel de Atención capacitado en temas prioritarios por Delegación.	377
CES 14	Porcentaje acumulado de Personal Directivo Médico activo con formación gerencial en salud	379
CES 15	Porcentaje anual de Personal de Enfermería formado en gerencia en salud	381
CES 16	Porcentaje de tutores formados que participan en cursos a distancia por Delegación y UMAE	383
CES 17	Tasa de Licenciatura en Enfermería (con requisitos) en Delegaciones.	385

CES 18	Eficiencia Terminal de los Programas de Formación de Enfermería	387
CES 19	Satisfacción de alumnos inscritos en Programas de Formación de Enfermería.	389
CES 20	Tasa de Egresados de las Escuelas de Enfermería del IMSS, contratados al momento de concluir su Servicio Social	390
CES 21	Satisfacción de los alumnos inscritos en Cursos Postécnicos de Enfermería	392
CES 22	Eficiencia del aprovechamiento de los recursos humanos, generados a través de los Cursos Postécnicos de Enfermería	393
CES 23	Eficiencia Terminal Cursos Técnicos del Área de la Salud	395
CES 24	Satisfacción de los alumnos inscritos en Cursos Técnicos del Área de la Salud	397
CES 25	Eficiencia del aprovechamiento de los recursos humanos, generados a través de los Cursos de formación del Personal del Área Técnica de la Salud	398
CES 26	Pago oportuno de cuotas de recuperación al Fondo de Fomento a la Educación (FOFOE).	400
CES 27	Nivel de satisfacción de participantes de cursos a distancia por tipo de curso	402
CES 28	Satisfacción de trabajadores que asisten a cursos de capacitación de Educación Continua	404

5. Coordinación de Investigación en Salud (CIS)

CIS 01	Número de Publicaciones Científicas generadas por Personal del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	409
CIS 02	Publicaciones Científicas con Factor de Impacto $\geq$ 0.9	411
CIS 03	Porcentaje de Publicaciones Científicas con Factor de Impacto en cuartiles 1 y 2	414
CIS 04	Publicaciones Científicas con Factor de Impacto	417
CIS 05	Factor de Impacto promedio en Publicaciones Científicas	419
CIS 06	Publicaciones Científicas con Factor de Impacto generadas por Investigadores de tiempo completo, por año.	421
CIS 07	Personal Clínico formado en Maestrías en Investigación	423

CIS 08	Personal Clínico formado en Doctorados en Investigación	425
CIS 09	Investigadores de tiempo completo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que pertenece al Sistema Nacional de Investigadores (SNI)	427
CIS 10	Investigadores Clínicos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores (SNI)	429
CIS 11	Porcentaje de Investigadores de tiempo completo que por Nivel pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores (SNI)	431
CIS 12	Porcentaje de Investigadores Clínicos que por Nivel pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores (SIN)	433
CIS 13	Protocolos de Investigación en Salud relacionados a Prevención Primaria de la Salud	435
CIS 14	Protocolos de Investigación en Salud finalizados en publicación	437
CIS 15	Protocolos de Investigación en Salud registrados en el Comité Nacional de Investigación Científica (CNIC) con colaboraciones extra institucionales	439
CIS 16	Protocolos de Investigación en Salud autorizados por la Unidad Habilitada de Apoyo al Pre-dictamen del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	440
CIS 17	Financiamientos obtenidos para el desarrollo de Protocolos de Investigación en Salud, según su origen extra Institucional /Institucional	441
CIS 18	Índice H de autores de Publicaciones Científicas	443
CIS 19	Número de solicitudes de patente presentadas por año	444
CIS 20	Número de licencias de explotación de patentes por año	445
CIS 21	Número de alumnos que se capacitan en temas de innovación	446
CIS 22	Comités Locales de Investigación en Salud (CLIS) activos	447
CIS 23	Comités Locales de Ética en Investigación (CLEI) activos	449

6. Coordinación de Políticas de Salud

CPolS 01	Porcentaje de criterios de calidad cumplidos para la prevención de infección de vías urinarias en pacientes hospitalizados con sonda vesical instalada	454
CPolS 02	Porcentaje de criterios de calidad cumplidos para la prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados	457
CPolS 03	Porcentaje de criterios de calidad cumplidos para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados	459

7. 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	470
CUMAE 02	Porcentaje de pacientes con estancia prolongada (más de 12 hrs.) en el área de observación en Unidades Médicas de Alta Especialidad	472
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	474
CUMAE 04	Índice de subsecuencia en Consulta de Especialidad en Unidades Médicas de Alta Especialidad	476
CUMAE 05	Promedio de Consultas de Especialidad por hora/médico en Unidades Médicas de Alta Especialidad	478
CUMAE 06	Promedio de días estancia en Unidades Médicas de Alta Especialidad	480
CUMAE 07	Porcentaje de ocupación hospitalaria en Unidades Médicas de Alta Especialidad	482
CUMAE 08	Tasa de mortalidad hospitalaria en Unidades Médicas de Alta Especialidad	484
CUMAE 09	Tasa de letalidad en Neonatos en Unidades Médicas de Alta Especialidad	486
CUMAE 10	Porcentaje de neonatos de término que son alimentados mediante lactancia materna exclusiva al egreso de la Unidad Médica de Alta Especialidad	488
CUMAE 11	Porcentaje de fallecimientos en los primeros 30 días posterior al diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio en la Unidad Médica de Alta Especialidad	490
CUMAE 12	Porcentaje de reingresos en los primeros 30 días posteriores al egreso en Unidades Médicas de Alta Especialidad	492
CUMAE 13	Porcentaje de eventos adversos en Unidades Médicas de Alta Especialidad	494
CUMAE 14	Intervalo de sustitución de camas hospitalarias en unidades Médicas de Alta Especialidad	496
CUMAE 15	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	498
CUMAE 16	Promedio de cirugías por sala de cirugía efectiva en Unidades Médicas de Alta Especialidad	500

CUMAE 17	Porcentaje de utilización de las salas de cirugía efectiva en fin de semana, en Unidades Médicas de Alta Especialidad	502
CUMAE 18	Porcentaje de suspensión de cirugías electivas programadas en Unidades Médicas de Alta Especialidad	505
CUMAE 19	Porcentaje de utilización de las salas de cirugía efectiva en días hábiles, en Unidades Médicas de Alta Especialidad	507

8. Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células (CDTOTC)

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	514
CDTOTC 02	Porcentaje de pacientes con sobrevida del injerto a tres años, posterior a un Trasplante Renal de donador vivo, en Unidades Médicas de Alta Especialidad.	516
CDTOTC 03	Porcentaje de pacientes con sobrevida a un año, posterior a un Trasplante Hepático, en Unidades Médicas de Alta Especialidad	518
CDTOTC 04	Porcentaje de pacientes con sobrevida a un año, posterior a un Trasplante de Corazón, en Unidades Médicas de Alta Especialidad	520
CDTOTC 05	Porcentaje de pacientes con trasplante corneal exitoso a un año en Unidades Médicas de Alta Especialidad	522
CDTOTC 06	Tasa anualizada de Donación de Órganos y Tejidos por Delegación	524

VI Indicadores Transversales de seguimiento de los tres niveles de atención

1. Coordinación de Salud en el Trabajo

CST 01	Promedio de días de incapacidad temporal con y sin subsidio por riesgo de trabajo por trabajador de empresas afiliadas.	529
CST 02	Promedio de días de incapacidad temporal con y sin subsidio por enfermedad general por trabajador de empresas afiliadas	531
CST 03	Promedio de días de incapacidad temporal con subsidio por riesgo de trabajo por caso	533
CST 04	Promedio de días de incapacidad temporal con subsidio por enfermedad general por caso	535

VII Glosario 538

I. Introducción y Antecedentes

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

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 establecen las Coordinaciones Normativas de la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM) –Educación en Salud (CES), Investigación en Salud (CIS), Políticas de Salud (CPolS), Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel (CAISPN), Vigilancia Epidemiológica (CVE), Atención Integral en Segundo Nivel (CAISN), Unidades Médicas de Alta Especialidad (CUMAE), y Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células (CDTOTC)-, para evaluar y monitorear las prestaciones médicas otorgadas. Es un documento que se actualiza cada año de forma colegiada y en apego a lo que establecen las disposiciones normativas vigentes.[1,2]

La presentación de estos criterios y estándares, se lleva a cabo en fichas técnicas, diseñadas con base en la estructura que recomiendan organismos especializados en la materia (Secretaría de Salud, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social). De acuerdo con esos organismos, los indicadores deben contener, como mínimo, el *objetivo de la medición*, la *precisión para el cálculo o fórmula*, las *fuentes de información* o *medios de verificación*, la *frecuencia de 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.

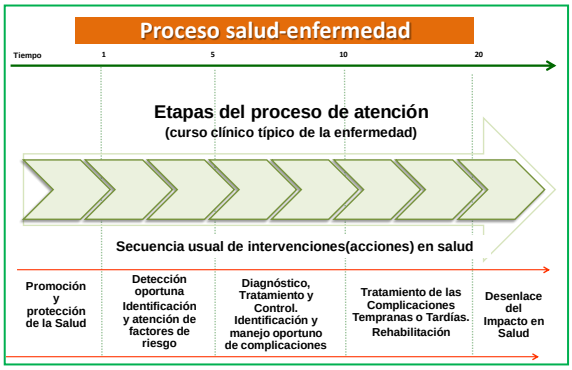
Es oportuno señalar que el 15 de agosto de 2016, la anterior Coordinación Técnica de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células, que dependía de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, se reubicó en la Unidad de Atención Médica, convirtiéndose en la Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células; incluyendo en esta versión del Manual seis indicadores. Asimismo, a partir del 1 de marzo de 2017, se modificó la estructura orgánica de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, creando la Unidad de Prestaciones Económicas y Salud en el Trabajo, e incorporándose a ella la Coordinación de Salud en el Trabajo, junto con su tramo de control, que estaba adscrita a la Dirección de Prestaciones Médicas; no obstante, para la evaluación de los procesos del área médica, ésa Coordinación contribuye para este MMIM con cuatro indicadores de los Procesos Salud-Enfermedad, así como con tres más de tipo normativo.

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[3], reglamentado por la Ley General de Salud[4], y en cumplimiento a tal mandato y en la utilidad pública de la Ley del Seguro Social[5], 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 atribuye -en el artículo 82

[1] 2000-002-001 Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas. Validado y registrado 22-06-2017, Folio 141
[2] 2000-001-015 Norma que establece las disposiciones en materia de Información en salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Fecha de actualización 27-11-2012
[3] Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. DOF 05-02-1917. Última reforma 24-02-2017
[4] Ley General de Salud. DOF 07-02-1984. Última reforma 16-12-2016
[5] Ley del Seguro Social. DOF 21-12-1995. Última reforma 12-11-2015.

fracción XVIII, de su Reglamento Interior- a la Dirección de Prestaciones Médicas, lo siguiente: *"Diseñar y operar 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".*[6]



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 para ser utilizados en la evaluación del desempeño de Unidades Médicas y Delegaciones.

El diseño del enfoque de Evaluación basada en Procesos de Salud-Enfermedad, tomó como base el modelo (secuencia de eventos o etapas), descrito en las Normas Oficiales Mexicanas, así como en las Guías de Práctica Clínica Institucionales y del Sector Salud. Las principales características del enfoque son: en primer término, se toma como eje a la población derechohabiente de grupos poblacionales de riesgo y en los que existe la posibilidad de establecer estrategias para evitar el incremento del daño de algún padecimiento específico; en segundo término, y más importante, se miden las acciones (intervenciones) que son ejecutadas por los servicios de salud para prevenir, erradicar o impedir el avance de la enfermedad y sus complicaciones.

Esta 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),* permiten medir el impacto sobre el problema de salud o sus determinantes, así como el avance paulatino en 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 en salud*, mismas que has sido consideradas, y que hasta el momento están representadas por Indicadores de la Coordinación de Educación en Salud en los procesos.

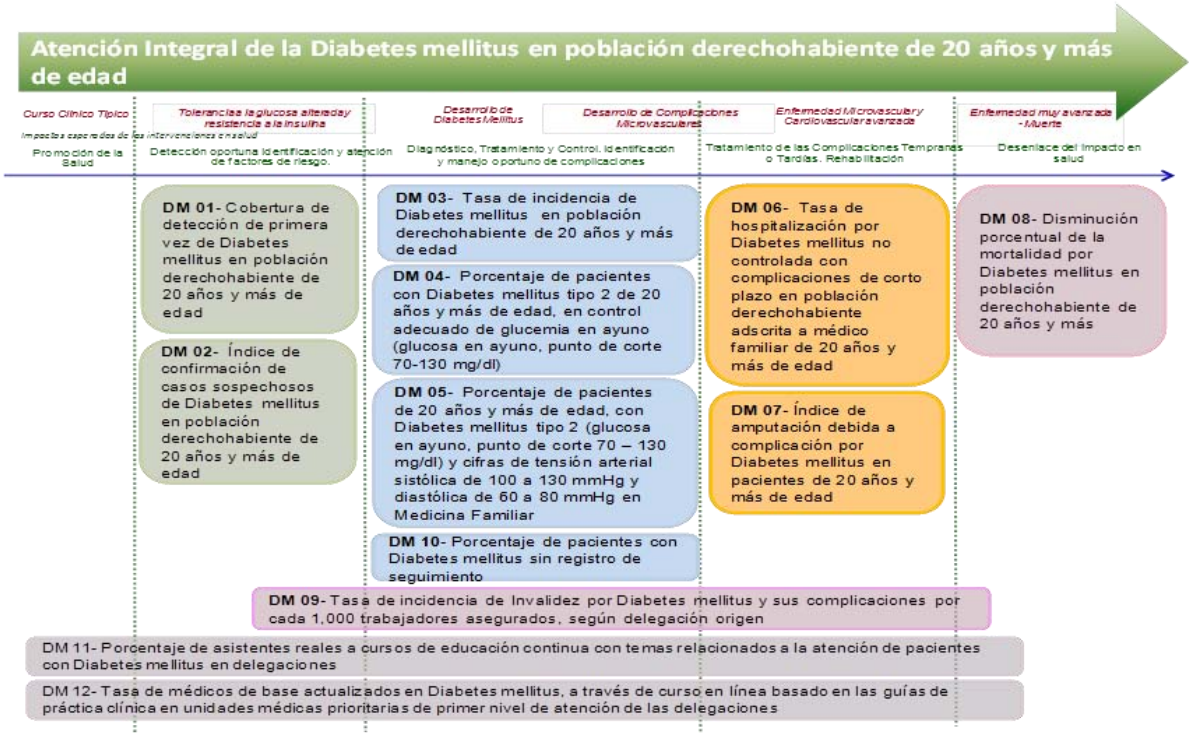
Del diseño del modelo a la estructura práctica operativa.

Una vez desarrollado el marco conceptual de este enfoque de evaluación, el siguiente paso consistió en la definición de los problemas de salud a evaluar. Así, mediante un ejercicio de priorización y sobre la base de criterios como magnitud, trascendencia, disponibilidad de la información, impacto en el gasto institucional o del impacto obtenido con las estrategias implantadas hasta ese momento, se seleccionaron los siguientes temas en 2014: Diabetes Mellitus; Enfermedades Hipertensivas; Cáncer de Mama en la mujer; Cáncer Cérvico

[6] Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social. DOF 18-09-2006. Última reforma 23-08-2012.

Uterino; Atención Materna; Atención Neonatal; Sobrepeso – Obesidad; Enfermedad Respiratoria Aguda en menores de 5 años; Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años e Infecciones Nosocomiales.

Para cada tema, se utilizaron indicadores que, de preferencia, debían ser de *resultado/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 en población derechohabiente*. A continuación, a manera de ejemplo, se presenta el esquema de la evaluación del proceso de *Atención Integral de la Diabetes mellitus* para 2014:



De los conceptos a la construcción de indicadores.

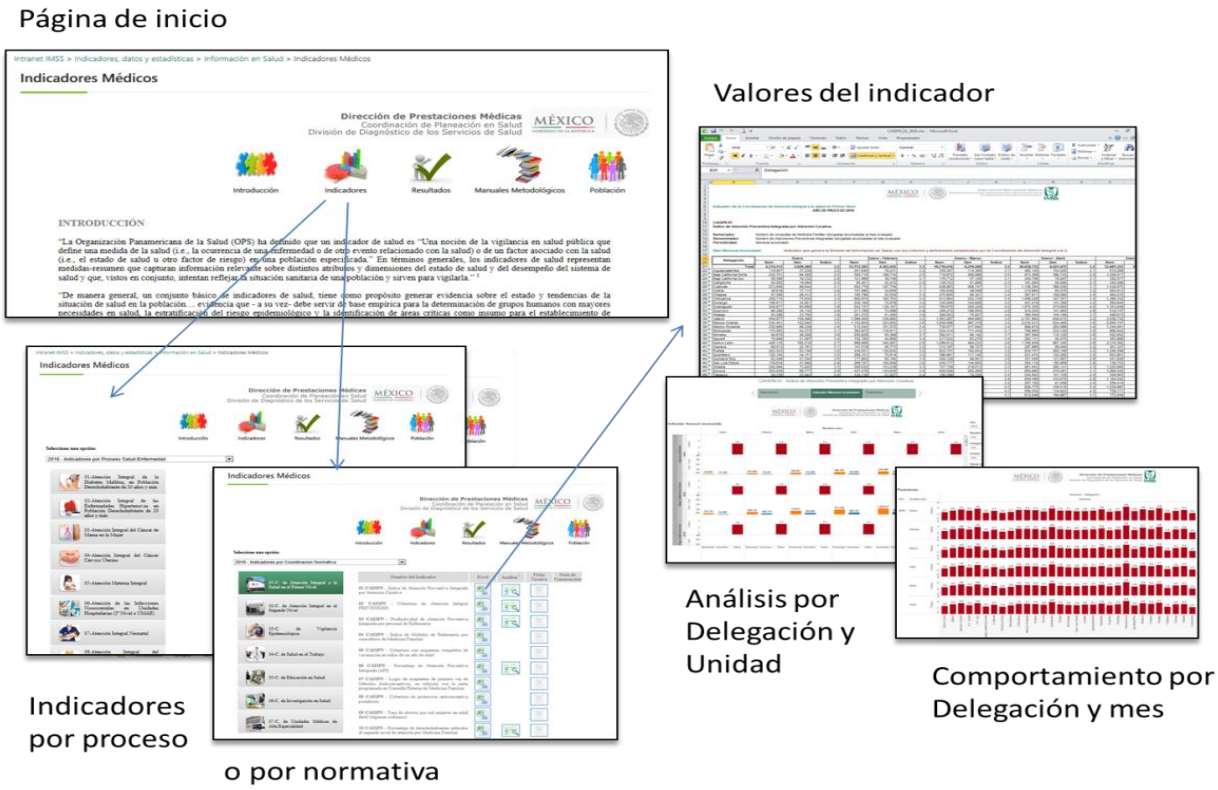
La implantación de la Evaluación del Desempeño basado en Procesos de Salud-Enfermedad, se logró satisfactoriamente y en tiempo récord, gracias al trabajo conjunto y participativo de las diferentes Normativas de la DPM y estructuras responsables de la supervisión y seguimiento de programas en el Instituto. Otro factor relevante que favoreció la rápida organización, fue el hecho de que 59 de los 94 indicadores a utilizar, ya eran monitoreados por las Normativas en evaluaciones relacionadas con los programas institucionales de su responsabilidad o de índole sectorial. Para la construcción de algunos de los indicadores, se efectuaron ajustes a los sistemas de información, para adaptarlos a los requerimientos de la evaluación e incluirlos en el orden de secuencia del Proceso de Salud–Enfermedad correspondiente.

La construcción de los indicadores de procesos permitió que se extrajeran datos de casi todos los Sistemas de Información Médica del Instituto. Por primera vez, se logró una explotación extensa de información para presentar por Unidad Médica los resultados correspondientes.

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

En la fase final de procesamiento de los datos para evaluación, y en cumplimiento a las disposiciones normativas institucionales, tanto el Manual Metodológico de Indicadores Médicos -una vez aprobado-, como los resultados de los Indicadores para la Evaluación de las Prestaciones Médicas, se publican en el portal de intranet de la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud (DDSS) de la Coordinación de Planeación en Salud, sitio donde se encuentran disponibles, para todo el personal institucional, a través de la red en la dirección:

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



Adicionalmente a los Procesos de Salud-Enfermedad, otros indicadores se conservaron e incluyeron en la segunda sección del presente Manual, para ser monitoreados por las Coordinaciones normativas correspondientes; y por último, se anexó un apartado que conteniene los indicadores transversales de los indicadores de Salud en el Trabajo.

Manual Metodológico de Indicadores Médicos 2018.

La versión 2018 del MMIM, está constituida por un total de 213 indicadores los cuales se distribuyen de la forma siguiente:

79 corresponden a ocho Procesos de Salud-Enfermedad:

Procesos de Salud-Enfermedad		Número de indicadores
1	Atención Integral de la Diabetes Mellitus *	12
2	Atención Integral de las Enfermedades Hipertensivas *	10
3	Atención Integral del Cáncer de Mama en la mujer *	10
4	Atención Integral del Cáncer Cérvico Uterino *	10
5	Atención Materna Integral	13
6	Atención de las Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud	7
7	Atención Integral Neonatal	9
8	Atención Integral del Sobrepeso-Obesidad	8
	Total	**79**

* 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.

134 indicadores de las Coordinaciones Normativas, que están relacionados con los programas institucionales y sectoriales:

	Coordinación Normativa		Número de indicadores
1	CAISPN	Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel	15
2	CAISN	Atención Integral en Segundo Nivel	28
3	CVE	Vigilancia Epidemiológica	8
4	CES	Educación en Salud	28
5	CIS	Investigación en Salud	23
6	CPolS	Políticas de Salud	3
7	CUMAE	Unidades Médicas de Alta Especialidad	19
8	CDTOTC	Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células	6
9	DPES **	Coordinación de Salud en el Trabajo	4
		Total	**134**

** Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales.

Es importante resaltar que en esta versión, se incorporan nuevos indicadores de la Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células de la Unidad de Atención Médica; de la División de Enfermería con adscripción a la Coordinación de Políticas de Salud, y de la Coordinación de Salud en el Trabajo de la DPES.

Evaluación Estratégica de las Prestaciones Médicas, 2018.

La Evaluación Estratégica y el monitoreo de 2018, se llevará a cabo de forma diferenciada para los distintos ámbitos de aplicación:

1) Evaluación Estratégica por Unidad Médica.

2) Evaluación Estratégica por Delegación.

3) Evaluación Estratégica de las Unidades Médicas de Alta Especialidad.

1) ***Evaluación Estratégica por Unidad Médica.***

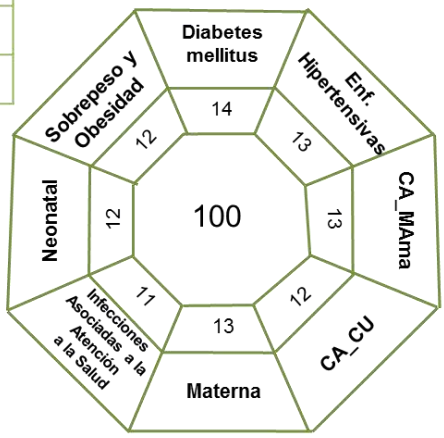
Está integrada por ocho Procesos de Salud-Enfermedad, mismos que reúnen un total de 79 indicadores; en el siguiente esquema se refiere el peso de cada indicador al interior del proceso, así como la ponderación de cada uno de ellos, dando como resultado la Evaluación de Desempeño.

Evaluación basada en Procesos de Salud – Enfermedad 2018

12 indicadores = 100		
DM 01 P(8)	DM 02 P(11)	DM 03 P(8)
DM 04 P(9)	DM 05 P(10)	DM 06 P(5)
DM 07 P(11)	DM 08 P(11)	DM 09 P(5)
DM 10 P(12)	DM 11 P(5)	DM 12 P(5)

8 indicadores= 100		
SOB_OB 01 P(11)	SOB_OB 02 P(11)	SOB_OB 03 P(15)
SOB_OB 04 P(13)	SOB_OB 05 P(15)	SOB_OB 06 P(15)
SOB_OB 07 P(10)	SOB_OB 08 P(10)	

10 indicadores = 100		
EH 01 P(11)	EH 02 P(9)	EH 03 P(11)
EH 04 P(15)	EH 05 P(7)	EH 06 P(11)
EH 07 P(7)	EH 08 P(15)	EH 09 P(7)
EH 10 P(7)		



9 indicadores= 100		
Neonatal 01 P(12)	Neonatal 02 P(12)	Neonatal 03 P(13)
Neonatal 04 P(15)	Neonatal 05 P(8)	Neonatal 06 P(8)
Neonatal 07 P(13)	Neonatal 08 P(8)	Neonatal 09 P(11)

10 indicadores= 100		
CA_MAma 01 P(2)	CA_MAma 02 P(9)	CA_MAma 03 P(12)
CA_MAma 04 P(13)	CA_MAma 05 P(13)	CA_MAma 06 P(11)
CA_MAma 07 P(11)	CA_MAma 08 P(8)	CA_MAma 09 P(14)
CA_MAma 10 P(7)		

7 indicadores= 100		
IN_AAS 01 P(15)	IN_AAS 02 P(16)	IN_AAS 03 P(12)
IN_AAS 04 P(16)	IN_AAS 05 P(10)	IN_AAS 06 P(25)
IN_AAS 07 P(6)		

10 indicadores= 100		
CACU 01 P(10)	CACU02 P(12)	CACU 03 P(11)
CACU 04 P(8)	CACU 05 P(8)	CACU 06 P(8)
CACU 07 P(12)	CACU 08 P(9)	CACU09 P(13)
CACU10 P(9)		

13 indicadores =100		
Materna 01 P(6)	Materna 02 P(6)	Materna 03 P(6)
Materna 04 P(9)	Materna 05 P(8)	Materna 06 P(10)
Materna 07 P(7)	Materna 08 P(11)	Materna 09 P(7)
Materna 10 P(7)	Materna 11 P(9)	Materna 12 P(7)
Materna 13 P(7)		

P ( ) - Ponderación

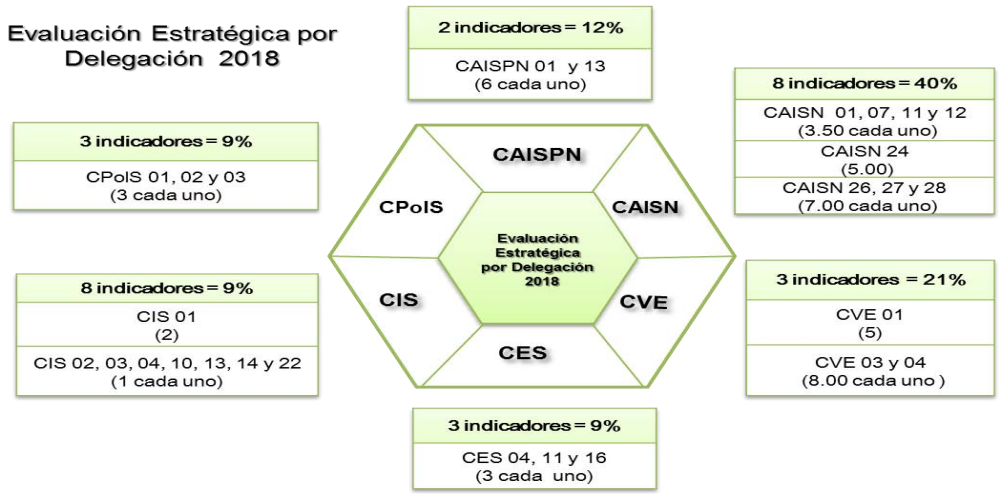
Para calificar el desempeño de cada Unidad Médica, se realizaron pasos básicos para todos los Procesos Salud-Enfermedad y son los siguientes:

1. Con base en los criterios de las fichas técnicas, se construyen los Indicadores por Unidad Médica del período a evaluar.
2. La Unidad Médica se califica para cada Indicador, con el logro alcanzado en el período de evaluación, mismo que se contrasta con el rango de desempeño y se pondera de acuerdo a la ficha técnica.
3. Se obtiene la sumatoria de los valores ponderados de los indicadores que aplican a la Unidad Médica, con lo que se obtiene una calificación total de proceso.
4. El último paso, consiste en obtener la calificación global de los ocho procesos, a través de contrastar la ponderación de cada proceso con la calificación total obtenida. De esta operación, se obtienen los valores ponderados; y la sumatoria de ellos, permite visualizar la calificación global de la Unidad Médica en los ochos procesos que se evaluaron.

2) **Evaluación Estratégica por Delegación**.

En la revisión colegiada de los Indicadores considerados para la evaluación en años previos, se creyó pertinente enriquecer la Evaluación de Desempeño Delegacional e incluir, además de los Procesos de Salud-Enfermedad, indicadores seleccionados por las Coordinaciones Normativas de la DPM.

Para la Evaluación Estratégica Delegacional, se medirán un total de 106 indicadores (79 Indicadores de Procesos de Salud-Enfermedad y 27 del apartado de las Coordinaciones Normativas). El peso para los Procesos de Salud-Enfermedad será de 70%, mientras que los indicadores de gestión e impacto de programas de las Coordinaciones Normativas representarán un 30%. En esta medición se excluyen las Unidades Médicas de Alta Especialidad.



3) **Evaluación Estratégica de las Unidades Médicas de Alta Especialidad.**

Esta evaluación se realiza mediante los 22 indicadores siguientes:

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad (CUMAE)			
CUMAE 01	Porcentaje de ocupación en el área de observación del servicio de admisión continua o urgencias en Unidades Médicas de Alta Especialidad	**CUMAE 12**	Porcentaje de reingresos en los primeros 30 días posteriores al egreso en Unidades Médicas de Alta Especialidad
CUMAE 02	Porcentaje de pacientes con estancia prolongada (más de 12 hrs) en el área de observación en Unidades Médicas de Alta Especialidad	**CUMAE 13**	Porcentaje de eventos adversos en Unidades Médicas de Alta Especialidad
CUMAE 03	Porcentaje de pacientes a quienes se les otroga una consulta de especialidad, a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud, en Unidades Médicas de Alta Especialidad	**CUMAE 14**	Intervalo de sustitución de camas hospitalarias en Unidades Médicas de Alta Especialidad
CUMAE 04	Ínidice de subsecuencia en consulta de especialidad en Unidades Médicas de Alta Especialidad	**CUMAE 15**	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 05	Promedio de consultas de especialidad por hora/médico en Unidades Médicas de Alta Especialidad.	**CUMAE 16**	Promedio de cirugías por sala de cirugía efectiva en Unidades Médicas de Alta Especialidad
CUMAE 06	Promedio de días estancia en Unidades Médicas de Alta Especialidad.	**CUMAE 17**	Porcentaje de utilización de las salas de cirugía efectiva en fin de semana, en Unidades Médicas de Alta Especialidad
CUMAE 07	Porcentaje de ocupación hospitalaria en Unidades Médicas de Alta Especialidad	**CUMAE 18**	Porcentaje de suspención de cirugías electivas programadas en Unidades Médicas de Alta Especialidad
CUMAE 08	Tasa de mortalidad hospitalaria en Unidades Médicas de Alta Especialidad.	**CUMAE 19**	Porcentaje de utilización de las salas de cirugía efectiva en días hábiles, en Unidades Médicas de Alta Especialidad
CUMAE 09	Tasa de letalidad de neonatos en Unidades Médicas de Alta Especialidad.	**IN_AAS 01**	Tasas de Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud por 1,000 días estancia en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atencióncon 20 camas censables o más, o en Unidades Médicas de Alta Especialidad
CUMAE 10	Porcentaje de neonatos de término que son alimentados mediante lactancia materna exclusiva al egreso de la Unidad Médica de Alta Especialidad	**IN_AAS 03**	Tasas 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 11	Porcentaje de fallecimientos en los primeros 30 días posterior al diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio en la Unidad Médica de Alta Especialidad	**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

La ponderación y valores de referencia los establece la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, según el tipo de Unidad Médica que corresponda.

II. Marco Normativo

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

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 la Coordinación de Planeación en Salud (CPS), es actualizar el contenido de las Fichas Técnicas del *Manual Metodológico de Indicadores Médicos (MMIM),* pues refieren la metodología para construir en forma homogénea los indicadores estratégicos del Área Médica del Instituto, sustentados en criterios, definiciones y conceptos que son desarrollados por las Coordinaciones Normativas - 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, así como Atención en Enfermería y Salud en el Trabajo- de la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM), como una contribución para fortalecer los sistemas de evaluación de dichos 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:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. DOF. 05-02-1917. Última reforma 15-09-2017. 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. (Porción inicial del párrafo cuarto).

- 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.

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 que se sujetarán obligatoriamente los programas de la Administración Pública Federal.

Ley de Planeación. DOF 05-01-1983. Última reforma 28-11-2016.

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 16-12-2016.

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 12-11-2015.

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:
  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.

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. 0500-002-001, DOF 21-12-2010.

ACUERDO ACDO.SA2.HCT.271010/323.PDAED, de 27 de octubre de 2010, 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 derechohabiente.
- Elevará la calidad y calidez de los servicios que proporciona a la población derechohabiente.
- 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.

8.1.4 Dirección de Prestaciones Médicas.

- Planear y dirigir las acciones para la atención integral de la salud, la formación y educación continua del personal de salud, la investigación científica, así como evaluar sus resultados.
- Determinar los criterios para elaborar y mantener actualizado el diagnóstico institucional de salud.
- Establecer el modelo institucional de atención a la salud, normar y difundir los criterios técnicos para su operación y evaluar sus resultados.
- Administrar la difusión de las políticas, normas, planes, programas y resultados institucionales en materia de atención integral a la salud, educación e investigación en salud y seguridad social.
- Determinar y vigilar los criterios de calidad, eficiencia y ética profesional, en el otorgamiento de las prestaciones médicas.

- Autorizar y emitir políticas, normas, lineamientos técnico-médicos, y demás regulación referente a la prestación de los servicios de vigilancia epidemiológica, medicina preventiva, salud reproductiva, educación e investigación en salud, salud y seguridad en el trabajo, así como los de prevención, atención médica y rehabilitación en las unidades médicas institucionales.
- Determinar la participación institucional en la atención de problemas de salud de la población en general, e intervenir en la planeación y desarrollo de las estrategias, planes y programas respectivos.
- Establecer coordinación con las áreas normativas intra y extrainstitucionales correspondientes, para definir conjuntamente políticas, programas y acciones en materia de atención a la salud.
- Establecer y vigilar que se mantengan actualizados los estándares e indicadores de evaluación del desempeño institucional en materia de prestaciones médicas, que contribuya a la mejora continua de sus procesos y programas de trabajo.
- Establecer los criterios para el desarrollo, operación y explotación del sistema de información médica, así como el de evaluación del desempeño del sistema de salud institucional, conforme a la normatividad institucional y los lineamientos del sector salud.
- Vigilar el desempeño de los órganos que la integran a nivel central, delegacional y de las unidades médicas, y determinar las medidas conducentes que garanticen la mejora continua de sus procesos.
- Asesorar a las áreas normativas y delegacionales, en su ámbito de competencia.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas 2000-002-001. Validado y Registrado 22-06-2017, Folio 141.

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.
- 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.

8.1.3.3 *Coordinación de Políticas de Salud.*

- Validar los indicadores de productividad, eficiencia, efectividad, seguridad, calidad e impacto, para evaluar el desempeño del Modelo de Atención de Enfermería.

8.1.3.3.3 *División de Programas de Enfermería.*

- Elaborar los indicadores de productividad, eficiencia, efectividad, seguridad, calidad e impacto, para evaluar el Modelo de Atención de Enfermería a través del Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE).
- Elaborar los programas de capacitación dirigidos al personal directivo de enfermería.

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 derechohabiente, 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.
- 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.

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 19-12-2016, Folio 125.

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

8.1.1. La División de Información en Salud (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.

Decreto por el que se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. DOF. 20-05-2013.

ARTÍCULO SEGUNDO. Los objetivos, metas, estrategias y prioridades contenidos en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, regirán la actuación de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

ARTÍCULO SEXTO. Las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal darán seguimiento, con base en indicadores, a los resultados de sus acciones en relación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y a los programas a su cargo, e informarán al respecto a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, con el propósito de que el Presidente de la República informe al Congreso de la Unión los resultados de su ejecución, de acuerdo con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley de Planeación.

Plan Nacional de Desarrollo, **2013-2018**. DOF 20-05-2013.

VII. Indicadores

La Administración Pública Federal se propuso incluir, por primera vez, dentro del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, indicadores que reflejen la situación del país en relación con los temas considerados como prioritarios, para darles puntual seguimiento y conocer el avance en la consecución de las metas establecidas y, en su caso, hacer los ajustes necesarios para asegurar su cumplimiento. Los indicadores aquí propuestos fueron diseñados por instituciones y organismos reconocidos internacionalmente y son calculados periódicamente, lo cual asegura su disponibilidad, calidad e imparcialidad.

En los Programas Sectoriales se determinarán los valores que deberán alcanzar tales indicadores para medir efectivamente la acción del Gobierno de la República. Adicionalmente, se deberán revisar, las metas anuales o bienales ante cambios metodológicos. En caso de no lograrse alguna de las

metas o indicadores, se deberán plantear medidas correctivas de los programas públicos para propiciar el cumplimiento de las mismas.

No obstante, el comportamiento de los indicadores no depende únicamente de las acciones del gobierno. Éste se ve también afectado por factores externos como los efectos de los ciclos económicos internacionales, o subjetivos, como la percepción del país desde el exterior. Asimismo, los indicadores, están sujetos a errores de medición. Por tanto, el seguimiento de los indicadores deberá tomar en cuenta éstas y otras consideraciones.

En el marco del Sistema de Evaluación del Desempeño, las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal darán seguimiento, con base en indicadores, a los resultados de sus acciones, en relación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y con los programas a su cargo, e informarán al respecto a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, con el propósito de que el Presidente de la República informe al H. Congreso de la Unión los resultados de su ejecución, de acuerdo con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley de Planeación.

Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013–2018. DOF. 12-12-2013.

Establece los objetivos -estrategias y líneas de acción- a los que deberán apegarse las diferentes instituciones de la Administración Pública Federal para materializar el derecho a la protección de la salud y los cuales deberán ser congruentes por un lado con las metas nacionales establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2013–2018.

Estrategia 6.3. Fortalecer las acciones de supervisión, evaluación, control y transparencia de programas, proyectos y procesos en materia de salud.

Líneas de acción:

6.3.2. Establecer mecanismos de monitoreo y difusión de indicadores de calidad que permitan evaluar el desempeño de los servicios.

6.3.4. Incrementar el desarrollo de herramientas de evaluación para el diseño de políticas públicas.

6.3.5. Fomentar el uso de herramientas de evaluación para el diseño de políticas públicas.

6.3.6. Desarrollar indicadores de productividad de uso de los recursos.

Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social (PIIMSS) 2014-2018.

Acuerdo ACDO.SA3.HCT.230414/84.P.DF y sus anexos de 23 de abril de 2014. DOF. 28-04-2014.

Estrategia 3.5 Fortalecer los mecanismos de evaluación y seguimiento de resultados para mejorar los procesos y servicios.

Líneas de Acción:

- Retroalimentar los resultados de las evaluaciones para identificar y aprovechar áreas de oportunidad.
- Promover el uso de las tecnologías de la información y comunicación para mejorar los esquemas de evaluación y de difusión de los resultados.

III. Consideraciones Generales

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

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 cada año, de forma colegiada y con la participación de representantes expertos de las Coordinaciones Normativas y de asesores de la DPM, 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).
- El grupo colegiado determina 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 las características de la evaluación estratégica.
- La Coordinación de Planeación en Salud 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 del MMIM se realizará previa solicitud a la persona Titular de la Coordinación de Planeación en Salud; 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 será la instancia autorizada para solicitar a la persona Titular de la Coordinación de Planeación en Salud, la modificación del contenido de cada ficha técnica o la eliminación de indicadores.

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.
- El Manual Metodológico de Indicadores Médicos y los resultados de cada indicador será entregado a las instancias institucionales y del sector.
- Asimismo, pueden ser requeridos por organismos fiscalizadores intra y extrainstitucionales. Por lo que se vuelve obligatorio prestar máxima atención a la precisión y probidad de los datos o reportes de resultados.

- La Coordinación de Planeación en Salud, a través de las Divisiones de Información en Salud y de Diagnóstico de los Servicios de 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, podrán ser utilizados por los usuarios autorizados para la construcción de indicadores.
- La División de Diagnóstico de los Servicios de 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 o, en su caso, a la División de Diagnóstico de los Servicios de 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 Diagnóstico de los Servicios de Salud, según corresponda.

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

- Las Coordinaciones Normativas deberán enviar con la debida oportunidad al Titular de la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud, 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 así lo han establecido en la ficha técnica del indicador correspondiente.
- Las Coordinaciones Normativas se ajustarán a las recomendaciones establecidas para publicación en la página de intranet (http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx), que hará de conocimiento la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud tanto en el diseño de los reportes de publicación, como en el formato de presentación de los datos.

IV. Indicadores

de

Procesos de Salud - Enfermedad

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

La sección de indicadores de Procesos de Salud–Enfermedad presenta las fichas técnicas de los indicadores seleccionados para la medición del desempeño de los procesos siguientes:

Indicadores de Procesos de Salud-Enfermedad	Número	Ponderación
Atención Integral de la Diabetes Mellitus	12	14
Atención Integral de las Enfermedades Hipertensivas	10	13
Atención Integral del Cáncer de Mama en la mujer	10	13
Atención Integral del Cáncer Cérvico Uterino	10	12
Atención Materna Integral	13	13
Atención Integral de las Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud	7	11
Atención Integral Neonatal	9	12
Atención Integral del Sobrepeso-Obesidad	8	12
TOTAL	79	100

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

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

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Las estimaciones de 2015, publicadas por la Federación Internacional de Diabetes (IDF), por sus siglas en inglés, indican que a nivel mundial 415 millones de adultos padecen de Diabetes mellitus, y se espera que esta cifra se incremente a 642 millones para el año 2040. En la región de América del Norte (incluyendo México), 44.3 millones de individuos padecen Diabetes, y se estima que este número se elevará a 60.5 millones para 2040.

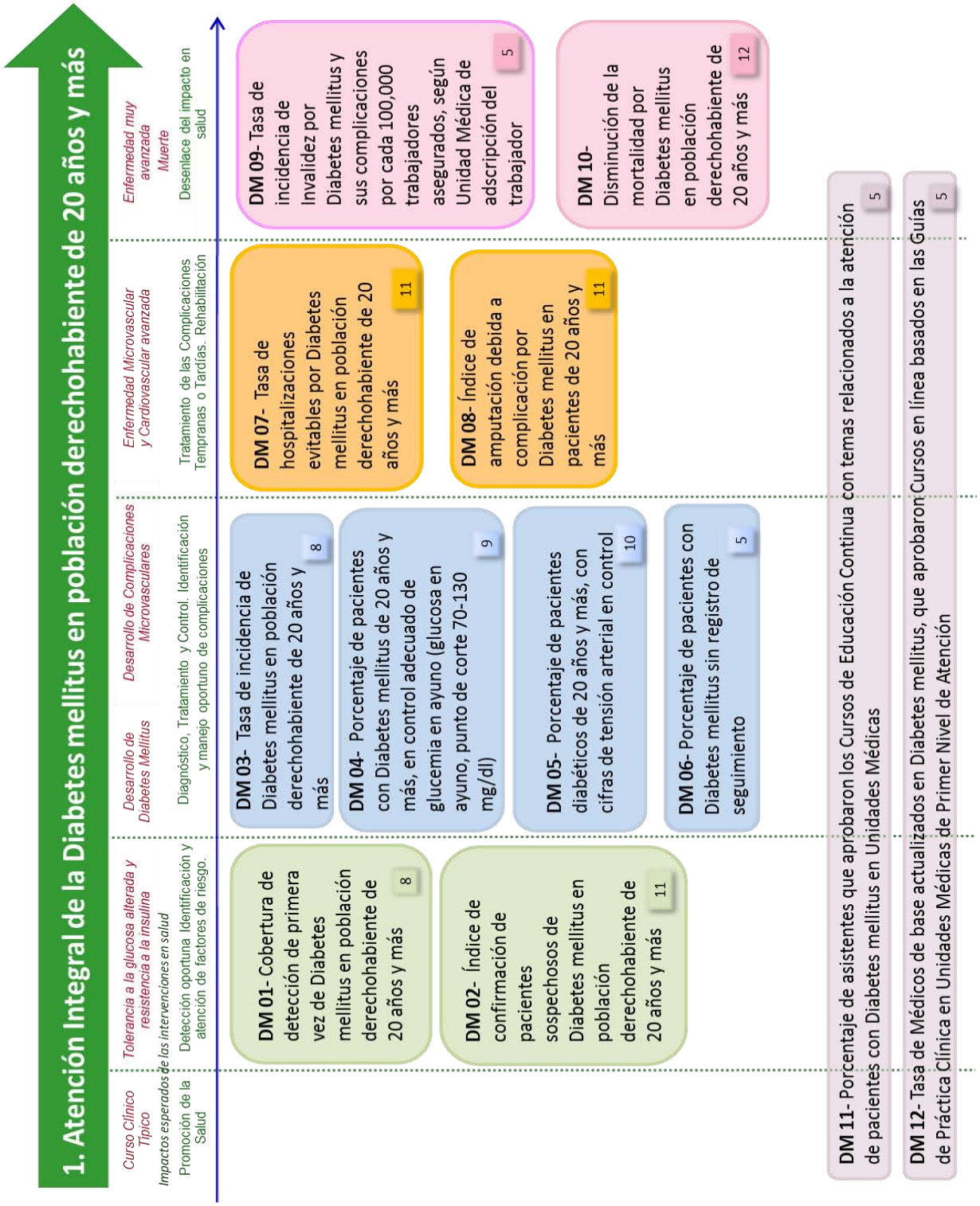
La Federación Internacional de Diabetes (IDF), pone de manifiesto que la Diabetes mellitus y sus complicaciones, son un problema de salud que se incrementa día a día. Se reporta que, en personas de mediana edad con Diabetes mellitus, el 41% tiene una historia de Enfermedad Cardiovascular y alrededor 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 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 Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, a la mitad del camino de 2016, la prevalencia de Diabetes fue de 9.4%.[2]

El censo de pacientes diabéticos de 2016, en el Instituto Mexicano del Seguro Social[3],[4] indica que se cuenta con 4´042,790 personas con diabetes, que determina una prevalencia de 9.16 por cada 100 derechohabientes. 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 (13.0% 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, 2015. www.diabetesatlas.org. ISBN. 978-2-930229-81-2. Consulta realizada 26 febrero 2016.
[2] Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de medio camino 2016 (ENSANUT MC 2016) Informe final de resultados. Secretaria de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública.
[3] IMSS. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión 2015-2016. http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/informe-2015-2016. Consulta 30 de septiembre 2016.
[4] Censo de pacientes con Diabetes mellitus 2016. http://infosalud/ARCHIVOS/censos/2015/index.htm Consulta 30 de septiembre 2016.


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 8
DM 02- Índice de confirmación de pacientes sospechosos de Diabetes mellitus en población derechohabiente de 20 años y más 11
DM 03- Tasa de incidencia de Diabetes mellitus en población derechohabiente de 20 años y más 8
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) 9
DM 05- Porcentaje de pacientes diabéticos de 20 años y más, con cifras de tensión arterial en control 10
DM 06- Porcentaje de pacientes con Diabetes mellitus sin registro de seguimiento 5
DM 07- Tasa de hospitalizaciones evitables por Diabetes mellitus en población derechohabiente de 20 años y más 11
DM 08- Índice de amputación debida a complicación por Diabetes mellitus en pacientes de 20 años y más 11
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 5
DM 10- Disminución de la mortalidad por Diabetes mellitus en población derechohabiente de 20 años y más 12
DM 11- Porcentaje de asistentes que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Diabetes mellitus en Unidades Médicas 5
DM 12- Tasa de Médicos de base actualizados en Diabetes mellitus, que aprobaron Cursos en línea basados en las Guías de Práctica Clínica en Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención 5

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):	Número de derechohabientes de 20 años y más, con detección de Diabetes mellitus de primera vez acumuladas al mes del reporte / 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)		X 100
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS). Denominador: Sistema de Información de Atención Integral a la Salud.		
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. El valor de referencia corresponde al establecido en el Programa de Acción Específico de Diabetes Mellitus 2013 – 2018.		
Valor de referencia o meta:	≥33%	Ponderación:	8 puntos
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad:	Mensual acumulado	Indicador contabilizado por:	Adscripción
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥33.0	25.8 - 32.9	≤25.7
Observaciones:	▪ 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 siguiente).		

DM 01 - Cobertura de detección de primera vez de Diabetes mellitus en población derechohabiente de 20 años y más.			
Observaciones:	▪ Las prevalencias aplicadas por grupo son: ○ 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 Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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 basada en Procesos de Salud-Enfermedad y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

Tabla de valores de referencia mensual

Indicador	Mes	Valor de referencia o meta del período	Rangos de desempeño	
DM01 - Cobertura de detección de primera vez de Diabetes mellitus en población derechohabiente de 20 años y más.	Enero	≥2.8	Esperado	≥2.8
			Medio	2.2 - 2.7
			Bajo	≤2.1
	Febrero	≥5.5	Esperado	≥5.5
			Medio	4.3 - 5.4
			Bajo	≤4.2
	Marzo	≥8.3	Esperado	≥8.3
			Medio	6.5 - 8.2
			Bajo	≤6.4
	Abril	≥11.0	Esperado	≥11.0
			Medio	8.6 - 10.9
			Bajo	≤8.5
	Mayo	≥13.8	Esperado	≥13.8
			Medio	10.8 - 13.7
			Bajo	≤10.7
	Junio	≥16.5	Esperado	≥16.5
			Medio	12.9 - 16.4
			Bajo	≤12.8
	Julio	≥19.3	Esperado	≥19.3
			Medio	15.1-19.2
			Bajo	≤15.0
	Agosto	≥22.0	Esperado	≥22.0
			Medio	17.2 - 21.9
			Bajo	≤17.1
	Septiembre	≥24.8	Esperado	≥24.8
			Medio	19.4-24.7
			Bajo	≤19.3
	Octubre	≥27.5	Esperado	≥27.5
			Medio	21.5 - 27.4
			Bajo	≤21.4
	Noviembre	≥30.3	Esperado	≥30.3
			Medio	23.7-30.2
			Bajo	≤23.6
	Diciembre	≥33.0	Esperado	≥33.0
			Medio	25.8 - 32.9
			Bajo	≤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 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)	X 100	
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:	≥10.0%	Ponderación:	11 puntos
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad:	Mensual anualizado	Indicador contabilizado por:	Adscripción
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥10.0	9.0 – 9.9	≤8.9
Observaciones:	▪ El denominador debe ser igual al índice de sospecha, reportado 12 meses antes de la fecha a informar. ▪ El numerador debe considerar los casos confirmados por médico familiar (Servicio 04), posterior a la detección. ▪ Se excluyen los casos diagnosticados únicamente por cuadro clínico. ▪ No es acumulado.		

DM 02 - Índice de confirmación de pacientes sospechosos de Diabetes mellitus en población derechohabiente de 20 años y más.			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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 inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad y 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):	Número de casos nuevos de Diabetes mellitus tipo 2, (CIE-10: E11-E14), Clave EPI: 49 en derechohabientes de 20 años y más / Población de derechohabientes adscritos a médico familiar (PAMF) de 20 años y más X 100,000		
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:	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 DHAMF (obtenido en recorrido intercuartil)	Ponderación:	8 puntos
Unidad de medida:	Tasa por 100,000 derechohabientes de 20 años y más, adscritos a médico familiar.		
Periodicidad:	Mensual anualizado	Indicador contabilizado por:	Adscripción
Observaciones:	▪ Para la construcción del indicador se incluye: o Diabetes mellitus tipo 2. (Códigos CIE-10: E11-E14, Clave EPI: 49). ▪ Para la construcción del indicador se excluye: o Del numerador, los casos de Diabetes mellitus insulinodependiente (Código CIE-10: E10, clave EPI: 127). ▪ Para los reportes acumulados de los meses enero a diciembre del año en curso, se utilizará la PAMF de junio del año previo. Para el reporte anual, 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.

Observaciones:

- 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

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

Indicador que construye la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad, 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	X 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:	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%	Ponderación:	9 puntos
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad:	Mensual	Indicador contabilizado por:	Adscripción
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 40.0	35.0 – 39.9	≤ 34.9
Observaciones:	▪ 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.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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 basada en Procesos de Salud-Enfermedad y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
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 X 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:	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%	Ponderación:	10 puntos
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad:	Mensual	Indicador contabilizado por:	Adscripción
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 80.0	75.0 - 79.9	≤ 74.9
Observaciones:	▪ 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 Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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 basada en Procesos de Salud-Enfermedad 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.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	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 / Total de pacientes registrados en el censo de pacientes con Diabetes mellitus del año a evaluar X 100		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y denominador: Censo de pacientes con Diabetes mellitus. Sistema de Información de Atención Integral de la Salud (SIAIS).		
Interpretación:	El indicador mide la proporción de pacientes que no reciben consulta por Diabetes mellitus tipo 1 o 2 durante el año a evaluar, 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. 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. 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. 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.		
Valor de referencia o meta:	≤ 20.0%	Ponderación:	5 puntos
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad:	Anual	Indicador contabilizado por:	Adscripción

DM 06 - Porcentaje de pacientes con Diabetes mellitus sin registro de seguimiento.			
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤ 20.0	20.1 – 30.0	> 30.0
Observaciones:	▪ 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 en Salud y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud, ambas divisiones de la Coordinación de Planeación en Salud, para inclusión en la Evaluación de Desempeño Basada en Procesos de Salud-Enfermedad, así como 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 / Población adscrita a médico familiar (PAMF) de 20 años y más X 10,000		
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:	≤ 48 x 10,000 derechohabientes adscritos a médico familiar. Mediana de las tasas del total de unidades médicas durante el año 2014.		
Unidad de medida:	Tasa	Ponderación	11 puntos
Periodicidad:	Semestral anualizado y anual		
Observaciones:	▪ Para la construcción del indicador: ○ 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 principal, complicación, diagnóstico secundario 1 y diagnóstico secundario 2, tengan registrados las claves CIE-10: E10-E14.		

DM 07 - Tasa de hospitalizaciones evitables por Diabetes mellitus en población derechohabiente de 20 años y más.			
Observaciones:	▪ 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 y revisa la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad, 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 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: 84.15-84.19) 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	x 100,000	
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:	≤ 95 amputaciones × 100,000 pacientes		
Unidad de medida:	Tasa por 100,000 pacientes diabéticos registrados en el Censo de pacientes con Diabetes mellitus.	Ponderación:	11 puntos
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:	▪ Para la construcción del indicador se incluye: o Diabetes mellitus, códigos CIE-10: E10 - E14. Amputación mayor de miembros inferiores, códigos CIE-9: 84.15 – 84.19 (en las variables intervención principal o procedimientos quirúrgicos 1 a 5). o Tipo de ingreso 1 o 2. o Derechohabientes con 20 años o más. ▪ Para la construcción del indicador se excluye: o Amputaciones traumáticas (CIE-10: S77, S78, S87, S88, S98, T053, T055 y T136) en diagnóstico principal, de ingreso, secundario 1 o secundario 2. o Egreso hospitalario en pacientes con más de una amputación. o 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	Indicador que construye la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad, 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 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:	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.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	$\frac{\text{Total de dictámenes de invalidez iniciales (1ª. vez) aceptados con diagnóstico de Diabetes mellitus y sus complicaciones, según delegación origen acumulados al trimestre del reporte}}{\text{Promedio de trabajadores asegurados en invalidez y vida, al trimestre del reporte}} \times 100{,}000$		
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 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 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.		
Valor de referencia o meta:	Anual: ≤ 17.88 Trimestral acumulado: marzo ≤ 3.26; junio ≤8.14; septiembre ≤13.53; diciembre ≤ 17.88 El valor de referencia se estableció con base en el comportamiento histórico.		
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Ene - Mar ≤ 3.26 Ene - Jun ≤ 8.14 Ene - Sep ≤ 13.53 Ene – Dic ≤ 17.88	3.27 – 6.79 8.15 – 13.48 13.54 – 23.21 17.89 – 31.11	> 6.79 > 13.48 > 23.21 > 31.11
Unidad de medida:	Tasa por 100,000 trabajadores asegurados		

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.			
Periodicidad:	Trimestral acumulado:	Ponderación:	5 puntos
Observaciones:	▪ Para la construcción del indicador: ○ 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. ○ 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.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	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 Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad, 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

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):	$\frac{\text{Tasa de mortalidad por Diabetes mellitus (CIE-10: E10.0 - E14.9) en población menos derechohabiente de 20 años y más; del año a evaluar} - \text{Tasa de mortalidad por Diabetes mellitus (CIE-10: E10.0 - E14.9) en población derechohabiente de 20 años y más, del año anterior}}{\text{Tasa de mortalidad por Diabetes mellitus (CIE-10: E10.0 - E14.9) en población derechohabiente de 20 años y más, del año anterior}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador de las tasas: Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED) IMSS. Denominador de las tasas: Datos de Población emitidos por la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR).		
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	Ponderación:	12 puntos
Unidad de medida:	Porcentaje		
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:	▪ 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 de 2018, el denominador utilizará los datos de población adscrita a Médico Familiar de junio 2017, mismos que son emitidos por la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR). Para el mes de diciembre 2018, se aplicará la población del periodo junio 2018.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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 basada en Procesos de Salud-Enfermedad y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficiencia	Tipo de indicador:	Estratégico

DM 11 - Porcentaje de asistentes que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Diabetes mellitus en unidades médicas.			
Objetivo del indicador:	Medir el porcentaje de asistentes del personal del área de la de salud que aprobaron los cursos de educación continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Diabetes mellitus tipo 1 y 2, conforme a la programación anual autorizada, con la finalidad de verificar el cumplimiento de la capacitación para el trabajador de base en las unidades médicas institucionales.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Número de asistentes reales a los cursos de educación continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Diabetes mellitus tipo 1 y 2 en un trimestre, por unidad médica / Número de asistentes programados a los cursos de educación continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Diabetes mellitus tipo 1 y 2 en el mismo trimestre, por unidad médica	X 100	
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: "Informe de Curso de Educación Continua (EC3)" de la Unidad Médica sede registrado en el SIPEC, de cursos de educación continua relacionados con temas de la atención de pacientes con Diabetes mellitus tipo 1 y 2: “Asistentes reales”; División de Educación Continua de la Coordinación de Educación en Salud. Denominador: “Calendarización de Cursos de Educación Continua para el personal del área de la salud (EC2)" registrada en el SIPEC, de Cursos de Educación Continua relacionados con temas de la atención de pacientes con Diabetes mellitus tipo 1 y 2: Información del curso, renglón “Cupo”; División de Educación Continua de la Coordinación de Educación en Salud.		
Interpretación:	Proporción de asistentes que aprobaron en un trimestre, del total de asistentes programados en el mismo trimestre a los cursos de educación continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Diabetes mellitus tipo 1 y 2 en unidades médicas de la programación anual autorizada.		
Valor de referencia o meta:	> 68.4% (obtenida al efectuar un recorrido intercuartil)		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación:	5 puntos
Periodicidad:	Trimestral (marzo, junio, septiembre y diciembre)	Indicador contabilizado por:	Adscripción de la sede que programó el curso
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	> 68.4	49.9 – 68.4	< 49.9

DM 11 - Porcentaje de asistentes que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Diabetes mellitus en unidades médicas.			
Observaciones:	▪ El reporte trimestral no es acumulativo. ▪ Fuente de información manual y electrónica. ▪ Se excluyen del numerador y denominador los asistentes que acreditaron cursos extemporáneos y extraordinarios. ▪ La proporción de asistentes que acreditaron del total de asistentes programados, en un trimestre reportado, a los cursos de educación continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Diabetes mellitus tipo 1 y 2 de la programación anual autorizada, es dependiente de diversos factores, ajenos a la responsabilidad de la Coordinación de Educación en Salud, como son: o Los atribuibles al trabajador. o Cobertura de los servicios asistenciales que permitan que el trabajador asista a dichos cursos, sin desproteger la atención. o Dictamen de beca favorable dependiente de la reglamentación de la Comisión Nacional Mixta de Becas. ▪ 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. ▪ Asistentes que acreditaron: son los trabajadores del área de la salud, registrados, aprobados y enumerados en forma progresiva en el listado nominal del "Informe de Curso de Educación Continua (EC3)". ▪ 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. ▪ Adscripción de la sede que programó el curso: se considera como tal a la Unidad Médica Institucional que solicita la capacitación para el trabajador de base, respaldado por la detección de necesidades de capacitación y los procesos prioritarios establecidos por la Dirección de Prestaciones Médicas. ▪ SIPEC: Sistema Informático de Programas de Educación Continua.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la Coordinación de Educación en Salud y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad, 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 12 - Tasa de Médicos de base actualizados en Diabetes mellitus, que aprobaron cursos en línea basados en las Guías de Práctica Clínica en Unidades Médicas con 10 o más consultorios de Medicina Familiar.			
Objetivo del Indicador:	Medir el número de médicos familiares de base actualizados en Diabetes mellitus tipo 2 a través de cursos en línea basados en las Guías de Práctica Clínica, adscritos en unidades médicas con 10 o más consultorios de medicina familiar para diseñar e implementar las estrategias de actualización que propicien una mejora en la atención del paciente diabético.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Número de médicos familiares de base actualizados en Diabetes mellitus tipo 2 a través de cursos en línea basados en las Guías de Práctica Clínica por unidades médicas con 10 o más consultorios de medicina familiar, por Delegación en un semestre / Número de médicos familiares de base adscritos por unidades médicas con 10 o más consultorios de medicina familiar, por Delegación en el mismo semestre	X 100	
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Reporte semestral de médicos familiares de base actualizados en Diabetes mellitus tipo 2 a través de cursos en línea basados en las Guías de Práctica Clínica por unidades médicas con 10 o más consultorios de medicina familiar por Delegación, emitido por los Módulos de Calificaciones y Estadísticas del Sistema Integral de Educación a Distancia; División de Innovación Educativa de la Coordinación de Educación en Salud. Denominador: Plazas ocupadas por médicos familiares de base adscritos en unidades médicas con 10 o más consultorios de medicina familiar por Delegación, obtenido del Sistema Integral de Administración de Personal (SIAP); División del Sistema Integral de Administración de Personal de la Coordinación de Administración de Información de Personal y Comunicación Interna.		
Interpretación:	Porcentaje de médicos familiares de base de unidades médicas con 10 o más consultorios de medicina familiar, actualizados en Diabetes mellitus tipo 2 que aprobaron cursos en línea basados en las Guías de Práctica Clínica.		
Valor de referencia o meta:	>= 5.0 % La meta se obtiene al considerar pertinente la actualización del 5% del personal en un semestre en Diabetes mellitus tipo 2 y el histórico de desempeño del Indicador. La meta establecida corresponde al porcentaje de médicos por actualizar en un semestre.		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación:	5 puntos
Periodicidad:	Semestral (junio y diciembre)	Indicador contabilizado por:	Adscripción

DM 12 - Tasa de Médicos de base actualizados en Diabetes mellitus, que aprobaron cursos en línea basados en las Guías de Práctica Clínica en Unidades Médicas con 10 o más consultorios de Medicina Familiar			
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	>= 5.0	3.0 – 4.9	<= 2.9
Observaciones:	▪ Se considera médicos actualizados a aquellos que aprobaron el curso de acuerdo a los criterios de permanencia y aprobación establecidos. ▪ Se incluye en el numerador: alumnos aprobados al finalizar el curso en línea. ▪ Se incluye en el numerador y denominador: o Médicos familiares de base adscritos a unidades médicas con 10 o más consultorios de medicina familiar. o Alumnos que participan en un curso en línea basado en las Guías de Práctica Clínica, administrado por la División de Innovación Educativa. ▪ Se excluyen del numerador los participantes jubilados y externos al IMSS. ▪ Sólo para la *Delegación Tlaxcala,* por no contar con unidades médicas con 10 o más consultorios de medicina familiar se incluyen *unidades médicas con 9 consultorios*.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador	Indicador que construye la Coordinación de Educación en Salud y envía a la Coordinación de Planeación en Salud, para inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad, 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

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

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2014 la prevalencia mundial de Hipertensión Arterial (HTA) en adultos de 18 años o más, se situó en alrededor de 22%[1]. Asimismo, las complicaciones de la HTA causaron 9.4 millones de muertes anuales y representaron por lo menos 45% de las defunciones por cardiopatía y 51% por accidente cerebrovascular.[2]

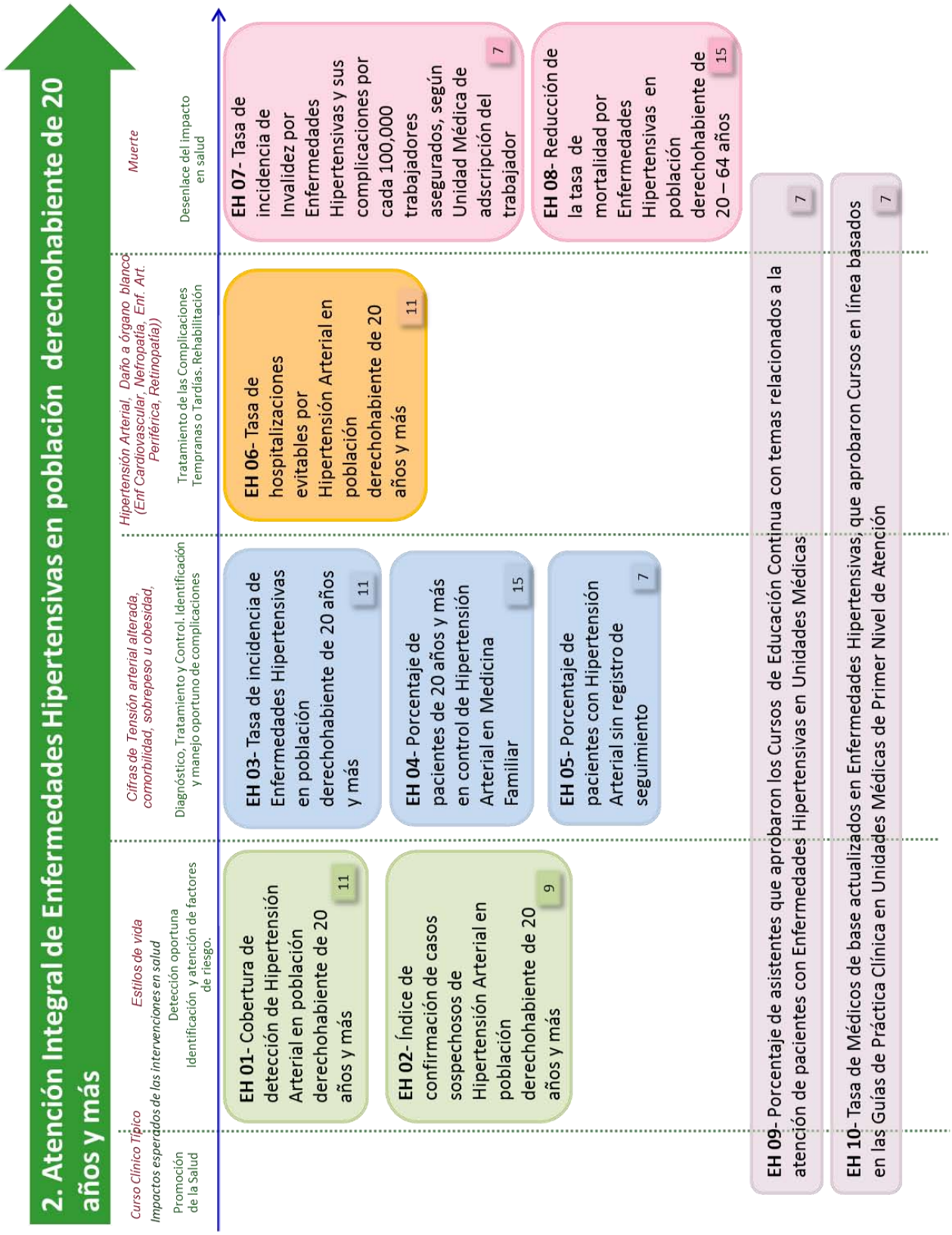
La Organización Panamericana de la Salud (OPS), destaca que situaciones como la promoción y fomento de la identificación oportuna de prediabetes y la medición correcta de la tensión arterial, son prerrequisitos esenciales para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con hipertensión. En el "7° Informe sobre "Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial", la OPS recomienda enfáticamente que el control de la Hipertensión Arterial requiere 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 – 2020[4], establece la meta de reducción del 25% sobre la prevalencia de hipertensión arterial de los países miembros.

En México, según datos de la ENSANUT 2012, la prevalencia de la HTA fue de 31.5% (33.3% en hombres y 30.8% en mujeres).[5]

En el Instituto Mexicano del Seguro Social[6], el Censo de pacientes con Diabetes e Hipertensión Arterial de 2015, reporta una prevalencia de Hipertensión Arterial de 15.93% en la población adscrita a Médico Familiar (7´043,567 derechohabientes con este padecimiento), y en población de 20 años y más se eleva a 22.4%. Asimismo, en el documento se menciona que las personas con Diabetes mellitus e Hipertensión Arterial en el Instituto llegaron a 2´770,728 derechohabientes, de los cuales el 60.7% son mujeres y 39.3% son hombres.

[1] Enfermedades Cardiovasculares Enero 2015. 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 2012. Resultados Nacionales.2012. http://ensanut.insp.mx/ Consulta realizada julio 2015.
[6] Censo de pacientes con Diabetes mellitus, Hipertensión arterial y ambos. IMSS año 2015. http://infosalud/ARCHIVOS/censos/2015/index.htm Consulta efectuada 30 de septiembre 2016.


2. Atención Integral de Enfermedades Hipertensivas en población derechohabiente de 20 años y más
Curso Clínico Típico
Impactos esperados de las intervenciones en salud
Estilos de vida
Detección oportuna
Promoción de la Salud
Identificación y atención de factores de riesgo.
EH 01- Cobertura de detección de Hipertensión Arterial en población derechohabiente de 20 años y más 11
EH 02- Índice de confirmación de casos sospechosos de Hipertensión Arterial en población derechohabiente de 20 años y más 9
Cifras de Tensión arterial alterada, comorbilidad, sobrepeso u obesidad,
Diagnóstico, Tratamiento y Control. Identificación y manejo oportuno de complicaciones
EH 03- Tasa de incidencia de Enfermedades Hipertensivas en población derechohabiente de 20 años y más 11
EH 04- Porcentaje de pacientes de 20 años y más en control de Hipertensión Arterial en Medicina Familiar 15
EH 05- Porcentaje de pacientes con Hipertensión Arterial sin registro de seguimiento 7
Hipertensión Arterial, Daño a órgano blanco (Enf Cardiovascular, Nefropatía, Enf. Art. Periférica, Retinopatía))
Tratamiento de las Complicaciones Tempranas o Tardías, Rehabilitación
EH 06- Tasa de hospitalizaciones evitables por Hipertensión Arterial en población derechohabiente de 20 años y más 11
Muerte
Desenlace del impacto en salud
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 7
EH 08- Reducción de la tasa de mortalidad por Enfermedades Hipertensivas en población derechohabiente de 20 – 64 años 15
EH 09- Porcentaje de asistentes que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Enfermedades Hipertensivas en Unidades Médicas 7
EH 10- Tasa de Médicos de base actualizados en Enfermedades Hipertensivas, que aprobaron Cursos en línea basados en las Guías de Práctica Clínica en Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención 7

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 especifica 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) X 100		
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 enfermedades hipertensivas a través de esfigmomanómetro calibrado. El valor de referencia se calculó con base al comportamiento histórico del indicador. El indicador está incluido en el Programa de Acción Específico de Prevención y Control de la Obesidad y Riesgo Cardiovascular 2013 - 2018.		
Valor de referencia o meta:	≥ 70.0%	Ponderación	11 puntos
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad:	Mensual acumulado	Indicador contabilizado por:	Adscripción
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 70.0	60.0 – 69.9	≤ 59.9
Observaciones:	▪ Los valores de referencia de los rangos de desempeño, se modifican mensualmente (ver la tabla siguiente). ▪ Las prevalencias aplicadas por grupo son: ○ 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% ▪ Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.		

EH 01 - Cobertura de detección de Hipertensión Arterial en población derechohabiente de 20 años y más.			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que integra la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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 basada en Procesos de Salud-Enfermedad y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

Tabla de valores de referencia mensual

Indicador	Mes	Valor de referencia o meta del período	Rangos de desempeño	
EH 01 - Cobertura de detección de Hipertensión Arterial, en población derechohabiente de 20 años y más.	Enero	≥ 5.8	Esperado	≥ 5.8
			Medio	5.0 – 5.7
			Bajo	≤ 4.9
	Febrero	≥ 11.7	Esperado	≥ 11.7
			Medio	10.0 – 11.6
			Bajo	≤ 9.9
	Marzo	≥ 17.5	Esperado	≥ 17.5
			Medio	15.0 – 17.4
			Bajo	≤ 14.9
	Abril	≥ 23.3	Esperado	≥ 23.3
			Medio	20.0 – 23.2
			Bajo	≤ 19.9
	Mayo	≥ 29.2	Esperado	≥ 29.2
			Medio	25.0 – 29.1
			Bajo	≤ 24.9
	Junio	≥ 35.0	Esperado	≥ 35.0
			Medio	30.0 – 34.9
			Bajo	≤29.9
	Julio	≥ 40.8	Esperado	≥ 40.8
			Medio	35.0 – 40.7
			Bajo	≤ 34.9
	Agosto	≥ 46.7	Esperado	≥ 46.7
			Medio	40.0 – 46.6
			Bajo	≤ 39.9
	Septiembre	≥ 52.5	Esperado	≥ 52.5
			Medio	45.0 – 52.4
			Bajo	≤ 44.9
	Octubre	≥ 58.3	Esperado	≥ 58.3
			Medio	50.0 – 58.2
			Bajo	≤ 49.9
	Noviembre	≥ 64.2	Esperado	≥ 64.2
			Medio	50.5 – 64.1
			Bajo	≤ 50.4
	Diciembre	≥ 70.0	Esperado	≥ 70.0
			Medio	60.0 – 69.9
			Bajo	≤ 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 en quienes se confirmó el padecimiento posterior a la detección (CIE-10: I10-I15) / Población de derechohabientes de 20 años y más, con resultado sospechoso en la detección X 100		
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:	≥ 50.0%	Ponderación:	9 puntos
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad:	Mensual anualizado	Indicador contabilizado por:	Adscripción
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 50.0	40.0 - 49.9	≤39.9
Observaciones:	▪ El denominador debe ser igual al índice de sospecha, reportado 12 meses antes de la fecha a informar. ▪ El numerador debe considerar los casos confirmados por médico familiar (servicio 04), posterior a la detección.		

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 integra la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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 basada en Procesos de Salud-Enfermedad y la 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) en población de 20 años y más / Población derechohabiente adscrita a Médico Familiar de 20 años y más (a mitad de periodo) X 100,000		
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 de la 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 600.0 por 100,000 derechohabientes adscritos a medicina familiar (obtenidos en recorrido intercuartil).	Ponderación:	11 puntos
Unidad de medida:	Tasa por 100,000 derechohabientes de 20 años y más, adscritos a medicina familiar		
Periodicidad:	Mensual anualizada	Periodicidad:	Mensual anualizada
Observaciones:	▪ Para la construcción del indicador se incluye: ○ 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 Adscrita a Medicina Familiar (PAMF), de junio del año previo. Para el reporte anual, 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.

Observaciones:

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

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

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

Indicador que construye la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad, 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

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 / Total de pacientes subsecuentes de 20 años y más con diagnóstico de Hipertensión Arterial atendidos en el período X 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:	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%	Ponderación:	15 puntos
Unidad de medida:	Porcentaje		
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:	▪ 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:	Indicador que integra la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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 basada en Procesos de Salud-Enfermedad y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
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):	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 / Total de pacientes registrados en el censo de pacientes con hipertensión arterial del año a evaluar X 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).		
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	Ponderación:	7 puntos
Periodicidad:	Anual	Indicador contabilizado por:	Adscripción
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤ 20.0	20.1 – 30.0	> 30.0
Observaciones:	▪ 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. ▪ 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.		

EH 05 - Porcentaje de pacientes con Hipertensión Arterial sin registro de seguimiento.			
Observaciones:	▪ 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 genera la División de Información en Salud y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud, ambas divisiones de la Coordinación de Planeación en Salud, para inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad, 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

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):	$\frac{\text{Número de egresos hospitalarios por Hipertensión Arterial en derechohabientes de 20 años y más de los códigos CIE 10: I10-I11}}{\text{Población Adscrita a Médico Familiar de 20 años y más}}$ X 10,000		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: SUI 13. Egresos hospitalarios. Denominador: Población Adscrita a Médico Familiar (PAMF). 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:	≤ 34 x 10,000 derechohabientes adscritos a médico familiar. Mediana de las tasas del total de Unidades Médicas durante el año 2015.		
Unidad de medida:	Tasa	Ponderación:	11 puntos
Periodicidad:	Semestral anualizado y anual.		
Observaciones:	▪ Para la construcción del indicador: ○ 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 principal, complicación, diagnóstico secundario 1 y diagnóstico secundario 2, tengan registrados las claves CIE-10: I10-I11. • 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.		

EH 06 - Tasa de hospitalizaciones evitables por Hipertensión Arterial en población derechohabiente de 20 años y más.			
Observaciones:	▪ Microzona: Término que se refiere a la circunscripción geográfica que agrupa de tres a cinco Unidades de Medicina Familiar de uno a cuatro consultorios, de acuerdo con 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 a ella está adscrito el Director.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que construye la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad, 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

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):	$\frac{\text{Total de dictámenes de invalidez iniciales (Primera vez) aceptados con diagnóstico de Enfermedad Hipertensiva y sus complicaciones, según Delegación origen acumulados al trimestre del reporte}}{\text{Promedio de trabajadores asegurados en invalidez y vida, al trimestre del reporte}} \times 100{,}000$		
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.		
Valor de referencia o meta:	Anual: ≤ 2.03 Trimestral acumulado: marzo ≤ 0.71; junio ≤1.15; septiembre ≤1.64; diciembre ≤2.03 El valor de referencia se estableció con base en el comportamiento histórico.		
Unidad de medida:	Tasa por 100,000 trabajadores asegurados	Ponderación:	7 puntos
Periodicidad:	Trimestral acumulado	Indicador contabilizado por:	Adscripción
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Ene - Mar ≤ 0.71 Ene - Jun ≤ 1.15 Ene - Sep ≤ 1.64 Ene – Dic ≤ 2.03	0.72 – 3.21 1.16 – 5.63 1.65 – 7.44 2.04 – 9.15	> 3.21 > 5.63 > 7.44 > 9.15

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:	▪ Para la construcción del indicador: o Se excluyen para el numerador: las revaloraciones. ▪ Los códigos CIE-10 que se utilizarán para Enfermedad Hipertensiva serán: I10-I15: o I10 Hipertensión esencial (primaria). o I11 Enfermedad cardíaca hipertensiva. o I11.0 Enfermedad cardíaca hipertensiva con insuficiencia cardíaca (congestiva). o I11.9 Enfermedad cardíaca hipertensiva sin insuficiencia cardíaca (congestiva). o I12 Enfermedad renal hipertensiva. o I12.0 Enfermedad renal hipertensiva con insuficiencia renal. o I12.9 Enfermedad renal hipertensiva sin insuficiencia renal. o I13 Enfermedad cardiorrenal hipertensiva. o I13.0 Enfermedad cardiorrenal hipertensiva con insuficiencia cardíaca (congestiva). o I13.1 Enfermedad cardiorrenal hipertensiva con insuficiencia renal. o I13.2 Enfermedad cardiorrenal hipertensiva con insuficiencia cardíaca y renal (congestivas). o I13.9 Enfermedad cardiorrenal hipertensiva, no especificada. o I15 Hipertensión secundaria. o I15.0 Hipertensión renovascular. o I15.1 Hipertensión secundaria a otros trastornos renales. o I15.2 Hipertensión secundaria a trastornos endocrinos. o I15.8 Otros tipos de hipertensión secundaria. o 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.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que construye la Coordinación de Salud en el Trabajo adscrita a la Unidad de Prestaciones Económicas y Salud en el Trabajo y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad, así como 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 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):	$\frac{\text{Tasa de mortalidad anualizada por Enfermedades Hipertensivas (CIE-10: I10.0-I15.9) en población menos derechohabiente de 20 a 64 años en el periodo que se evalúa} - \text{Tasa de mortalidad anualizada por Enfermedades Hipertensivas (CIE-10: I10.0- I15.9) en población derechohabiente de 20 a 64 años del año anterior}}{\text{Tasa de mortalidad anualizada por Enfermedades Hipertensivas (CIE-10: I10.0-I15.9) en población derechohabiente de 20 a 64 años del año anterior}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador de las tasas: Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED) IMSS. Denominador de las tasas: Población Adscrita a Médico Familiar de 20 a 64 años a mitad de periodo. Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR).		
Interpretación:	El indicador traduce indirectamente: ▪ 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 o sin muertes		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación:	15 puntos
Periodicidad:	Mensual anualizado	Indicador contabilizado por:	Adscripción
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤ -5.0 ó sin muertes	- 4.9 a Cero	Cualquier incremento
Observaciones:	▪ 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 2018, se utilizará para la obtención de las tasas anualizadas como denominador la población a junio 2017. En diciembre 2018, se utilizará como denominador la población a junio 2018.		

EH 08 - Reducción de la tasa de mortalidad por Enfermedades Hipertensivas en población derechohabiente de 20 a 64 años.			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que integra la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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 basada en Procesos de Salud-Enfermedad y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficiencia	Tipo de indicador:	Estratégico

EH 09 - Porcentaje de asistentes que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Enfermedades Hipertensivas en Unidades Médicas.			
Objetivo del indicador:	Medir el porcentaje de asistentes del personal del área de la de salud que aprobaron los cursos de educación continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Enfermedades Hipertensivas en Unidades Médicas, conforme a la programación anual autorizada, con la finalidad de verificar el cumplimiento de la capacitación para el trabajador de base en las Unidades Médicas institucionales.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Número de asistentes reales a los cursos de educación continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Enfermedades Hipertensivas en Unidades Médicas en un trimestre, por unidad médica / Número de asistentes programados a los cursos de educación continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Enfermedades Hipertensivas en Unidades Médicas en el mismo trimestre, por unidad médica X 100		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: "Informe de Curso de Educación Continua (EC3)" de la Unidad Médica sede registrado en el SIPEC, de cursos de educación continua relacionados con temas de la atención de pacientes con Enfermedades Hipertensivas en Unidades Médicas: “Asistentes reales”; División de Educación Continua de la Coordinación de Educación en Salud. Denominador: “Calendarización de Cursos de Educación Continua para el personal del área de la salud (EC2)" registrada en el SIPEC, de cursos de educación continua relacionados con temas de la atención de pacientes con Enfermedades Hipertensivas en Unidades Médicas información del curso, renglón “Cupo”; División de Educación Continua de la Coordinación de Educación en Salud.		
Interpretación:	Proporción de asistentes que aprobaron en un trimestre, del total de asistentes programados en el mismo trimestre a los cursos de educación continua con Enfermedades Hipertensivas en Unidades Médicas de la programación anual autorizada.		
Valor de referencia o meta:	> 68.4% (el valor se obtuvo de efectuar un recorrido intercuartil)		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación:	7 puntos
Periodicidad:	Trimestral (marzo, junio, septiembre y diciembre)	Indicador contabilizado por:	Adscripción de la sede que programó el curso
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	> 68.4	49.9 – 68.4	< 49.9

EH 09 - Porcentaje de asistentes que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Enfermedades Hipertensivas en Unidades Médicas.			
Observaciones:	▪ El reporte trimestral no es acumulativo. ▪ Fuente de información de proceso manual y electrónico. ▪ Se excluyen del numerador y denominador los asistentes que acreditaron cursos extemporáneos y extraordinarios. ▪ La proporción de asistentes que acreditaron del total de asistentes programados, en un trimestre reportado, a los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Enfermedades Hipertensivas de la programación anual autorizada, es dependiente de diversos factores, ajenos a la responsabilidad de la Coordinación de Educación en Salud, como son: o Los atribuibles al trabajador. o Cobertura de los servicios asistenciales que permitan que el trabajador asista a dichos cursos, sin desproteger la atención. o Dictamen de beca favorable dependiente de la reglamentación de la Comisión Nacional Mixta de Becas, quien dictamina. ▪ Educación Continua: Proceso constante e intencionado para que el personal que proporciona 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. ▪ Asistentes que acreditaron: Son los trabajadores del área de la salud, registrados, aprobados y enumerados en forma progresiva en el listado nominal del "Informe de curso de educación continua (EC3)". ▪ 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. ▪ Adscripción de la sede que programó el curso: Se considera como tal a la unidad médica institucional que solicita la capacitación para el trabajador de base, respaldado por la detección de necesidades de capacitación y los procesos prioritarios establecidos por la Dirección de Prestaciones Médicas. ▪ SIPEC: Sistema Informático de Programas de Educación Continua.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que construye la Coordinación de Educación en Salud y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad, 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

EH 10 - Tasa de Médicos de base actualizados en Enfermedades Hipertensivas, que aprobaron cursos en línea basados en las Guías de Práctica Clínica en Unidades Médicas con 10 o más consultorios de Medicina Familiar			
Objetivo del indicador:	Medir el número de médicos familiares de base actualizados en Enfermedades Hipertensivas a través de cursos en línea basados en las Guías de Práctica Clínica, adscritos en Unidades Médicas con 10 o más consultorios de medicina familiar para diseñar e implementar las estrategias de actualización que propicien una mejora en la atención del paciente con hipertensión.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Número de médicos familiares de base actualizados en Enfermedades Hipertensivas a través de cursos en línea basados en las Guías de Práctica Clínica por unidades con 10 o más consultorios de medicina familiar, por Delegación en un semestre Número de médicos familiares de base adscritos a Unidades Médicas con 10 o más consultorios de medicina familiar, por Delegación en un semestre.	X 100	
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Reporte semestral de médicos familiares de base actualizados en Enfermedades Hipertensivas a través de cursos en línea basados en las Guías de Práctica Clínica en Unidades Médicas con 10 o más consultorios de medicina familiar por Delegación, emitido por los Módulos de Calificaciones y Estadísticas del Sistema Integral de Educación a Distancia; División de Innovación Educativa de la Coordinación de Educación en Salud. Denominador: Plazas ocupadas por médicos familiares de base adscritos en Unidades Médicas con 10 o más consultorios de medicina familiar por Delegación, obtenido del Sistema Integral de Administración de Personal (SIAP); División del Sistema Integral de Administración de Personal de la Coordinación de Administración de Información de Personal y Comunicación Interna.		
Interpretación:	Porcentaje de médicos familiares de base de Unidades Médicas con 10 o más consultorios de medicina familiar actualizados en Enfermedades Hipertensivas que aprobaron cursos en línea basados en las Guías de Práctica Clínica.		
Valor de referencia o meta:	>= 5.0 % La meta se obtiene al considerar pertinente la actualización del 5% del personal en un semestre en Enfermedad Hipertensiva y el histórico de desempeño del indicador. La meta establecida corresponde al porcentaje de médicos por actualizar en un semestre.		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación:	7 puntos

EH 10 - Tasa de Médicos de base actualizados en Enfermedades Hipertensivas, que aprobaron cursos en línea basados en las Guías de Práctica Clínica en Unidades Médicas con 10 o más consultorios de Medicina Familiar.			
Periodicidad:	Semestral (junio y diciembre)	Indicador contabilizado por:	Adscripción
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	>= 5.0	3.0 – 4.9	<= 2.9
Observaciones:	▪ Se considera médicos actualizados a aquellos que aprobaron el curso de acuerdo a los criterios de permanencia y aprobación establecidos. ▪ Se incluye en el numerador: alumnos aprobados al finalizar el curso en línea. ▪ Se incluye en el numerador y denominador: o Médicos familiares de base adscritos a Unidades Médicas con 10 o más consultorios de medicina familiar. o Alumnos que participan en un curso en línea basado en las Guías de Práctica Clínica, administrado por la División de Innovación Educativa. ▪ Se excluyen del numerador los participantes jubilados y externos al IMSS. ▪ Sólo para la *Delegación Tlaxcala,* por no contar con Unidades Médicas con 10 o más consultorios de medicina familiar se incluyen *Unidades Médicas con 9 consultorios*.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que construye la Coordinación de Educación en Salud y envía a la Coordinación de Planeación en Salud, para inclusión en la evaluación de desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad, 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

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

3. Atención Integral del

Cáncer de Mama en la mujer

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

El Cáncer de Mama fue la principal causa de muerte por Cáncer en la población femenina a nivel mundial en 2012.[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]

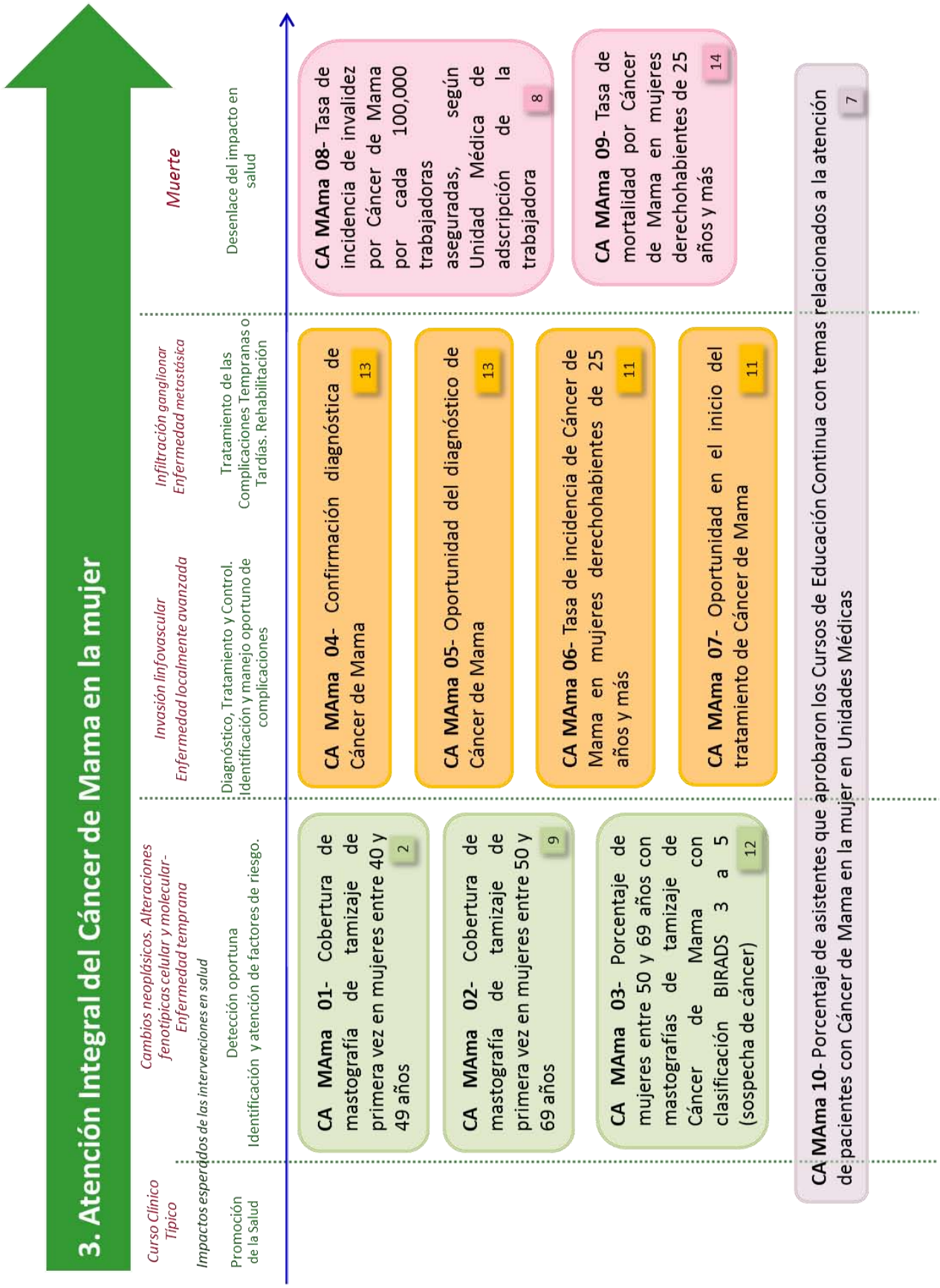
En 2010, el Cáncer de Mama fue considerado como el tercer tumor maligno que ocasionó mayor Pérdida de Años de Vida Saludables (57,960 años), y la primera causa de Años Perdidos por Muerte Prematura (40,201 años).[3]

En 2013, ocurrieron 1,478 defunciones por Cáncer de Mama en derechohabientes del IMSS, o lo equivalente a una tasa de mortalidad de 9.4 por 100,000 mujeres derechohabientes de 25 años y más, adscritas a Médico Familiar.[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.

[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 efectuada: 8 de julio de 2015.
[2] http://www.who.int/cancer/events/breast_cancer_month/es/
[3] González León, Fernández Gárate, JE, Hernández Cuesta IT. 2012. La carga de las enfermedades en el IMSS 2010, México D.F. México, Instituto Mexicano del Seguro Social Intranet http://11.33.41.38:90/portal/aplicaciones Consulta efectuada: 8 de julio de 2015.
[4] Boletín Epidemiológico 2013. Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Instituto Mexicano del Seguro Social. Intranet http://11.33.41.38:90/portal/boletin_anual. Consulta efectuada: 8 de julio de 2015.


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 2
CA MAma 02- Cobertura de mastografía de tamizaje de primera vez en mujeres entre 50 y 69 años 9
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) 12
CA MAma 04- Confirmación diagnóstica de Cáncer de Mama 13
CA MAma 05- Oportunidad del diagnóstico de Cáncer de Mama 13
CA MAma 06- Tasa de incidencia de Cáncer de Mama en mujeres derechohabientes de 25 años y más 11
CA MAma 07- Oportunidad en el inicio del tratamiento de Cáncer de Mama 11
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 8
CA MAma 09- Tasa de mortalidad por Cáncer de Mama en mujeres derechohabientes de 25 años y más 14
CA MAma 10- Porcentaje de asistentes que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Cáncer de Mama en la mujer en Unidades Médicas 7

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 / Población de mujeres entre 40 y 49 años Adscritas a Médico Familiar X100		
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:	≥ 7.0%	Ponderación:	2 puntos
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad:	Mensual acumulado	Indicador contabilizado por:	Adscripción
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 7.0	6.9 – 5.0	≤ 4.9
Observaciones:	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 1)		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que construye la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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 basada en Procesos de Salud-Enfermedad y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

Tabla 1. Valores de referencia mensual

Indicador	Mes	Valor de referencia o meta del período	Rangos de desempeño	
CA MAma 01 - Cobertura de mastografía de tamizaje de primera vez en mujeres entre 40 y 49 años.	Enero	≥ 0.6	Esperado	≥ 0.6
			Medio	0.5 - 0.3
			Bajo	≤ 0.2
	Febrero	≥ 1.2	Esperado	≥ 1.2
			Medio	1.1 - 0.5
			Bajo	≤ 0.4
	Marzo	≥ 1.8	Esperado	≥ 1.8
			Medio	1.7 - 0.7
			Bajo	≤ 0.6
	Abril	≥ 2.4	Esperado	≥ 2.4
			Medio	2.3 - 1.0
			Bajo	≤ 0.9
	Mayo	≥ 3.0	Esperado	≥ 3.0
			Medio	2.9 - 1.2
			Bajo	≤ 1.1
	Junio	≥ 3.6	Esperado	≥ 3.6
			Medio	3.5 - 1.6
			Bajo	≤ 1.5
	Julio	≥ 4.2	Esperado	≥ 4.2
			Medio	4.1 - 2.2
			Bajo	≤ 2.1
	Agosto	≥ 4.8	Esperado	≥ 4.8
			Medio	4.7- 2.8
			Bajo	≤ 2.7
	Septiembre	≥ 5.4	Esperado	≥ 5.4
			Medio	5.3 - 3.4
			Bajo	≤ 3.3
	Octubre	≥ 6.0	Esperado	≥ 6.0
			Medio	5.9 - 4.0
			Bajo	≤ 3.9
	Noviembre	≥ 6.5	Esperado	≥ 6.5
			Medio	6.4 - 4.5
			Bajo	≤ 4.4
	Diciembre	≥ 7.0	Esperado	≥ 7.0
			Medio	6.9 - 5.0
			Bajo	≤ 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 / Población de mujeres entre 50 y 69 años Adscritas a Médico Familiar X 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:	≥ 20.0 %	Ponderación:	9 puntos
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad:	Mensual acumulado	Indicador contabilizado por:	Adscripción
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 20.0	19.9 – 15.1	≤ 15.0
Observaciones:	▪ Primera vez: es la población femenina de 50 a 59 años que no se ha practicado la mastografía de tamizaje en los dos últimos años que nunca en su vida se la han realizado. La mastografía de tamizaje está dirigida a mujeres sintomáticas. ▪ Los valores de referencia de los rangos de desempeño se modifican mensualmente (ver Tabla 2). ▪ Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.		

CA MAma 02 - Cobertura de mastografía de tamizaje de primera vez en mujeres entre 50 y 69 años			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que construye la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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 basada en Procesos de Salud-Enfermedad y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de Indicador:	Estratégico

Tabla 2. Valores de referencia mensual

Indicador	Mes	Valor de referencia o meta del período	Rangos de desempeño	
CA MAma 02 - Cobertura de mastografía de tamizaje de primera vez en mujeres entre 50 y 69 años.	Enero	≥ 1.7	Esperado	≥ 1.7
			Medio	1.6 - 1.4
			Bajo	≤ 1.3
	Febrero	≥ 3.4	Esperado	≥ 3.4
			Medio	3.3 - 2.6
			Bajo	≤ 2.5
	Marzo	≥ 5.0	Esperado	≥ 5.0
			Medio	4.9 - 3.9
			Bajo	≤ 3.8
	Abril	≥ 6.7	Esperado	≥ 6.7
			Medio	6.6 - 5.1
			Bajo	≤ 5.0
	Mayo	≥ 8.4	Esperado	≥ 8.4
			Medio	8.3 - 6.4
			Bajo	≤ 6.3
	Junio	≥ 10.0	Esperado	≥ 10.0
			Medio	9.9 - 7.6
			Bajo	≤ 7.5
	Julio	≥ 11.7	Esperado	≥ 11.7
			Medio	11.6 - 8.9
			Bajo	≤ 8.8
	Agosto	≥ 13.4	Esperado	≥ 13.4
			Medio	13.3 - 10.1
			Bajo	≤ 10.0
	Septiembre	≥ 15.0	Esperado	≥ 15.0
			Medio	14.9 - 11.4
			Bajo	11.3
	Octubre	≥ 16.7	Esperado	≥ 16.7
			Medio	16.6 - 12.6
			Bajo	12.5
	Noviembre	≥ 18.4	Esperado	≥ 18.4
			Medio	18.3 - 13.9
			Bajo	13.8
	Diciembre	≥ 20.0	Esperado	≥ 20.0
			Medio	19.9 - 15.1
			Bajo	≤ 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):	Mujeres entre 50 y 69 años, con resultado de sospecha (BIRADS 3 a 5), en la mastografía de tamizaje al mes del reporte / Total de mujeres entre 50 y 69 años, con mastografía de tamizaje al mes del reporte X 100		
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	Ponderación:	12 puntos
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 ó ≥ 7.1
Observaciones:	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.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que construye la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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 basada en Procesos de Salud-Enfermedad y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de Indicador:	Estratégico

CA Mama 04 - 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, para proporcionar a las derechohabientes una atención médica oportuna.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Mujeres con resultado de mastografía de detección BIRADS 4, 5 y diagnóstico histopatológico de Cáncer de Mama / Total de mujeres con resultado de BIRADS 4 y 5 en la mastografía de detección X 100		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y Denominador: Censo Nominal de Cáncer de Mama o Registro Institucional de Cáncer. Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.		
Interpretación:	Indicador que mide la eficacia de la detección en la identificación temprana del Cáncer de Mama, lo que permite ofrecer un diagnóstico y tratamiento oportunos.		
Valor de referencia o meta:	≥ 80.0 %		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación en la evaluación delegacional:	13 puntos
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 80.0	60.0 – 79.9	<60.0
Periodicidad:	Trimestral acumulado		
Observaciones:	▪ Para la construcción del indicador se incluyen: ○ Registros de mujeres con resultado de mastografía de detección BIRADS 4, 5 y diagnóstico histopatológico de Cáncer de Mama, independientemente si los estudios se realizaron dentro o fuera de la Institución. ▪ Para la construcción del indicador se excluyen: ○ Registros de mujeres que no tengan la fecha del diagnóstico histopatológico de Cáncer de Mama y/o la fecha del resultado de la mastografía de detección. ○ Registros de mujeres que no tengan los datos de la Unidad de atención, o que ésta sea, una Unidad de Medicina Familiar, Unidad Médica de Atención Ambulatoria u Hospital Psiquiátrico.		

CA Mama 04 - Confirmación diagnóstica de Cáncer de Mama.			
Observaciones:	▪ 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.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que construye la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica (CVE), misma que revisa y autoriza los resultados que envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación de la Salud para la inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad 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 para ofrecer a la derechohabiente mejor calidad de vida.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Mujeres con diagnóstico histopatológico de Cáncer de Mama y antecedente de mastografía de detección con periodo de tiempo entre ambos estudios menor a 30 días calendario / Total de mujeres con diagnóstico de Cáncer de Mama por histopatología y antecedente de mastografía de detección X 100		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y denominador: Censo Nominal de Cáncer de Mama o 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 en la evaluación delegacional:	13 puntos
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 80.0	60.0 – 79.9	<60.0
Periodicidad:	Trimestral acumulado		
Observaciones:	▪ Para la construcción del indicador se incluyen: ○ Registros de mujeres con resultado de mastografía de detección y diagnóstico histopatológico de Cáncer de Mama, independientemente si los estudios se realizaron dentro o fuera de la Institución. ▪ Para la construcción del indicador se excluyen: ○ Registros de mujeres que no tengan la fecha del diagnóstico histopatológico de Cáncer de Mama y/o la fecha del resultado de la mastografía de detección. ○ Registros de mujeres que no tengan los datos de la Unidad de Atención, o que ésta sea, una Unidad de Medicina Familiar, Unidad Médica de Atención Ambulatoria u Hospital Psiquiátrico.		

CA MAma 05 - Oportunidad del diagnóstico de Cáncer de Mama.			
Observaciones:	▪ 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.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que construye la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica (CVE), misma que revisa y autoriza los resultados que envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación de la Salud para la inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad 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):	Mujeres derechohabientes de 25 años y más con diagnóstico de Cáncer de Mama (CIE-10: C50), reportadas en el Informe semanal de Casos Nuevos / Población femenina de 25 años y más, adscrita a médico familiar a mitad de período 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 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 adscritas a Médico Familiar.		
Unidad de medida:	Tasa por 100,000 mujeres 25 años y más, adscritas a Médico Familiar	Ponderación en la evaluación delegacional:	11 puntos
Periodicidad:	Anual		
Observaciones:	• 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.		

CA MAma 06 - Tasa de incidencia de 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 Coordinación de Vigilancia Epidemiológica (CVE), misma que revisa y autoriza los resultados que envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación de la Salud para la inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
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, para mejorar su calidad de vida.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Mujeres con diagnóstico histopatológico de Cáncer de Mama que iniciaron tratamiento en un periodo de tiempo menor a 21 días / Total de mujeres con diagnóstico histopatológico de Cáncer de Mama X 100		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y denominador: Censo nominal de Cáncer de Mama o 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, dentro de la misma unidad hospitalaria o que fueron referidas a otro hospital para su atención.		
Valor de referencia o meta:	≥ 80.0 %		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación en la evaluación delegacional:	11 puntos
Periodicidad:	Trimestral acumulado		
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: o Registros de mujeres con diagnóstico histopatológico de cáncer de mama realizado dentro o fuera de la institución y que hayan iniciado tratamiento. ▪ Para la construcción del indicador se excluyen: o Registros de mujeres que no tengan la fecha del diagnóstico histopatológico de Cáncer de Mama y/o la fecha de inicio de tratamiento. o Registros de mujeres que no tengan los datos de la Unidad de Atención, o que ésta sea Unidad de Medicina Familiar; Unidad Médica de Atención Ambulatoria u Hospital Psiquiátrico. ▪ 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.		

CA MAma 07 - Oportunidad en el inicio del tratamiento de Cáncer de Mama.			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que construye la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica (CVE), misma que revisa y autoriza los resultados que envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación de la Salud para la inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Calidad	Dimensión del indicador:	Calidad

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 (Primera vez) aceptados con diagnóstico de Cáncer de Mama, según delegación de origen acumulados al trimestre del reporte / Promedio de trabajadoras aseguradas en invalidez y vida, al trimestre del reporte X100,000		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: ST-5 Integrada de Invalidez cuyo diagnóstico CIE-10 que sea compatible con Cáncer de Mama (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 de Mama durante el periodo de tiempo especificado, con relación al número de trabajadoras aseguradas en el ramo de aseguramiento de Invalidez y Vida.		
Valor de referencia o meta:	Anual: ≤ 6.21 Trimestral acumulado: Marzo ≤ 1.55; Junio ≤3.10; Septiembre ≤4.65; Diciembre ≤6.21. El valor de referencia se estableció con base en el comportamiento histórico.		
Unidad de medida:	Tasa por 100,000 trabajadoras aseguradas	Ponderación:	8 puntos
Periodicidad:	Trimestral acumulado		
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Ene - Mar ≤ 1.55	1.56 – 2.39	> 2.39
	Ene - Jun ≤ 3.10	3.11 – 4.79	> 4.79
	Ene - Sep ≤ 4.65	4.66 – 7.19	> 7.19
	Ene – Dic ≤ 6.21	6.22 – 9.59	> 9.59

Observaciones:	▪ Para la construcción del indicador: o Se excluyen para el numerador: las revaloraciones. o Se incluye en el numerador y denominador a las trabajadoras IMSS. o La población a considerar será la publicada en la página de la Comunidad de Salud en el Trabajo. ▪ Los códigos CIE-10 que se utilizarán para Cáncer de Mama serán: C50 con sus variantes. o C50 Tumor maligno de la mama. o C50.0 Tumor maligno del pezón y aréola mamaria. o C50.1 Tumor maligno de la porción central de la mama. o C50.2 Tumor maligno del cuadrante superior interno de la mama. o C50.3 Tumor maligno del cuadrante inferior interno de la mama. o C50.4 Tumor maligno del cuadrante superior externo de la mama. o C50.5 Tumor maligno del cuadrante inferior externo de la mama. o C50.6 Tumor maligno de la prolongación axilar de la mama. o C50.8 Lesión de sitios contiguos de la mama. o C50.9 Tumor maligno de la mama, parte no especificada.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que construye la Coordinación de Salud en el Trabajo adscrita a la Unidad de Prestaciones Económicas y Salud en el Trabajo y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad, 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

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):	Defunciones por Cáncer de Mama (CIE-10: C50) en mujeres derechohabientes de 25 años y más / Población derechohabiente femenina de 25 años y más, Adscrita a Médico Familiar a mitad de periodo X 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:	14 puntos
Periodicidad:	Anual		
Observaciones:	▪ Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, reporta CAISPN. ▪ 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 construye la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica (CVE), misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación de la Salud para la inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficiencia	Tipo de indicador:	Estratégico

CA MAma 10 - Porcentaje de asistentes que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Cáncer de Mama en la mujer en Unidades Médicas.			
Objetivo del indicador:	Medir el porcentaje de asistentes del personal del área de la de salud que aprobaron los cursos de educación continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Cáncer de Mama en la mujer en Unidades Médicas, conforme a la programación anual autorizada, con la finalidad de verificar el cumplimiento de la capacitación para el trabajador de base en las Unidades Médicas institucionales.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Número de asistentes reales a los cursos de educación continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Cáncer de Mama en la mujer en Unidades Médicas en un trimestre, por Unidad Médica / Número de asistentes programados a los cursos de educación continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Cáncer de Mama en la mujer en Unidades Médicas en el mismo trimestre, por Unidad Médica × 100		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: "Informe de Curso de Educación Continua (EC3)" de la unidad médica sede, registrado en el SIPEC, de cursos de educación continua relacionados con temas de la atención de pacientes con Cáncer de Mama en la mujer en Unidades Médicas y "Asistentes reales", División de Educación Continua de la Coordinación de Educación en Salud. Denominador: "Calendarización de Cursos de Educación Continua para el personal del área de la salud (EC2)" registrada en el SIPEC, de cursos de educación continua relacionados con temas de la atención de pacientes con Cáncer de Mama en la mujer en Unidades Médicas Información del curso, renglón "Cupo"; División de Educación Continua de la Coordinación de Educación en Salud.		
Interpretación:	Proporción de asistentes que aprobaron en un trimestre, del total de asistentes programados en el mismo trimestre a los cursos de educación continua de pacientes con Cáncer de Mama en la mujer en Unidades Médicas de la programación anual autorizada.		
Valor de referencia o meta:	> 68.4% (obtenida por recorrido intercuartil)		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación:	7 puntos
Periodicidad:	Trimestral (marzo, junio, septiembre y diciembre)	Indicador contabilizado por:	Adscripción de la sede que programó el curso
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	> 68.4	49.9 – 68.4	< 49.9

CA MAma 10 - Porcentaje de asistentes que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Cáncer de Mama en la mujer en Unidades Médicas.			
Observaciones:	▪ El reporte trimestral no es acumulativo. ▪ Fuente de información de proceso manual y electrónico. ▪ Se excluyen del numerador y denominador los asistentes que acreditaron cursos extemporáneos y extraordinarios ▪ La proporción de asistentes que acreditaron del total de asistentes programados, en un trimestre reportado, a los cursos de educación continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Cáncer de Mama en la mujer de la programación anual autorizada, es dependiente de diversos factores, ajenos a la responsabilidad de la Coordinación de Educación en Salud, como son: o Los atribuibles al trabajador. o Cobertura de los servicios asistenciales que permitan que el trabajador asista a dichos cursos, sin desproteger la atención. o Dictamen de beca favorable, derivada de la reglamentación de la Comisión Nacional Mixta de Becas, quien dictamina. ▪ 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. ▪ Asistentes que acreditaron: son los trabajadores del área de la salud, registrados, aprobados y enumerados en forma progresiva en el listado nominal del "Informe de curso de educación continua (EC3)". ▪ 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. ▪ Adscripción de la sede que programó el curso: se considera como tal a la Unidad Médica institucional que solicita la capacitación para el trabajador de base, respaldado por la detección de necesidades de capacitación y los procesos prioritarios establecidos por la Dirección de Prestaciones Médicas. ▪ SIPEC: Sistema Informático de Programas de Educación Continua.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que construye la Coordinación de Educación en Salud y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad, 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

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

4. Atención Integral del Cáncer Cérvico Uterino

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

El Cáncer Cérvico 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]

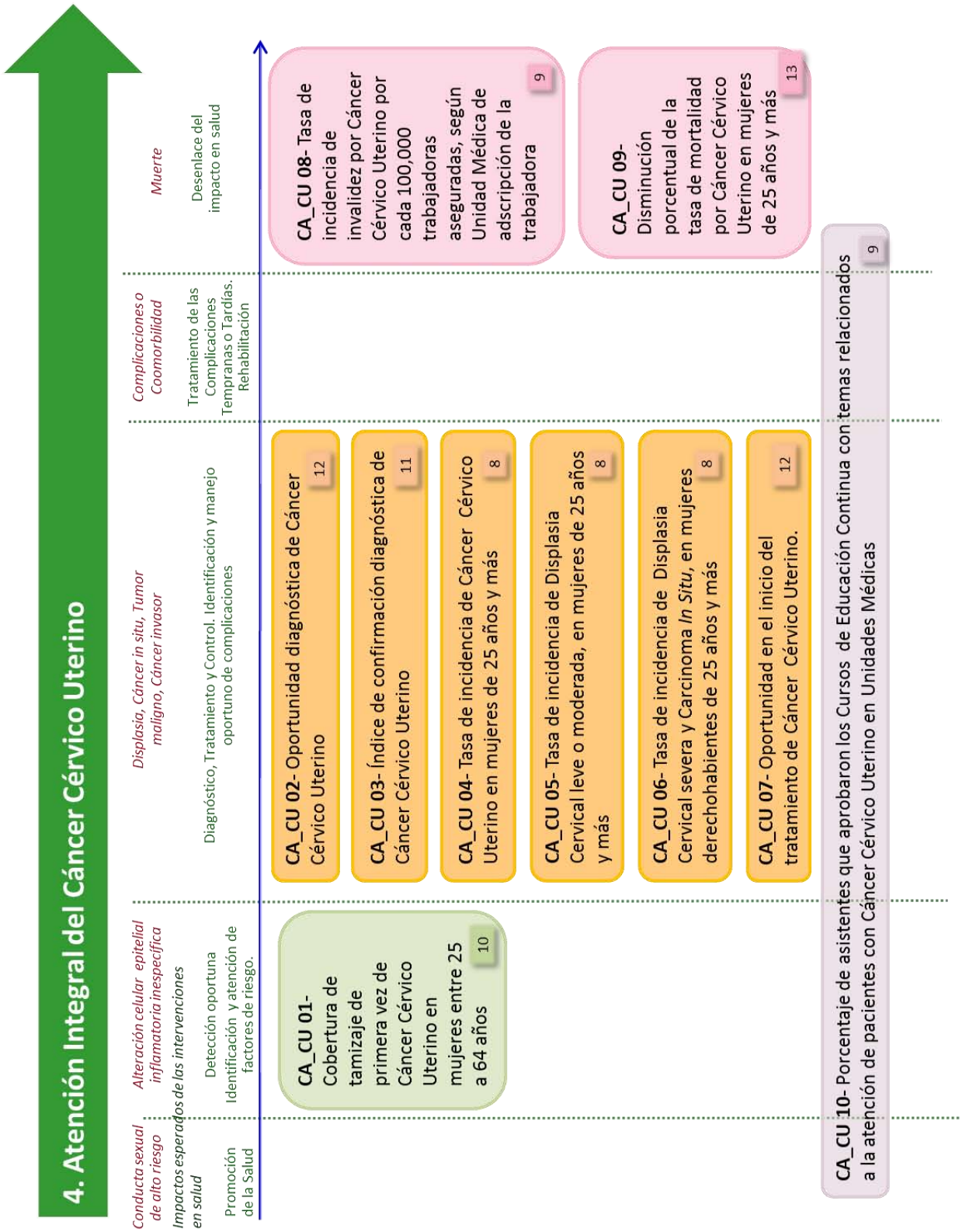
La Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) en 2011, ubicó a México como el país con mayor tasa de mortalidad por esa causa (11.4 por 100,000 mujeres). En ese mismo informe, se destaca que al comparar los resultados durante 2001 a 2011, la tasa disminuyó dramáticamente de 17.8 a 11.4 por 100,000 mujeres; sin embargo, los datos están lejos de alcanzar la cifra promedio de los 33 países de la organización, que fue para 2011, de 3.7 muertes por cada 100,000 mujeres.[3]

El Instituto Mexicano del Seguro Social en 2016, reportó 2,983 pacientes en tratamiento con Cáncer Cérvico Uterino *in situ*, con un gasto total de 45 millones de pesos (14 millones en atención ambulatoria y 31 millones en hospitalaria). Asimismo, para las 12,566 mujeres con Cáncer Invasivo, informó un gasto total de 546 millones de pesos (410 millones de pesos para la atención ambulatoria y 136 para la hospitalaria).[4]

Las nuevas políticas internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el Cáncer Cérvico 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 Cérvico Uterino. Lo anterior, para mejorar la calidad y la oportunidad en el tratamiento, y disminuir la morbilidad, las secuelas y la mortalidad, provocadas por el padecimiento.

[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 Cérvico Uterino. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=3595&Itemid=3637&lang=es
[3] OCDE. Cancer Care: Chart Set. http://www.oecd.org/health/healthataglance Consulta realizada: octubre 2016.
[4] IMSS. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión 2015-2016. http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/informe-2015-2016. Consulta realizada: octubre 2016.


4. Atención Integral del Cáncer Cérvico Uterino
Conducta sexual de alto riesgo
Alteración celular epitelial inflamatoria inespecífica
Displasia, Cáncer in situ, Tumor maligno, Cáncer invasor
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 10
CA_CU 02- Oportunidad diagnóstica de Cáncer Cérvico Uterino 12
CA_CU 03- Índice de confirmación diagnóstica de Cáncer Cérvico Uterino 11
CA_CU 04- Tasa de incidencia de Cáncer Cérvico Uterino en mujeres de 25 años y más 8
CA_CU 05- Tasa de incidencia de Displasia Cervical leve o moderada, en mujeres de 25 años y más 8
CA_CU 06- Tasa de incidencia de Displasia Cervical severa y Carcinoma *In Situ*, en mujeres derechohabientes de 25 años y más 8
CA_CU 07- Oportunidad en el inicio del tratamiento de Cáncer Cérvico Uterino. 12
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 9
CA_CU 09- Disminución porcentual de la tasa de mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino en mujeres de 25 años y más 13
CA_CU 10- Porcentaje de asistentes que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Cáncer Cérvico Uterino en Unidades Médicas 9

CA CU 01 - Cobertura de tamizaje de primera vez de Cáncer Cérvico 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 Cérvico 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 Cérvico Uterino, a través de la prueba de Papanicolaou de primera vez acumuladas al mes del reporte / Población de mujeres entre 25 y 64 años, adscritas a Médico Familiar menos 11% (estimación de mujeres histerectomizadas, ENCOPREVENIMSS 2006) X 100		
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 Cérvico 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:	≥ 30.0 %	Ponderación:	10 puntos
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad de evaluación:	Mensual acumulado	Indicador contabilizado por:	Adscripción
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 30.0	22.8 – 29.9	≤ 22.7
Observaciones:	▪ 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 1). ▪ Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.		

CA CU 01 - Cobertura de tamizaje de primera vez de Cáncer Cérvico Uterino en mujeres entre 25 y 64 años.			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que integra la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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 basada en Procesos de Salud-Enfermedad y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de Indicador:	Estratégico

Tabla 1. Valores de referencia por mes de CACU01

Indicador	Mes	Valor de referencia o meta del período	Rangos de desempeño	
CA CU 01 - Cobertura de detección de primera vez de Cáncer Cérvico Uterino en mujeres entre 25 y 64 años.	Enero	**≥ 2.5**	Esperado	≥ 2.5
			Medio	1.8 – 2.4
			Bajo	≤ 1.7
	Febrero	**≥ 5.0**	Esperado	≥ 5.0
			Medio	3.6 – 4.9
			Bajo	≤3.5
	Marzo	**≥7.5**	Esperado	≥7.5
			Medio	5.7 – 7.4
			Bajo	≤ 5.6
	Abril	**≥10.0**	Esperado	≥10.0
			Medio	7.6 – 9.9
			Bajo	≤ 7.5
	Mayo	**≥12.5**	Esperado	≥12.5
			Medio	9.5 – 12.4
			Bajo	≤ 9.4
	Junio	**≥15.0**	Esperado	≥15.0
			Medio	11.4 – 14.9
			Bajo	≤ 11.3
	Julio	**≥ 17.5**	Esperado	≥ 17.5
			Medio	13.3 – 17.4
			Bajo	≤ 13.2
	Agosto	**≥ 20.0**	Esperado	≥ 20.0
			Medio	15.2 – 19.9
			Bajo	≤ 15.1
	Septiembre	**≥22.5**	Esperado	≥22.5
			Medio	17.1 – 22.4
			Bajo	≤ 17.0
	Octubre	**≥25.0**	Esperado	≥25.0
			Medio	19.0 – 24.9
			Bajo	≤ 18.9
	Noviembre	**≥27.5**	Esperado	≥27.5
			Medio	20.9 – 27.4
			Bajo	≤ 20.8
	Diciembre	**≥30.0**	Esperado	≥30.0
			Medio	22.8 – 29.9
			Bajo	≤ 22.7

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 (CIE-10: C53) y antecedente de citología cervical de detección, con periodo de tiempo entre ambos estudios menor a 30 días calendario / Total de mujeres con diagnóstico de Cáncer Cérvico Uterino (CIE-10: C53) por histopatología y antecedente de citología cervical de detección X 100		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y denominador: Censo nominal de Cáncer Cérvico Uterino o 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:	12 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: ○ 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. • Para la construcción del indicador se incluyen: ○ Registros de mujeres con diagnóstico histopatológico de Cáncer Cérvico Uterino y resultado de citología cervical de detección, independientemente si los estudios se realizaron dentro o fuera del IMSS.		

CA_CU 02 - Oportunidad diagnóstica de Cáncer Cérvico Uterino.			
Observaciones:	• Para la construcción del indicador se excluyen: ○ Registros de mujeres que no tengan la fecha del diagnóstico histopatológico de Cáncer de Cérvico Uterino y/o la fecha del resultado de la citología cervical de detección. ○ Registros de mujeres que no tengan los datos de la Unidad de Atención o que esta sea Unidad de Medicina Familiar, Unidad Médica de Atención Ambulatoria u Hospital Psiquiátrico.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que construye la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica (CVE), misma que revisa y autoriza los resultados que envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación de la Salud para la inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad y la publicación 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 Cérvico Uterino.			
Objetivo del indicador:	Medir el valor predictivo positivo de la citología cervical de la detección en el diagnóstico del Cáncer Cérvico Uterino (CIE-10: C53), para proporcionar a las derechohabientes una atención médica oportuna.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	$\frac{\text{Mujeres con resultado citológico microinvasor, invasor o adenocarcinoma y diagnóstico histopatológico de Cáncer Cérvico Uterino}}{\text{Total de mujeres con resultado citológico microinvasor, invasor o adenocarcinoma}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y denominador: Censo nominal de Cáncer Cérvico Uterino o Registro Institucional de Cáncer (RIC). Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.		
Interpretación:	Indicador que mide la eficacia de la detección en la identificación temprana del Cáncer Cérvico Uterino, lo que permite ofrecer un diagnóstico y tratamiento oportunos.		
Valor de referencia o meta:	≥ 80.0%		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación:	11 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: o 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. o 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. • Para la construcción del indicador se incluyen: o Registros de mujeres con diagnóstico histopatológico de Cáncer Cérvico Uterino y antecedente de citología cervical de detección con resultado citológico microinvasor, invasor o adenocarcinoma, independientemente si los estudios se realizaron dentro o fuera del IMSS.		

CA_CU 03- Índice de Confirmación Diagnóstica de Cáncer Cérvico Uterino.			
Observaciones:	• Para la construcción del indicador se excluyen: ○ Registros de mujeres que no tengan la fecha del diagnóstico histopatológico de Cáncer de Cérvico Uterino y/o no tengan la fecha de resultado de la citología de detección. ○ Registros de mujeres que no tengan los datos de la Unidad de Atención, o que esta sea Unidad de Medicina Familiar, Unidad Médica de Atención Ambulatoria u Hospital Psiquiátrico.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que construye la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica (CVE), misma que revisa y autoriza los resultados que envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación de la Salud para la inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Calidad	Tipo de Indicador:	Estratégico

CA_CU 04- Tasa de incidencia de Cáncer Cérvico Uterino en mujeres de 25 años y más.			
Objetivo del indicador:	Medir los casos nuevos de Cáncer Cérvico 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):	Mujeres derechohabientes de 25 años y más con diagnóstico de Cáncer Cérvico Uterino (CIE-10: C53), reportadas en el Informe Semanal de Casos Nuevos / Población femenina de 25 años y más adscritas a Médico Familiar a mitad de período 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. Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR).		
Interpretación:	La tasa de incidencia permite identificar el resultado del programa establecido para Cáncer Cérvico 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:	≤5.9 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:	8 puntos
Periodicidad:	Anual		
Observaciones:	• Indicador con referencia en: o 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. o 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. • 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.		

CA_CU 04- Tasa de incidencia de Cáncer Cérvico Uterino en mujeres de 25 años y más.			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que construye la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica (CVE), misma que revisa y autoriza los resultados que envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación de la Salud para la inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
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):	Mujeres de 25 años y más, con diagnóstico de Displasia cervical leve o moderada reportadas en el Informe semanal de casos nuevos / Población femenina de 25 años y más, adscritas a Médico Familiar a mitad de período 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. Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR).		
Interpretación:	La tasa de incidencia permite identificar el resultado del programa establecido para Cáncer Cérvico 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:	≤ 40.6 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:	8 puntos
Periodicidad:	Anual		
Observaciones:	• Indicador con referencia en: ○ 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 autorizado el 03/08/2012.		

CA_CU 05- Tasa de incidencia de Displasia cervical leve o moderada, en mujeres de 25 años y más.			
Observaciones:	• 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. • Para la construcción de indicador, tomar en cuenta lo siguiente: o 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 Coordinación de Vigilancia Epidemiológica (CVE), misma que revisa y autoriza los resultados que envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación de la Salud para la inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad 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 *in situ*, en mujeres derechohabientes de 25 años y más.			
Objetivo del indicador:	Medir los casos nuevos de Displasia cervical severa y Carcinoma *in situ* 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 *in situ*, reportados en el Informe Semanal de Casos Nuevos / Población femenina de 25 años y más, adscrita a Médico Familiar a mitad del período	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 (PAMF). Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR).		
Interpretación:	La tasa de incidencia permite identificar el resultado de los programas para Cáncer Cérvico 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:	≤5.2 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:	8 puntos
Periodicidad:	Anual		
Observaciones:	• Indicador con referencia en: o 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. o 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 03/208/2016.		

CA_CU 06- Tasa de incidencia de displasia cervical severa y carcinoma *in situ*, en mujeres derechohabientes de 25 años y más.			
Observaciones:	• 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. • Para la construcción del numerador: o Se codifica con fines estadísticos de acuerdo a la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS-OPS): N87.2 Displasia Cervical Severa y D06 Cáncer *in situ*, 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 Coordinación de Vigilancia Epidemiológica (CVE), misma que revisa y autoriza los resultados que envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación de la Salud para la inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad 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 Cérvico 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 Cérvico Uterino, para mejorar su calidad de vida.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	$\frac{\text{Mujeres con diagnóstico histopatológico de Cáncer Cérvico Uterino (CIE-10: C53) que iniciaron tratamiento en un periodo de tiempo menor a 21 días}}{\text{Total de mujeres con diagnóstico histopatológico de Cáncer Cérvico Uterino}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y denominador: Censo nominal de Cáncer Cérvico Uterino o Registro Institucional de Cáncer (RIC). Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.		
Interpretación:	Mide el tiempo que transcurre entre el diagnóstico de Cáncer Cérvico Uterino y el primer tratamiento recibido, dentro de la misma Unidad Hospitalaria o que fueron referidas a otro Hospital para su atención.		
Valor de referencia o meta:	≥ 80.0%		
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 80.0	60.0 – 79.9	< 60.0
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación:	12 puntos
Periodicidad:	Trimestral acumulado		
Observaciones:	▪ Indicador con referencia en: ○ 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.		
Observaciones:	• Para la construcción del indicador se incluyen: ○ Registros de mujeres con diagnóstico histopatológico de Cáncer Cérvico Uterino realizado dentro o fuera de la Institución y que hayan iniciado tratamiento. ▪ Para la construcción del indicador se excluyen: ○ Registros de mujeres que no tengan la fecha del diagnóstico histopatológico de Cáncer Cérvico Uterino y/o la fecha de inicio de tratamiento. ○ Registros de mujeres que no tengan los datos de la Unidad de Atención o que ésta sea Unidad de Medicina Familiar, Unidad Médica de Atención Ambulatoria u Hospital Psiquiátrico.		

CA_CU 07 - Oportunidad en el inicio del tratamiento de Cáncer Cérvico Uterino.			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que construye la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica (CVE), misma que revisa y autoriza los resultados que envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación de la Salud para la inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
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 / Promedio de trabajadoras aseguradas en invalidez y vida, al trimestre del reporte	×100,000	
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 periodo de tiempo especificado, en relación con el número de trabajadoras aseguradas en el ramo de aseguramiento de Invalidez y Vida.		
Valor de referencia o meta:	Anual: ≤ 1.35 Trimestral acumulado: marzo ≤0.64; junio ≤0.84; septiembre ≤1.11; diciembre ≤ 1.35 El valor de referencia se estableció con base en el comportamiento histórico.		
Unidad de medida:	Tasa por 100,000 trabajadoras aseguradas	Ponderación:	9 puntos
Periodicidad:	Trimestral acumulado		
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Ene - Mar ≤ 0.64 Ene - Jun ≤ 0.84 Ene - Sep ≤ 1.11 Ene – Dic ≤ 1.35	0.65 – 1.18 0.85 – 1.46 1.12 – 2.37 1.36 – 3.13	> 1.18 > 1.46 > 2.37 > 3.13

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:	▪ Para la construcción del indicador: ▪ 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. ▪ Los códigos CIE-10 que se utilizarán para Cáncer Cérvico Uterino, serán: ▪ 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.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que construye la Coordinación de Salud en el Trabajo adscrita a la Unidad de Prestaciones Económicas y Salud en el Trabajo y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para la inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad, 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

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 menos mayores de 25 años y más del período que se evalúa / Tasas de mortalidad anualizada por Cáncer Cérvico Uterino en mujeres derechohabientes mayores de 25 años y más del mismo período del año anterior		X 100
	Tasa de mortalidad anualizada por Cáncer Cérvico Uterino en mujeres derechohabientes de 25 años y más, del mismo periodo del año anterior		
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: ○ 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% o sin muertes	Ponderación:	13 puntos
Unidad de medida:	Porcentaje		
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	0 – 4.4	Cualquier incremento
Observaciones:	▪ Para la construcción del indicador se utilizará CIE-10: C53 en causa básica. ▪ Para la construcción de las tasas anualizadas. De enero a noviembre de 2018, el denominador utilizará los datos de población adscrita a Médico Familiar de junio 2017, 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 2018, se aplicará la población del periodo junio 2018.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que construye la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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 basada en procesos de salud-enfermedad y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Impacto/Eficiencia	Tipo de Indicador:	Estratégico

CA_CU 10 - Porcentaje de asistentes que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Cáncer Cérvico Uterino en Unidades Médicas.			
Objetivo del indicador:	Medir el porcentaje de asistentes del personal del área de la de salud que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Cáncer Cérvico Uterino en unidades, conforme a la programación anual autorizada, con la finalidad de verificar el cumplimiento de la capacitación para el trabajador de base en las Unidades Médicas Institucionales.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Número de asistentes reales a los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Cáncer Cérvico Uterino en unidades en un trimestre, por Unidad Médica / Número de asistentes programados a los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Cáncer Cérvico Uterino en unidades en el mismo trimestre, por Unidad Médica X 100		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: "Informe de Curso de Educación Continua (EC3)" de la Unidad Médica sede registrado en el SIPEC, de Cursos de Educación Continua relacionados con temas de la atención de pacientes con Cáncer Cérvico Uterino en unidades: “Asistentes reales”; División de Educación Continua de la Coordinación de Educación en Salud. Denominador: “Calendarización de Cursos de Educación Continua para el personal del área de la salud (EC2)" registrada en el SIPEC, de Cursos de Educación Continua relacionados con temas de la atención de pacientes con Cáncer Cérvico Uterino en unidades: Información del curso, renglón “Cupo”; División de Educación Continua de la Coordinación de Educación en Salud.		
Interpretación:	Proporción de asistentes que aprobaron en un trimestre, del total de asistentes programados en el mismo trimestre a los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Cáncer Cérvico Uterino en Unidades Médicas de la programación anual autorizada.		
Valor de referencia o meta:	> 68.4% (se obtuvo de efectuar un recorrido intercuartil).		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación:	9 puntos
Periodicidad:	Trimestral (marzo, junio, septiembre y diciembre).	Indicador contabilizado por:	Adscripción de la sede que programó el curso

CA_CU 10 - Porcentaje de asistentes que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Cáncer Cérvico Uterino en Unidades Médicas.			
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	> 68.4	49.9 – 68.4	< 49.9
Observaciones:	▪ El reporte trimestral no es acumulativo. ▪ Fuente de información de proceso manual y electrónico. ▪ Se excluyen del numerador y denominador los asistentes que acreditaron cursos extemporáneos y extraordinarios. ▪ La proporción de asistentes que acreditaron del total de asistentes programados, en un trimestre reportado, a los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Cáncer Cérvico Uterino de la programación anual autorizada, es dependiente de diversos factores, ajenos a la responsabilidad de la Coordinación de Educación en Salud, como son: o Los atribuibles al trabajador. o Cobertura de los servicios asistenciales que permitan que el trabajador asista a dichos cursos, sin desproteger la atención. o Dictamen de beca favorable dependiente de la reglamentación de la Comisión Nacional Mixta de Becas, quien dictamina. ▪ 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. ▪ Asistentes que acreditaron: son los trabajadores del área de la salud, registrados, aprobados y enumerados en forma progresiva en el listado nominal del "Informe de Curso de Educación Continua (EC3)". ▪ 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. ▪ Adscripción de la sede que programó el curso: se considera como tal a la Unidad Médica Institucional que solicita la capacitación para el trabajador de base, respaldado por la detección de necesidades de capacitación y los procesos prioritarios establecidos por la Dirección de Prestaciones Médicas. ▪ SIPEC: Sistema Informático de Programas de Educación Continua.		

CA_CU 10 - Porcentaje de asistentes que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Cáncer Cérvico Uterino en Unidades Médicas.			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que construye la Coordinación de Educación en Salud y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad, así como la publicación de los resultados en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

5. Atención Materna Integral

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

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.

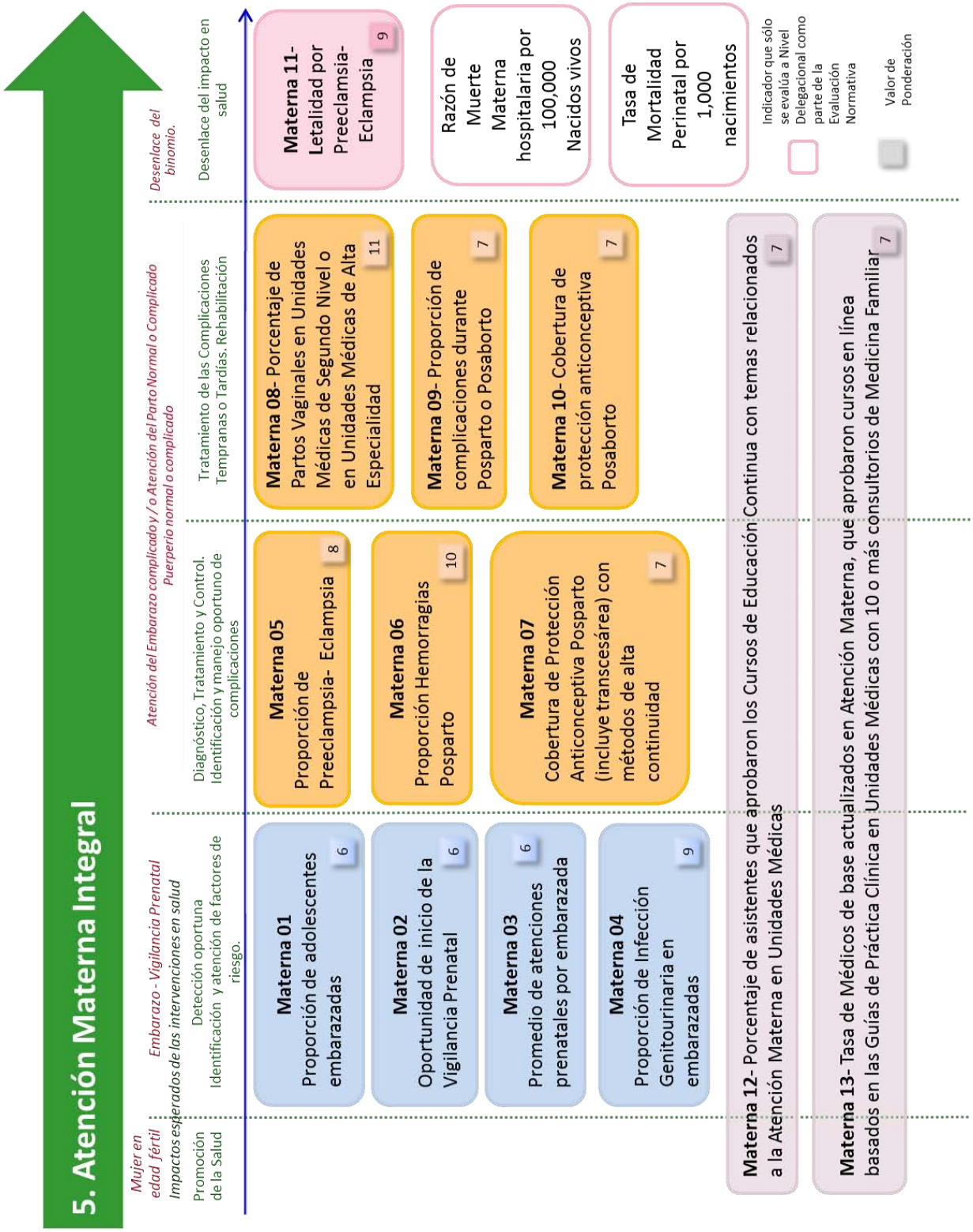
Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada día mueren aproximadamente 830,000 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto; el 99% de ellas, ocurren en países en desarrollo. La meta de la Agenda de Desarrollo Sostenible, es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100,000 nacidos vivos entre 2016 y 2030.[1]

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 ello 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.[2]

Para el Instituto Mexicano del Seguro Social, la atención materna es un tema impostergable, que trabaja 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 de la atención prenatal dentro de los primeros tres meses y seguimiento periódico para detectar oportunamente algún signo o síntoma de complicación del embarazo.
c) Que acudan a la atención obstétrica hospitalaria que comprende la atención de las embarazadas con y sin complicaciones, así como la terminación del embarazo por la mejor vía para 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.

1 WHO. Mortalidad materna. Datos y Cifras. Mayo 2014; http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/ Consulta efectuada en diciembre de 2015.
2 OPS/OMS/CLAP. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Publicación Científica CLAP/SMR 1594. ISBN: 978-92-75-31720-4. 2012.


5. Atención Materna Integral
Mujer en edad fértil
Impactos esperados de las intervenciones en salud
Promoción de la Salud
Embarazo - Vigilancia Prenatal
Detección oportuna Identificación y atención de factores de riesgo.
Atención del Embarazo complicado y / o Atención del Parto Normal o Complicado
Puerperio normal o complicado
Diagnóstico, Tratamiento y Control. Identificación y manejo oportuno de complicaciones
Tratamiento de las Complicaciones Tempranas o Tardías. Rehabilitación
Desenlace del binomio.
Desenlace del impacto en salud
Materna 01 Proporción de adolescentes embarazadas 6
Materna 02 Oportunidad de inicio de la Vigilancia Prenatal 6
Materna 03 Promedio de atenciones prenatales por embarazada 6
Materna 04 Proporción de Infección Genitourinaria en embarazadas 9
Materna 05 Proporción de Preeclampsia- Eclampsia 8
Materna 06 Proporción Hemorragias Posparto 10
Materna 07 Cobertura de Protección Anticonceptiva Posparto (incluye transcesárea) con métodos de alta continuidad 7
Materna 08- Porcentaje de Partos Vaginales en Unidades Médicas de Segundo Nivel o en Unidades Médicas de Alta Especialidad 11
Materna 09- Proporción de complicaciones durante Posparto o Posaborto 7
Materna 10- Cobertura de protección anticonceptiva Posaborto 7
Materna 11- Letalidad por Preeclamsia- Eclampsia 9
Razón de Muerte Materna hospitalaria por 100,000 Nacidos vivos
Tasa de Mortalidad Perinatal por 1,000 nacimientos
Materna 12- Porcentaje de asistentes que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la Atención Materna en Unidades Médicas 7
Materna 13- Tasa de Médicos de base actualizados en Atención Materna, que aprobaron cursos en línea basados en las Guías de Práctica Clínica en Unidades Médicas con 10 o más consultorios de Medicina Familiar 7
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:	Medir la proporción de derechohabientes de 10 a 19 años que se embarazan, grupo vulnerable de alto riesgo a la salud, la supervivencia y desarrollo del binomio madre-hijo, para establecer acciones de comunicación educativa a este grupo, a fin de ejercer su salud sexual y reproductiva de forma segura e informada.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	$\frac{\text{Número de embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que acuden por primera vez a la vigilancia prenatal}}{\text{Total de embarazadas de primera vez en vigilancia prenatal}} \times 100$		
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 “Actividades de Vigilancia Materna en Medicina Familiar MT03”.		
Interpretación:	Una proporción mayor al valor de referencia se traduce como la falta de impacto en las actividades de comunicación educativa para la educación sexual de los adolescentes y en el no uso de métodos anticonceptivos, incrementando el embarazo no deseado, el riesgo obstétrico y perinatal, y por consiguiente, la morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal. Las acciones a implementar estarán dirigidas a la prevención de la gestación, promover la salud sexual y reproductiva, o planear un embarazo en las mejores condiciones posibles con el menor riesgo a la salud del binomio. 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. 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. El valor de referencia se obtiene del comportamiento histórico en el IMSS, indicador de seguimiento al Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (Línea de acción 1.5.2 Promover acciones para prevenir el embarazo adolescente, Estrategia 1.5 Incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva con especial énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables) y de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).		
Valor de referencia o meta:	≤ 10.0%		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación:	6 puntos
Periodicidad:	Mensual y mensual acumulado.	Indicador contabilizado por:	Adscripción

Materna 01 - Proporción de adolescentes embarazadas.			
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤ 10.0	10.1 – 11.0	≥ 11.1
Observaciones:	Para la construcción del indicador: ▪ 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. 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 Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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 basada en Procesos de Salud-Enfermedad y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
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):	$\frac{\text{Consultas prenatales de primera vez, en el primer trimestre de la gestación}}{\text{Total de consultas prenatales de primera vez}} \times 100$		
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:	Una proporción de 60 ó más por cada 100 embarazadas que inician la vigilancia prenatal dentro del primer trimestre de la gestación, 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. 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 OMS y el PROY-NOM-007-SSA2-2012, "Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido".		
Valor de referencia o meta:	≥ 60.0%		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación:	6 puntos
Periodicidad:	Mensual y mensual acumulado.	Indicador contabilizado por:	Adscripción
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 60.0	50.1 – 59.9	≤ 50.0
Observaciones:	Para la construcción del indicador: ▪ 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 2017 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.		

Materna 02 - Oportunidad de inicio de la Vigilancia Prenatal.			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que construye la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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 basada en Procesos de Salud-Enfermedad 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 / 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:	Una cifra menor a siete atenciones prenatales por embarazada, se traduce como ineficacia 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. 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. La meta corresponde a un *mínimo* de atenciones prenatales; el PROY-NOM-007-SSA2-2012, “Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido”, señala cinco consultas. En el IMSS, para asegurar una mejor vigilancia de la gestación, se establece un mínimo de siete consultas.		
Valor de referencia o meta:	≥ 7.0		
Unidad de medida:	Promedio	Ponderación:	6 puntos
Periodicidad:	Mensual y mensual acumulado	Indicador contabilizado por:	Adscripción
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 7.0	5.5 – 6.9	≤ 5.4

Materna 03 - Promedio de atenciones prenatales por embarazada.			
Observaciones:	Para la construcción del indicador por Delegación: ▪ 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. Para la evaluación: ▪ Se excluyen las Unidades Médicas de primer nivel de atención, que en el período de enero - diciembre 2017 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. 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 Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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 basada en Procesos de Salud-Enfermedad y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
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 corioamnioítis y el parto pretérmino.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	$\frac{\text{Consultas a embarazadas con diagnóstico de primera vez de infecciones genitourinarias CIE-10, O23X – subcategorías O23.0, O23.1, O23.2, O23.3, O23.4, O23.5 y O23.9}}{\text{Total de consultas de primera vez con diagnóstico de Embarazo normal y complicado durante la vigilancia prenatal}} \times 100$		
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:	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. 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).		
Valor de referencia o meta:	30.0 – 40.0%		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación:	9 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 ó 40.1 – 45.0	≤ 24.9 ó ≥ 45.1

Materna 04 - Proporción de Infección Genitourinaria en embarazadas.			
Observaciones:	Para la construcción del indicador: o 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). o Se excluyen las consultas otorgadas en los servicios de Atención Continua en las unidades con Medicina Familiar. o Se excluye en el Numerador y denominador a población No derechohabiente.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que construye la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud, de la Coordinación de Planeación en Salud, 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 basada en Procesos de Salud-Enfermedad y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
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) / Total de egresos hospitalarios, post parto y post aborto, menos los abortos (CIE-10: Códigos O00 a O08) × 100		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y denominador: SUI-13 Egresos hospitalarios.		
Interpretación:	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. 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. La información científica señala que la preeclampsia afecta entre el 5 al 12% de la población en países en vías de desarrollo.		
Valor de referencia o meta:	5.0 – 12.0 %		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación:	8 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:	▪ 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%. Para la construcción del indicador: o 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. o Se buscarán en el SUI-13 y se contabilizarán cuando se muestre en cualquiera de los siguientes campos: Diagnóstico principal de egreso, diagnóstico secundario 1 y diagnóstico secundario 2. o Se excluye del denominador los abortos, Capítulo XV de la CIE-10, grupo 1, códigos: O00 a O08. o El indicador se obtendrá por hospitales de segundo nivel y el total. o Incluye población No derechohabiente. o Se calculan por separado las cinco UMAE siguientes, y el total: – 36A102142153 – HGO 3 La Raza. – 37A401142153 – HGO 4 SXXI San Ángel. – 14A602142153 – HGO OCC. – 20A101142153 – HGO 23 MTY. – 11A121142153 – HGP León. o Este indicador no aplica para las UMFH y UMAA. Para la evaluación del desempeño se contabilizará: o De manera independiente las Delegaciones de las UMAE. o Para la evaluación, únicamente se contabilizarán las UMAE siguientes: – 36A102142153 – HGO 3 La Raza. – 37A401142153 – HGO 4 SXXI San Ángel. – 14A602142153 – HGO OCC. – 20A101142153 – HGO 23 MTY. – 11A121142153 – HGP León. Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Materna 05 - Proporción de Preeclampsia – Eclampsia.			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que construye la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud, de la Coordinación de Planeación en Salud, 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 basada en Procesos de Salud-Enfermedad y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficiencia	Tipo de indicador:	Estratégico

Materna 06 - Proporción de Hemorragias Posparto			
Objetivo del indicador:	Medir el porcentaje de embarazadas con diagnóstico de Hemorragia obstétrica posparto 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 la atención sistemática del parto, a fin de disminuir esta complicación, que representa la segunda causa de muerte materna.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Egresos hospitalarios con diagnóstico de Hemorragia obstétrica posparto (CIE-10, código O72.0, O72.1 y O72.2) / Total de egresos hospitalarios (en el posparto y posaborto) menos los abortos (código O00 a O08, grupo 1 del Capítulo XV, CIE-10) × 100		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y denominador: SUI-13 Egresos hospitalarios.		
Interpretación:	Una cifra menor de 2.5% se traduce como inconsistencias 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-1/98. 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 posparto 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:	10 puntos
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	2.4 - 1.5 o 7.1 – 8.0	≤ 1.4 o ≥ 8.1

Materna 06 - Proporción de Hemorragias Posparto	
Observaciones:	▪ Para la construcción del indicador: o Se incluye a las entidades consideradas como Hemorragias obstétricas posparto, en la CIE-10, que corresponden a los códigos: O72. Hemorragia del tercer periodo del parto (retención de la placenta, acretismo placentario). 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). o 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. o Se excluye del denominador los abortos, Capítulo XV de la CIE-10, grupo 1, códigos: O00 a O08. o El indicador se obtendrá por hospitales de segundo nivel y el total. o Incluye población No derechohabiente. o Se calculan por separado las cinco UMAE siguientes, y el total: - 36A102142153 – HGO 3 La Raza. - 37A401142153 – HGO 4 SXXI San Ángel. - 14A602142153 – HGO OCC. - 20A101142153 – HGO 23 MTY. - 11A121142153 – HGP León. o Este indicador no aplica para las UMFH y UMAA. ▪ Para la evaluación del desempeño se contabilizará: o De manera independiente las Delegaciones de las UMAE. o Para la evaluación, únicamente se contabilizarán las UMAE siguientes: - 36A102142153 – HGO 3 La Raza. - 37A401142153 – HGO 4 SXXI San Ángel. - 14A602142153 – HGO OCC. - 20A101142153 – HGO 23 MTY. - 11A121142153 – HGP León.

Materna 06 - Proporción de Hemorragias Posparto			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que construye la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud, de la Coordinación de Planeación en Salud, 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 basada en Procesos de Salud-Enfermedad 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, para concluir la fecundación o espaciar el intervalo intergenésico.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	$\frac{\text{Total de aceptantes de DIU con Cobre y de Obturación Tubárica Bilateral como método anticonceptivo en posparto y transcesárea}}{\text{Total de Partos eutócicos, distócicos vaginales y distócicos abdominales atendidos en la Unidad Hospitalaria IMSS}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y denominador: Data Mart Estadísticas Médicas.		
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. El indicador traduce el impacto de las acciones de comunicación educativa proporcionadas a la mujer durante 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.		
Valor de referencia o meta:	≥ 80.0%		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación:	7 puntos
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
Observaciones:	Ninguna		
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 Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud para la inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad, 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 - 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 / Total de partos (partos y cesáreas) atendidos las Unidades Médicas de segundo nivel o en Unidades Médicas de Alta Especialidad con atención obstétrica X 100				
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y denominador: DataMart Estadísticas Médicas				
Interpretación:	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. El incremento de la intervención cesárea es factor de riesgo para la generación de patología que condiciona hemorragia obstétrica. 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.				
Valor de referencia o meta:	≥ 60.0 %				
Unidad de medida:	Porcentaje		Ponderación:		11 puntos
Periodicidad:	Mensual acumulado		Indicador contabilizado por:		Atención
Rangos de desempeño:	Grupo de productividad	Resultados al cierre 2017	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	1	≥ 63.0 %	≥ 63.0%	62.9% a 58.0%	≤ 57.9%
	2	62.9% - 52.9%	≥ 5.0 puntos porcentuales	3.0 – 4.9 puntos porcentuales	≤ 2.9 puntos porcentuales o menor al cierre
	3	≤ 52.8 %	≥ 8.0 puntos porcentuales	5.9 – 7.9 puntos porcentuales	≤ 5.8 puntos porcentuales o menor al cierre

Materna 08 - Porcentaje de Partos Vaginales en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención o en Unidades Médicas de Alta Especialidad.			
Observaciones:	▪ Para la construcción del indicador: ○ A partir del valor porcentual obtenido en el año 2017, 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: - 36A102142153 - HGO 3 La Raza - 37A401142153 - HGO 4 SXXI - 14A602142153 - HGO Oblatos - 20A101142153 - HGO 23 Mty - 11A121142153 - HGP León ▪ Este indicador no aplica para las UMFH y UMAA. ▪ Para la evaluación del desempeño se contabilizará: ○ 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 Diagnóstico de los Servicios de Salud, de la Coordinación de Planeación en Salud, 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 basada en Procesos de Salud-Enfermedad y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Calidad	Tipo de indicador:	Estratégico

Materna 09 - Proporción de complicaciones durante Posaborto o Posparto.			
Objetivo del indicador:	Medir el porcentaje de complicaciones que se presentaron alrededor del evento obstétrico (aborto o parto), para establecer acciones de mejora que disminuyan la morbilidad obstétrica durante el trabajo de parto, parto y puerperio.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Número de egresos hospitalarios con complicaciones postevento obstétrico en unidades de segundo y tercer nivel de atención / Total de egresos hospitalarios posevento obstétrico, atendidos en unidades de segundo y tercer nivel de atención X 100		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y Denominador: SUI 13 Egresos hospitalarios.		
Interpretación:	Un porcentaje mayor al valor de referencia de complicaciones durante el embarazo se traduce como problemas relacionados con el nivel de salud y educación de la población, el uso oportuno de los servicios médicos; la calidad de la atención obstétrica ambulatoria y hospitalaria, la vigilancia y atención del trabajo de parto y el parto; así como la suficiencia de los recursos disponibles para la atención. El valor de referencia se establece a partir de la frecuencia de las complicaciones que se detallan en la literatura científica y el comportamiento institucional.		
Valor de referencia o meta:	< 45.0%		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación:	7 puntos
Periodicidad:	Mensual y mensual acumulado	Indicador contabilizado por:	Atención
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	< 45.0	45.0 – 51.0	> 51.0
Observaciones:	▪ Para la construcción del indicador: ○ Se consideran como complicaciones las relacionadas con la patología obstétrica y no obstétrica que complica el embarazo, el parto y el puerperio; así como las complicaciones del trabajo de parto y el parto. Incluye todas las categorías del Capítulo XV de la CIE-10, con excepción de los códigos O80, O81, O83 y O85. ○ Se buscarán en el SUI-13 y se contabilizarán cuando se muestre en cualquiera de los siguientes campos: Diagnóstico principal de egreso, diagnóstico secundario 1 y diagnóstico secundario 2.		

Materna 09 - Proporción de complicaciones durante Posaborto o Posparto.			
Observaciones:	○ En el numerador, a la totalidad de los egresos hospitalarios posaborto y posparto, se excluye la categoría O80 (Parto único espontáneo) de la CIE-10. ○ En el denominador se incluye la totalidad de los egresos hospitalarios posaborto y posparto ocurridas en población derechohabiente, en camas censables y no censables, en las unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención. ○ El indicador se obtendrá por hospitales de segundo nivel de atención y el total. ○ Incluye población No derechohabiente. ○ Se calculan por separado las UMAE siguientes, y el total: - 36A102142153 – HGO 3 La Raza. - 37A401142153 – HGO 4 SXXI San Ángel. - 14A602142153 – HGO OCC. - 20A101142153 – HGO 23 MTY. - 11A121142153 – HGP León. ○ Este indicador no aplica para las UMFH y UMAA. ▪ Para la evaluación del desempeño se contabilizará: ○ De manera independiente las Delegaciones de las UMAE. ○ Para la evaluación, únicamente se contabilizarán las UMAE siguientes: - 36A102142153 – HGO 3 La Raza. - 37A401142153 – HGO 4 SXXI San Ángel. - 14A602142153 – HGO OCC. - 20A101142153 – HGO 23 MTY. - 11A121142153 – HGP León.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que construye la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud, de la Coordinación de Planeación en Salud, 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 basada en Procesos de Salud-Enfermedad y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Calidad	Tipo de indicador:	Estratégico

Materna 10 - Cobertura de protección anticonceptiva Posaborto.			
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 posaborto / Número de egresos hospitalarios por aborto X 100		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y denominador: DataMart Estadísticas Médicas.		
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 y antes de su egreso hospitalario.		
Valor de referencia o meta:	≥ 80.0 %.		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación:	7 puntos
Periodicidad:	Mensual acumulado	Indicador contabilizado por:	Atención
Rangos de desempeño:	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	≥80.0	75.0 – 79.9	≤74.9
Observaciones:	▪ La información es acumulada al mes de reporte.		
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 Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud para inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

Materna 11 - Letalidad por Preeclampsia – Eclampsia.			
Objetivo del indicador:	Medir la gravedad o la probabilidad de morir por Preeclampsia-Eclampsia, durante la etapa grávido-puerperal, para conocer la calidad de la atención que se otorga de acuerdo con la infraestructura disponible, la gravedad de la complicación y la oportunidad con que acude la paciente a la atención y establecer, en su caso, acciones de mejora.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Número de muertes maternas hospitalarias con diagnóstico de Preeclampsia-Eclampsia (CIE-10: Los códigos O13, O14, O15, O16) en derechohabientes ocurridas en los hospitales de segundo y tercer nivel de atención durante el embarazo, parto y/o puerperio (hasta 42 días después del evento obstétrico)	X 1,000	
	Egresos hospitalarios con diagnóstico de Preeclampsia-Eclampsia (CIE-10: Los códigos O13, O14, O15 y O16) atendidos en segundo y tercer nivel de atención		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Comités Institucionales de estudios en Mortalidad Materna Denominador: SUI-13 Egresos hospitalarios.		
Interpretación:	La letalidad materna por Preeclampsia-Eclampsia, por arriba del valor de referencia, traduce uno o más problemas relacionados con la calidad de la atención ambulatoria y hospitalaria, la suficiencia de los recursos disponibles para la atención por esta entidad nosológica; así como, el nivel de salud y la oportunidad con que acude la mujer en etapa grávido-puerperal con esta complicación. El valor de referencia se establece con base en el comportamiento histórico.		
Valor de referencia o meta:	≤ 2.0%		
Unidad de medida:	Proporción	Ponderación:	9 puntos
Periodicidad:	Mensual y mensual acumulado al mes del reporte	Indicador contabilizado por:	Atención
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤ 2.0	2.1 – 3.0	≥ 3.1

Materna 11 - Letalidad por Preeclampsia – Eclampsia.			
Observaciones:	Para la construcción del indicador: ▪ En el numerador, se incluyen las defunciones maternas, con los códigos para Preeclampsia-Eclampsia de la CIE-10: o O13. Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria significativa. Corresponde a Preeclampsia leve. o O14. Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] con proteinuria significativa. Corresponde a Preeclampsia severa o Preeclampsia con datos de severidad o Síndrome de Hellp o Preeclampsia no especificada. o O15. Eclampsia. o O16. Hipertensión materna, no especificada. ▪ En el denominador, se incluyen los egresos hospitalarios registrados en el SUI-13, con los códigos O13, O14, O15 y O16, que se muestren en los campos: diagnóstico principal de egreso, diagnóstico secundario 1 y diagnóstico secundario 2: ▪ El indicador se obtendrá por hospitales de segundo nivel y el total. ▪ Incluye población No derechohabiente. ▪ Se calculan por separado las UMAE siguientes. y el total: o 36A102142153 – HGO 3 La Raza. o 37A401142153 – HGO 4 SXXI San Angel. o 14A602142153 – HGO OCC. o 20A101142153 – HGO 23 MTY. o 11A121142153 – HGP León. ▪ Este indicador no aplica para las UMFH y UMAA. Para la evaluación del desempeño se contabilizará, de manera independiente las Delegaciones de las UMAE señaladas anteriormente.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que construye la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud, de la Coordinación de Planeación en Salud, con los datos de las defunciones maternas por Preeclampsia-eclampsia, los criterios y definiciones, entregados y establecidos, respectivamente 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 basada en procesos de salud-enfermedad y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

Materna 12 - Porcentaje de asistentes que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la Atención Materna en Unidades Médicas.			
Objetivo del indicador:	Medir el porcentaje de asistentes del personal del área de la de salud que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención materna en Unidades Médicas, conforme a la programación anual autorizada, con la finalidad de verificar el cumplimiento de la capacitación para el trabajador de base en las Unidades Médicas institucionales.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Número de asistentes reales a los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención materna en Unidades Médicas en un trimestre, por Unidad Médica. / Número de asistentes programados a los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención materna en unidades médicas en el mismo trimestre, por Unidad Médica. × 100		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: "Informe de Curso de Educación Continua (EC3)" de la Unidad Médica sede registrado en el SIPEC, de Cursos de Educación Continua relacionados con temas de la atención materna en Unidades Médicas: “Asistentes reales”; División de Educación Continua de la Coordinación de Educación en Salud. Denominador: “Calendarización de Cursos de Educación Continua para el personal de la salud (EC2)" registrada en el SIPEC, de Cursos de Educación Continua relacionados con temas de la atención materna en Unidades Médicas Información del curso, renglón “Cupo”; División de Educación Continua de la Coordinación de Educación en Salud.		
Interpretación:	Proporción de asistentes que aprobaron en un trimestre, del total de asistentes programados en el mismo trimestre a los Cursos de Educación Continua de temas relacionados a la atención materna en Unidades Médicas de la programación anual autorizada.		
Valor de referencia o meta:	> 68.4% (se obtuvo de efectuar un recorrido intercuartil).		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación:	7 puntos
Periodicidad:	Trimestral (marzo, junio, septiembre y diciembre)	Indicador contabilizado por:	Adscripción de la sede que programa el curso
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	> 68.4	49.9 – 68.4	< 49.9

Materna 12 - Porcentaje de asistentes que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la Atención Materna en Unidades Médicas.			
Observaciones:	▪ El reporte trimestral no es acumulativo. ▪ Fuente de información de proceso manual y electrónico. Se excluyen del numerador y denominador los asistentes que acreditaron cursos extemporáneos y extraordinarios. ▪ La proporción de asistentes que acreditaron del total de asistentes programados, en un trimestre reportado, a los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención materna de la programación anual autorizada, es dependiente de diversos factores, ajenos a la responsabilidad de la Coordinación de Educación en Salud, como son: o Los atribuibles al trabajador, o Cobertura de los servicios asistenciales que permitan que el trabajador asista a dichos cursos, sin desproteger la atención. o Dictamen de beca favorable dependiente de la reglamentación de la Comisión Nacional Mixta de Becas, quien dictamina. ▪ Educación continua: proceso constante e intencionado para que el personal 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. ▪ Asistentes que acreditaron: son los trabajadores del área de la salud, registrados, aprobados y enumerados en forma progresiva en el listado nominal del "Informe de Curso de Educación Continua (EC3)". ▪ 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. ▪ Adscripción de la sede que programó el curso: se considera como tal a la Unidad Médica Institucional que solicita la capacitación para el trabajador de base, respaldado por la detección de necesidades de capacitación y los procesos prioritarios establecidos por la Dirección de Prestaciones Médicas. SIPEC: Sistema Informático de Programas de Educación Continua.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que construye la Coordinación de Educación en Salud y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad, 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 13 - Tasa de Médicos de base actualizados en Atención Materna, que aprobaron cursos en línea basados en las Guías de Práctica Clínica en Unidades Médicas con 10 o más consultorios de Medicina Familiar.			
Objetivo del indicador:	Medir el número de Médicos Familiares de base actualizados en Atención Materna, a través de cursos en línea basados en las Guías de Práctica Clínica, adscritos en Unidades Médicas con 10 o más consultorios de Medicina Familiar, para diseñar e implementar las estrategias de actualización que propicien una mejora en la Atención Materna.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Número de Médicos Familiares de base actualizados en Atención Materna a través de cursos en línea basados en las Guías de Práctica Clínica, adscritos en Unidades Médicas con 10 o más consultorios de Medicina Familiar, por Delegación en un semestre / Número de Médicos Familiares de base adscritos por Unidades Médicas con 10 o más consultorios de medicina familiar, por Delegación en el mismo semestre × 100		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Reporte semestral de Médicos de base actualizados en atención materna a través de cursos en línea basados en las Guías de Práctica Clínica adscritos a Unidades Médicas con 10 o más consultorios de medicina familiar por Delegación, emitido por los Módulos de Calificaciones y Estadísticas del Sistema Integral de Educación a Distancia; División de Innovación Educativa de la Coordinación de Educación en Salud. Denominador: Plazas ocupadas por Médicos Familiares de base adscritos en Unidades Médicas con 10 o más consultorios de medicina familiar por Delegación, obtenido del Sistema Integral de Administración de Personal (SIAP); División del Sistema Integral de Administración de Personal de la Coordinación de Administración de Información de Personal y Comunicación Interna.		
Interpretación:	Porcentaje de Médicos Familiares de base de Unidades Médicas con 10 o más consultorios de medicina familiar, actualizados en Atención Materna que aprobaron cursos en línea basados en las Guías de Práctica Clínica.		
Valor de referencia o meta:	≥ 5.0 % La meta se obtiene al considerar pertinente la actualización del 5 por ciento del personal en un semestre en Atención materna y el histórico de desempeño del indicador. La meta establecida corresponde al porcentaje de médicos por actualizar en un semestre.		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación:	7 puntos
Periodicidad:	Semestral (junio y diciembre).	Indicador contabilizado por:	Adscripción

Materna 13 - Tasa de Médicos de base actualizados en Atención Materna, que aprobaron cursos en línea basados en las Guías de Práctica Clínica en Unidades Médicas con 10 o más consultorios de Medicina Familiar.			
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 5.0	3.0 – 4.9	≤ 2.9
Observaciones:	▪ Se considera Médicos actualizados a aquellos que aprobaron el curso de acuerdo a los criterios de permanencia y aprobación establecidos. ▪ Se incluye en el numerador: Alumnos aprobados al finalizar el curso en línea. ▪ Se incluye en el numerador y denominador: o Médicos Familiares de base adscritos Unidades Médicas con 10 o más consultorios de medicina familiar. o Alumnos que participan en un curso en línea basado en las Guías de Práctica Clínica, administrado por la División de Innovación Educativa. ▪ Se excluye del numerador a los participantes jubilados y externos al IMSS. ▪ Para la Delegación Tlaxcala, por no contar con Unidades Médicas con 10 o más consultorios de medicina familiar se incluyen Unidades Médicas con 9 consultorios.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que construye la Coordinación de Educación en Salud y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad, 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

6. Atención de las Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud en Unidades Médicas de Segundo Nivel, o en Unidades Médicas de Alta Especialidad

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

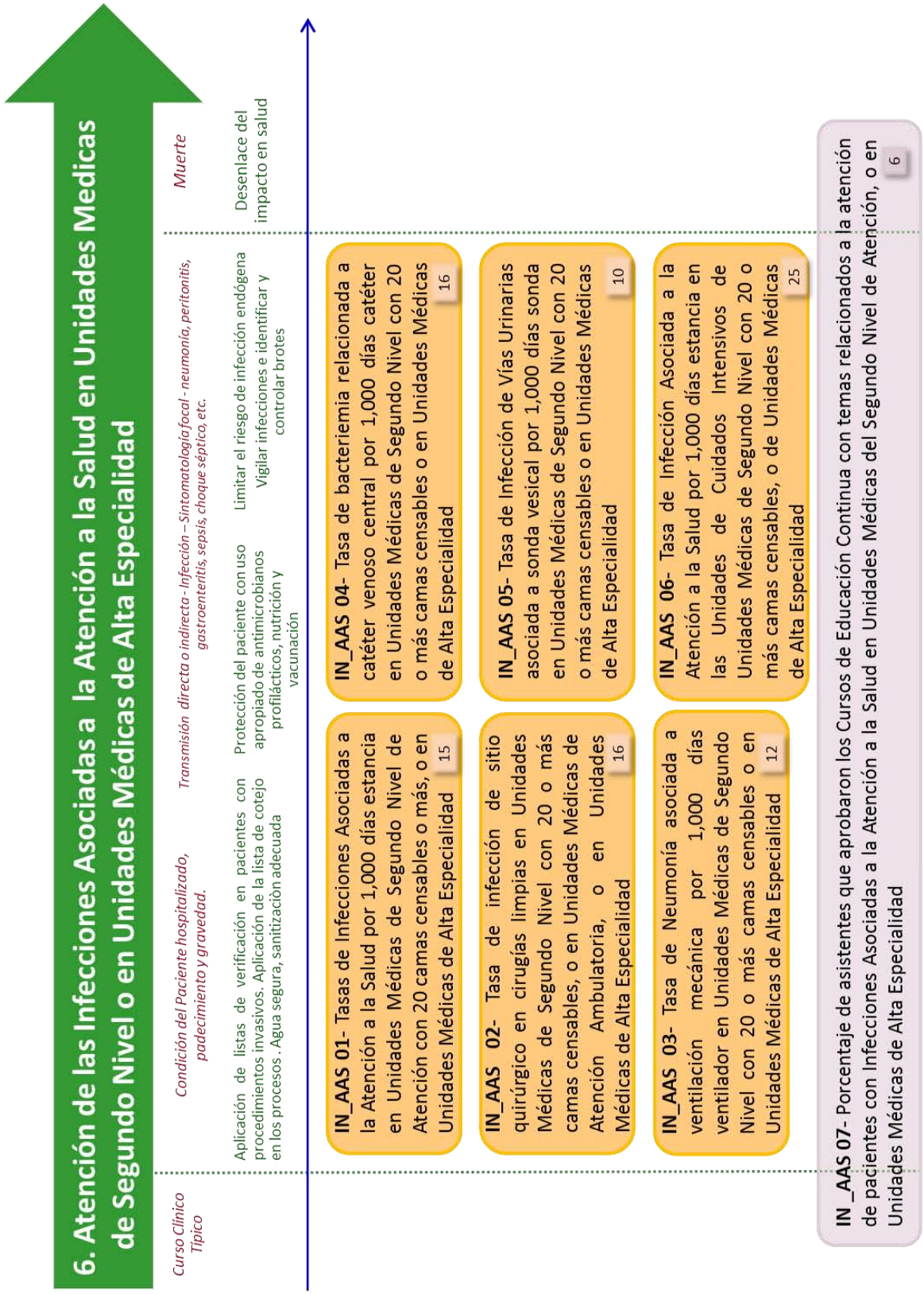
Las Infecciones asociadas a la atención a la salud son un evento adverso derivado de la atención a la salud que afecta aproximadamente a dos millones de personas en los EE.UU.; causando cerca de 100,000 muertes al año, lo cual deriva en un costo estimado de cinco billones de dólares.

Se sabe que la infección urinaria es la más frecuente en los países de ingresos altos; mientras que la del sitio quirúrgico, es la más importante en los países con recursos limitados. En los países de ingresos altos, aproximadamente el 30% de los pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), se ven afectados por una infección asociada a la atención; sin embargo, en los países de bajos y medianos ingresos, la frecuencia de infección adquirida en la UCI, es al menos, 2 o 3 veces mayor que en los países de ingresos altos, y la incidencia de infección asociada a dispositivos invasivos es hasta 13 veces mayor.[1]

Las Infecciones asociadas a la atención a la salud, implican un sufrimiento adicional y un alto costo para los pacientes y sus familias; también favorecen el aumento de la resistencia de los microorganismos a los antimicrobianos, disminuyen la satisfacción del usuario, deterioran el desempeño del personal y de la imagen institucional.

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 a 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.[2,3]

[1] http://www.who.int/csr/resources/publications/drugresist/en/PISpanish3.pdf?ua=1 Consulta realizada el 14 de diciembre de 2015.
[2] Medición de la prevalencia de Infecciones asociadas a la atención a 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.
[3] Kouchak, F., Askarian M. Nosocomial Infections: The Definition Criteria. Iranian Journal of Medical Sciences. 2012; 37 (2):72-73.


6. Atención de las Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud en Unidades Medicas de Segundo Nivel o en Unidades Médicas de Alta Especialidad
Curso Clínico Típico
Condición del Paciente hospitalizado, padecimiento y gravedad.
Aplicación de listas de verificación en pacientes con procedimientos invasivos. Aplicación de la lista de cotejo en los procesos. Agua segura, sanitización adecuada
Transmisión directa o indirecta - Infección – Sintomatología focal - neumonía, peritonitis, gastroenteritis, sepsis, choque séptico, etc.
Protección del paciente con uso apropiado de antimicrobianos profilácticos, nutrición y vacunación
Limitar el riesgo de infección endógena
Vigilar infecciones e identificar y controlar brotes
Muerte
Desenlace del impacto en salud
IN_AAS 01- Tasas 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 15
IN_AAS 02- Tasa de infección de sitio quirúrgico en cirugías limpias en Unidades Médicas de Segundo Nivel con 20 o más camas censables, o en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria, o en Unidades Médicas de Alta Especialidad 16
IN_AAS 03- Tasa de Neumonía asociada a ventilación mecánica por 1,000 días ventilador en Unidades Médicas de Segundo Nivel con 20 o más camas censables o en Unidades Médicas de Alta Especialidad 12
IN_AAS 04- Tasa de bacteriemia relacionada a catéter venoso central por 1,000 días catéter en Unidades Médicas de Segundo Nivel con 20 o más camas censables o en Unidades Médicas de Alta Especialidad 16
IN_AAS 05- Tasa de Infección de Vías Urinarias asociada a sonda vesical por 1,000 días sonda en Unidades Médicas de Segundo Nivel con 20 o más camas censables o en Unidades Médicas de Alta Especialidad 10
IN_AAS 06- Tasa de Infección Asociada a la Atención a la Salud por 1,000 días estancia en las Unidades de Cuidados Intensivos de Unidades Médicas de Segundo Nivel con 20 o más camas censables, o de Unidades Médicas de Alta Especialidad 25
IN_AAS 07- Porcentaje de asistentes que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud en Unidades Médicas del Segundo Nivel de Atención, o en Unidades Médicas de Alta Especialidad 6

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.			
Objetivo del indicador:	Medir la velocidad de cambio que presentan las infecciones asociadas a la atención a 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 a la salud en Unidades Médicas de segundo nivel de atención, con 20 o más camas censables o en UMAE / Total de días estancia en unidades médicas de segundo nivel de atención con, 20 o más camas censables o en UMAE	X 1,000	
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las infecciones asociadas a la atención a la salud, Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Denominador: *Data Mart* Estadísticas Médicas		
Interpretación:	La tasa indica la velocidad con que se presentan las infecciones asociadas a la atención a la salud en los pacientes hospitalizados por unidad de tiempo. El resultado debe estar dentro del valor de referencia de 7.0 a 12.0 de 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 < 4.0, 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, si el valor es > 12.0 deberá implementar o intensificar la identificación de riesgos en los procesos críticos para infecciones asociadas a la atención a la salud, con base en el Modelo de Gestión de Riesgos, priorizándolos y elaborando un plan de acción que incluya paquetes de las acciones seguras en la atención del paciente.		
Valor de referencia o meta:	7.0 a 12.0		
Unidad de medida:	Tasa de infecciones asociadas a la atención a la salud por 1,000 días estancia	Ponderación:	15 puntos

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.			
Periodicidad:	Mensual acumulado y anual	Indicador contabilizado por:	Atención
Rangos de desempeño:	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	7.0 - 12.0	4.0 - 6.9	< de 4.0 ó > de 12.0
Observaciones:	▪ Las infecciones asociadas a la atención a 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. ▪ Para la construcción del indicador se incluye: o En el Numerador: el número de infecciones asociadas a la atención a la salud en el mes a evaluar. o En el Denominador: el número de días estancia en el mes a evaluar. ▪ Para la construcción del indicador se excluye: o Del Numerador, a los pacientes con infección asociada a la atención a la salud adquirida en otra Unidad Médica de segundo nivel, o en Unidades Médicas de Alta Especialidad. o 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 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:	Indicador que construye la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad, 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 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:	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.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	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 / 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	X100	
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Infecciones asociadas a la Atención a la Salud, Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Denominador: Censo diario de pacientes con intervenciones quirúrgicas efectuadas en quirófano (4-30-27), clasificados de acuerdo al grado de contaminación de la herida quirúrgica.		
Interpretación:	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 a la Salud; si el valor es > 4.5, deberá implementar o intensificar, la identificación de riesgos en los procesos críticos con base en el Modelo de Gestión de Riesgos, priorizándolos, y elaborar un plan de acción que incluya paquetes de acciones seguras en la atención del paciente.		
Valor de referencia o meta:	1.5 a 3.5		
Unidad de medida:	Tasa de infecciones de sitio quirúrgico por 100 cirugías limpias	Ponderación:	16 puntos

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.			
Periodicidad:	Mensual acumulado y anual	Indicador contabilizado por:	Atención
Rangos de desempeño:	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	1.5 – 3.5	3.6 – 4.5	< 1.5 ó > 4.5
Observaciones:	▪ La Infección de sitio quirúrgico corresponde a más del 20% del total de Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud que se presentan; se relaciona con un incremento en las readmisiones, la sobreestancia hospitalaria y el costo de la atención médica. ▪ Para la construcción del indicador se incluye: o El número de infecciones de sitio quirúrgico en cirugías limpias y limpias con implante en el mes a evaluar. o El número de cirugías limpias y limpias con implantes realizadas en el mes a evaluar incluidas en el formato correspondiente. ▪ Para la construcción del indicador se excluye: o 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. o 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.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad, 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 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):	$\frac{\text{Total de neumonías asociadas a ventilación mecánica en Unidades Médicas de segundo nivel de atención con 20 o más camas censables, o en UMAE}}{\text{Total de días ventilador mecánico en Unidades Médicas de segundo nivel de atención con 20 o más camas censables, o en UMAE}} \times 1{,}000$		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las infecciones asociadas a la atención a la salud de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Denominador: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de infecciones asociada a la atención a la salud, Informe mensual de Infecciones asociadas a la atención a la salud, alimentado del Registro de procedimientos invasivos (ventilación mecánica).		
Interpretación:	La tasa indica la velocidad con que se presenta neumonía en pacientes con ventilación mecánica, por unidad de tiempo. El resultado debe estar dentro del valor de referencia de 8.0 a 12.0 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 de la línea de 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 a la salud. Si el valor se encuentra con desempeño bajo, con valor < 6.0, la Unidad debe evaluar si se trata de subregistro, y en ese caso, deberá reorganizar la vigilancia epidemiológica con el apoyo del Comité de Detección y Control de las Infecciones asociadas a la atención a la salud; si el valor es >12.0, deberá implementar o intensificar la identificación de riesgos en los procesos críticos con base en el Modelo de Gestión de Riesgos, priorizándolos, y elaborar un plan de acción que incluya paquetes de acciones seguras en la atención del paciente.		
Valor de referencia o meta:	8.0 a 12.0		
Unidad de medida:	Tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica por 1,000 días ventilador	Ponderación:	12 puntos

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.			
Periodicidad:	Mensual acumulado y anual	Indicador contabilizado por:	Atención
Rangos de desempeño:	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	8.0 - 12.0	6.0 - 7.9	< 6.0 ó > 12.0
Observaciones:	▪ 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%. ▪ Para la construcción del indicador se incluye: o En el numerador el número de neumonías asociadas a ventilación mecánica en el mes a evaluar. o En el denominador: el número de días ventilador en el mes a evaluar, incluidos en el formato de registro correspondiente. ▪ Para la construcción del indicador se excluye: o Pacientes con neumonía asociada a ventilación mecánica adquirida en otra Unidad Médica de segundo nivel de atención, o en Unidades Médicas de Alta Especialidad. o 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), 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:	Indicador que construye la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad, 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):	$\frac{\text{Total de Infecciones del Torrente Sanguíneo asociada a CVC en las Unidades Médicas de segundo nivel de atención, con 20 o más camas censables o en UMAE}}{\text{Total de días CVC en las Unidades Médicas de segundo nivel de atención con 20 o más camas censables o en UMAE}} \times 1{,}000$
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Infecciones asociadas a la atención a la salud, Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Denominador: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones asociadas a la atención a 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. 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 a la salud; si el valor es > 7.0, deberá implementar o intensificar la identificación de riesgos en los procesos críticos con base en el Modelo de Gestión de Riesgos, priorizándolos, y elaborar un plan de acción que incluya paquetes de acciones seguras en la atención del paciente.
Valor de referencia o meta:	1.0 a 4.0

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.			
Unidad de medida:	Tasa de infecciones del torrente sanguíneo asociada a CVC por 1,000 días catéter	Ponderación:	16 puntos
Periodicidad:	Mensual acumulado y anual	Indicador contabilizado por:	Atención
Rangos de desempeño:	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	1.0 - 4.0	4.1 – 7.0	<1.0 o > 7.0
Observaciones:	▪ 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. ▪ Para la construcción del indicador se incluye: o En el numerador: el número de infecciones del torrente sanguíneo asociada a CVC en el mes a evaluar. o En el denominador: el número de días CVC en el mes a evaluar, incluidos en el formato de registro correspondiente. ▪ Para la construcción del indicador se excluye: o Pacientes con infecciones del torrente sanguíneo asociada a CVC adquirida en otra Unidad Médica de segundo nivel de atención o en UMAE. o 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.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad, 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 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):	$\frac{\text{Total de infecciones asociadas a la atención a la salud de vías urinarias en las Unidades Médicas de segundo nivel atención, con 20 o más camas censables o en UMAE}}{\text{Total de días sonda vesical en las Unidades Médicas de segundo nivel de atención, con 20 o más camas censables o en UMAE}} \times 1{,}000$
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las infecciones asociadas a la atención a la salud, Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Denominador: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de infecciones asociadas a la atención a la salud, Informe mensual de Infecciones asociadas a la atención a la salud, alimentado del Registro de procedimientos invasivos (Sonda vesical).
Interpretación:	La tasa indica la velocidad con que se presenta la infección de vías urinarias en pacientes con sonda vesical, por unidad de tiempo. 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 a 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 a la salud; si el valor es >14.0, deberá implementar o intensificar la identificación de riesgos en los procesos críticos con base en el Modelo de Gestión de Riesgos, priorizándolos, y elaborar un plan de acción que incluya paquetes de acciones seguras en la atención del paciente.
Valor de referencia o meta:	5.0 a 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.	Ponderación:	10 puntos
Periodicidad:	Mensual acumulado y anual	Indicador contabilizado por:	Atención
Rangos de desempeño:	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	5.0 a 14.0	1.0 - 4.9	<1 o > 14.0
Observaciones:	▪ 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. ▪ Para la construcción del indicador se incluye: o En el numerador: el número de infecciones asociadas a la atención a la salud de vías urinarias en el mes a evaluar. o En el denominador: el número de días sonda vesical en el mes a evaluar, incluidos en el formato de registro correspondiente. ▪ Para la construcción del indicador se excluye: o Pacientes con infección de vías urinarias adquirida en otra Unidad Médica de segundo nivel de atención, o en UMAE. o 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:	Indicador que construye la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad, 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 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:	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.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	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 / Total de días estancia en las UCI de las Unidades Médicas de segundo nivel de atención, con 20 o más camas censables o en UMAE × 1,000		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y denominador: Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las infecciones asociadas a la atención a la salud, Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.		
Interpretación:	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. 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 implementar o intensificar la identificación de riesgos en los procesos críticos para infecciones asociadas a la atención a la salud con base en el Modelo de Gestión de Riesgos, priorizándolos, y elaborar un plan de acción que incluya paquetes de acciones seguras en la atención del paciente.		
Valor de referencia o meta:	10.0 a 26.0	Ponderación:	25 puntos
Unidad de medida:	Tasa de infección nosocomial por 1,000 días estancia en las UCI.		
Periodicidad:	Mensual acumulado y anual	Indicador contabilizado por:	Atención

IN_ASS 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			
Rangos de desempeño:	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	10.0 - 26.0	3.0 - 9.9	< 3.0 ó > 26.0
Observaciones:	▪ 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: o 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. o En el denominador: el número total de días de estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos, del mes a evaluar. o 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 de 2017. ▪ Para la construcción del indicador se excluye*:* o Pacientes con infección asociada a la atención a la salud adquirida en otra Unidad Médica de segundo nivel de atención, o en UMAE. o 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, 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:	Indicador que construye la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad, 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 07 - Porcentaje de asistentes que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Infecciones asociadas a la atención a la salud en Unidades Médicas del Segundo Nivel de Atención o en Unidades Médicas de Alta Especialidad.	
Objetivo del indicador:	Medir el porcentaje de asistentes del personal del área de la de salud que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención de pacientes con infecciones asociadas a la atención a la salud en Unidades Médicas, conforme a la programación anual autorizada, con la finalidad de verificar el cumplimiento de la capacitación para el trabajador de base en las Unidades Médicas institucionales.
Precisión del método de cálculo (fórmula):	$\frac{\text{Número de asistentes reales a los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Infecciones asociadas a la atención a la salud en Unidades Médicas en un trimestre, por Unidad Médica}}{\text{Número de asistentes programados a los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Infecciones asociadas a la atención a la salud en Unidades Médicas en el mismo trimestre, por Unidad Médica}} \times 100$
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: "Informe de Curso de Educación Continua (EC3)" de la Unidad Médica sede, registrado en el SIPEC, de Cursos de Educación Continua relacionados con temas de la atención de pacientes con Infecciones asociadas a la atención a la salud en Unidades Médicas: “Asistentes reales”; División de Educación Continua de la Coordinación de Educación en Salud. Denominador: “Calendarización de Cursos de Educación Continua para el personal de la salud (EC2)", registrada en el SIPEC, de Cursos de Educación Continua relacionados con temas de la atención de pacientes con Infecciones asociadas a la atención a la salud en Unidades Médicas Información del curso, renglón “Cupo”; de la División de Educación Continua de la Coordinación de Educación en Salud.
Interpretación:	Proporción de asistentes que aprobaron en un trimestre, del total de asistentes programados en el mismo trimestre a los Cursos de Educación Continua de pacientes con Infecciones asociadas a la atención a la salud en Unidades Médicas de la programación anual autorizada.
Valor de referencia o meta:	> 68.4% (Se obtuvo de efectuar un recorrido intercuartil)

IN_AAS 07 - Porcentaje de asistentes que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Infecciones asociadas a la atención a la salud en Unidades Médicas del Segundo Nivel de Atención o en Unidades Médicas de Alta Especialidad.			
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación:	6 puntos
Periodicidad de evaluación:	Trimestral (marzo, junio, septiembre y diciembre)	Indicador contabilizado por:	Adscripción de la sede que programó el curso
Rangos de desempeño:	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	> 68.4	49.9 – 68.4	< 49.9
Observaciones:	▪ El reporte trimestral no es acumulativo. ▪ Fuente de información de proceso manual y electrónico. ▪ Se excluyen del Numerador y Denominador, los asistentes que acreditaron cursos extemporáneos y extraordinarios. ▪ La proporción de asistentes que acreditaron del total de asistentes programados, en un trimestre reportado, a los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Infecciones asociadas a la atención a la salud de la programación anual autorizada, es dependiente de diversos factores, ajenos a la responsabilidad de la Coordinación de Educación en Salud, como son: o Los atribuibles al trabajador. o Cobertura de los servicios asistenciales que permitan que el trabajador asista a dichos cursos, sin desproteger la atención. o Dictamen de beca favorable dependiente de la reglamentación de la Comisión Nacional Mixta de Becas, quien dictamina. ▪ 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. ▪ Asistentes que acreditaron: Son los trabajadores del área de la salud, registrados, aprobados y enumerados en forma progresiva en el listado nominal del "Informe de Curso de Educación Continua (EC3)".		

IN_AAS 07 - Porcentaje de asistentes que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Infecciones asociadas a la atención a la salud en Unidades Médicas del Segundo Nivel de Atención o en Unidades Médicas de Alta Especialidad.			
Observaciones:	▪ 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. ▪ Adscripción de la sede que programó el curso: La Unidad Médica que solicita la capacitación para el trabajador de base, respaldado por la detección de necesidades de capacitación y los procesos prioritarios establecidos por la Dirección de Prestaciones Médicas. ▪ SIPEC: Sistema Informático de Programas de Educación Continua.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye la Coordinación de Educación en Salud y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad, 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

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

7. Atención Integral Neonatal

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

El periodo neonatal, o de recién nacido, comprende desde el nacimiento hasta antes de alcanzar los 28 días de vida[1,2]. 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.[3]

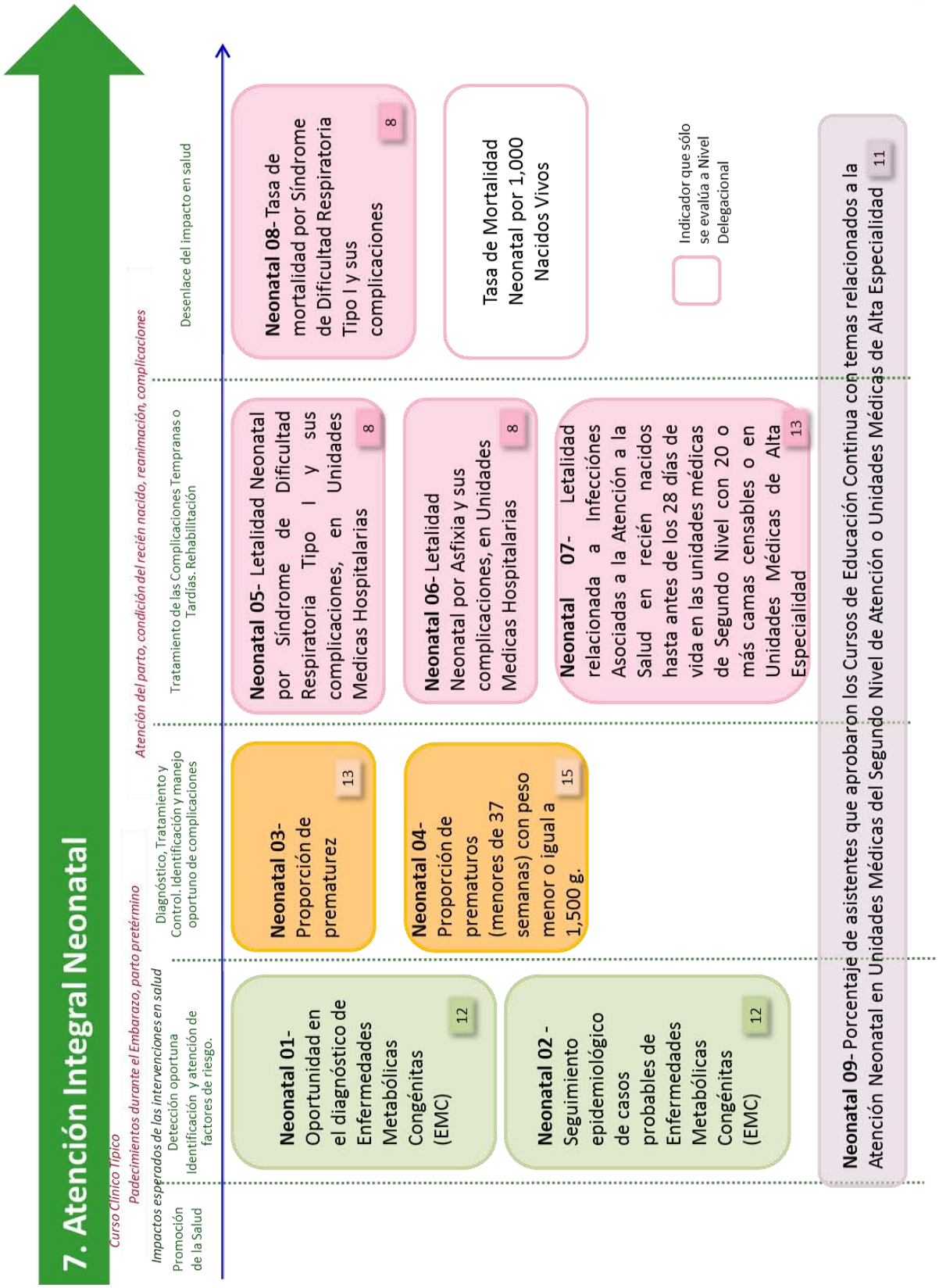
En México, cifras del Banco Mundial reportan una disminución de la muerte neonatal, que va de 21 defunciones neonatales por 1,000 nacimientos en 1990, a 7 por 1,000, en 2015.[4]

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[5], 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.[6]

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.

1 OMS. Reducción de la Mortalidad de Recién Nacidos. Nota Descriptiva No. 333. Enero 2016. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/. Consulta realizada el 7/10/ 2016.
2 OECD. Infant Mortality. Definitions and Methodology. http://www.oecd.org/social/family/CO_1_1_Infant_mortality.pdf. Consulta realizada el 7/10/ 2016.
3 OMS, UNICEF. 2014. *Todos los Recién Nacidos: un plan de acción para poner fin a la mortalidad prevenible*: Resumen de orientación. Ginebra.
4 World Development Indicators:Mortality. http://wdi.worldbank.org/table/2.21. Consulta realizada el 7/10/ 2016.
5 IMSS/DPM. Tasas Anualizadas de Mortalidad Materna, Perinatal y Neonatal Hospitalaria en Población Derechohabiente, 2015.
6 OMS/UNICEF. Visitas domiciliarias al recién nacido: una estrategia para aumentar la supervivencia. http://apps.who.int/iris/handle/10665/70057 2007.


7. 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
Desenlace del impacto en salud
Neonatal 01- Oportunidad en el diagnóstico de Enfermedades Metabólicas Congénitas (EMC) 12
Neonatal 02 - Seguimiento epidemiológico de casos probables de Enfermedades Metabólicas Congénitas (EMC) 12
Neonatal 03- Proporción de prematurez 13
Neonatal 04- Proporción de prematuros (menores de 37 semanas) con peso menor o igual a 1,500 g. 15
Neonatal 05- Letalidad Neonatal por Síndrome de Dificultad Respiratoria Tipo I y sus complicaciones, en Unidades Medicas Hospitalarias 8
Neonatal 06- Letalidad Neonatal por Asfixia y sus complicaciones, en Unidades Medicas Hospitalarias 8
Neonatal 07- Letalidad relacionada a Infecciónes 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 13
Neonatal 08- Tasa de mortalidad por Síndrome de Dificultad Respiratoria Tipo I y sus complicaciones 8
Tasa de Mortalidad Neonatal por 1,000 Nacidos Vivos
Indicador que sólo se evalúa a Nivel Delegacional
Neonatal 09- Porcentaje de asistentes que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la Atención Neonatal en Unidades Médicas del Segundo Nivel de Atención o Unidades Médicas de Alta Especialidad 11

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 (FCU), Deficiencia de biotinidasa (DB) y Galactosemia clásica (GC), antes de los 30 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):	Casos probables de EMC (HC, HSC, FCU, DB y GC) en un periodo de 12 meses con más de 30 días de vida a la fecha de corte, con diagnóstico final confirmatorio, antes de los 30 días de vida / Casos probables de EMC (HC, HSC, FCU, DB y GC) en un periodo de 12 meses con más de 30 días de vida a la fecha de corte × 100		
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, FCU, DB y GC), se realizaron antes de los treinta 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:	12 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:	▪ Indicador que tiene como fuente primaria las bases de datos de EMC (HC, HSC, FCU, DB y GC), que las Delegaciones entregan mensualmente a la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel.		

Neonatal 01 - Oportunidad en el diagnóstico de Enfermedades Metabólicas Congénitas (EMC).			
Observaciones:	▪ Para la construcción del indicador se incluye: o En el numerador, todos los casos notificados como probables con más de 30 días de vida que tengan diagnóstico final (celda de clasificación, como: descartado, confirmado, y no confirmado), antes de los 30 días de vida. o En el denominador, los casos notificados como probables de EMC, con más de 30 días de vida a la fecha de corte (25 de cada mes). ▪ Definiciones operacionales de caso con diagnóstico final: o Caso descartado de EMC: caso probable en quien la(s) prueba(s) diagnóstica(s) descartan inequívocamente la presencia de alguna EMC. o 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:	Indicador que construye la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud para inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad, 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

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, 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, 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:	12 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:	▪ Indicador que tiene como fuente primaria las bases de datos de EMC (HC, HSC, FCU, DB y GC) de los últimos doce meses, que las Delegaciones entregan mensualmente.		

Neonatal 02 - Seguimiento epidemiológico de casos probables de Enfermedades Metabólicas Congénitas (EMC).			
Observaciones:	▪ Para la construcción del indicador se incluyen: o En el numerador: todos los casos con más de 30 días de vida 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 con más de 30 días de vida a la fecha de corte (día 25 de cada mes).		
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 Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud para inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad, 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

Neonatal 03 - Proporción de prematurez.			
Objetivo del indicador:	Medir el porcentaje de recién nacidos vivos de 22 semanas de gestación y 501 gr de peso o más hasta 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):	Total de recién nacidos vivos de 22 semanas de gestación y 501 gr de peso o más hasta menos de 37 semanas, en un periodo y área geográfica determinados / Total de recién nacidos vivos del mismo periodo y área geográfica	X 100	
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y Denominador: SUI 13 Egresos hospitalarios		
Interpretación:	Una cifra superior al valor de referencia traduce inconsistencias en la vigilancia del embarazo, como la detección, el diagnóstico y tratamiento de infección de las vías urinarias y cervicovaginales, como causas principales del parto pretérmino; así como, deficiencias en la comunicación educativa dirigida a las embarazadas y su familia; además, de la atención oportuna de complicaciones durante el embarazo y parto. El valor de referencia de este indicador se calculó con base en la media nacional en el IMSS de los años 2013, 2014 y 2015.		
Valor de referencia o meta:	≤ 8.9 %		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación:	13 puntos
Periodicidad:	Mensual y mensual acumulado	Indicador contabilizado por:	Adscripción
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤ 8.9	9.0- 12.3	≥ 12.4
Observaciones:	▪ Para la construcción del indicador: ○ Incluye población No derechohabiente. ○ No aplica el indicador para las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA). ○ Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.		

Neonatal 03 - Proporción de prematurez.			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que construye la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud y envía a la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, que revisa y autoriza la inclusión de los resultados en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad, así como para la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

Neonatal 04 - 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 prematurez de recién nacidos con peso extremadamente bajo, principal causa de morbilidad y mortalidad en los neonatos.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	$\frac{\text{Total de recién nacidos prematuros (menor de 37 semanas), con peso menor o igual a 1,500 g en un periodo y área geográfica determinados}}{\text{Total de recién nacidos vivos del mismo periodo y área geográfica}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y Denominador: SUI 13 Egresos hospitalarios.		
Interpretación:	Una cifra superior al valor de referencia traduce inconsistencias en la vigilancia del embarazo, resultado probable de la no identificación, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, como: infección de las vías urinarias, infecciones cervicovaginales y preeclampsia-eclampsia, en Medicina Familiar y Hospitales de segundo nivel principales causas del parto pretérmino; así como, deficiencias en la comunicación educativa dirigida a las embarazadas y su familia, además de la atención oportuna de complicaciones durante el embarazo y parto. El valor de referencia de este indicador se calculó con base a la media nacional de los años 2013, 2014 y 2015.		
Valor de referencia o meta:	≤ 1.4 %		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación:	15 puntos
Periodicidad:	Mensual y mensual acumulado	Indicador contabilizado por:	Atención
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤ 1.4	1.5 – 1.7	≥ 1.8

Neonatal 04 - Proporción de prematuros (menores de 37 semanas) con peso menor o igual a 1,500 g.			
Observaciones:	▪ Para la construcción del indicador: ▪ 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 integra la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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 de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Calidad	Tipo de indicador:	Estratégico

Neonatal 05 - Letalidad Neonatal por Síndrome de Dificultad Respiratoria Tipo I y sus complicaciones, en unidades médicas hospitalarias.			
Objetivo del indicador es:	Medir la gravedad, o la probabilidad de morir que tienen los recién nacidos prematuros hasta antes de los 28 días de vida, con diagnóstico de síndrome de dificultad respiratoria tipo I y sus complicaciones; e identifica las características de la atención que se otorga de acuerdo con la gravedad de la complicación y la 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 tipo I y sus complicaciones, en Unidades Médicas hospitalarias / Total de egresos por síndrome de dificultad respiratoria tipo I y sus complicaciones, de recién nacidos derechohabientes hasta antes de los 28 días de vida	× 100	
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 y educación, la atención ambulatoria y hospitalaria a la madre y al recién nacido; 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 médica durante el periodo neonatal, en los diferentes niveles de atención hospitalaria, así como la educación 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 2013, 2014 y 2015.		
Valor de referencia o meta:	≤ 10.6%		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación:	8 puntos
Periodicidad:	Mensual y mensual acumulado	Indicador contabilizado por:	Atención

Neonatal 05 - Letalidad Neonatal por Síndrome de Dificultad Respiratoria Tipo I y sus complicaciones, en unidades médicas hospitalarias.			
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤ 10.6	10.7-12.4	≥ 12.5

Observaciones:

- Periodo neonatal: es la etapa que comprende desde el nacimiento hasta antes de los 28 días de vida.
- Para la construcción del indicador se incluyen en el numerador los códigos de causa básica, directas e indirectas CIE-10, siguientes:

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	**P26.1** 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.

- 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.
- Para la construcción del indicador, se excluye:
  - 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.

Neonatal 05 - Letalidad Neonatal por Síndrome de Dificultad Respiratoria Tipo I y sus complicaciones, en unidades médicas hospitalarias.			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que integra la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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 de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficiencia	Tipo de indicador:	Estratégico

Neonatal 06 - Letalidad Neonatal por Asfixia y sus complicaciones, en Unidades Médicas Hospitalarias.			
Objetivo del indicador:	Medir la gravedad o la probabilidad de morir del recién nacido por asfixia y sus complicaciones desde el nacimiento hasta antes de los 28 días de vida, para mejorar la calidad y disminuir las secuelas, en los diferentes aparatos y sistemas, que afectan el desarrollo del niño.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Defunciones de recién nacidos vivos sucedidas desde el nacimiento hasta antes de los 28 días de vida, por asfixia y sus complicaciones, en población derechohabiente, ocurridas en Unidades Médicas hospitalarias / Total de egresos de recién nacidos vivos hasta antes de los 28 días de vida con asfixia y sus complicaciones en Unidades Médicas hospitalarias X 100		
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:	Es un indicador que permite identificar problemas o limitaciones en el proceso de la atención médica durante el periodo neonatal en los diferentes niveles de atención hospitalaria. Mide la gravedad de las complicaciones y los recursos con que cuenta el hospital para su atención. El valor de referencia de este indicador se calculó con base la media nacional de los años 2013, 2014, 2015 y 2016. Un valor superior al valor de referencia se relaciona con inconsistencias en la calidad de la atención médica, lo que genera sobre estancia hospitalaria, reingresos al hospital, entre otros.		
Valor de referencia o meta:	≤16.6%		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación:	8 puntos
Periodicidad:	Mensual y mensual acumulado	Indicador contabilizado por:	Atención
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤16.6	16.7-21.7	≥21.8

Neonatal 06 - Letalidad Neonatal por Asfixia y sus complicaciones, en Unidades Médicas Hospitalarias.	
Observaciones:	▪ Periodo Neonatal: es la etapa que comprende desde el nacimiento hasta antes de los 28 días de vida. ▪ Para la construcción del indicador se incluyen en el numerador los Códigos de causa básica CIE-10 siguientes: **P21.0** Asfixia del nacimiento, severa **P21.1** Asfixia del nacimiento, leve y moderada **P21.9** Asfixia del nacimiento, no especificada **P24.0** Aspiración neonatal de meconio **P26.0** Hemorragia traqueobronquial originada en el período perinatal **P26.1** Hemorragia pulmonar masiva originada en el período perinatal **P26.8** – Otras hemorragias pulmonares originadas en el período perinatal **P26.9** Hemorragia pulmonar no especificada, originada en el período perinatal **P29.3** Persistencia de la circulación fetal (Cierre tardío del ductus arterioso) **P29.4** Isquemia miocárdica transitoria del recién nacido **P29.8** Otros trastornos cardiovasculares originados en el período perinatal **P60** Coagulación intravascular diseminada en el feto y el recién nacido **P71.8** Otros trastornos neonatales transitorios del metabolismo del calcio y del magnesio **P74.4** Otras alteraciones electrolíticas transitorias del recién nacido **P74.8** Otras alteraciones metabólicas transitorias del recién nacido **N17.0** Insuficiencia renal aguda con necrosis tubular **N17.1** Insuficiencia renal aguda con necrosis cortical aguda **N17.2** Insuficiencia renal aguda con necrosis medular **N17.8** Otras insuficiencias renales agudas **N17.9** Insuficiencia renal aguda no especificada **N18.0** Insuficiencia renal terminal **P90** Convulsiones del recién nacido **P91.0** Isquemia cerebral neonatal **R57.0 Choque**, no clasificado en otra parte **R57.1** Choque hipovolémico **J81** Edema pulmonar **J96.0** Insuficiencia respiratoria aguda ▪ En el denominador se contabilizarán de los códigos anteriores, en los diagnósticos principal, secundario 1 y secundario 2.

Neonatal 06 - Letalidad Neonatal por Asfixia y sus complicaciones, en Unidades Médicas Hospitalarias.			
Observaciones:	▪ Para la construcción del indicador, se excluye: o La población No derechohabiente. o Defunción o Egreso por Infección Nosocomial CIE-10 P36, P37, P38, P39. o 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 Unidades Médicas de Alta Especialidad.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que integra la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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 de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficiencia	Tipo de indicador:	Estratégico

Neonatal 07 - 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 Nosocomiales, 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 Nosocomiales en Unidades Médicas de segundo nivel de atención con 20 o más camas censables, o en Unidades Médicas de Alta Especialidad Número de recién nacidos hasta antes de los 28 días de vida, que desarrollaron una o más Infecciones nosocomiales en Unidades Médicas de segundo nivel de atención con 20 o más camas censables, o en Unidades Médicas de Alta Especialidad × 100
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y Denominador: Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Infecciones Nosocomiales, 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 prematurez, 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]. 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. 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. Si el valor se encuentra con desempeño medio o con desempeño bajo con valor > 9.0, se debe implementar o intensificar, la identificación de riesgos en los procesos críticos para Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud, con base en el Modelo de Gestión

Neonatal 07 - 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:	de Riesgos, priorizándolos, y elaborar un plan de acción que incluya paquetes de acciones seguras para la atención neonatal. Si el valor se encuentra con desempeño bajo, con valor < 0.5, 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 a la Salud y el personal de la UCIN.		
Valor de referencia o meta:	0.5 – 5.0		
Unidad de medida:	Tasa de Letalidad	Ponderación:	13 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 ó > 9.0
Observaciones:	▪ Periodo 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. ▪ Para la construcción del indicador: o 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) a junio de 2017. ▪ 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 Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad, así como para la publicación de resultados en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficiencia	Tipo de indicador:	Estratégico

Neonatal 08 - Tasa de Mortalidad por Síndrome de Dificultad Respiratoria 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 SDR I, y sus complicaciones.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	$\frac{\text{Defunciones de recién nacidos vivos sucedidas desde el nacimiento hasta antes de los 28 días de vida, por Síndrome de Dificultad Respiratoria Tipo I, y sus complicaciones}}{\text{Total de recién nacidos vivos}} \times 1{,}000$		
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 comportamiento mayor al valor de referencia expone problemas o limitaciones en el proceso de atención médica durante el periodo neonatal, así como en la educación 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 tipo I y sus complicaciones en el IMSS en los años 2013, 2014, 2015 y 2016.		
Valor de referencia o meta:	≤2.38 por mil nacidos vivos		
Unidad de medida:	Tasa por 1,000 nacidos vivos	Ponderación:	8 puntos
Periodicidad:	Mensual anualizado	Indicador contabilizado por:	Atención
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤ 2.38	2.39–3.19	≥3.20
Observaciones:	▪ Periodo Neonatal: es la etapa que comprende desde el nacimiento hasta antes de los 28 días de vida. Para la construcción del indicador se incluyen en el numerador los Códigos de causa básica CIE-10 siguientes:		

Neonatal 08 - Tasa de Mortalidad por Síndrome de Dificultad Respiratoria Tipo I y sus complicaciones.			
Observaciones:	**P22.0** Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido **P22.8** Otras dificultades respiratorias del recién nacido **P22.**9 Dificultad respiratoria del recién nacido, no especificada	**P25** Enfisema intersticial y afecciones relacionadas, originadas en el periodo perinatal **P26.1** Hemorragia pulmonar masiva originada en el periodo perinatal **P52.0** Hemorragia intraventricular (no traumática) grado I, del feto y del recién nacido	**P52.1** Hemorragia intraventricular (no traumática) grado 2, del feto y del recién nacido **P52.2** Hemorragia intraventricular (no traumática) grado 3, del feto y del recién nacido **P52.3** Hemorragia intraventricular (no traumática), del feto y del recién nacido, sin otra especificación
	▪ Para la construcción del indicador, se excluye: ○ La población No derechohabiente. ○ Defunción o egreso por infección nosocomial CIE-10 P36, P37, P38, P39. ○ 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 Unidades Médicas de Alta Especialidad.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que integra la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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 de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficiencia	Tipo de indicador:	Estratégico

Neonatal 09 - Porcentaje de asistentes que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la Atención Neonatal en Unidades Médicas del Segundo Nivel de Atención o Unidades Médicas de Alta Especialidad.			
Objetivo del indicador:	Medir el porcentaje de asistentes del personal del área de la de salud que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención neonatal en Unidades Médicas, conforme a la programación anual autorizada, con la finalidad de verificar el cumplimiento de la capacitación para el trabajador de base en las Unidades Médicas institucionales.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Número de asistentes reales a los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención neonatal en Unidades Médicas en un trimestre, por Unidad Médica / Número de asistentes programados a los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención neonatal en Unidades Médicas en el mismo trimestre, por Unidad Médica × 100		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: "Informe de Curso de Educación Continua (EC3)" de la Unidad Médica sede registrado en el SIPEC, de Cursos de Educación Continua relacionados con temas de la atención neonatal en Unidades Médicas: “Asistentes reales”; División de Educación Continua de la Coordinación de Educación en Salud. Denominador: “Calendarización de Cursos de Educación Continua para el personal del área de la salud (EC2)" registrada en el SIPEC, de Cursos de Educación Continua relacionados con temas de la atención neonatal en Unidades Médicas Información del curso, renglón “Cupo”; División de Educación Continua de la Coordinación de Educación en Salud.		
Interpretación:	Proporción de asistentes que aprobaron en un trimestre, del total de asistentes programados en el mismo trimestre a los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención neonatal en Unidades Médicas de la programación anual autorizada.		
Valor de referencia o meta:	> 68.4% (Se obtuvo de efectuar un recorrido intercuartil)		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación:	11 puntos
Periodicidad:	Trimestral (marzo, junio, septiembre y diciembre).	Indicador contabilizado por:	Adscripción de la sede que programa el curso

Neonatal 09 - Porcentaje de asistentes que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la Atención Neonatal en Unidades Médicas del Segundo Nivel de Atención o Unidades Médicas de Alta Especialidad.			
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	> 68.4	49.9 – 68.4	< 49.9
Observaciones:	▪ El reporte trimestral no es acumulativo. ▪ Fuente de información de proceso manual y electrónico. ▪ Se excluyen del numerador y denominador, los asistentes que acreditaron cursos extemporáneos y extraordinarios. ▪ La proporción de asistentes que acreditaron del total de asistentes programados, en un trimestre reportado, a los cursos de educación continua con temas relacionados a la Atención Neonatal de la programación anual autorizada, es dependiente de diversos factores, ajenos a la responsabilidad de la Coordinación de Educación en Salud, como son: o Los atribuibles al trabajador. o Cobertura de los servicios asistenciales que permitan que el trabajador asista a dichos cursos, sin desproteger la atención. o Dictamen de beca favorable dependiente de la reglamentación de la Comisión Nacional Mixta de Becas, quien dictamina. ▪ 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. ▪ Asistentes que acreditaron: son los trabajadores del área de la salud, registrados, aprobados y enumerados en forma progresiva en el listado nominal del "Informe de curso de educación continua (EC3)".		

Neonatal 09 - Porcentaje de asistentes que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la Atención Neonatal en Unidades Médicas del Segundo Nivel de Atención o Unidades Médicas de Alta Especialidad.			
Observaciones:	▪ 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. ▪ Adscripción de la sede que programó el curso: es la Unidad Médica institucional que solicita la capacitación para el trabajador de base, respaldado por la detección de necesidades de capacitación y los procesos prioritarios establecidos por la Dirección de Prestaciones Médicas. ▪ SIPEC: Sistema Informático de Programas de Educación Continua.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que construye la Coordinación de Educación en Salud y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad, 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

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

8. Atención Integral del Sobrepeso y Obesidad, en población Derechohabiente de 20 años y más

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

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 Sobrepeso 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.[1,2]

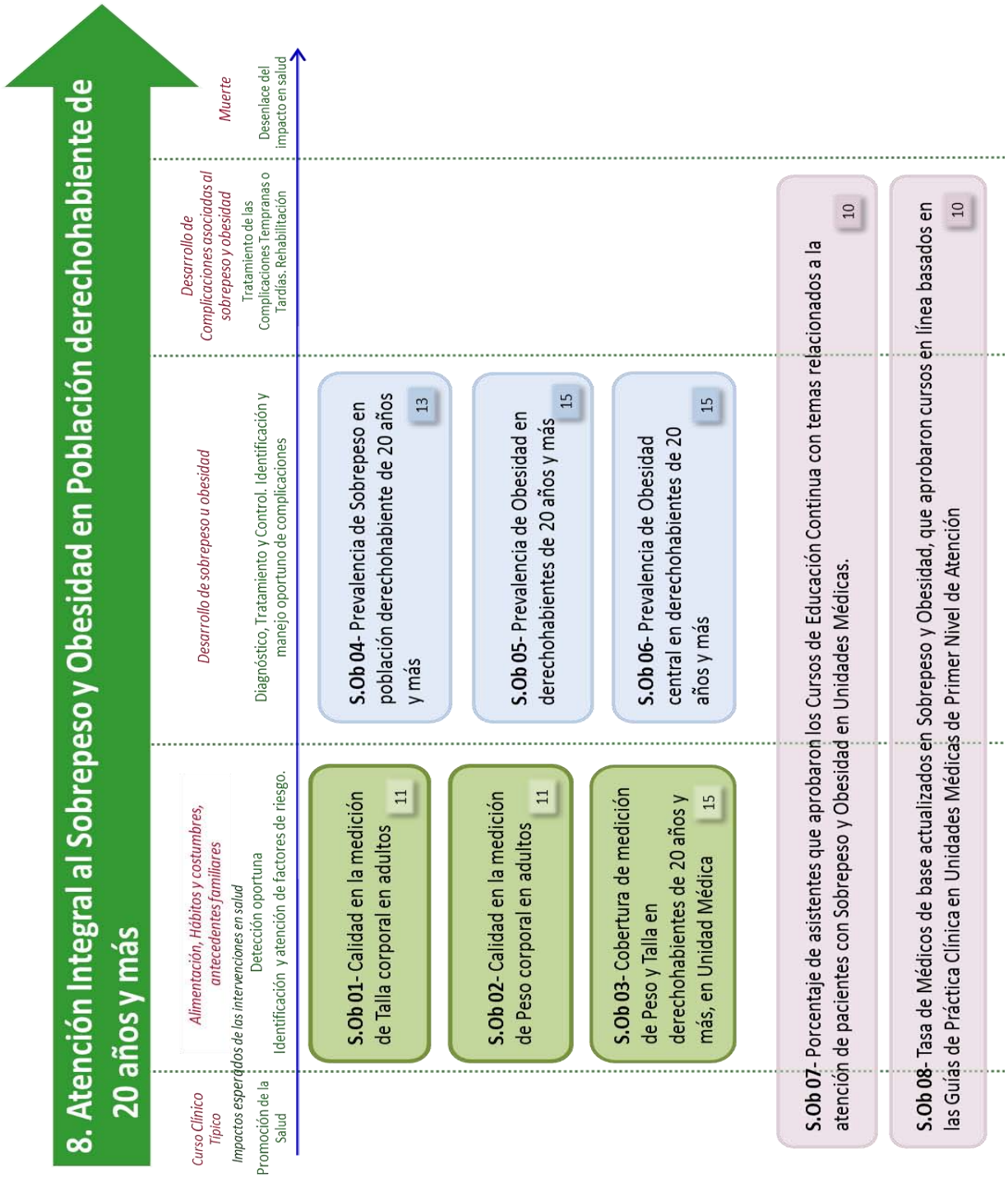
A nivel mundial, en 2014, el 39% de las personas adultas de 18 o más años presentaban Sobrepeso, y el 13% eran obesas[3]. Estimaciones para 2030 de la frecuencia de Sobrepeso en la población mundial, indican que alrededor de 1,350 millones de adultos tendrán Sobrepeso y 573 millones padecerán Obesidad. De no disminuir la tendencia actual, es posible que estas cifras lleguen a un máximo de 2,160 millones de personas adultas con Sobrepeso y 1,120 millones de obesos.[4]

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).[5]

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.

[1] Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad Exógena. México, Instituto Mexicano del Seguro Social, Actualización 2011.
[2] Cabrerizo L, Rubio MA, Ballesteros MD, Moreno-Lopera C. Complicaciones asociadas a la Obesidad. Rev. Esp. Nutr. Comunitaria 2008; 14(3):156-162.
[3] Obesidad y Sobrepeso Nota descriptiva # 311. Junio 2016. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/
[4] Kelly T, Yang W, Chen C-S, Reynolds K, He J. Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. International Journal of Obesity 2008; 32:1431–1437.
[5] Rtveladze K, Marsh T, Barquera S, Sanchez-Romero LM, Levy D, Melendez G, Webber L, Kilpi F, McPherson K, Brown M. Obesity prevalence in Mexico: impact on health and economic burden. Public Health Nutrition 201;17(1):233–239


8. Atención Integral al Sobrepeso y Obesidad en Población derechohabiente de 20 años y más
Curso Clínico Típico
Impactos esperados de las intervenciones en salud
Promoción de la Salud
Alimentación, Hábitos y costumbres, antecedentes familiares
Detección oportuna
Identificación y atención de factores de riesgo.
Desarrollo de sobrepeso u obesidad
Diagnóstico, Tratamiento y Control. Identificación y manejo oportuno de complicaciones
Desarrollo de Complicaciones asociadas al sobrepeso y obesidad
Tratamiento de las Complicaciones Tempranas o Tardías. Rehabilitación
Muerte
Desenlace del impacto en salud
S.Ob 01- Calidad en la medición de Talla corporal en adultos 11
S.Ob 02- Calidad en la medición de Peso corporal en adultos 11
S.Ob 03- Cobertura de medición de Peso y Talla en derechohabientes de 20 años y más, en Unidad Médica 15
S.Ob 04- Prevalencia de Sobrepeso en población derechohabiente de 20 años y más 13
S.Ob 05- Prevalencia de Obesidad en derechohabientes de 20 años y más 15
S.Ob 06- Prevalencia de Obesidad central en derechohabientes de 20 años y más 15
S.Ob 07- Porcentaje de asistentes que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Sobrepeso y Obesidad en Unidades Médicas. 10
S.Ob 08- Tasa de Médicos de base actualizados en Sobrepeso y Obesidad, que aprobaron cursos en línea basados en las Guías de Práctica Clínica en Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención 10

S_Ob 01 - Calidad en la medición de talla corporal en adultos.			
Objetivo del indicador:	Verificar la calidad de la medición de la talla corporal que se realiza en población derechohabiente adulta, para llevar a cabo acciones orientadas a la correcta determinación de este parámetro biológico y en consecuencia del índice de masa corporal.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Suma de la diferencia superior o inferior a dos centímetros, observadas en la comparación de dos mediciones consecutivas en derechohabientes, dentro de un plazo no mayor a 30 días en el primer nivel de atención / Total de mediciones pareadas consecutivas de talla corporal realizadas en derechohabientes adultos dentro de un plazo no mayor a 30 días y realizadas en los servicios de primer nivel de atención X 100		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y denominador: Sistema de Atención Integral a la Salud (SIAIS) / Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF).		
Interpretación:	La identificación de una diferencia, superior o inferior, al punto de corte de 2 centímetros (+ o -) indica deficiencias en la medición de talla corporal. La ocurrencia de diferencia puede afectar la determinación del Índice de Masa Corporal (IMC). La falta de reproducibilidad entre ambas mediciones debe propiciar la correcta medición de este parámetro corporal, a través de capacitación al personal que realiza esta actividad. Un valor superior al 20% indica, que al menos en una quinta parte de las mediciones de la talla, fue deficientemente realizada y su repercusión se refleja en la estimación del IMC que puede subestimar o sobreestimar los niveles de Sobrepeso u Obesidad de una población. La evaluación de los efectos en la reducción de Sobrepeso u Obesidad por programas de intervención se vuelve inválida.		
Valor de referencia o meta:	≤ 15.0%		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación:	11 puntos
Periodicidad:	Anual	Indicador contabilizado por:	Adscripción
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤15.0	15.1 – 19.9	≥20.0

S_Ob 01 - Calidad en la medición de talla corporal en adultos.			
Observaciones:	▪ Para evaluar la calidad se determina la reproducibilidad de la medición a través de medir la concordancia. ▪ Reproducibilidad: Indica hasta qué punto se obtienen los mismos valores al efectuar al menos dos mediciones consecutivas en una misma persona. ▪ En el numerador y denominador, las mediciones se realizan a la misma persona. ▪ Diferencias positivas o negativas, ocurren al realizar mediciones que no siguen una técnica estandarizada de medición de la Talla corporal en el mismo observador o entre observadores diferentes.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye la División de Información en Salud y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud, ambas divisiones de la Coordinación de Planeación en Salud para inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad, 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

S_Ob 02 - Calidad en la medición de peso corporal en adultos.			
Objetivo del indicador:	Medir la calidad de la medición de peso corporal que se realiza en población derechohabiente adulta, para llevar a cabo acciones orientadas a la correcta determinación del valor real de este parámetro corporal.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	$\frac{\text{Suma de la diferencia superior o inferior a tres kilogramos, observadas en la comparación de dos mediciones de peso corporal consecutivas en derechohabientes, dentro de un plazo no mayor a 20 días en el primer nivel de atención}}{\text{Total de mediciones consecutivas realizadas al mismo derechohabiente en población de adultos entre 20 a 59 años, dentro de un plazo no mayor a 20 días y realizadas en los servicios de primer nivel de atención}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y denominador: Sistema de Atención Integral a la Salud (SIAIS) / Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF).		
Interpretación:	El indicador permite identificar deficiencias en la medición de peso corporal a través del grado de reproducibilidad, al comparar dos mediciones en un lapso no mayor a 20 días. La identificación estos errores debe propiciar acciones de capacitación en el personal que realiza esta actividad. La correcta medición del peso corporal propicia el cálculo correcto del Índice de Masa Corporal. Un punto de corte superior o igual al 20% en el indicador, ocasiona incertidumbre en la medición del Índice de Masa Corporal en la población evaluada; las diferencias pueden ser positivas o negativas, ocasionado la introducción de un sesgo de información conocido como de mala clasificación diferencial. El efecto de la falta de concordancia ocasiona dificultad en los procesos de evaluación de los programas de intervención acerca del control de Sobrepeso u Obesidad en la población estudiada.		
Valor de referencia o meta:	≤15.0 %		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación:	11 puntos
Periodicidad:	Anual	Indicador contabilizado por:	Adscripción
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤15.0	15.1 – 19.9	≥20.0

S_Ob 02 - Calidad en la medición de peso corporal en adultos.			
Observaciones:	▪ Para evaluar la calidad se evalúa la reproducibilidad de la medición de peso corporal a través de medir la concordancia. ▪ Reproducibilidad: Indica hasta qué punto se obtienen valores similares al efectuar al menos dos mediciones consecutivas de peso corporal en una misma persona, en un periodo no mayor a 20 días. ▪ Diferencias positivas o negativas, ocurren al realizar mediciones que no siguen una técnica estandarizada de medición del peso corporal realizada por el mismo observador, o entre observadores diferentes.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye la División de Información en Salud y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud, ambas divisiones de la Coordinación de Planeación en Salud para inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad, 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

S_Ob 03 - 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 y otorgar orientación alimentaria.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	$\frac{\text{Número de derechohabientes de 20 años y más con medición de peso y talla acumulado al mes evaluado}}{\text{Total de población derechohabiente adscrita a Médico Familiar de 20 y más años}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y denominador: Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).		
Interpretación:	Su comportamiento permite conocer: Directamente, la proporción de derechohabientes de 20 años y más que fueron medidos y pesados en la Unidad Médica. Indirectamente, el número de derechohabientes 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. El desempeño esperado de al menos 65%, se estableció con base en al comportamiento histórico de este indicador. Lograr una cobertura mayor de 65%, permite identificar el comportamiento del Sobrepeso 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.		
Valor de referencia o meta:	≥ 65.0%		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación:	15 puntos
Periodicidad:	Mensual acumulado.	Indicador contabilizado por:	Adscripción
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥65.0	55.0 – 64.9	≤ 54.9
Observaciones:	▪ La información es acumulada al mes del reporte.		

S_Ob 03 - Cobertura de medición de peso y talla en derechohabientes de 20 años y más, en Unidad Médica.			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que integra la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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 basada en Procesos de Salud-Enfermedad y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

Tabla de valores de referencia mensual

Indicador	Mes	Valor de referencia o meta del período	Rangos de desempeño	
S_Ob 03 - Cobertura de medición de peso y talla en derechohabientes de 20 años y más, en Unidad Médica	Enero	≥ 5.4	Esperado	≥ 5.4
			Medio	5.3 - 1.0
			Bajo	≤ 0.9
	Febrero	≥ 10.8	Esperado	≥ 10.8
			Medio	10.7 - 5.7
			Bajo	≤ 5.6
	Marzo	≥ 16.2	Esperado	≥ 16.2
			Medio	16.1 - 11.1
			Bajo	≤ 11.0
	Abril	≥ 21.6	Esperado	≥ 21.6
			Medio	21.5 - 16.5
			Bajo	≤ 16.4
	Mayo	≥ 27.0	Esperado	≥ 27.0
			Medio	26.9 - 21.9
			Bajo	≤ 21.8
	Junio	≥ 32.4	Esperado	≥ 32.4
			Medio	32.3 - 27.3
			Bajo	≤ 27.2
	Julio	≥ 37.8	Esperado	≥ 37.8
			Medio	37.7 - 32.7
			Bajo	≤ 32.6
	Agosto	≥ 43.2	Esperado	≥ 43.2
			Medio	43.1 - 38.1
			Bajo	≤ 38.0
	Septiembre	≥ 48.6	Esperado	≥ 48.6
			Medio	48.5 - 43.5
			Bajo	≤ 43.4
	Octubre	≥ 54.0	Esperado	≥ 54.0
			Medio	53.9 - 48.9
			Bajo	≤ 48.8
	Noviembre	≥ 59.4	Esperado	≥ 59.4
			Medio	59.3 - 54.3
			Bajo	≤ 54.2
	Diciembre	≥ 65.0	Esperado	≥ 65.0
			Medio	64.9 - 59.9
			Bajo	≤ 59.8

S_Ob 04 - Prevalencia de Sobrepeso en población derechohabiente de 20 años y más.			
Objetivo del indicador:	Medir el porcentaje de derechohabientes de 20 años y más con sobrepeso, para identificar un riesgo en el desarrollo de enfermedades crónicas en la población.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	$\frac{\text{Número de derechohabientes de 20 años y más con sobrepeso en el mes evaluado}}{\text{Total de población derechohabiente de 20 años y más adscrita a Médico Familiar con medición de peso y talla en el mes evaluado}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y denominador: Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).		
Interpretación:	El desempeño esperado de este indicador permite conocer el porcentaje de derechohabientes de 20 y más años que tienen sobrepeso. La meta se estableció con base en el promedio nacional de la prevalencia de sobrepeso del 40% en 2014.		
Valor de referencia o meta:	≤ 40.0%		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación:	13 puntos
Periodicidad:	Mensual	Indicador contabilizado por:	Adscripción
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤ 40.0	40.1 – 50.0	≥ 50.1
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que integra la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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 basada en Procesos de Salud-Enfermedad y 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 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 riesgo en el desarrollo de enfermedades crónicas en la población.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	$\frac{\text{Número de derechohabientes de 20 años y más, con obesidad en el mes evaluado}}{\text{Total de población derechohabiente de 20 años y más, adscrita a Médico Familiar con medición de peso y talla en el mes evaluado}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y Denominador: Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).		
Interpretación:	Un resultado esperado permite conocer el porcentaje de derechohabientes de 20 años y más con obesidad. La meta se estableció con base en el promedio nacional de la prevalencia de obesidad del 35% en 2014.		
Valor de referencia o meta:	≤ 35.0%		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación:	15 puntos
Periodicidad:	Mensual	Indicador contabilizado por:	Adscripción
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤ 35.0	35.1 – 40.0	≥ 40.1
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que integra la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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 basada en Procesos de Salud-Enfermedad y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

S_Ob 06 - 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, para identificar un riesgo en el desarrollo de enfermedades crónicas en la población.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Número de derechohabientes de 20 años y más con obesidad central en el mes evaluado / Total de población derechohabiente de 20 años y más adscrita a Médico Familiar con medición de cintura X 100		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y denominador: Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS)		
Interpretación:	El valor esperado del indicador permite conocer el porcentaje de derechohabientes de 20 años y más con obesidad central. La meta se estableció con base en el promedio nacional de la prevalencia de obesidad central del 74% en 2014.		
Valor de referencia o meta:	≤ 75.0 %		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación:	15 puntos
Periodicidad:	Mensual	Indicador contabilizado por:	Adscripción
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤ 75.0	75.1 – 85.0	≥85.1
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que integra la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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 basada en Procesos de Salud-Enfermedad y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

S_Ob 07 - Porcentaje de asistentes que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Sobrepeso y Obesidad en Unidades Médicas.			
Objetivo del indicador:	Medir el porcentaje de asistentes del personal del área de la de salud que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Sobrepeso y Obesidad en Unidades Médicas, conforme a la programación anual autorizada, con la finalidad de verificar el cumplimiento de la capacitación para el trabajador de base en las Unidades Médicas institucionales.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	$\frac{\text{Número de asistentes reales a los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Sobrepeso y Obesidad en Unidades Médicas en un trimestre, por Unidad Médica}}{\text{Número de asistentes programados a los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Sobrepeso y Obesidad en unidades médicas en el mismo trimestre, por Unidad Médica}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: “Informe de Curso de Educación Continua (EC3)” de la Unidad Médica sede registrado en el SIPEC, de Cursos de Educación Continua relacionados con temas de la atención de pacientes con Sobrepeso y Obesidad en Unidades Médicas: “Asistentes reales”; División de Educación Continua de la Coordinación de Educación en Salud. Denominador: “Calendarización de Cursos de Educación Continua para el personal del área de la salud (EC2)” registrada en el SIPEC, de Cursos de Educación Continua relacionados con temas de la atención de pacientes con Sobrepeso y Obesidad en Unidades Médicas Información del curso, renglón “Cupo”; División de Educación Continua de la Coordinación de Educación en Salud.		
Interpretación:	Proporción de asistentes que aprobaron en un trimestre, del total de asistentes programados en el mismo trimestre a los Cursos de Educación Continua de pacientes con Sobrepeso y Obesidad en Unidades Médicas de la programación anual autorizada.		
Valor de referencia o meta:	> 68.4% (se obtuvo de efectuar un recorrido intercuartil)		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación:	10 puntos
Periodicidad:	Trimestral (marzo, junio, septiembre y diciembre)	Indicador contabilizado por:	Adscripción de la sede que programó el curso
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	> 68.4	49.9 – 68.4	< 49.9

S_Ob 07 - Porcentaje de asistentes que aprobaron los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Sobrepeso y Obesidad en Unidades Médicas.			
Observaciones:	▪ El reporte trimestral no es acumulativo. ▪ Fuente de información de proceso manual y electrónico. ▪ Se excluyen del numerador y denominador los asistentes que acreditaron cursos extemporáneos y extraordinarios. ▪ La proporción de asistentes que acreditaron del total de asistentes programados, en un trimestre reportado, a los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención de pacientes con Sobrepeso y Obesidad de la programación anual autorizada, es dependiente de diversos factores, ajenos a la responsabilidad de la Coordinación de Educación en Salud, como son: o Los atribuibles al trabajador. o Cobertura de los servicios asistenciales que permitan que el trabajador asista a dichos cursos, sin desproteger la atención. o Dictamen de beca favorable dependiente de la reglamentación de la Comisión Nacional Mixta de Becas, quien dictamina. ▪ 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. ▪ Asistentes que acreditaron: son los trabajadores del área de la salud, registrados, aprobados y enumerados en forma progresiva en el listado nominal del “Informe de Curso de Educación Continua (EC3)”. ▪ 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. ▪ Adscripción de la sede que programó el curso: Es la Unidad Médica institucional que solicita la capacitación para el trabajador de base, respaldado por la detección de necesidades de capacitación y los procesos prioritarios establecidos por la Dirección de Prestaciones Médicas. ▪ SIPEC: Sistema Informático de Programas de Educación Continua.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye la Coordinación de Educación en Salud y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para inclusión en la Evaluación de Desempeño basada en Procesos de Salud-Enfermedad, 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

S_Ob 08 - Tasa de médicos de base actualizados en Sobrepeso y Obesidad, que aprobaron cursos en línea basados en las Guías de Práctica Clínica en Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención.			
Objetivo del indicador:	Medir el número de Médicos Familiares de base actualizados en Sobrepeso y Obesidad, a través de cursos en línea basados en las Guías de Práctica Clínica, adscritos en Unidades Médicas con 10 o más consultorios de Medicina Familiar, para diseñar e implementar las estrategias de actualización que propicien una mejora en la atención del paciente con sobrepeso u obesidad.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Número de Médicos Familiares de base actualizados en sobrepeso y obesidad a través de cursos en línea basados en las Guías de Práctica Clínica por Unidades Médicas con 10 o más consultorios de Medicina Familiar, por delegación en un semestre Número de Médicos Familiares de base adscritos por Unidades Médicas con 10 o más consultorios de Medicina Familiar, por Delegación en el mismo semestre	X 100:	
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Reporte semestral de Médicos Familiares de base actualizados en Sobrepeso y Obesidad, a través de cursos en línea basados en las Guías de Práctica Clínica por Unidades Médicas con 10 o más consultorios de Medicina Familiar por Delegación, emitido por los Módulos de Calificaciones y Estadísticas del Sistema Integral de Educación a Distancia; División de Innovación Educativa de la Coordinación de Educación en Salud. Denominador: Plazas ocupadas por Médicos Familiares de base adscritos en Unidades Médicas con 10 o más consultorios de Medicina Familiar por Delegación, obtenido del Sistema Integral de Administración de Personal (SIAP); División del Sistema Integral de Administración de Personal de la Coordinación de Administración de Información de Personal y Comunicación Interna.		
Interpretación:	Porcentaje de Médicos Familiares de base de Unidades Médicas con 10 o más consultorios de Medicina Familiar actualizados en Sobrepeso y Obesidad que aprobaron cursos en línea basados en las Guías de Práctica Clínica.		
Valor de referencia o meta:	>= 5.0 % La meta se obtiene al considerar pertinente la actualización del 5% del personal en un semestre en Sobrepeso y Obesidad y el histórico de desempeño del indicador. La meta establecida corresponde al porcentaje de médicos por actualizar en un semestre.		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación:	10 puntos

S_Ob 08 - Tasa de médicos de base actualizados en Sobrepeso y Obesidad, que aprobaron cursos en línea basados en las Guías de Práctica Clínica en Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención.			
Periodicidad:	Semestral (junio y diciembre)	Indicador contabilizado por:	Adscripción
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	>= 5.0	3.0 – 4.9	< = 2.9
Observaciones:	▪ Se considera médicos actualizados a aquellos que aprobaron el curso de acuerdo a los criterios de permanencia y aprobación establecidos. ▪ Se incluye en el numerador: alumnos aprobados al finalizar el curso en línea. ▪ Se incluye en el numerador y denominador: o Médicos Familiares de base adscritos a Unidades Médicas con 10 o más consultorios de Medicina Familiar. o Alumnos que participan en un curso en línea basado en las Guías de Práctica Clínica, administrado por la División de Innovación Educativa. ▪ Se excluyen del numerador a los participantes jubilados y externos al IMSS. ▪ Sólo para la *Delegación Tlaxcala,* por no contar con Unidades Médicas con 10 o más consultorios de medicina familiar se incluyen *Unidades Médicas con 9 consultorios*.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye la Coordinación de Educación en Salud y envía a la Coordinación de Planeación en Salud, para inclusión en la evaluación de desempeño basada en procesos de salud-enfermedad, 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

V. Indicadores de desempeño

de las

Coordinaciones Normativas

IMSS

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 desempeño de las Coordinaciones Normativas	Número (total 134)
Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel	15
Atención Integral en Segundo Nivel	28
Vigilancia Epidemiológica	8
Educación en Salud	28
Investigación en Salud	23
Políticas de Salud	3
Unidades Médicas de Alta Especialidad	19
Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células	6
Salud en el Trabajo	4

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

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

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

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):	$\frac{\text{Número de derechohabientes a los que se les otorgo acciones preventivas en los últimos 12 meses}}{\text{Total de población derechohabiente adscrita a Médico Familiar}} \times 100$		
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:	≥ 70.5%		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación en la Evaluación Delegacional:	6 puntos
Periodicidad:	Mensual acumulado	Indicador contabilizado por:	Adscripción
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥70.5	70.4 – 65.4	≤65.3
Observaciones:	▪ Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. ▪ El valor de referencia o meta para enero de 2018 será ≥ 40.0%. ▪ Los valores de referencia de los rangos de desempeño se modifican mensualmente (ver Tabla1).		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del Indicador:	Indicador que construye la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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 Estratégica por Delegación y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

Tabla 1. Valores de Referencia Mensuales

Indicador	Mes	Valor de referencia o meta del período	Rangos de desempeño	
CAISPN 01- Cobertura de Chequeo PrevenIMSS	Enero	≥ 40.0	Esperado	≥ 40.0
			Medio	34.9 – 39.9
			Bajo	≤ 34.8
	Febrero	≥ 42.8	Esperado	≥ 42.8
			Medio	37.7 - 42.7
			Bajo	≤ 37.6
	Marzo	≥ 45.5	Esperado	≥ 45.5
			Medio	40.5 – 45.4
			Bajo	≤40.4
	Abril	≥ 48.3	Esperado	≥ 48.3
			Medio	43.2 – 48.2
			Bajo	≤ 43.1
	Mayo	≥ 51.1	Esperado	≥ 51.1
			Medio	46.0 – 51.0
			Bajo	≤ 45.9
	Junio	≥ 53.9	Esperado	≥ 53.9
			Medio	48.8 – 53.8
			Bajo	≤48.7
	Julio	≥ 56.6	Esperado	≥ 56.6
			Medio	51.6 - 56.5
			Bajo	≤51.5
	Agosto	≥ 59.4	Esperado	≥ 59.4
			Medio	54.3 – 59.3
			Bajo	≤ 54.2
	Septiembre	≥ 62.2	Esperado	≥ 62.2
			Medio	57.1 – 62.1
			Bajo	≤ 57.0
	Octubre	≥ 65.0	Esperado	≥ 65.0
			Medio	59.9 – 64.9
			Bajo	≤ 59.8
	Noviembre	≥ 67.7	Esperado	≥ 67.7
			Medio	62.6- 67.6
			Bajo	≤ 62.5
	Diciembre	≥ 70.5	Esperado	≥ 70.5
			Medio	65.4 – 70.4
			Bajo	≤ 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):	Número de Chequeos PrevenIMSS en el mes evaluado / (días hábiles laborados en el mes) / total de Enfermeras) Total de Enfermeras que realizan acciones preventivas.		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y denominador: Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).		
Interpretación:	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. Una cifra dentro del valor esperado refleja el incremento de las coberturas de los Programas Integrados de Salud. 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.		
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:	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	16 - 22	13 - 15	<12
Observaciones	Ninguna		

CAISPN 02 - Productividad de Chequeo PrevenIMSS por personal de Enfermería.			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del Indicador:	Indicador que construye la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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 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):	Número de consultorios de Medicina Familiar. Número de módulos de PREVENIMSS más los módulos de Enfermeras Especialistas en Medicina de Familia más los consultorios de Materno Infantil.		
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 derechohabiente 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: 2.5	1:3
Observaciones:	▪ 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 Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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):	$\frac{\text{Número de niños de un año de edad que tienen completo su esquema de vacunación}}{\text{Población de niños de un año de edad bajo responsabilidad institucional}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Sistema de Información en Salud de la Secretaría 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 cubiertos con sus vacunas, así como la oportunidad en la aplicación de las mismas.		
Valor de referencia o meta:	≥ 95.0%		
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad:	Trimestral anualizado	Indicador contabilizado por:	Adscripción
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥95.0	93.0 – 94.9	≤92.9
Observaciones:	▪ 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 Diagnóstico de los Servicios de Salud 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

CAISPN 05 - Productividad de Atención Integral por la Enfermera Especialista en Medicina de Familia.			
Objetivo del indicador:	Medir el total de Atenciones Integrales otorgadas en el mes de las Enfermeras Especialistas en Medicina de Familia para conocer la eficiencia del servicio.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	(Número de Atenciones Integrales en el mes evaluado) / (días hábiles laborados en el mes)		
	Total de Enfermeras Especialistas en Medicina de Familia		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y denominador: Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).		
Interpretación:	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. Una cifra dentro del valor esperado refleja el incremento de las coberturas de la Atención Integral. 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.		
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
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del Indicador:	Indicador que construye la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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 06 - Logro de aceptantes de primera vez de Métodos Anticonceptivos, en relación con la meta programada en Consulta Externa de Medicina Familiar.			
Objetivo del indicador:	Medir la proporción de aceptantes a quienes se les otorga un método anticonceptivo por primera vez, respecto a lo programado por cubrir en un período determinado, a fin de medir la calidad de las acciones de comunicación educativa proporcionada a las embarazadas.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	$\frac{\text{Aceptantes de primera vez de métodos anticonceptivos en Consulta Externa.}}{\text{Meta de aceptantes de primera vez de métodos anticonceptivos en Consulta Externa.}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: DataMart de Estadísticas Médicas (Aceptantes de primera vez de métodos anticonceptivos en población derechohabiente, población abierta y área laboral). Denominador: Meta establecida en el Programa Operativo Anual (POA) del Programa de Planificación Familiar. Metas Mensuales (Metmes) con la Distribución Mensual. Generadas en el Programa Operativo Anual (POA), Instructivo para la Programación de Actividades, Insumos y Gastos.		
Interpretación:	Una cifra superior al 90 por ciento traduce la calidad de las acciones de comunicación educativa proporcionada a las embarazadas por el personal de salud, y que tiene como finalidad que ellas acepten en forma libre, voluntaria e informada un método anticonceptivo moderno. La meta se estimó con base en las nuevas aceptantes históricas en cada una de las unidades médicas del IMSS.		
Valor de referencia o meta:	≥ 90.0 %		
Rangos de desempeño:	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	≥ 90.0	70.0 - 89.9	≤ 69.9
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad:	Mensual acumulado		
Observaciones:	▪ Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.		

CAISPN 06 - Logro de aceptantes de primera vez de Métodos Anticonceptivos, en relación con la meta programada en Consulta Externa de Medicina Familiar.			
	▪ Para construcción del indicador, se incluyen los métodos siguientes: hormonales orales que incluyen parches transdérmicos y dispositivo medicado, hormonales inyectables, implantes subdérmicos, dispositivos intrauterinos y vasectomía. ▪ Indicador desagregado a nivel de Unidad, Delegacional y 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 Diagnóstico de los Servicios de Salud 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

CAISPN 07 - Cobertura de protección anticonceptiva posevento obstétrico.			
Objetivo del indicador:	Medir la proporción de mujeres que egresan protegidas con un método anticonceptivo, después de la interrupción del embarazo (parto eutócico, distócico vaginal, distócico abdominal o aborto) antes del egreso hospitalario para concluir la fecundación o incrementar el espacio intergenésico.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	$\frac{\text{Total de aceptantes de método anticonceptivo en parto eutócico, distócico vaginal, distócico abdominal y por complicaciones de aborto.}}{\text{Total de partos eutócicos, distócicos vaginales, distócicos abdominales y por complicaciones de aborto.}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y Denominador: Data Mart de Estadísticas Médicas.		
Interpretación:	Una cifra inferior al 80 por ciento traduce deficiencias en la calidad e 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 eutócico, distócico vaginal, distócico 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 acumulado	Indicador contabilizado por:	Atención
Rangos de desempeño:	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	≥80.0	75.0 – 79.9	≤74.9

CAISPN 07 - Cobertura de protección anticonceptiva posevento obstétrico.			
Observaciones:	Se excluye en el numerador y denominador a la población No derechohabiente.		
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 Diagnóstico de los Servicios de Salud 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

CAISPN 08 - 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):	Número de complicaciones de aborto atendidos. / Mujeres en edad fértil de la población adscrita a Médico Familiar al mes de junio del año inmediato anterior. X 1,000		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: DataMart de Estadísticas Médicas. Denominador: Población derechohabiente 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:	Para el cálculo del indicador se utilizan los últimos doce meses al periodo reportado.		

CAISPN 08 - Tasa de Abortos por 1,000 mujeres en edad fértil (régimen ordinario).			
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 Diagnóstico de los Servicios de Salud 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/Impacto

CAISPN 09 - 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:	Un resultado dentro del desempeño esperado representa una adecuada congruencia clínico-diagnóstico-terapéutica del Médico Familiar. 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.		
Valor de referencia o meta:	≤ 7.0%		
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad:	Mensual	Indicador contabilizado por:	Adscripción
Rangos de desempeño:	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	≤ 7.0	7.1 – 8.0	≥ 8.1
Observaciones:	▪ 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 09 - 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 Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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:	Gestión

CAISPN 10 - 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:	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. La meta se estimó con base al comportamiento histórico de la atención del Médico Familiar durante su turno laboral.		
Valor de referencia o meta:	≥ 4.0		
Unidad de medida:	Promedio		
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:	Indicador que construye la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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:	Gestión

CAISPN 11 - 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):	$\frac{\text{Número de partos atendidos}}{\text{Número de mujeres en edad fértil de la Población Adscrita a Médico Familiar del mes de junio del año inmediato anterior}} \times 1{,}000$		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: DataMart de Estadísticas Médicas. Denominador: Población derechohabiente adscrita a Médico Familiar. Dirección de Incorporación y Recaudación (al 30 de junio del año inmediato anterior).		
Interpretación:	El resultado es similar al de la Tasa de Fecundidad General de la población derechohabiente, 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 derechohabiente, por lo que una alta prevalencia en el uso de los mismos propicia una fecundidad menor y favorece una tendencia descendente de este indicador. La meta se estimó con base al comportamiento histórico del indicador		
Valor de referencia:	≤ 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
Observaciones:	▪ En el numerador se incluyen partos eutócicos y distócicos. ▪ Para la construcción del indicador se excluye del numerador y denominador las mujeres no derechohabientes.		

CAISPN 11 - Tasa de Partos por 1,000 mujeres en edad fértil.			
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 Diagnóstico de los Servicios de Salud 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

CAISPN 12 - 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 (FCN), Deficiencia de Biotinidasa (DB) y Galactosemia Clásica (GC), 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:	Numerador: Informe Complementario de Acciones Preventivas (CP03) del Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).		
	Denominador: SUI-13 Egresos Hospitalarios (Recién nacidos en el IMSS).		
Interpretación:	Indica el resultado del proceso de detección de las Enfermedades Metabólicas Congénitas: Hipotiroidismo Congénito (HC), Hiperplasia Suprarrenal Congénita (HSC), Fenilcetonuria (FCN), Deficiencia de Biotinidasa (DB) y Galactosemia Clásica (GC) para prevenir secuelas y complicaciones en los niños afectados. La meta se estimó con base en el comportamiento histórico que han tenido las Delegaciones y estándares internacionales.		
Valor de referencia o meta:	≥ 95.0%		
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥95.0	93.0 – 94.9	≤ 92.9
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad:	Mensual acumulado		
Observaciones:	La información es acumulada al mes del reporte.		

CAISPN 12 - 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 Diagnóstico de los Servicios de Salud 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

CAISPN 13 - 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 que egresan protegidas con un método anticonceptivo, después de la interrupción del embarazo (parto eutócico, distócico vaginal, distócico abdominal o aborto) antes del egreso hospitalario para concluir la fecundación o incrementar el espacio intergenésico.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	$\frac{\text{Total de aceptantes de método anticonceptivo en parto eutócico, distócico vaginal, distócico abdominal y por complicaciones de aborto en mujeres menores de 10 a 19 años}}{\text{Total de partos eutócicos, distócicos vaginales, distócicos abdominales y por complicaciones de aborto en mujeres menores de 10 a 19 años}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y denominador: SIMO		
Interpretación:	Una cifra inferior al 80% traduce deficiencias en la calidad e 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 eutócico, distócico vaginal, distócico 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%	Ponderación en la evaluación Delegacional:	6 puntos
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥80.0%	75.0% – 79.9%	≤ 74.9%
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad:	Mensual acumulado.	Indicador contabilizado por:	Atención

CAISPN 13 - Cobertura de Protección Anticonceptiva Posevento Obstétrico en mujeres de 10 a 19 años.			
Observaciones:	Se excluye en el numerador y denominador a la población No derechohabiente.		
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 Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación Planeación en Salud para la inclusión en la Evaluación Estratégica por Delegación y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del Indicador	Eficacia	Tipo de Indicador:	Estratégico

CAISPN14 – 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 / Número de niños de 6 meses de edad al mes del reporte (Recién nacidos vivos 6 meses previos a la fecha de reporte) x 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%		
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad:	Mensual	Indicador contabilizado por:	Delegación
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	>=40%	20 - 39.9%	<20%
Observaciones:	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. 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.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del Indicador:	Indicador que construye la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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 la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

CAISPN 15 - 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 / Total de horas trabajadas por el estomatólogo		
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 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:	≥ 2.0		
Unidad de medida:	Promedio		
Periodicidad:	Mensual y mensual acumulado	Indicador contabilizado por:	Unidad médica
Rangos de desempeño:	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	≥ 2.0	1.0 – 1.9	≤ 0.9
Observaciones	Ninguna		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del Indicador:	Indicador que construye la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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:	Productividad	Tipo de indicador:	Gestión

2. Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel (CAISN)

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 / Número de pacientes egresados del área de observación adultos de los servicios de urgencias en unidades de servicios médicos de segundo nivel × 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: ▪ 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:	≤ 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 en la evaluación delegacional:	3.5
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:	▪ Para la construcción del indicador: o Se incluyen en el numerador y denominador los pacientes derechohabientes y no derechohabientes. o Se excluyen las unidades de servicios médicos de segundo nivel de Ginecología y Obstetricia, Ginecología y Pediatría (HGO, HGOMF, HGP y HGPMF) y HPsiqMF, CCSM y UMAA. o No se contabilizan las horas de estancia que resulten negativas. o Se considera adultos, aquellos registros con edad de 17 años y más. o Se excluyen registros con edades erróneas. o 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:	Indicador que integra y publica la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
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 / Número de pacientes egresados del área de observación pediátrica de los servicios de urgencias en unidades de servicios médicos de segundo nivel × 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: ▪ 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:	≤ 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:	▪ Para la construcción del indicador: o Se incluyen en el numerador y denominador los pacientes derechohabientes y no derechohabientes. o Se considera menores de edad, aquellos registros con edad de 0 a 16 años. o Se excluyen las unidades de servicios médicos de segundo nivel de Ginecología y Obstetricia, Ginecología y Pediatría (HGO, HGOMF, HGP y HGPMF) y HPsiqMF, CCSM y UMAA. o No se contabilizan las horas de estancia que resulten negativas. o 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:	Indicador que integra y publica la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, para la inclusión en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
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):	$\frac{\text{Total de horas paciente del área de observación adultos de los servicios de urgencias en unidades de servicios médicos de segundo nivel}}{\text{Total de horas camilla en servicio de observación adultos en urgencias, en unidades de servicios médicos de segundo nivel}} \times 100$		
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: ▪ 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:	≤ 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.			
Observaciones:	▪ Para la construcción del indicador: o Se excluyen del numerador y denominador: 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. o El comportamiento mensual acumulado se obtiene de la suma de numeradores entre la suma de denominadores del periodo reportado. o Se consideran adultos, aquellos registros con edad de 17 años y más. Se excluyen registros con edades erróneas. ▪ Para la construcción del numerador: o Se incluyen los pacientes derechohabientes y no derechohabientes. o No se contabilizan las horas de estancia que resulten negativas. • Para el cálculo del denominador: o 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. o 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).		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que integra y publica la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, para la inclusión 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):	$\frac{\text{Total de horas paciente del área de observación pediátrica de los servicios de urgencias en unidades de servicios médicos de segundo nivel}}{\text{Total de horas camilla en servicio de observación pediátrica en urgencias, en unidades de servicios médicos de segundo nivel}} \times 100$		
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: ▪ 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:	≤ 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:	▪ Para la construcción del indicador: o Se excluyen del numerador y denominador: Las unidades de servicios médicos de segundo nivel de Ginecología y Obstetricia, Ginecología y Pediatría (HGO, HGOMF, HGP y HGPMF), así como HPsiqMF, CCSM y UMAA. o El comportamiento mensual acumulado se obtiene de la suma de numeradores entre la suma de denominadores del periodo reportado. ▪ Para la construcción del numerador: o Se incluyen los pacientes derechohabientes y no derechohabientes. o No se contabilizan las horas de estancia que resulten negativas. o Se considera menores de edad, aquellos registros con edad de 0 a 16 años. • Para el cálculo del denominador: o 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. o Los días calendario serán los establecidos cada año por la División de Información en Salud. o 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).		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que integra y publica la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, para la inclusión en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Gestión

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):	$\frac{\text{Total de consultas de urgencias otorgadas en unidades de servicios médicos de segundo nivel}}{\text{Total de derechohabientes adscritos a Medicina Familiar al mes de junio del año inmediato anterior}} \times 1{,}000$		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Sistema de Información Medico 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: ▪ Supervisión directiva. ▪ Gestión de recursos humanos, insumos y/o infraestructura. ▪ Gestión directiva entre los tres niveles de atención de acuerdo a 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

CAISN 05 - Índice de Consultas de Urgencia por 1,000 derechohabientes en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel.			
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
Anual:	200.0 - 249.9	160.0 - 199.9 o 250.0 - 289.9	≤ 159.9 o ≥ 290.0
Mensual:	16.7 - 20.7	20.8 - 24.1	≤ 16.6 o ≥ 24.2
Observaciones:	▪ Para la construcción del indicador: ○ 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 derechohabiente adscrita a médico familiar al 30 de junio 2017 incorporada en el Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS). ▪ Indicador que se construye únicamente por Delegación. ▪ Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que integra y publica la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, para la inclusión en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
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):	$\frac{\text{Total de días paciente en unidades de servicios médicos de segundo nivel}}{\text{Total de días cama en unidades de servicios médicos de segundo nivel}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: DataMart Estadísticas Médicas. 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:	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: ▪ 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		
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	80.0 - 90.0	70.0 – 79.9	≤ 69.9 o >90.0
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad:	Mensual y mensual acumulado	Indicador contabilizado por:	Atención

CAISN 06 - Porcentaje de Ocupación Hospitalaria en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel.			
Observaciones:	▪ Para la construcción del indicador: o Se excluyen del numerador y denominador, las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria. o El comportamiento mensual acumulado se obtiene de la suma de numeradores entre la suma de denominadores del período reportado. o Total de días - cama: número total de camas censables (variable del IFU 50100) publicado en el portal: http://infosalud.imss.gob.mx/, multiplicado por los días calendario del periodo. o Los días calendario serán los establecidos cada año por la División de Información en Salud. ▪ Para el cálculo del denominador: o 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 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/ ▪ 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 integra y publica la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, para la inclusión 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		
	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:	Indicador relacionado con las líneas de acción: “Evitar sobre-estancia al agilizar cirugías, procedimientos, estudios e interconsultas” y “Estandarización de pre-alta, alta efectiva y uso de salas de alta”, de la estrategia institucional “Gestión de Camas”. El promedio de días estancia, de acuerdo a la División Médica y tipo de Unidad de servicios médicos de segundo nivel, indica que el uso del recurso cama es eficaz, mediante la prestación oportuna de los servicios de atención médica. El desempeño medio y bajo, indica una estancia hospitalaria mayor o menor a la esperada, y requiere implementar acciones, tales como: o Supervisión directiva de la gestión de camas. o Oportunidad para interconsultas y/o estudios de laboratorio y gabinete. o Registro correcto y oportuno de los egresos hospitalarios. o 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 Hospital“ y CAISN 07.3 “Promedio de Días Estancia por División Médica por Delegación”.		
Unidad de medida:	Promedio	Ponderación en la evaluación delegacional:	3.5
Periodicidad:	Mensual y mensual acumulado	Indicador contabilizado por:	Atención
Observaciones:	▪ 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:

- Tipo de unidad de servicios médicos de segundo nivel incluye HGR, HGZ, HGS, HGO, HGP y Psiquiátricos.
- 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 indicador delegacional se construye con la suma de los hospitales de cada Delegación.
- 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.
- Se excluyen las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA).
- En la tabla CAISN 07.1, se precisan las variables de camas censables del IFU que conforman cada división médica.
- El desempeño de una Unidad Médica se califica como sigue:
  - Primero se determina el desempeño con base al promedio de días estancia por división y tipo de hospital, que se precisan en la tabla CAISN 07.2.
  - Con base al desempeño obtenido se le otorga un puntaje de la forma siguiente:

Esperado	Medio	Bajo
1 punto	0.5 puntos	0 puntos

  - Se obtiene el logro porcentual del desempeño de la Unidad Médica, mediante el procedimiento siguiente:
  - La suma de puntos de todas las divisiones médicas del Hospital, se multiplica por 100, y el resultado se divide entre el número total de divisiones de ese Hospital (puntuación máxima esperada).
  - El porcentaje obtenido se califica con base a la tabla siguiente:

Esperado	Medio	Bajo
80.0 – 100.0 %	60.0 – 79.9 %	≤ 59.9 %

- El desempeño general de una Delegación se califica como sigue:
  - Primero, se determina el desempeño con base al promedio de días estancia por división y Delegación, que se precisan en la tabla CAISN 07.3.
  - Con base al desempeño obtenido, se le otorga un puntaje de la forma siguiente:

Esperado	Medio	Bajo
1 punto	0.5 puntos	0 puntos

<table>
<tr><td colspan="4">CAISN 07 - Promedio de días estancia por División Médica y tipo de Unidad de Servicios Médicos de Segundo Nivel.</td></tr>
<tr><td>Observaciones:</td><td colspan="3">o Se obtiene el logro porcentual del desempeño de la Delegación, mediante el procedimiento siguiente:
o La suma de puntos de todas las Divisiones Médicas del Hospital, se multiplica por 100, y el resultado se divide entre las 4 Divisiones Médicas.
o El porcentaje obtenido se califica con base a la tabla siguiente:
<table>
<tr><td>Esperado</td><td>Medio</td><td>Bajo</td></tr>
<tr><td>80.0 – 100.0 %</td><td>60.0 – 79.9 %</td><td>≤ 59.9 %</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:</td><td colspan="3">Indicador que integra y publica la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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:

http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</td></tr>
<tr><td>Dimensión del indicador:</td><td>Calidad</td><td>Tipo de indicador:</td><td>Gestión</td></tr>
</table>

Tabla 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)
Cirugía	50400	Cama de Angiología
	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

Tabla 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	≤ 3.3	3.4 – 4.0	≥ 4.1	≤ 3.3	3.4 – 4.1	≥ 4.2
HGZ, HGZMF	≤ 6.2	6.3 – 7.7	≥ 7.8	≤ 4.8	4.9 – 5.7	≥5.8
HGR, HGRMF	≤ 6.8	6.9 – 8.3	≥8.4	≤ 5.4	5.5 – 6.3	≥6.4
HGR 2 VILLA COAPA	≤ 6.8	6.9 – 8.3	≥8.4	≤ 7.9	8.0 – 10.0	≥10.1
HPSQMF 10, CCSM	≤ 10.3	10.4 – 14.7	≥14.8			
HGO, HGOMF HGP, HGPMF						
Tipo de Unidad	División de Pediatría			División de Ginecobstetricia		
	Esperado	Medio	Bajo	Esperado	Medio	Bajo
HGS, HGSMF	≤ 2.3	2.4 – 3.0	≥ 3.1	≤ 1.7	1.8 – 2.4	≥ 2.5
HGZ, HGZMF	≤ 4.7	4.8 – 6.0	≥ 6.1	≤ 2.0	2.1 – 2.9	≥ 3.0
HGR, HGRMF, HGO, HGP, HGPMF, HGOMF	≤ 5.4	5.5 – 6.8	≥ 6.9	≤ 2.4	2.5 – 3.1	≥ 3.2
HGR 2 VILLA COAPA HPSQMF 10, CCSM						

Tabla CAISN 07.3 - Promedio de Días Estancia por División Médica, por Delegación (parte I)							
División Medicina				División Cirugía			
DESEMPEÑO	ESPERADO ≤	MEDIO	BAJO ≥	DESEMPEÑO	ESPERADO ≤	MEDIO	BAJO ≥
NACIONAL	**6.4**	**6.5 - 8.0**	**8.1**	**NACIONAL**	**5.0**	**5.1 - 5.9**	**6.0**
Baja California	5.5	5.6 - 6.8	6.9	Baja California	4.5	4.6 - 5.5	5.6
Baja California Sur	5.6	5.7 - 6.9	7.0	Baja California Sur	4.6	4.7 - 5.6	5.7
Hidalgo	5.8	5.9 - 7.2	7.3	Hidalgo	4.6	4.7 - 5.5	5.6
Guanajuato	5.9	6.0 - 7.3	7.4	Guanajuato	4.7	4.8 -5.7	5.8
Puebla				Puebla	4.7	4.8 -5.6	5.7
Chihuahua	6.2	6.3 - 7.6	7.7	Aguascalientes	4.8	4.9 - 5.8	5.9
Tamaulipas				Campeche			
Veracruz Sur				Chihuahua			
Coahuila	6.3	6.4 - 7.7	7.8	Tamaulipas			
Michoacán				Zacatecas			
Aguascalientes	6.3	6.4 - 7.8	7.9	Coahuila	4.9	5.0 - 5.9	6.0
Campeche				Michoacán			
Zacatecas				Veracruz Sur			
Sonora	6.4	6.5 - 7.8	7.9	CDMX (DFN)			
CDMX Norte (DFN)	6.4	6.5 - 7.9	8.0	Colima	5.0	5.1 - 6.0	6.1
Colima	6.5	6.6 - 8.0	8.1	Durango			
Durango				México Oriente			
México Oriente				Morelos			
Morelos				Nuevo León			
Nuevo León				Oaxaca			
Oaxaca				Quintana Roo			
Quintana Roo				San Luis Potosí			
San Luis Potosí				Sonora			
Tabasco				Tabasco			
Tlaxcala				Tlaxcala			
Veracruz Norte				Veracruz Norte			
Chiapas	6.6	6.7 - 8.1	8.2	Chiapas	5.1	5.2 - 6.1	6.2
México Poniente				Jalisco			
Querétaro				México Poniente			
Sinaloa				Querétaro			
Guerrero	6.7	6.8 - 8.1	8.2	Sinaloa			
Nayarit	6.7	6.8 - 8.2	8.3	CDMX Sur (DFS)	5.1	5.2 - 6.3	6.4
CDMX Sur (DFS)	6.7	6.8 - 8.6	8.7	Guerrero	5.2	5.3 - 6.2	6.3
Jalisco	6.8	6.9 - 8.5	8.6	Nayarit			
Yucatán	6.9	7.0 - 8.4	8.5	Yucatán	5.4	5.5 - 6.4	6.5

Tabla CAISN 07.3 - Promedio de Días Estancia por División Médica, por Delegación (parte II)							
División Ginecobstetricia				División Pediatría			
DESEMPEÑO	ESPERADO ≤	MEDIO	BAJO≥	DESEMPEÑO	ESPERADO ≤	MEDIO	BAJO≥
NACIONAL	**2.2**	**2.3 - 3.0**	**3.1**	**NACIONAL**	**4.9**	**5.0 - 6.3**	**6.4**
Aguascalientes	2.0	2.1 - 3.0	3.1	Baja California Sur	4.3	4.4 - 5.5	5.6
Campeche				Hidalgo	4.3	4.4 - 5.6	5.7
Hidalgo				Puebla	4.4	4.5 - 5.7	5.8
Puebla				Guanajuato	4.5	4.6 - 5.7	5.8
Zacatecas				Baja California	4.5	4.6 - 6.0	6.1
CDMX Sur (DFS)				Tamaulipas	4.7	4.8 - 6.0	6.1
Baja California Sur	2.1	2.2 - 2.9	3.0	Aguascalientes	4.7	4.8 - 6.1	6.2
Baja California	2.1	2.2 - 3.0	3.1	Campeche			
Coahuila				Coahuila			
Chihuahua				Michoacán			
Guanajuato				Zacatecas			
Michoacán				Chihuahua	4.8	4.9 - 6.2	6.3
Tamaulipas				Veracruz Sur	4.7	4.8 - 6.3	6.4
Veracruz Sur				CDMX Sur (DFS)			
CDMX Norte (DFN)	2.1	2.2 - 3.1	3.2	Durango	4.9	5.0 - 6.3	6.4
Colima				Nuevo León			
Durango				Oaxaca			
México Oriente				Sonora			
Morelos				Veracruz Norte			
Nuevo León				Colima	4.9	5.0 - 6.4	6.5
Oaxaca				Morelos			
San Luis Potosí				San Luis Potosí			
Tabasco				Tabasco			
Tlaxcala				Tlaxcala			
Veracruz Norte				México Oriente	5.0	5.1 - 6.1	6.2
Chiapas	2.2	2.3 - 3.1	3.2	Quintana Roo	5.1	5.2 - 6.2	6.3
Jalisco				CDMX Norte (DFN)	5.0	5.1 - 6.3	6.4
México Poniente				Jalisco	5.0	5.1 - 6.4	6.5
Nayarit				Chiapas	5.1	5.2 - 6.5	6.6
Querétaro				Querétaro			
Quintana Roo				Nayarit	5.1	5.2 - 6.6	6.7
Sinaloa				Sinaloa			
Sonora				México Poniente	5.2	5.3 - 6.1	6.2
Guerrero	2.3	2.4 - 3.1	3.2	Guerrero	5.2	5.3 - 6.6	6.7
Yucatán	2.4	2.5 - 3.2	3.3	Yucatán	5.4	5.5 - 6.9	7.0

CAISN 08 - Intervalo de sustitución de camas en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel.			
Objetivo del indicador:	Medir de forma indirecta el tiempo que permanecen las camas censables desocupadas entre un egreso y el subsiguiente ingreso a la misma cama, para establecer acciones que mejoren la eficiencia del servicio de hospitalización		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	(Días cama) – (Días paciente) del periodo a informar, en unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel		
	Egresos hospitalarios del periodo en unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel		
Fuentes oficiales para el cálculo:	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 Sistema DataMart Estadísticas Médicas. Denominador: DataMart Estadísticas Médicas.		
Interpretación:	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”. 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 de 0.08 – 0.24, que equivale de 2 a 6 horas o de 120 a 360 minutos. El desempeño medio o bajo requiere implementar acciones con el equipo de trabajo asignado para la gestión de camas, tales como: ▪ Registro correcto y oportuno de los ingresos y egresos Hospitalarios. ▪ Limpieza oportuna de camas. ▪ Gestión de recursos humanos, insumos y/o infraestructura.		
Valor de referencia o meta:	0.08 – 0.24		
Unidad de medida:	Promedio		
Periodicidad:	Mensual	Indicador contabilizado por:	Atención
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	0.08 a 0.24	0.25 a 1.00	> 1.00 o < 0.08

CAISN 08 - Intervalo de sustitución de camas en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel.			
Observaciones:	▪ 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). ▪ Total de días - cama: Número Total de Camas censables (variable 50100 del Inventario Físico de Unidades), publicado por la División de Información en Salud en el Portal: http://infosalud.imss.gob.mx/, multiplicado por días calendario del periodo. ▪ Indicador que se mide por Unidad de servicios médicos de segundo nivel y por Delegación. ▪ Para la construcción del indicador, se excluyen: o Unidades Médicas de Atención Ambulatoria. o Servicios ambulatorios, programas de corta estancia y puerperio de bajo riesgo. o Los días – paciente se obtienen del sistema DataMart Estadísticas Médicas. o Horas de utilización negativas (inconsistencias en la información).		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que integra y publica la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, para la inclusión en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficiencia	Tipo de indicador:	Gestión

CAISN 09 - Índice de rotación de camas por División Médica y tipo Unidad de Servicios Médicos de Segundo Nivel.			
Objetivo del indicador:	Medir el número de pacientes que usan una cama censable, por División médica y tipo de Unidades de servicios médicos de segundo nivel, para establecer acciones que mejoren la eficiencia del servicio de hospitalización.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Egresos hospitalarios por División médica y tipo de Unidades de servicios médicos de segundo nivel		
	Camas censables por División médica y tipo de Unidades de servicios médicos de segundo nivel		
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/		
Interpretación:	Indicador relacionado con las líneas de acción: "Evitar sobre-estancia al agilizar cirugías, procedimientos, estudios e interconsultas" y "Estandarización de pre-alta, alta efectiva y uso de salas de alta", de la estrategia institucional "Gestión de Camas". Mide la relación entre la cantidad del recurso cama y la prestación de los servicios médicos y administrativos. El desempeño medio o bajo requiere implementar acciones de mejora del proceso, tales como: ▪ Supervisión directiva de la gestión de camas. ▪ Registro correcto y oportuno de los ingresos y egresos hospitalarios. ▪ Gestión de recursos humanos, insumos y/o infraestructura.		
Valor de referencia o meta:	Tablas CAISN 09.2 "Índice de rotación de camas por División y tipo de Unidad y CAISN 09.3, "Índice de rotación de camas por División médica por Delegación".		
Unidad de medida:	Promedio		
Periodicidad:	Mensual y mensual acumulado	Indicador contabilizado por:	Atención
Observaciones:	▪ 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 (Hospital). Incluye HGR, HGZ, HGS, HGO, HGP y Psiquiátricos. ▪ 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.		

CAISN 09 - Índice de rotación de camas por División Médica y tipo Unidad de Servicios Médicos de Segundo Nivel.

Observaciones:

- El indicador delegacional se construye con la suma de los hospitales de cada Delegación.
- Los valores de referencia se aplican para ambas periodicidades (mensual y mensual acumulado).
- El comportamiento mensual acumulado se obtiene de la suma de numeradores, entre la suma de denominadores del periodo reportado.
- Para la construcción del indicador: Se excluyen las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA).
- Para el reporte de los meses de enero a junio, se utiliza el IFU de diciembre del año inmediato anterior; para los meses julio a diciembre, se utilizará 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/
- Para la construcción de las Divisiones médicas se consideran las variables de camas censables del IFU de la tabla CAISN 09.1.
- El desempeño de una Unidad Médica se califica como sigue:
  - Primero se determina el desempeño con base al promedio día estancia por División y tipo de Hospital, que se precisan en la tabla CAISN 09.2.
  - Con base al desempeño obtenido se le otorga un puntaje de la forma siguiente:

Esperado	Medio	Bajo
1 punto	0.5 puntos	0 puntos

  - Se obtiene el logro porcentual del desempeño de la Unidad Médica, mediante procedimiento el siguiente:
    - La suma de puntos de todas las Divisiones médicas del Hospital, se multiplica por 100, y el resultado se divide entre el número total de Divisiones de ese Hospital (puntuación máxima esperada).
    - El porcentaje obtenido se califica con base a la Tabla siguiente:

Esperado	Medio	Bajo
80.0 – 100.0 %	60.0 – 79.9 %	≤ 59.9 %

<table>
<tr><th colspan="2">CAISN 09 - Índice de rotación de camas por División Médica y tipo Unidad de Servicios Médicos de Segundo Nivel.</th></tr>
<tr><td>Observaciones:</td><td>
▪ El desempeño general de una Delegación se califica como sigue:
o Primero, se determina el desempeño con base al promedio día estancia por División y Delegación, que se precisan en la tabla CAISN 09.3.
o Con base al desempeño obtenido se le otorga un puntaje de la forma siguiente:
<table>
<tr><th>Esperado</th><th>Medio</th><th>Bajo</th></tr>
<tr><td>1 punto</td><td>0.5 puntos</td><td>0 puntos</td></tr>
</table>
o Se obtiene el logro porcentual del desempeño de la Delegación, mediante el procedimiento siguiente:
▪ La suma de puntos de todas las Divisiones médicas del Hospital, se multiplica por 100, y el resultado se divide entre las 4 Divisiones médicas.
▪ El porcentaje obtenido se califica con base a la Tabla siguiente:
<table>
<tr><th>Esperado</th><th>Medio</th><th>Bajo</th></tr>
<tr><td>80.0 – 100.0 %</td><td>60.0 – 79.9 %</td><td>≤ 59.9 %</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:</td><td>Indicador que integra y publica la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, para la inclusión en el portal:
http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</td></tr>
<tr><td>Dimensión del indicador:</td><td>Eficiencia | Tipo de indicador: | Gestión</td></tr>
</table>

Tabla CAISN 09.1 - Camas Censables del IFU, que conforman las Divisiones Médicas		
Divisiones	No. De Variable	Descripción de la variable cama del IFU
División de Ginecobstetricia	51200	Total de Camas de Ginecología y Obstetricia
División de Pediatría	52200	Total de Cama y Cuna de Pediatría Médica
	52500	Cuna de Prematuros y Patológicos
	52600	Incubadora para Prematuros y Patológicos
	52700	Incubadora (cunero patológico)
División de Cirugía	50400	Cama de Angiología
	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
División de 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

Tabla CAISN 09.2 - Índice de Rotación de camas por División y tipo de Unidad						
Tipo de Unidad	División de Medicina			División de Cirugía		
	Esperado	Medio	Bajo > o <	Esperado	Medio	Bajo > o <
HGS, HGSMF	10.0 a 9.0	8.9 a 7.5	10.0 o 7.5	10.0 a 9.0	8.9 a 7.4	10.0 o 7.4
HGZ, HGZMF	6.0 a 4.9	4.8 a 4.0	6.0 o 4.0	7.0 a 6.0	5.9 a 4.5	7.0 o 4.5
HGR, HGRMF	5.5 a 4.5	4.4 a 3.7	5.5 o 3.7	6.6 a 5.6	5.5 a 4.8	6.6 o 4.8
HGR2 Villa Coapa	5.5 a 4.5	4.4 a 3.7	5.5 o 3.7	4.9 a 3.9	3.8 a 3.0	4.9 o 3.0
HPSQMF10 CCSM	4.0 a 3.0	2.9 a 2.1	4.0 o 2.1			
HGO, HGOMF HGP, HGPMF						
Tipo de Unidad	División de Pediatría			División de Ginecobstetricia		
	Esperado	Medio	Bajo > o <	Esperado	Medio	Bajo > o <
HGS, HGSMF	14.2 a 13.2	13.1 a 10.1	14.2 o 10.1	18.9 a 17.9	17.8 a 12.7	18.9 o 12.7
HGZ, HGZMF	7.5 a 6.5	6.4 a 5.0	7.5 o 5.0	16.2 a 15.2	15.1 a 10.5	16.2 o 10.5
HGR, HGRMF, HGO, HGP, HGPMF, HGOMF	6.6 a 5.6	5.5 a 4.5	6.6 o 4.5	13.7 a 12.7	12.6 a 9.8	13.7 o 9.8
HGR2 Villa Coapa HPSQMF10 CCSM						

CAISN 09.3 Índice de Rotación de Camas por División Médica, por Delegación (Parte I)							
División Medicina				División Cirugía			
DESEMPEÑO	ESPERADO	MEDIO	BAJO > o <	DESEMPEÑO	ESPERADO	MEDIO	BAJO > o <
Nacional	**7.0 a 6.0**	**5.9 a 4.0**	**7.0 o 4.0**	**Nacional**	**8.0 a 7.0**	**6.9 a 5.0**	**8.0 o 5.0**
México Poniente	6.0 a 5.0	4.9 a 2.0	6.0 o 2.0	México Poniente	6.0 a 5.0	4.9 a 4.0	6.0 o 4.0
Querétaro	6.0 a 5.0	4.9 a 3.0	6.0 o 3.0	Querétaro			
Aguascalientes				Aguascalientes			
Campeche				Campeche			
Jalisco				Jalisco			
México Oriente				México Oriente			
Zacatecas				Zacatecas			
CDMX Norte (DFN)				CDMX Norte (DFN)			
CDMX Sur (DFS)				CDMX Sur (DFS)			
Chihuahua	6.7 a 5.7	5.6 a 3.0	6.7 o 3.0	Chihuahua			
Tamaulipas				Tamaulipas			
Puebla				Puebla			
Quintana Roo				Quintana Roo			
Hidalgo				Baja California	8.0 a 7.0	6.9 a 5.0	8.0 o 5.0
Baja California	7.0 a 6.0	5.9 a 4.0	7.0 o 4.0	Colima			
Colima				Durango			
Durango				Hidalgo			
Morelos				Morelos			
Nuevo León				Nuevo León			
Oaxaca				Oaxaca			
San Luis Potosí				San Luis Potosí			
Sinaloa				Sinaloa			
Tabasco				Tabasco			
Tlaxcala				Tlaxcala			
Veracruz Norte				Veracruz Norte			
Coahuila	8.0 a 7.0	6.9 a 4.0	8.0 o 4.0	Coahuila			
Chiapas				Guerrero			
Guanajuato				Michoacán			
Guerrero				Sonora			
Michoacán				Veracruz Sur			
Nayarit				Yucatán			
Sonora				Chiapas	8.5 a 7.5	7.4 a 6.0	8.5 o 6.0
Veracruz Sur				Guanajuato			
Yucatán				Nayarit			
Baja California Sur	9.3 a 8.3	8.2 a 5.0	9.3 o 5.0	Baja California Sur	9.5 a 8.5	8.4 a 7.0	9.5 o 7.0

CAISN 09.3 Índice de Rotación de Camas por División Médica, por Delegación (Parte II)							
División Pediatría				División Ginecobstetricia			
DESEMPEÑO	ESPERADO	MEDIO	BAJO > o <	DESEMPEÑO	ESPERADO	MEDIO	BAJO > o <
Nacional	**9.0 a 8.0**	**7.9 a 5.0**	**9.0 o 5.0**	**Nacional**	**16.0 a 15.0**	**14.9 a 11.0**	**16.0 o 11.0**
México Poniente	14.0 a 13.0	12.9 a 9.0	14.0 o 9.0	México Poniente	6.0 a 5.0	4.9 a 3.0	6.0 o 3.0
Querétaro	14.5 a 13.5	13.4 a 10.0	14.5 o 10.0	Querétaro	7.0 a 6.0	5.9 a 4.0	7.0 o 4.0
México Oriente				México Oriente			
Baja California				CDMX Norte (DFN)			
CDMX Norte (DFN)				CDMX Sur (DFS)			
Quintana Roo				Aguascalientes			
Chihuahua	15.5 a 14.5	14.4 a 10.0	15.5 o 10.0	Campeche			
Jalisco				Zacatecas			
CDMX Sur (DFS)				Quintana Roo	8.0 a 7.0	6.9 a 5.0	8.0 o 5.0
Sinaloa				Puebla			
Tamaulipas				Jalisco			
Puebla				Chihuahua			
Aguascalientes				Hidalgo			
Campeche				Baja California			
Zacatecas				Tamaulipas			
Hidalgo				Sinaloa	9.0 a 8.0	7.9 a 5.0	9.0 o 5.0
Yucatán	16.0 a 15.0	14.9 a 11.0	16.0 o 11.0	Durango			
Sonora				Oaxaca			
Durango	16.5 a 15.5	15.4 a 11.0	16.5 o 11.0	Veracruz Norte			
Guerrero				Colima	9.0 a 8.0	7.9 a 6.0	9.0 o 6.0
Michoacán				Morelos			
Oaxaca				Nuevo León			
Veracruz Norte				San Luis Potosí			
Veracruz Sur				Tabasco			
Colima				Tlaxcala			
Morelos				Michoacán	10.0 a 9.0	8.9 a 6.0	10.0 o 6.0
Nuevo León				Sonora			
San Luis Potosí				Coahuila			
Tabasco				Veracruz Sur			
Tlaxcala				Guerrero			
Coahuila				Chiapas	11.0 a 10.0	9.9 a 7.0	11.0 o 7.0
Chiapas				Yucatán			
Guanajuato				Guanajuato			
Nayarit				Nayarit			
Baja California Sur	18.0 a 17.0	16.9 a 12.0	18.0 o 12.0	Baja California Sur	13.0 a 12.0	11.9 a 8.0	13.0 o 8.0

CAISN 10 - 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):	$\frac{\text{Total de egresos hospitalarios por defunción en unidades de servicios médicos de segundo nivel}}{\text{Total de egresos hospitalarios en unidades de servicios médicos de segundo nivel}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y denominador: DataMart Estadísticas Médicas.		
Interpretación:	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: ▪ 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		
Periodicidad:	Mensual	Indicador contabilizado por:	Atención
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤ 4.8	4.9 - 5.5	≥ 5.6
Observaciones:	• 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.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que integra y publica la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, para la inclusión en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Calidad	Tipo de indicador:	Estratégico

CAISN 11- 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):	$\frac{\text{Tiempo de ocupación de las Salas quirúrgicas durante el horario de los turnos matutino y vespertino (8:00 -20:00 horas)}}{\text{Tiempo disponible para las Salas quirúrgicas en el mes de proceso (número de quirófanos en uso por 12 horas (horario de los turnos matutino y vespertino. (8:00 -20:00 horas) por días hábiles del mes de proceso)}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y denominador: Sistema de Información Médico Operativo (SIMO). Fuente primaria: "Intervenciones Quirúrgicas efectuadas en Quirófano" (FORMA 4-30-27/17).		
Interpretación:	Indicador que evalúa la línea de acción: "Eficiente uso de quirófanos" de la estrategia Institucional "Mejora para abatir el rezago quirúrgico". 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: ▪ Supervisión directiva. ▪ Gestión y disponibilidad de recursos humanos, insumos y/o infraestructura.		
Valor de referencia o meta:	≥ 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 en la evaluación delegacional:	3.5 puntos
Periodicidad:	Mensual y mensual acumulado	Indicador contabilizado por:	Atención
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	75.0 – 100.0	55.1 – 74.9	≤ 55.0 o >100.0
Observaciones:	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.		

CAISN 11- Porcentaje de ocupación de las Salas Quirúrgicas en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel.			
Observaciones	▪ 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: ▪ Turnos diurnos: 8:00 a 20:00 hrs. o 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. o El tiempo de ocupación de quirófano será contabilizado únicamente de 8:00 a 20:00 hrs., aun cuando una cirugía inicie antes de las 8:00 o termine después de las 20:00 hrs. ▪ Para la construcción del indicador: o Se consideran total de 12 horas disponibles (seis en turno matutino y seis en turno vespertino). o El número de quirófanos será la suma de quirófanos reportados en SIMO, de las cirugías incluidas para el indicador. Se incluye: o Unidades de servicios médicos de segundo nivel. Se excluye: o Las Unidades de servicios médicos de segundo nivel de Ginecología y Obstetricia, y Ginecología y Pediatría (HGO, HGOMF, HGP y HGPMF), HPsiqMF, CCSM y UMAA. o Quirófanos de urgencia y tococirugía, previa identificación en SIMO. o Tiempo de la intervención cuya diferencia entre hora de fin y hora de inicio sea negativa o menor de 30 min. (se considera inconsistencia en la información).		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que integra y publica la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficiencia	Tipo de indicador:	Estratégico

CAISN 12 -Tasa de pacientes con extracción de Catarata y colocación de lente intraocular en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel.			
Objetivo del indicador:	Medir el porcentaje de pacientes a los que se les realiza 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):	Número de pacientes que se les realiza cirugía por extracción de catarata y colocación de lente intraocular en Unidades de servicios médicos de segundo nivel, según Delegación de atención / Total de derechohabientes adscritos a medicina familiar al mes de junio del año inmediato anterior × 100,000		
Fuentes oficiales para el cálculo:	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. 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 presencia de demanda no atendida, por lo que es necesario realizar acciones de: ▪ Supervisión directiva. ▪ Oportunidad en el abasto de insumos. ▪ Gestión y disponibilidad de recursos humanos, insumos y/o infraestructura.		
Valor de referencia o meta:	≥ 85.0 por 100,000 derechohabientes. Valor estimado para las unidades de Servicios Médicos en Segundo Nivel.		
Unidad de medida:	Tasa por 100,000 derechohabientes	Ponderación en la evaluación delegacional:	3.5
Periodicidad:	Anual	Indicador contabilizado por:	Delegación de Atención
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 85.0	84.9 - 45.0	< 45.0

CAISN 12 -Tasa de pacientes con extracción de Catarata y colocación de lente intraocular en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel.	
Observaciones:	▪ Para la construcción del numerador: ○ Se excluyen: ▪ Las Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel de Ginecología y Obstetricia (HGO, HGOMF), y HPsiqMF, CCSM. ▪ Población No Derechohabiente ○ Se Incluye: ▪ Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA). ▪ Todas las intervenciones registradas, en al menos uno de los procedimientos, (principal o secundarios) con los códigos CIE-9-MC, siguientes: **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 **13.64** Disección de membrana secundaria **13.65** Excisión de membrana secundaria **13.66** Fragmentación mecánica de membrana secundaria **13.69** Otra extracción de catarata **13.7** Inserción de cristalino protésico (pseudocristalino)

CAISN 12 -Tasa de pacientes con extracción de Catarata y colocación de lente intraocular en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel.			
Observaciones:	**13.70** Inserción de pseudocristalino no especificada de otra manera	**13.71** Inserción de prótesis de cristalino intraocular en el momento de la extracción de catarata, una sola etapa	**13.72** Inserción secundaria de prótesis de cristalino intraocular
	▪ El denominador utiliza la población derechohabiente adscrita a médico familiar al 30 de junio 2017 incorporada en el Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que integra y publica la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Gestión

CAISN 13 - 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.			
Objetivo del indicador:	Medir el tiempo de respuesta para la atención quirúrgica de las cirugías electivas realizadas no concertadas, para llevar a cabo acciones que mejoren la atención quirúrgica.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	$\frac{\text{Total de cirugías electivas realizadas no concertadas en unidades de servicios médicos de segundo nivel, dentro de los 20 días hábiles a partir de la solicitud del Médico tratante}}{\text{Total de solicitudes emitidas por el Médico tratante para cirugía electiva no concertada en unidades de servicios médicos de segundo nivel}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y denominador: Formatos 4-30-59/17 "Autorización, solicitud y registro de Intervención Quirúrgica" y 4-30-27/17 "Intervenciones Quirúrgicas efectuadas en quirófano", capturados en el Sistema de Registro de la Oportunidad Quirúrgica (INDOQ y Expediente Clínico Electrónico).		
Interpretación:	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: ▪ 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:	≥ 95.0 % de las cirugías deben ser oportunas. Valor determinado como meta, considerando el comportamiento histórico de las Unidades de servicios médicos de segundo nivel.		
Unidad de medida:	Porcentaje		
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 13 - 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.			
Observaciones:	• Para la construcción del indicador: ○ Se incluyen: ▪ En el numerador y denominador las atenciones otorgadas en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel y UMAA. ○ Se excluyen: ▪ Hospitales de Psiquiatría (HPSMF 10, CCSM). ▪ Las cirugías concertadas por el paciente.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que integra y publica la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, para la inclusión en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Calidad	Tipo de indicador:	Gestión

CAISN 14 - 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 especializada para realizar acciones que mejoren la oportunidad de la atención.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	$\frac{\text{Número de pacientes referidos por el Médico Familiar a la consulta de especialidades en unidades de servicios médicos de segundo nivel, con cita programada en un plazo de 20 días hábiles o menos a partir de la solicitud del Médico tratante}}{\text{Total de pacientes referidos por el Médico Familiar a la consulta de especialidades en Unidades de servicios Médicos de segundo nivel}} \times 100$		
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), o en el Expediente Clínico Electrónico.		
Interpretación:	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: ▪ Falta de recursos humanos, insumos y/o infraestructura. ▪ Deficiente control de la programación y registro oportuno de las agendas. ▪ Desequilibrio entre demanda y capacidad resolutiva.		
Valor de referencia o meta:	≥ 95.0 % de las consultas deben ser oportunas. Valor determinado como meta, considerando el comportamiento histórico de las unidades de servicios médicos de segundo nivel.		
Unidad de medida:	Porcentaje		
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 14 - 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:	• Para la construcción del indicador se excluyen del numerador y denominador las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria. • Indicador que se mide por Unidades de servicios médicos de segundo nivel y Delegación.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que integra y publica la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, para la inclusión en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Calidad	Tipo de indicador:	Gestión

CAISN 15 - 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):	Total de consultas de especialidades otorgadas en unidades de servicios médicos de Segundo Nivel entre 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 15.1. 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: ▪ 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. ▪ Registro correcto y oportuno de la productividad en la consulta (formato 4-30-6/99). ▪ Gestión de insumos, recursos humanos y/o infraestructura.		
Valor de referencia o meta o meta:	≥ 20.0 consultas por consultorio por día. Valor considerado 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
	≥ 20.0	15.9 – 19.9	< 15.9

CAISN 15 - Promedio de consultas diarias por consultorio de especialidad en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel.

Observaciones:

Para el numerador:

- Las especialidades, con su clave a dos dígitos, que se incluyen, son:

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
19	Endocrinología	28	Neurología	39	Geriatría	65	Genética

- Para el cálculo de consultorios (numerador) de enero a junio 2018, se considera el Inventario Físico de Unidades (IFU), del mes de diciembre 2017; para los meses de julio a diciembre 2018, se considera el IFU de junio del 2018, publicados por la División de Información en Salud en el Portal: http://infosalud.imss.gob.mx/, y las variables son:

Tabla CAISN 15.1- 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 Máxilo-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

CAISN 15 - Promedio de consultas diarias por consultorio de especialidad en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel.

Observaciones:

Tabla CAISN 15.1 Variables de Consultorios de especialidades (IFU), continuación

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

Para el denominador:

- 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 Física y Rehabilitación, de Medicina del Trabajo y las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria.

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

Indicador que integra y publica la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, para la inclusión en el portal:

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

Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Gestión

CAISN 16 - 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		
	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:	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: ▪ 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	> 4.00 o < 2.26

CAISN 16 - 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 denominador, se consideran las especialidades con su clave a dos dígitos:

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
19	Endocrinología	28	Neurología	39	Geriatría	65	Genética

Se excluyen las consultas de Medicina Física y Rehabilitación y Medicina del Trabajo y las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria.

Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:

Indicador que integra y publica la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, para la inclusión en el portal:

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

Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Gestión

CAISN 17 - 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):	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 354 en el mes para las UMAA, sin CEO.		
Interpretación:	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: ▪ 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. ▪ Apego 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.	>=85.0 % de la capacidad total del área quirúrgica. 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 de las áreas quirúrgicas en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA) sin Centro de Excelencia Oftalmológica (CEO).			
Observaciones:	• 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). • Para la construcción del indicador: o Se consideran las áreas quirúrgicas por prototipo arquitectónico, (2 salas de operaciones y 2 salas de procedimientos). o La productividad comprende la realizada en salas quirúrgicas y salas de procedimientos. o Se excluyen las Unidades médicas que no tienen capacidad resolutiva para procedimientos quirúrgicos: - Chihuahua 081015UA2151- Ciudad Juárez (anexa al HGZ 35) - Tamaulipas 291811UA2110- Nuevo Laredo (anexa a UMF 76). o Se excluyen las UMAA con CEO: - Baja California - 020524092151- 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 integra y publica la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, para la inclusión en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Gestión

CAISN 18 - 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 ———————————— X 100 Número de intervenciones quirúrgicas esperadas por mes*		
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:	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: ▪ 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. ▪ Apego 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:	>=85.0 % de la capacidad total del área quirúrgica. Valor determinado como meta, considerando elementos de capacidad instalada y de productividad.		
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad:	Mensual	Indicador contabilizado por:	Atención

CAISN 18 - Porcentaje de utilización de las áreas quirúrgicas en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA), con Centro de Excelencia Oftalmológica (CEO).			
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 85.0	70.0 – 84.9	≤ 69.9
Observaciones:	• 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). • Para la construcción del indicador: o Se consideran las áreas quirúrgicas por prototipo arquitectónico (2 salas de operaciones y 2 salas de procedimientos). o La productividad comprende la realizada en salas quirúrgicas y salas de procedimientos. o No se incluye la productividad quirúrgica de oftalmología. • Solo aplica para las UMAA con CEO: - Baja California - 020524092151- 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 integra y publica la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, para la inclusión en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Gestión

CAISN 19 - 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):	Número de estudios endoscópicos realizados por mes en Unidad Médica de Atención Ambulatoria / Número de endoscopías esperadas por mes en Unidad Médica de Atención Ambulatoria de acuerdo al grupo de productividad X 100
Fuentes oficiales para el cálculo:	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/ Denominador: Número de endoscopías esperadas por mes en Unidad Médica de Atención Ambulatoria, de acuerdo al 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 19.1.

Grupo de productividad	Número de estudios endoscópicos esperados por mes
A	215
B	125

Interpretación:	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: ▪ Gestión directiva de los tres niveles de atención, de acuerdo a las necesidades de la zona. ▪ Apego 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.

CAISN 19 - Porcentaje de utilización de las áreas de endoscopia en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA).			
Valor de referencia o meta:	>=85.0 % del número total de endoscopías esperadas, debe realizarse. Valor determinado como meta, considerando elementos de capacidad resolutiva, 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
Observaciones:	▪ Para la construcción del indicador: ○ 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: - 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 integra y publica la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, para la inclusión en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Gestión

Tabla CAISN 19.1 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	020524092151	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 20 - 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 / (Total de sillones para quimioterapia) (4) (días hábiles del mes) X 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: ▪ Gestión directiva de los tres niveles de atención de la zona. ▪ Apego 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	>=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 20 - Porcentaje de utilización del área de quimioterapia en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA).			
Observaciones:	Se excluyen unidades sin capacidad para proporcionar el servicio: - Chihuahua - 081015UA2151 – (anexa la HGZ 35). - Jalisco – 140113UA2110 - UMAA 2 Tlaquepaque. - Tamaulipas - 291811UA2110 - UMAA 76 Nuevo Laredo.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que integra y publica la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, para la inclusión en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Gestión

CAISN 21 - 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) / Número de sesiones de hemodiálisis esperadas por mes en Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA) X 100		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: DataMart Estadísticas Médicas. Denominador: Número de sesiones esperadas por mes en Unidad Médica de Atención Ambulatoria de acuerdo a la productividad determinada por la capacidad instalada, con base a la tabla CAISN 21.1.		
Interpretación:	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: ▪ 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. El desempeño por arriba de la capacidad máxima instalada puede representar dosis hemodiálisis inadecuada y/u organización del servicio fuera de normatividad.		
Valor de referencia o meta:	>=90.0% de la capacidad total del área hemodiálisis debe utilizarse. 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 21 - 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
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 integra y publica la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, para la inclusión en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Gestión

Tabla CAISN 21.1 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	20524092151	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 Palacios (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 22 - 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):	Total de atenciones otorgadas en el servicio de inhaloterapia de la UMAA por mes (suma de: espirometrías + sesiones de inhaloterapia + sesiones de terapia respiratoria) / Número de atenciones esperadas por mes en el servicio de inhaloterapia de acuerdo al grupo de productividad (espirometrías + sesiones de Inhaloterapia + terapia respiratoria) X 100
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: DataMart Estadísticas Médicas. 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 especifico por UMAA en la tabla CAISN22.1.

Grupo de Productividad	Número esperado de atenciones otorgadas por mes
A	1,577
B	860
C	602

Interpretación:	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: ▪ Registro oportuno y correcto de la productividad (atenciones otorgadas), en las fuentes primarias de información. ▪ Gestión de recursos humanos, insumos y/o infraestructura. ▪ Apego a los criterios de referencia. ▪ Fortalecimiento de la referencia de pacientes.
Valor de referencia o meta:	>=85.0% del número de atenciones estimadas por grupo de productividad de UMAA que deben ser otorgadas. El valor determinado como meta considera elementos de capacidad instalada y de productividad.

CAISN 22 - 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:	Para la construcción del indicador: ▪ El numerador incluye la suma de las atenciones otorgadas en el área de inhaloterapia (espirometrías, sesiones de inhaloterapia y sesiones de terapia respiratoria). ▪ Se excluyen las siguientes Unidades Médicas de Atención Ambulatoria que no tienen capacidad resolutiva para las atenciones otorgadas en el área de inhaloterapia: – Chihuahua - 081015UA2151 - UMAA 35 Chihuahua (HGZ 35). – Tamaulipas - 290401UA2151 - Ciudad Reynosa (anexa a HGZ 15).		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que integra y publica la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel, para la inclusión en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Gestión

Tabla CAISN 22.1 - UMAA por grupo de productividad, Inhaloterapia				
Grupo	**No.**	**DELEGACION**	**CLAVE UNIDAD**	**UNIDAD**
A	1	AGUASCALIENTES	010113UA2151	UMAA 1 AGUASCALIEN (AUT)
	2	CHIAPAS	070122UA2110	UMAA TUXTLA GTZ (UMF 23)
	3	GUANAJUATO	111712UA2151	UMAA 55 LEON (AUT)
	4	GUERRERO	120215UA2110	UMAA 29 DIAMANTE (UMF 29)
	5	JALISCO	140113UA2110	UMAA 2 GUADALAJ (UMF 52)
	6	EDO. MEX. OTE.	156006UA2110	UMAA CHALCO I (UMF 180)
	7	EDO. MEX. OTE.	155806UA2110	UMAA 198 COACALC (UMF198)
	8	EDO. MEX. OTE.	150605UA2151	UMAA 199 TLALNEP (AUT)
	9	EDO. MEX. PTE.	168601UA2110	UMAA 1 METEPEC (UMF 231)
	10	MICHOACAN	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 CULIACAN (UMF 55)
	15	VERACRUZ NORTE	315002UA2110	UMAA 242 TEJERÍA (UMF 15)
	16	SUR CDMX	375683UA2110	UMAA 42 CUAJIMAL (UMF 42)
	17	SUR CDMX	375578UA2110	UMAA161 AV.TOLUCA(UMF 161)
	18	SUR CDMX	385691UA2110	UMAA 162 TLAHUAC (UMF 162)
B	19	BAJA CALIF. NTE	020524092151	UMAA 36 MESA OTAY (UMF 36)
	20	CHIHUAHUA	080102UA2110	UMAA 68 CHIHUAH (UMF 33)
	21	JALISCO	141609UA2151	UMAA 1 LAGOS M (HGZ 7)
	22	OAXACA	210201UA2151	UMAA OAXACA (HGZ1)
	23	QUERETARO	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 TORREON (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	YUCATAN	330126UA2151	UMAA 1 MERIDA (AUT)

CAISN 23 - 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 Medico Operativo Central (SIMOC) – Motivos de consulta (SUI 27) integrado por la División de Información en Salud.		
Interpretación:	Medir la capacidad resolutiva de los servicios de consulta de rehabilitación, en función de estándares de comportamiento esperado en los tres niveles de atención. ▪ 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.		
Valor de referencia o meta:	1.1 a 2.0 Consultas subsecuentes de Medicina de Rehabilitación por cada consulta de primera vez.		
Unidad de medida:	Razón		
Periodicidad:	Mensual	Indicador contabilizado por:	Servicio de rehabilitación de la unidad médica de atención
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	1.1 a 2.0	≤ 1.0	≥ 2.1

CAISN 23 - Índice de subsecuencia en la Consulta de Medicina de Rehabilitación en Unidades de Servicios Médicos de los tres niveles de atención.			
Observaciones:	▪ Para la construcción del indicador: o Se incluirán las Unidades Médicas que la División de Unidades de Rehabilitación, actualice y proporcione a la Coordinación de Planeación en Salud. o 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. ▪ El cálculo del indicador se efectuará por Unidad Médica, no por Delegación. ▪ 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 Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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 24 – 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):	Número de consultas otorgadas de rehabilitación en consulta externa ——————————— Total de horas trabajadas por el Médico de rehabilitación, en el área de consulta externa		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Sistema de Información Medico Operativo Central (SIMOC-Motivos de consulta SUI 27). 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.		
Interpretación:	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: • 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:	2.50 – 4.00		
Unidad de medida:	Promedio	Ponderación en la evaluación delegacional:	5.0 puntos
Periodicidad:	Mensual	Indicador contabilizado por:	Servicio de rehabilitación de la unidad médica de atención
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	2.50 - 4.00	1.80 – 2.49	> 4.00 o < 1.80

CAISN 24 – Promedio de consultas por hora/médico en los servicios de Medicina Física y Rehabilitación en los tres niveles de atención.			

Observaciones:	• Para la construcción del indicador, se incluyen:
	  • Las unidades médicas que la División de Unidades de Rehabilitación actualice en su catálogo y proporcione a la Coordinación de Planeación en Salud, 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:
	  • 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).		

Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del indicador:	Indicador que construye la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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 e inclusión en la Evaluación Estratégica por Delegación, en el Portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Gestión

CAISN 25 – 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 los servicios 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, 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 sobreregistro. 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:	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 - ≥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 un terapista a un paciente en un área física y tiempo específicos consistentes en uno o más procedimientos terapéuticos.		
Encargados de la construcción, envío y publicación del Indicador:	Indicador que construye la División de Rehabilitación de la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, 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

CAISN 26 - Razón de muerte materna hospitalaria por 100,000 Nacidos Vivos.			
Objetivo del indicador:	Medir el riesgo de morir por complicaciones obstétricas y no obstétricas 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.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Defunciones maternas directas e indirectas, en población derechohabiente, ocurridas en Unidades Médicas del régimen obligatorio del IMSS, durante el embarazo, el parto y puerperio, distribuidas por adscripción (información generada por el grupo técnico del Comité Institucional de Estudios en Mortalidad Materna), en determinado periodo y área geográfica		× 100,000
	Nacidos vivos, de población derechohabiente y no derechohabiente en Unidades Médicas del IMSS del régimen obligatorio, distribuidos por adscripción, (previo cotejo DAGOP-DIS), en el mismo periodo y área geográfica		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Comités Institucionales de Estudios en Mortalidad Materna (CIEMM). Denominador: SUI 13 Egresos Hospitalarios.		
Interpretación:	Una tasa mayor a la meta expresa, o indica 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.		
Valor de referencia o meta:	≤ 25.0 × 100,000 nacidos vivos.		
Unidad de medida:	Razón	Ponderación en la evaluación delegacional:	7 puntos
Periodicidad:	Mensual anualizado.	Indicador contabilizado por:	Delegación de Adscripción

CAISN 26 - Razón de muerte materna hospitalaria por 100,000 Nacidos Vivos.			
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤ 25.0	25.1 – 27.0	≥ 27.1
Observaciones:	▪ El Grupo Técnico del Comité Institucional de Estudios en Mortalidad Materna del IMSS (CIEMM-IMSS), proporciona los datos referentes a las defunciones maternas directas e indirectas, por adscripción. ▪ Para la construcción del indicador: ○ 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” (sucedieron 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, envío y publicación del Indicador:	Indicador que construye la División de Atención Gineco Obstétrica y Perinatal de la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para la inclusión en la Evaluación Estratégica por Delegación, 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

CAISN 27 - 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 I, 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 / Total de nacimientos de población derechohabiente en Unidades Médicas del IMSS régimen obligatorio (número total de nacidos muertos de 28 semanas o más de gestación + los nacidos vivos), distribuidos por adscripción en el mismo periodo y área geográfica × 1,000		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Certificados de muerte fetal y Certificados de defunción; Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED) IMSS. Denominador: Certificados de muerte fetal. Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED) IMSS + SUI 13 Egresos hospitalarios.		
Interpretación:	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. La meta se determina con base en el comportamiento histórico institucional.		
Valor de referencia o meta:	≤ 9.1 defunciones por 1,000 nacimientos.	Ponderación en la evaluación delegacional:	7 puntos
Unidad de medida:	Tasa por 1,000 nacimientos		
Periodicidad:	Mensual anualizado.	Indicador contabilizado por:	Delegación de Adscripción
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤ 9.1	9.2 – 10.0	≥ 10.1

CAISN 27 - Tasa de mortalidad perinatal por 1,000 nacimientos.			
Observaciones:	▪ 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 los 6 días, 23 horas y 59 minutos (defunciones fetales de 28 semanas o más de gestación + el total de nacidos vivos). ▪ Para la construcción del indicador: o Se excluyen del numerador y denominador, los fetos y recién nacidos no derechohabientes al IMSS. o El indicador será contabilizado por Delegación de adscripción.		
Encargados de la construcción, envío y publicación del Indicador:	Indicador que construye la División de Atención Gineco Obstétrica y Perinatal de la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel y envía a la División de Diagnósticos de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud para inclusión en la Evaluación Estratégica por Delegación, 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 28 - 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 y el trabajo de parto y parto.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	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, distribuidos por adscripción / Nacidos vivos, de población derechohabiente en Unidades Médicas del IMSS del régimen obligatorio, distribuidos por adscripción, (previo cotejo DAGOP-DIS) en el mismo periodo y área geográfica × 1,000		
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:	Su comportamiento epidemiológico, permite identificar problemas o limitaciones en el proceso de atención médica durante el periodo 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. Ello permite generar acciones de mejora. La tasa mayor a los valores de referencia y a la tasa nacional 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. 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 afectan en casi el 60% a la mortalidad infantil (menor de 1 año). El valor de referencia corresponde a la tasa de mortalidad neonatal nacional alcanzada en el IMSS en el año 2016.		
Valor de referencia o meta:	≤ 7.9 por mil nacidos vivos	Ponderación en la evaluación delegacional:	7 puntos
Unidad de medida:	Tasa por 1,000 nacidos vivos		
Periodicidad:	Mensual anualizado	Indicador contabilizado por:	Delegación de Adscripción

CAISN 28 - Tasa de Mortalidad Neonatal por 1,000 nacidos vivos.			
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤ 7.9	8.0 – 8.5	≥ 8.6
Observaciones:	▪ El indicador se analizará por Delegación de adscripción con información que se genera en la División de Atención Gineco-Obstétrica y Pediatra (DAGOP). ▪ El rango esperado corresponde a la tasa de mortalidad neonatal nacional en el IMSS para el año 2016.		
Encargados de construcción, envío y publicación del Indicador:	Indicador que construye la División de Atención Gineco-Obstétrica y Perinatal y envía a la División de Diagnósticos de los Servicios de Salud de la Coordinación Planeación en Salud para la inclusión en la Evaluación Estratégica por Delegación, 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

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

3. Coordinación de Vigilancia

Epidemiológica

(CVE)

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

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 Coqueluchoide (SCL), Enfermedad Tipo Influenza (ETI) 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):	Se promedian los valores obtenidos de la notificación inmediata de cada padecimiento y tipo de brote en Guarderías, Hospitales y comunidad de acuerdo a lo siguiente: ***Para PFA:*** 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 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 **+** El 30% de los Egresos Hospitalarios (SUI-13) en menores de 15 años de edad con los siguientes diagnósticos de ingreso: Síndrome de Guillain-Barré (CIE-10:-G61.0); Radiculopatías (CIE-10:-M54.1); Polineuropatías (CIE-10:-G62.9); Otras Polineuropatías (CIE-10:-G62); Mielitis transversa (CIE-10:-G37.3) X 100 *Nota:* No se agregará el porcentaje de los egresos cuando la Delegación reporte en el Sistema de Vigilancia un 30% o más, de casos en relación a los ingresos con los diagnósticos diferenciales de PFA señalados. ***Para EFE:*** 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 de Exantema. X 100 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.

CVE 01 - Índice de la notificación inmediata de casos nuevos sujetos a Vigilancia Epidemiológica y Brotes.				
Precisión del método de cálculo (fórmula):	*Para SCL:* 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			
	Total de casos registrados en el sistema especial de Vigilancia Epidemiológica de los últimos doce meses, considerando la fecha de inicio del cuadro clínico	+	El 10% de los Egresos Hospitalarios (SUI-13) con los siguientes diagnósticos de ingreso: Bronquitis Aguda (CIE-10: J20) en todas las edades y Bronquiolitis en menores de dos años (CIE-10:, J21)	x 100
	Nota: No se agregará el porcentaje de los egresos cuando la Delegación reporte en el Sistema de Vigilancia un 10% o más de casos en relación a los ingresos con los diagnósticos diferenciales de SCL señalados.			
	Para ETI e IRAG: Número de casos ETI e IRAG, hospitalizados notificados en el Sistema Especial de Influenza (SINOLAVE), dentro de las primeras 24 horas con relación a la fecha del Ingreso Hospitalario, se incluyen los casos de los últimos doce meses, considerando la fecha de inicio del cuadro clínico			
	Total de casos ETI e IRAG hospitalizados, registrados en el Sistema Especial de Influenza (SINOLAVE)	+	El 20% de casos de Neumonía con diagnóstico de ingreso en el SUI-13 (CIE-10: J12 a J18, excepto J18.2), se incluyen los casos de los últimos doce meses, considerando la fecha de inicio del cuadro clínico	X 100
	Notas: No se agregará el 20% de los egresos, cuando la Delegación reporte en el Sistema de Vigilancia un 30% o más, de casos en relación a los Egresos Hospitalarios de Neumonía. Tanto en numerador como denominador son por Unidad de Atención, sin que incluyan las UMAE, HR y UMF. El numerador se obtiene de la sustracción entre fecha de notificación y la fecha Ingreso Hospitalario; todos aquellos que estén notificados en máximo 24 horas, se consideran oportunos.			

CVE 01 - Índice de la notificación inmediata de casos nuevos sujetos a Vigilancia Epidemiológica y Brotes.			
Precisión del método de cálculo (fórmula):	*Para brotes:* 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 Total de brotes registrados en el Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica		X 100
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Sistemas especiales de Vigilancia Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Denominador: Sistemas especiales de Vigilancia Epidemiológica de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. DataMart de Estadísticas Médicas. SUI 13 Egresos Hospitalarios.		
Interpretación:	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. 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. 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. 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.		
Valor de referencia o meta:	80.0 – 100.0%.		
Unidad de medida:	Proporción	Ponderación en la evaluación delegacional:	5 puntos
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.	
Observaciones:	▪ Para la construcción del indicador se excluyen del numerador y denominador: o Para EFE población No derechohabiente. o Para SCL y tos ferina población no derechohabiente y casos reportados por la UMAE, los cuales se evaluarán por separado. o 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. o Para ETI/IRAG, tanto en numerador como denominador son por Unidad de notificación, excluyendo los casos notificados en UMAE, HR y UMF. o Para brotes: en los hospitalarios, sólo se incluyen los Hospitales de Segundo Nivel, las UMAES son evaluadas aparte. ▪ Las Delegaciones que reporten cero casos y brotes, serán evaluadas con cero en el componente correspondiente, de acuerdo a los criterios siguientes: o Cero casos en los últimos doce meses. o Cero brotes en guarderías en los últimos seis meses. o Cero brotes hospitalarios en los últimos tres meses. o Para los padecimientos y casos, el logro nacional es el promedio de las 35 Delegaciones. ▪ <u>Para los casos:</u> o 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. o 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. ▪ <u>Para los casos de SCL, PFA y ETI/IRAG</u> ▪ No se agregará el porcentaje de los egresos o ingresos (según corresponda), cuando la Delegación reporte en el Sistema de Vigilancia Especial, un número de casos, igual o mayor en relación a los mismos; con los diagnósticos diferenciales señalados para cada sistema. ▪ <u>Para brotes:</u> o 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.

CVE 01 - Índice de la notificación inmediata de casos nuevos sujetos a Vigilancia Epidemiológica y Brotes.			
Observaciones:	○ 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.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica (CVE), misma que revisa y autoriza los resultados para enviarlos a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación de la Salud para la inclusión en la Evaluación Estratégica por Delegación y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

CVE 02 - Índice de Seguimiento Epidemiológico de casos de VIH/SIDA.		
Objetivo del indicador:	Medir el seguimiento epidemiológico de los casos de Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA), para conocer el comportamiento de la epidemia e identificar factores de riesgo y áreas de oportunidad.	
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Para integrar el índice se promedian los valores obtenidos de los padecimientos, de acuerdo a lo siguiente: ***Para VIH:*** Número de casos de VIH vivos registrados en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica desde 1992 al mes evaluado, con seguimiento clínico epidemiológico trimestral	X 100
	Total de casos de VIH vivos registrados en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica desde 1992 al mes evaluado ***Para SIDA:*** Número de casos de SIDA vivos registrados en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica desde 1983 al mes evaluado, con seguimiento clínico – epidemiológico trimestral	
	Total de casos de SIDA vivos registrados en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica desde 1983 al mes evaluado, más las defunciones ocurridas en los últimos 3 meses Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED) IMSS, no registradas en el Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica	X 100
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Denominador: Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y las defunciones del Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED) IMSS.	
Interpretación:	Este índice permite medir el comportamiento de la epidemia de VIH/SIDA. 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. Si el valor de referencia se encuentra entre 60.0 y 79.0%, nos indica que el proceso tiene componentes que pueden mejorarse, deberán coordinarse las personas titulares de la Jefatura de Servicio, el Médico Epidemiólogo y con los Médicos tratantes para que se notifique a Epidemiología, por lo que se tendrá que revisar en dónde se tienen oportunidades de mejora. Si el valor de referencia se encuentra con un valor <60.0%, nos indica que no se está cumpliendo en el seguimiento epidemiológico de los casos de VIH/SIDA, para conocer el comportamiento de la epidemia e identificar factores de riesgo. Se deberá hacer una revisión de todo el proceso.	

CVE 02 - Índice de Seguimiento Epidemiológico de casos de VIH/SIDA.			
Valor de referencia o meta:	80.0 – 100.0%.		
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad:	Trimestral	Indicador contabilizado por:	Adscripción
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	80.0 – 100.0	60.0 - 79.9	< 60.0
Observaciones:	▪ Para la construcción del numerador, se seleccionan todos los pacientes de la base histórica, que hayan tenido un seguimiento epidemiológico en los últimos doce meses, con base a los criterios siguientes: o Que tengan estatus diferente a “defunción”, independientemente si son: “vivo”, “baja”, “migración” o “desconocido”; se suman todas estas condiciones para conformar el total de pacientes vivos. o Se suman las defunciones que se hayan registrado o identificado en los últimos doce meses, toda vez éstas corresponden al seguimiento que se les ha dado a los pacientes con este padecimiento, habiéndose registrado en el periodo evaluado este suceso. ▪ Para la construcción del denominador, se seleccionan todos los pacientes de la base histórica del Sistema de Información de Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA, con base a los criterios siguientes: o Que tengan estatus diferente a “defunción”, independientemente si son: “vivo”, “baja”, “migración” o “desconocido”, se suman todas estas condiciones para conformar el total de pacientes vivos. o Se suman las defunciones que se hayan registrado o identificado en los últimos doce meses, más las identificadas en el SEED – IMSS que no están registradas en el sistema especial. ▪ Para obtener el Logro Nacional del índice, así como de los padecimientos, se promediarán las 35 Delegaciones. ▪ Para realizar el Seguimiento Clínico Epidemiológico de los casos de VIH/SIDA, es necesario establecer coordinación con diversas áreas y revisar los registros que éstas llevan a cabo, tal y como se muestra en la Tabla:		

<table>
<tr><td colspan="4">CVE 02 - Índice de Seguimiento Epidemiológico de casos de VIH/SIDA.</td></tr>
<tr><td rowspan="7">Observaciones:</td><td>Área o fuentes de información</td><td colspan="2">Seguimiento</td></tr>
<tr><td>Farmacia</td><td colspan="2">Casos en tratamiento ARV notificados.
Casos en tratamiento ARV NO notificados.</td></tr>
<tr><td>CLISIDA</td><td colspan="2">Casos en seguimiento.
Casos nuevos.
Casos NO notificados.</td></tr>
<tr><td>Vigencia</td><td colspan="2">Seguimiento de los casos con baja en su vigencia.</td></tr>
<tr><td>Egresos hospitalarios</td><td colspan="2">Casos nuevos.
Identificación de casos NO notificados.</td></tr>
<tr><td>SEED - IMSS</td><td colspan="2">Identificación de defunciones de casos en seguimiento.
Identificación de defunciones de casos NO notificados.</td></tr>
<tr><td colspan="3">▪ En el denominador se agregarán las defunciones por SIDA identificadas en el SEED – IMSS, y ausentes en el Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica.</td></tr>
<tr><td>Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:</td><td colspan="3">Indicador que construye la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica (CVE), misma que revisa y autoriza los resultados para enviarlos a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación de la Salud para la publicación en el portal:

http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx</td></tr>
<tr><td>Dimensión del indicador:</td><td>Eficacia</td><td>Tipo de indicador:</td><td>Estratégico</td></tr>
</table>

CVE 03 - Tasa de Letalidad Hospitalaria asociada a Neumonía.	
Objetivo del indicador:	Medir el riesgo que tienen los pacientes, de fallecer por neumonía, durante el tiempo que permanecen hospitalizados para mejorar la calidad de la atención médica en las Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención o Unidades Médicas de Alta Especialidad.
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Total de defunciones por neumonía en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención o Unidades Médicas de Alta Especialidad registrados en los egresos hospitalarios / Total de egresos hospitalarios por neumonía en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención o Unidades Médicas de Alta Especialidad X 100
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y Denominador: SUI 13 Egresos hospitalarios.
Interpretación:	Es un indicador para el control de la calidad de la atención médica, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención a la salud, aporta información relevante para establecer líneas de investigación y contribuye a la Vigilancia Epidemiológica en el conocimiento de los riesgos hospitalarios, los problemas de salud de la población. El valor de referencia o meta, se estableció tomando como base la mediana de la tasa de letalidad hospitalaria asociada a neumonía en Hospitales de Segundo Nivel de Atención en las Delegaciones del IMSS para 2014; por lo que el valor de referencia esperado es de máximo 19 defunciones con diagnóstico de neumonía por cada 100 egresos hospitalarios con diagnóstico de neumonía. Lo anterior, nos indica que el proceso se está llevando correctamente y deberán continuarse las mismas estrategias. Si el valor de referencia se encuentra entre 20 y 30 defunciones por neumonía de cada 100 egresos hospitalarios, revela que el proceso tiene componentes que deben mejorarse en la atención médica, por lo que se deberán difundir entre el personal las Guías de Práctica Clínica (GPC), relacionadas con el proceso de atención de neumonía. Si el valor de referencia se encuentra con un valor >30 defunciones por neumonía de cada 100 egresos hospitalarios, hace referencia a que la atención integral de los pacientes con neumonía presenta debilidades en varios componentes del proceso de la atención y se deberá realizar la difusión a los Médicos tratantes de las GPC relacionadas con el proceso de atención de neumonía; además, de supervisión operativa en los servicios de hospitalización, visitas de supervisión-asesoría a los Médicos que no están cumpliendo con el manejo de la neumonía con apego a las GPC, así como sesionar casos clínicos en los Comités de Calidad y Mortalidad para identificar puntos críticos específicos y realizar las acciones de mejora tendientes a reducir la letalidad por neumonía.
Valor de referencia o meta:	< 20 defunciones asociadas a neumonía de cada 100 egresos hospitalarios con diagnóstico de neumonía.

CVE 03 - Tasa de Letalidad Hospitalaria asociada a Neumonía.			
Unidad de medida:	Tasa por 100 egresos hospitalarios	Ponderación en la evaluación delegacional:	8 puntos
Periodicidad:	Mensual acumulado y anual	Indicador contabilizado por:	Atención
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	< 20	20 – 30	> 30
Observaciones:	▪ Para la construcción del indicador con la base de datos del SIMO SUI 13, se incluye: o En el numerador: Egresos Hospitalarios por defunción, de Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención o Unidades Médicas de Alta Especialidad, excluir Unidades de Medicina Familiar. Se incluye clave CIE-10: J12-J18 exceptuando J18.2, en los diagnósticos de ingreso, egreso y diagnósticos secundarios. o En el denominador: Egresos hospitalarios, únicamente de Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención o Unidades Médicas de Alta Especialidad, excluir el servicio de Medicina de Familia, se incluye clave CIE-10: J12-J18 exceptuando J18.2, en los diagnósticos de ingreso, egreso y diagnósticos secundarios. ▪ Para la construcción del indicador con la base de datos del SIMO SUI 13, se excluye: o Los servicios de Medicina de Familiar (04), Unidades auxiliares de Medicina Familiar (40), Urgencias (50), Urgencias Tococirugía (A6), registro definido como desconocido (99). o Unidades de Medicina Familiar con Hospitalización (2110), Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (0300), y Hospitales Rurales (0730). ▪ Para construir el denominador: Se seleccionan los Hospitales de Segundo Nivel de Atención o Unidades Médicas de Alta Especialidad. En el SUI 13 se consideran las claves CIE-10: J12-J18, exceptuando J18.2, en los diagnósticos de ingreso, egreso y diagnósticos secundarios. ▪ Para construir el numerador: Se seleccionan los Hospitales de Segundo Nivel de Atención o Unidades Médicas de Alta Especialidad. En el SUI 13, se consideran las claves CIE-10: J12-J18, exceptuando J18.2, en los diagnósticos de ingreso, egreso y diagnósticos secundarios. En la variable denominada *Causa Básica* se excluye las marcadas con 0000 (que corresponde a egresos vivos), con ello se obtienen el número de defunciones. ▪ Para obtener el logro nacional de la tasa, se obtiene un cociente de las 35 Delegaciones, y por separado las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE).		

CVE 03 - Tasa de Letalidad Hospitalaria asociada a Neumonía.			
Observaciones:	▪ Los resultados de UMAE, se visualizarán en el cálculo por Unidad Médica. ▪ El reporte del indicador, deberá ser emitido en números enteros, como lo marca el valor de referencia.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica (CVE), misma que revisa y autoriza los resultados para enviarlos a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación de la Salud para la inclusión en la Evaluación de Desempeño Estratégica por Delegación y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

CVE 04 - 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 diminución.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Total de defunciones (causa básica) en niños menores de un año de edad en el periodo de reporte / Total de Recién Nacidos Vivos (RNV) en el periodo del reporte X 1,000		
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. Es un indicador de nivel de calidad de vida de una población y se relaciona con el nivel general de desarrollo de un país. Su análisis permitirá cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.		
Unidad de medida:	Tasa X 1,000 RNV	Ponderación en la evaluación delegacional:	8 puntos
Periodicidad:	Mensual anualizado	Indicador contabilizado por:	Adscripción
Observaciones:	▪ Para la construcción del indicador: o 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 las variable “tipo de edad”. o 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”. o El valor de referencia corresponde a la meta a alcanzar en México para cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio al año 2015. Nota: La Coordinación Normativa no considera valores de referencia delegacional para evaluación. Los rangos de desempeño aplican para el ámbito nacional. o En el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013 – 2018, la meta establecida para alcanzar en 2018 es de 10.1 defunciones por 1,000 recién nacidos vivos.		

CVE 04 - Tasa de Mortalidad Infantil.			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica (CVE), misma que revisa y autoriza los resultados para enviarlos a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación de la Salud para la inclusión en la Evaluación Estratégica por Delegación y la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

CVE 05 - Razón de Hospitalización por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en niños menores de 5 años.	
Objetivo del indicador:	Medir la calidad de la atención médica en primer nivel de atención, para evitar la hospitalización por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), en la población menor de 5 años, a fin de implementar oportunamente las acciones de promoción, prevención y control.
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Número total de niños menores de 5 años que se hospitalizaron por EDA (Claves CIE-10: A04, A08-A09, excepto A08.0), de los últimos doce meses, por Unidad de adscripción Número total de casos nuevos de EDA (Claves CIE-10: A04, A08-A09, excepto A08.0), en niños menores de 5 años de los últimos doce meses, por Unidad de adscripción X 1,000
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Subsistema 13 Egresos hospitalarios Denominador: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE). Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.
Interpretación:	La razón indica la relación entre el total de casos de EDA y los casos que fueron hospitalizados por la misma patología; está asociada con la efectividad de las acciones preventivas que se realizan en el primer nivel de atención para evitar las complicaciones y hospitalización por esta causa. Cuando el resultado es menor o igual a 23 hospitalizados por cada 1,000 casos nuevos de EDA, indica que el proceso de atención se está otorgando correctamente y deberán continuarse las mismas estrategias para mantenerlo. Si el valor observado se ubica entre 24 y 34 hospitalizados por cada 1,000 casos nuevos de EDA, revela que el proceso tiene componentes en la atención médica que deben mejorarse, y se tendrá que capacitar al personal sobre atención y manejo ambulatorio; además, de realizar acciones de educación para la salud sobre uso de sales de hidratación oral, identificación de signos de alarma, aplicación de la vacuna antirotavirus, uso de los servicios de salud e identificación y manejo de complicaciones, así como analizar en dónde existen debilidades. Si el resultado es mayor de 34 hospitalizados por cada 1,000 casos nuevos de EDA, indica que la atención integral del paciente presenta debilidades en varios componentes del proceso, por lo que se deberá capacitar al personal sobre atención y manejo ambulatorio y manejo con hidratación oral; además, de realizar acciones de educación para la salud sobre uso de sales de hidratación oral, identificación de signos de alarma, aplicación de la vacuna antirotavirus, uso de los servicios de salud; identificación y manejo de complicaciones, así como fortalecer la supervisión operativa.
Valor de referencia o meta:	≤ 23 niños menores de 5 años hospitalizados por EDA, por cada 1,000 casos nuevos de EDA en menores de 5 años. El valor de referencia o meta se estableció tomando como base la razón de la mediana de los hospitalizados por EDA, y la mediana de los casos nuevos de EDA en niños menores de 5 años en las Delegaciones del IMSS para el 2014.

CVE 05 - Razón de Hospitalización por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en niños menores de 5 años.			
Unidad de medida:	Razón		
Periodicidad:	Mensual anualizado		
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤ 23 por cada 1,000	24 a 34 por cada 1,000	> 34 por cada 1,000
Observaciones:	Para la construcción del indicador se excluyen del numerador y denominador: o Los casos de EDA, Clave CIE-10: A08.0. o Los diagnósticos realizados en IMSS-Prospera y otras instituciones del Sistema Nacional de Salud. o Las Unidades denominadas “Según DIR” que aparecen en la publicación de Población adscrita a médico familiar emitida por la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR). o Población No derechohabiente.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica (CVE), misma que revisa y autoriza los resultados para enviarlos a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación de la Salud para la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

CVE 06 - Letalidad Hospitalaria por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en niños menores de 5 años.	
Objetivo del indicador:	Medir el riesgo de muerte que tienen los niños menores de 5 años con Enfermedad Diarreica Aguda, para establecer medidas de prevención y control en las Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención o Unidades Médicas de Alta Especialidad.
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Número de egresos por defunción, por causa básica de EDA (CIE-10: A04, A08-A09, excepto A08.0) en niños menores de 5 años de los últimos doce meses, por unidad de atención / Número total de egresos, por causa básica de EDA (CIE-10: A04, A08-A09, excepto A08.0) en niños menores de 5 años de los últimos doce meses, por Unidad de atención X 100
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y Denominador: SUI 13 Egresos hospitalarios.
Interpretación:	La tasa indica el riesgo de muerte hospitalaria por EDA en los niños menores de 5 años; se relaciona con la accesibilidad de los servicios de salud, oportunidad de la atención médica y apego del personal a la Guía de Práctica Clínica (GPC), para el diagnóstico y tratamiento. La Unidad debe determinar la diferencia de su tasa obtenida con respecto al valor de referencia. Cuando el resultado es menor o igual a 0.71 defunciones hospitalarias por cada 100 egresos de EDA, indica que el proceso de atención se está otorgando de acuerdo con lo esperado, y deberán continuarse las mismas estrategias para mantenerlo. Si el valor observado se ubica entre 0.72 y 1.28 defunciones hospitalarias por cada 100 egresos de EDA, revela que el proceso tiene componentes en la atención médica que deben mejorarse, por lo que se debe capacitar al personal de salud sobre el manejo de EDA, y sus complicaciones, clasificar la deshidratación, la etiología de la diarrea y tratamiento oportuno. Si el resultado es mayor de 1.28 defunciones hospitalarias por cada 100 egresos de EDA, indica que la atención integral del paciente presenta debilidades en varios componentes del proceso. Se deberá capacitar y difundir a los Médicos tratantes de las GPC, para la Prevención Diagnóstico y Tratamiento de la Diarrea Aguda en niños menores de 5 años; clasificar la deshidratación, la etiología de la diarrea y tratamiento oportuno, manejo de complicaciones y seguimiento adecuado de casos; fortalecer la supervisión operativa en los servicios de hospitalización, visita de supervisión-asesoría a los Médicos que no están cumpliendo con el manejo de estos padecimientos con apego a las GPC; realizar autopsias verbales de las defunciones ocurridas en cada Unidad Médica para el análisis de factores contribuyentes, así como sesionar casos clínicos en los Comités de Calidad y Mortalidad, para identificar determinantes específicos y realizar las acciones de mejora tendientes a reducir la letalidad de los niños menores de 5 años por estos padecimientos.
Valor de referencia o meta:	≤ 0.71 por 100 Egresos hospitalarios El valor de referencia o meta se estableció tomando como base la mediana de la tasa de letalidad por EDA en niños menores de 5 años en las Delegaciones del IMSS para el 2014.

CVE 06 - Letalidad Hospitalaria por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en niños menores de 5 años.			
Unidad de medida:	Tasa por 100 egresos hospitalarios.		
Periodicidad:	Mensual anualizado		
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤ 0.71	0.72 – 1.28	> 1.28
Observaciones:	▪ Indicador que evalúa el proceso de atención para la Delegación en Hospitales de Segundo Nivel de Atención y las UMAE, por separado. ▪ Para la construcción del indicador con la base de datos SIMO SUI 13, se incluye: o En el numerador: Egresos hospitalarios por defunción, de Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención o Unidades Médicas de Alta Especialidad, a causa de EDA en niños menores de 5 años de los últimos doce meses. Claves CIE-10: A04, A08-A09 (excepto A08.0) en los diagnósticos de ingreso, egreso y diagnósticos secundarios. o En el denominador: Egresos hospitalarios de Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención o Unidades Médicas de Alta Especialidad, a causa de EDA en niños menores de 5 años de los últimos doce meses. Claves CIE-10: A04, A08-A09 (excepto A08.0), en los diagnósticos de ingreso, egreso y diagnósticos secundarios. ▪ Para la construcción del indicador con la base de datos SIMO SUI 13, se excluye: En el numerador y denominador: o Los casos de EDA con clave CIE-10: A08.0, y a la población No derechohabiente. o Los servicios de Medicina Familiar (04), Unidades Auxiliares de Medicina Familiar (40), Urgencias (50), Urgencias Tococirugía (A6), y registro definido como desconocido (99). o Unidades de Medicina Familiar con Hospitalización (2110), Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (0300), y Hospitales Rurales (0730). ▪ Para obtener el logro nacional de la tasa, se obtiene un cociente de las 35 Delegaciones y por separado las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE). ▪ Los resultados de UMAE, se visualizarán en el cálculo por Unidad Médica, mientras que los hospitales de Segundo Nivel se visualizarán por Delegación.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica (CVE), misma que revisa y autoriza los resultados para enviarlos a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación de la Salud para la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

CVE 07 - Tasa de Hospitalización por Diabetes Mellitus no controlada con complicaciones de corto plazo (PROSESA).	
Objetivo del indicador:	Medir la magnitud de presentación de complicaciones agudas (Cetoacidosis diabética y Estado hiperosmolar hiperglucémico) (CIE-10: E10.0 a E14.0 con cuarto dígito 0 y 1), en población derechohabiente de 15 años y más, adscrita a Médico Familiar, para establecer acciones y políticas sanitarias orientadas a mejorar la detección y el control de la Diabetes mellitus en etapas tempranas.
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Egresos de pacientes de 15 años y más, con diagnóstico de Diabetes mellitus con complicaciones de corto plazo (Coma o Cetoacidosis (CIE-10: E10-E14 con cuarto dígito 0 y 1), de los servicios de urgencia y hospitalización / Población derechohabiente de 15 años y más, adscrita a Médico Familiar a mitad de periodo × 100,000
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Egresos de Urgencia (SIMO) y Egresos Hospitalarios (SUI 13.) Denominador: Datos de Población Derechohabiente Adscrita a Médico Familiar, emitidos por la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR), incorporada al Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).
Interpretación:	Ambos tipos de Coma (hiperosmolar o hiperglucémico), indican cifras elevadas de glucosa en sangre de los pacientes que presentan esta enfermedad (≥250 mg dl=cetoacidosis; ≥600 mg/dl=hiperosmolar), lo que indica descontrol de la enfermedad y demanda de los servicios médicos de urgencias u hospitalización. Un valor mayor de 16 casos de complicación por 100,000 derechohabientes adscritos a Medicina Familiar, requiere de acciones inmediatas de revisión del control de paciente, capacitación al personal de salud y promoción de la salud en la población de riesgo.
Valor de referencia o meta:	≤ 16.0 por 100,000 derechohabientes adscritos a Médico Familiar. Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013 – 2018.
Unidad de medida:	Tasa por 100,000 derechohabientes adscritos a Médico Familiar.
Periodicidad:	Anual por Delegación
Observaciones:	▪ Indicador que se construye a nivel Delegacional. ▪ Para la construcción del indicador, se efectúa búsqueda intencionada en los registros con clave CIE-10: E10-E14, con cuarto dígito 0 y 1, de los egresos de Urgencia o de Hospital.

CVE 07 - Tasa de Hospitalización por Diabetes Mellitus no controlada con complicaciones de corto plazo (PROSESA).			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que integra la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, con los criterios y definiciones establecidos en el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013 – 2018, y publica en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

CVE 08 - 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 (ECV) 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 X 100		
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%		
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad:	Mensual anualizado	Indicador contabilizado por:	Adscripción
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤ 1.00	1.01 – 1.49	≥ 1.50
Observaciones:	▪ Para la construcción del indicador se incluye: ○ 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.		

CVE 08 - Porcentaje de Egresos Hospitalarios con diagnóstico de Enfermedades Hipertensivas (EH) con complicaciones - Enfermedad Vascular Cerebral (EVC) y Enfermedad Isquémica del Corazón (EIC).			
Observaciones:	▪ Para la construcción del indicador se excluye: o Egresos en no derechohabientes (primera posición del agregado médico igual a 0 o agregado médico en posiciones 7 y 8 igual a "ND"). o Egresos de UMF, UMFH, UMFR, UMAA, Hospitales Psiquiátricos, Hospitales Pediátricos, Banco de Sangre, Laboratorio de Citología, Consulta Externa de CMNLR, Hospitales de Traumatología y Ortopedia. o Egresos hospitalarios subsecuentes en pacientes con más de un egreso por EH y ECV o EIC.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica (CVE), misma que revisa y autoriza los resultados para enviarlos a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación de la Salud para la publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

4. Coordinación de Educación en Salud

(CES)

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CES 01 - Tasa de cobertura para Internado de Pregrado.				
Objetivo del indicador:	Evaluar la pertinencia (capacidad física) del campo clínico en adecuado balance con la práctica académico/asistencial, para determinar que el número de camas esté en función de la operatividad académico / asistencial.			
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Número de camas censables			
	Número de Alumnos de Internado Médico de Pregrado asignados a la sede			
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Inventario Físico de Unidades (IFU). Denominador: Metas presupuestales para Alumnos de Internado Médico de Pregrado.			
Interpretación:	El número de camas que está en función de la operatividad académico/ asistencial eficiente, en beneficio del alumno y del derechohabiente, consensuado con expertos y establecido en la NOM-234-SSA1-2003, Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado.			
Valor de referencia o meta:	5 camas censables por cada Alumno de Internado Médico de Pregrado (procedimientos de pregrado del Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS).			
Unidad de medida:	Tasa			
Periodicidad:	Semestral	Indicador contabilizado por:		Delegación de Adscripción
Rangos de desempeño:	Nivel:	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	Nacional: En Delegaciones:	1:5	1:6 1:4	1:7 1:3
Observaciones:	▪ Cada sede receptora de Alumnos de Internado Médico de Pregrado tiene un número ajustado al indicador de 1 Alumno de Internado Médico de Pregrado por cada 5 camas censables. ▪ Un número mayor de Alumnos de Internado Médico de Pregrado a este indica sobrecupo de estudiantes. ▪ Un número menor implica falta de Alumnos de Internado Médico de Pregrado.			

CES 01 - Tasa de cobertura para Internado de Pregrado.			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye el Área de Pregrado de la División de Programas Educativos, de la Coordinación de Educación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

CES 02 - Satisfacción de los alumnos de Internado Médico de Pregrado.				
Objetivo del indicador:	Medir el grado de satisfacción de los alumnos del proceso educativo de Internado Médico de Pregrado en la Unidad sede, para determinar acciones de mejora educativa.			
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Número de médicos internos de pregrado satisfechos con sedes por delegación / Número de médicos internos de pregrado que contestaron encuesta de satisfacción por delegación × 100			
Fuentes oficiales para el cálculo:	Encuesta de satisfacción en línea aplicada a alumnos de Internado Médico de Pregrado al finalizar el ciclo.			
Interpretación:	Mide el porcentaje de alumnos de Internado Médico de Pregrado que manifestaron estar satisfechos al finalizar del ciclo de pregrado, mediante la evaluación de los módulos de su proceso educativo.			
Valor de referencia o meta:	≥ 90%			
Unidad de medida:	Porcentaje			
Periodicidad:	Anual	Indicador contabilizado por:		Delegación y Unidad Sede
Rangos de desempeño:	Nivel:	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	Nacional: En Delegaciones:	≥ 90%	89 a 70%	< 70%
Observaciones:	▪ Se aplica la encuesta en la última semana previa al egreso. ▪ El total de alumnos de pregrado debe responder la encuesta. ▪ Se considera adecuada satisfacción cuando una calificación es igual o mayor al 90%			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye el Área de Pregrado de la División de Programas Educativos, de la Coordinación de Educación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su publicación en el Portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx			
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:		Calidad

CES 03 - Cursos de especialización en el Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC) del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT)			
Objetivo del indicador:	Evaluar la calidad educativa de los cursos de especialización médica a través de su inscripción en el PNPC, para determinar acciones de mejora de la calidad educativa.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	$\frac{\text{Número de cursos de especialización inscritos en PNPC por sede académica en Delegaciones y UMAES}}{\text{Número total de cursos en las sedes en Delegaciones y UMAES}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y Denominador: Reporte de cursos inscritos en PNPC proporcionado por la División de Programas Educativos de la Coordinación de Educación en Salud y CONACyT.		
Interpretación:	El PNPC del 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. 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 en la formación de Médicos especialistas.		
Valor de referencia o meta:	≥ 30%		
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad:	Anual (Noviembre)	Indicador contabilizado por:	Delegación de adscripción y UMAE
Rangos de desempeño:	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	≥ 30 %	29 – 20 %	≤ 19 %
Observaciones:	▪ Para la construcción del indicador se incluye: ○ En el numerador: Cursos de Especialidades Médicas inscritos en PNPC de una sede académica (UMAE, HGR, HGZ y/o UMF) en cualquiera de sus tres modalidades: en desarrollo, consolidado y de impacto internacional.		

CES 03 - Cursos de especialización en el Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC) del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT)			
Observaciones:	○ En el denominador: todos los cursos de especialidades médicas de una sede de esa Delegación. ▪ Para la construcción del indicador se excluye: ○ Cursos en proceso de inscripción ▪ Otros aspectos necesarios para la construcción: ○ Para el numerador: Número de cursos de especialización inscritos en PNPC por sede académica de la Delegación, se incluyen todos los que estén inscritos independientemente de la categoría: de reciente creación, en desarrollo, consolidado, de competencia internacional. ○ Para el denominador: Número total de cursos en las sedes en la Delegación tanto inscritos en PNPC, como los que no se han inscrito.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye la División de Programas Educativos de la Coordinación de Educación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Calidad	Tipo de indicador:	Estratégico

CES 04 - Eficiencia terminal del Ciclo Académico en Residencias Médicas.			
Objetivo del indicador:	Evaluar la calidad educativa de los Cursos de Especialización Médica a través del número de Médicos Residentes que se acreditan en un ciclo académico mediante diplomación oportuna, para determinar acciones de mejora de la calidad educativa.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Número de Médicos Residentes que obtienen diploma en un ciclo académico en las sedes y subsedes de la Delegación y UMAE / Número de Médicos Residentes adscritos al inicio del mismo ciclo académico en las sedes y subsedes de la Delegación del último año académico de cada especialidad y UMAE × 100		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y denominador: Módulo de personas/residencias médicas/adscripción/calificaciones/tesis del Sistema Integral de Información de la Coordinación de Educación en Salud (SIICES), administrado por la División de Programas Educativos de la Coordinación de Educación en Salud.		
Interpretación:	La eficiencia terminal es usada por diferentes instancias educativas (entre ellas la Secretaría de Educación Pública (SEP) y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) para ingresar al Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC), 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. 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.		
Valor de referencia o meta:	≥ 90%		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación en la evaluación Delegacional:	3 puntos

CES 04 - Eficiencia terminal del Ciclo Académico en Residencias Médicas.			
Periodicidad:	Anual (Marzo)	Indicador contabilizado por:	Delegación de Adscripción
Rangos de desempeño:	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	≥ 90 %	89 – 80 %	< 80 %
Observaciones:	▪ Para la construcción del indicador se incluye: o En el numerador: Médicos Residentes que obtienen su diploma institucional al cumplir los criterios siguientes: 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. o En el denominador: Médicos Residentes del último grado académico de cada especialidad tanto directa como de rama de la Delegación y UMAE. ▪ Para la construcción del indicador se excluye: (al final) o 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. ▪ Otros aspectos necesarios para la construcción: 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). o Para el denominador: Médicos Residentes adscritos al último ciclo académico de cada especialidad.		

CES 04 - Eficiencia terminal del Ciclo Académico en Residencias Médicas.			
Observaciones:	○ 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:	Indicador que construye la Coordinación de Educación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su inclusión en la Evaluación Estratégica por Delegación y su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficiencia	Tipo de indicador:	Estratégico

CES 05 - Tasa de abandono de personal becado inscrito en cursos de Especialización Médica.			
Objetivo del indicador:	Evaluar la dificultad para alcanzar el éxito escolar. Evaluación indirecta de la calidad educativa de los Cursos de Especialización Médica a través del número de Médicos Residentes que abandonan un Ciclo Académico, para determinar acciones de mejora educativa.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	$\frac{\text{Número de Médicos Residentes becados que abandonan un Ciclo Académico en las sedes y subsedes de la Delegación}}{\text{Número de Médicos Residentes becados adscritos al inicio del mismo Ciclo Académico en las sedes y subsedes en la Delegación}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y Denominador: Sistema Integral de Información de la Coordinación de Educación en Salud (SIICES), administrado por la División de Programas Educativos de la Coordinación de Educación en Salud.		
Interpretación:	El abandono es un punto clave para la Institución porque ofrece información respecto a las dificultades para alcanzar el éxito escolar, también permite conocer el impacto de estrategias encaminadas a minimizar estos problemas, se asume que es multicausal.		
Valor de referencia o meta:	0 %, sin abandono		
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad:	Anual	Indicador contabilizado por:	Delegación y UMAE
Rangos de desempeño:	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	0 %, sin abandono	1 – 5 %	> 5 %
Observaciones:	▪ Para la construcción del indicador se incluye: o En el numerador: Médicos residentes que renuncian en periodo académico, registran baja académica por más del 25% de ausencias justificadas, baja académica por recisión laboral. o En el denominador: Médicos Residentes de nuevo ingreso y residentes de avance de grado académico. (Matrícula de ese año). o Residentes de nuevo ingreso: están constituidos por Médicos de entrada directa y de rama, seleccionados y adscritos a una sede formadora específica, entre los meses de diciembre y mayo.		

CES 05 - Tasa de abandono de personal becado inscrito en cursos de Especialización Médica.			
Observaciones:	▪ Para la construcción del indicador se excluye al final: Del denominador: bajas definitivas por defunción. ▪ Otros aspectos necesarios para la construcción: o Para el numerador: Los profesores Titulares y/o Adjuntos de cada especialidad médica registra(n) en el mes de mayo y agosto del Ciclo Académico, la vigencia 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 (DPE) la valida (en febrero y marzo). o Para el denominador: Médicos residentes adscritos. Es la suma de alumnos de nuevo ingreso y alumnos de avance de grado académico. o Residentes de nuevo ingreso: están constituidos por Médicos de entrada directa y de rama, seleccionados y adscritos a una sede formadora específica, entre diciembre y mayo. o Residentes de avance grado: son los Médicos aprobados para continuar al siguiente Ciclo Académico, de acuerdo al Sistema Institucional de Residencias Médicas y registrados en el SIICES. o SIICES: Sistema Integral de Información de la Coordinación de Educación en Salud. o 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. o La División de Programas Educativos valida la información de Médicos Residentes adscritos en el ciclo académico en mayo y agosto.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye la Coordinación de Educación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficiencia	Tipo de indicador:	Estratégico

CES 06- Satisfacción de los alumnos inscritos en Programas de Especialización Médica				
Objetivo del indicador:	Medir el grado de satisfacción de los alumnos de los Programas de Especialización Médica por Unidad sede o subsede, para determinar acciones de mejora educativa.			
Precisión del método de cálculo (fórmula):	$\frac{\text{Total de alumnos de los Programas de Especialización Médica que respondieron en la encuesta estar satisfechos}}{\text{Total de alumnos de los Programas de Especialización Médica que respondieron la encuesta}} \times 100$			
Fuentes oficiales para el cálculo:	Encuesta de satisfacción aplicada a alumnos de los Programas de Especialización Médica que respondieron la encuesta al finalizar el ciclo observado.			
Interpretación:	Mide el porcentaje de satisfacción de los alumnos de los Programas de Especialización Médica, al finalizar el ciclo observado, en la Unidad sede o subsede.			
Valor de referencia o meta:	≥ 90%			
Unidad de medida:	Porcentaje			
Periodicidad:	Anual	Indicador contabilizado por:		Delegación y Unidad Sede o Subsede
Rangos de desempeño:	Nivel:	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	Nacional En Delegaciones:	≥ 90%	89 a 70%	< 70%
Observaciones:	▪ Se aplica la encuesta en la última semana previa al egreso. ▪ El total de alumnos de pregrado debe responder la encuesta. ▪ Se considera adecuada satisfacción cuando una calificación es igual o mayor al 90%			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación::	Indicador que construye el Área de Posgrado de la División de Programas Educativos, de la Coordinación de Educación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx			
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Calidad	

CES 07 - Calidad de Médicos aspirantes al Sistema de Especialidades Médicas del IMSS			
Objetivo del indicador:	Evaluar la calidad de los aspirantes a los Cursos de Especialización Médica a través del número de Médicos que obtiene mayor calificación durante el proceso de selección, para elevar la calidad de los cursos.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Número de Médicos aspirantes que alcanzan el primer quintil de calificación por especialidad en el ENARM / Número de Médicos aspirantes aceptados que concursan por una especialidad en un Ciclo Académico × 100		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y Denominador: Sistema Integral de Información de la Coordinación de Educación en Salud (SIICES).		
Interpretación:	Para elevar la calidad de los cursos del Sistema de Residencias Médicas del IMSS es necesario contar con los aspirantes mejor calificados.		
Valor de referencia o meta:	≥ 75%		
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad:	Anual (marzo)	Indicador contabilizado por:	Delegación y UMAE
Rangos de Desempeño:	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	≥ 75 %	74 – 50 %	< 50 %
Observaciones:	Este indicador dependerá de cada especialidad y se medirá al interior de la misma, no será generalizado a todas las especialidades, sino específico. ENARM: Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas. Indicador aplicable únicamente a aspirantes a las especialidades de entrada directa.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye la Coordinación de Educación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Calidad	Tipo de indicador:	Estratégico

CES 08 - Eficiencia del aprovechamiento de los recursos humanos, generados a través de los cursos de Especialización Médica en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), para la satisfacción de las necesidades institucionales.			
Objetivo del indicador:	Evaluar la cantidad de recursos humanos, de Médicos Especialistas en salud formados, que cubrirán las necesidades institucionales anuales para resolver las necesidades de los derechohabientes.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	$\frac{\text{Número de plazas ocupadas por Médicos Especialistas recién egresados de los cursos impartidos en el IMSS por especialidad y Delegación}}{\text{Número total de plazas vacantes de Médicos Especialistas por Delegación}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y Denominador: Sistema Integral de Administración de Personal (SIAP).		
Interpretación:	Durante el proceso de contratación se ofrecen una cantidad determinada de plazas para todas las especialidades médicas que requiere la institución, las cuales deben ocuparse para resolver las necesidades de los derechohabientes al 100%. Este indicador ayuda a establecer mejoras en el concurso para eficientar los recursos de la Institución.		
Valor de referencia o meta:	≥ 85 %		
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad:	Anual (Marzo)	Indicador contabilizado por:	Delegación y UMAE
Rangos de Desempeño:	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	≥ 85 %	84 – 75%	< 75%
Observaciones:	Se basará en las necesidades de recursos humanos de Médicos Especialistas anuales.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye la Coordinación de Educación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficiencia	Tipo de indicador:	Estratégico

CES 09 – Tasas de variación de personal del área de la salud capacitado en adiestramiento en servicio durante el año en curso respecto al año previo			
Objetivo del indicador:	Calcular el incremento de la variación relativa de personal del área de la salud capacitado en adiestramiento en servicio durante el año en curso respecto al año previo.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	$\frac{\text{Número de personal del área de la salud capacitado en adiestramiento en servicio menos durante el año en curso por Delegación} \quad \text{Número de personal de área de la salud capacitado en adiestramiento en servicio durante el año previo, por Delegación}}{\text{Número de personal del área de la salud capacitado en adiestramiento en servicio durante el año previo, por Delegación}}$ X100		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador. De la columna “Acreditó” del “Informe de Cursos de Educación Continua” (EC3) de los cursos en estatus “Captura concluida EC3”, de la modalidad educativa Adiestramiento en Servicio, registrados en el Sistema Informático de Programas de Educación Continua (SIPEC) del año en curso y del año previo. Denominador: De la columna “Acreditó” del “Informe de Cursos de Educación Continua” (EC3) de los cursos en estatus “Captura concluida EC3”, de la modalidad educativa Adiestramiento en Servicio, registrados en el Sistema Informático de Programas de Educación Continua (SIPEC) del año previo.		
Interpretación:	Calcular el incremento o decremento del número de personal del área de la salud capacitado en Adiestramiento en Servicio, por Delegación, del año en curso respecto al año previo.		
Valor de referencia o meta:	Positivo		
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad:	Anual (diciembre)	Indicador contabilizado por:	Delegación
Rangos de desempeño:	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	Positivo	0	Negativo

CES 09 – Tasas de variación de personal del área de la salud capacitado en adiestramiento en servicio durante el año en curso respecto al año previo			
Observaciones:	• Fuente de información manual y electrónica. • Se excluyen del numerador y denominador los cursos extemporáneos, extraordinarios y captura concluida extemporánea EC3. • 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. • El personal del área de la salud corresponde al personal que acreditó la capacitación. • EC3: "Informe de Cursos de Educación Continua" • Estatus: a) Validado CES: Curso de capacitación revisado y validado por las autoridades normativas de la Coordinación de Educación en Salud. b) Autorizado CNMCA: Curso validado por la CES y autorizado por la Comisión Nacional Mixta de Capacitación y Adiestramiento. c) Captura Concluida EC3: Formato del SIPEC que representa los cursos concluidos. d) Captura Concluida Extemporánea: Representa los cursos concluidos de forma extemporánea. e) En caso de que el número de asistentes capturados y que acreditaron la capacitación, sea mayor al programado en el campo de "Cupo", se tomará como valor de referencia para el numerador y denominador el "Cupo".		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye la Coordinación de Educación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Resultados.

CES 10 –Razón de incremento en el número de cursos del personal del área de la salud en Programas de Educación en Centros de Excelencia por Delegación			
Objetivo del indicador:	Calcular la razón matemática del incremento de los cursos en el Programa de Educación en Centros de Excelencia (PECE) a los que acude el personal del parea de la salud en el año actual respecto al previo, por Delegación.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Número de cursos de capacitación para trabajadores del área de las salid del año en curso por delegación, correspondientes al PECE Número de cursos de capacitación para trabajadores del área de la salud del año previo por Delegación, correspondiente al PECE		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Base de datos de la División de Educación Continua de la Coordinación de Educación en Salud Denominador: Base de datos de la División de Educación Continua de la Coordinación de Educación en Salud		
Interpretación:	Una razón mayor de uno en el número de cursos correspondientes al programa de Educación en Centros de excelencia con respecto al año anterior por delegación se considera favorable.		
Valor de referencia o meta	> 1		
Unidad de medida:	Razón		
Periodicidad:	Anual	Indicador contabilizado por:	Delegación
Rangos de desempeño:	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	> 1	1 a 0.7	<0.7
Observaciones:	▪ Trabajador del área de la salud: Persona con relación contractual institucional de base, de confianza o médico residente. ▪ En caso de que el denominador sea cero y el numerador sea uno o mayor, el indicador se reportará como desempeño medio con el número uno. ▪ En caso de que tanto numerador como denominador sean cero, el indicador se reportará como desempeño bajo y el número cero.		

CES 10 –Razón de incremento en el número de cursos del personal del área de la salud en Programas de Educación en Centros de Excelencia por Delegación			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye la División de Educación Continua de la Coordinación de Educación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Diagnósticos de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

CES 11 – Cumplimiento de cursos de educación continua para el personal del área de la salud de Delegaciones			
Objetivo del indicador:	Obtener el porcentaje de cursos de educación continua realizados en relación a la programación anual autorizada, con la finalidad de verificar el cumplimiento de la capacitación para el trabajador de base en las unidades médicas.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Número de cursos de educación continua realizados para el personal de base del área de la salud en el trimestre por delegación / Número de cursos de educación continua programados para el personal de base del área de la salud en el trimestre por Delegación X 100		
Fuentes oficiales para el cálculo:	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 Denominador: "Calendarización de Cursos de Educación Continua para el personal del área de salud (EC2)" de los cursos en estatus "Validados CES" y "Autorizados CNMCA" en el Sistema Informático de Programas de Educación Continua (SIPEC) del año en curso.		
Interpretación:	Porcentaje de cursos realizados en un trimestre 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.		
Valor de referencia o meta	> 70.5		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación en la evaluación Delegacional:	3 puntos
Periodicidad:	Trimestral (marzo, junio, septiembre y diciembre)	Indicador contabilizado por:	Delegación
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	> 70.5	59.5 – 70.5	< 59.5

CES 11 – Cumplimiento de cursos de educación continua para el personal del área de la salud de Delegaciones			
Observaciones:	▪ El reporte trimestral no es acumulativo. ▪ Fuente de información de proceso manual y electrónico. ▪ 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” Estatus: a. Validado CES: Curso de capacitación revisado y validado por las autoridades normativas de la Coordinación de Educación en Salud. b. Autorizado CNMCA: Curso validado por la CES y autorizado por la Comisión Nacional Mixta de Capacitación y Adiestramiento.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye la Coordinación de Educación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su inclusión en la Evaluación Estratégica por Delegación y su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

CES 12 – Razón de incremento en el número de asistentes a cursos del Programa de Educación en Centros de Excelencia por Delegación.			
Objetivo del indicador:	Calcular la razón matemática del incremento de los asistentes a cursos en el Programa de Educación en Centros de Excelencia (PECE) en el año actual respecto al previo, por Delegación.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Número de trabajadores del área de la salud del Instituto que acreditaron cursos correspondientes al PECE del año en curso, por Delegación Número de trabajadores del área de la salud del Instituto que acreditaron cursos correspondiente al PECE del año previo, por Delegación		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Base de datos de la División de Educación Continua de la Coordinación de Educación en Salud Denominador: Base de datos de la División de Educación Continua de la Coordinación de Educación de Educación en Salud		
Interpretación:	Una razón mayor de uno en el número de asistentes que concluyen cursos correspondientes al Programa de Educación en Centros de Excelencia con respecto al año anterior por delegación se considera favorable.		
Valor de referencia o meta	> 1		
Unidad de medida:	Razón		
Periodicidad:	Anual	Indicador contabilizado por:	Delegación
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	> 1	1 – 0.7	<0.7
Observaciones:	▪ Trabajador del área de la salud: persona con relación contractual institucional de base, confianza o médico residente. ▪ En caso que el denominador sea cero y el numerador sea uno o mayor, el indicador se reportará como desempeño medio, con el número uno. ▪ En caso de que tanto el numerador como denominador sean cero, el indicador se reportará como desempeño bajo y el número cero.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye la Coordinación de Educación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Diagnósticos de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

CES 13 - Porcentaje de cumplimiento del personal del área de la salud del Primer Nivel de Atención capacitado en temas prioritarios por Delegación.			
Objetivo del indicador:	Medir el porcentaje de personal del área de la salud del Primer Nivel de Atención capacitado en temas prioritarios que acreditaron, conforme a la programación anual autorizada, con la finalidad de verificar el cumplimiento de la capacitación para el trabajador de base en las Delegaciones institucionales.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Número de personal del área de la de salud del primer nivel de atención que acreditó los cursos de educación continua, con temas prioritarios por Delegación, por año. / Número de personal del área de la de salud del primer nivel de atención programada a los Cursos de Educación Continua con temas prioritarios por Delegación, por año. × 100		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: De la columna “Acreditó” del formato "Informe de Curso de Educación Continua (EC3)", en estatus “Captura Concluida EC3”, de los cursos con temas prioritarios para desarrollarse en el Primer Nivel de Atención, registrados en la plataforma SIPEC, de la División de Educación Continua de la Coordinación de Educación en Salud, por año. Denominador: Del campo “Cupo” del formato “Calendarización de Cursos de Educación Continua para el personal del área de la salud (EC2)", en estatus “Validado CES” y “Autorizados CNMCA”, de los cursos con temas prioritarios para desarrollarse en el Primer Nivel de Atención, registrados en la plataforma SIPEC, de la División de Educación Continua de la Coordinación de Educación en Salud, por año.		
Interpretación:	Proporción de personal del área de la de salud del Primer Nivel de Atención que aprobó la capacitación en temas prioritarios de la programación anual autorizada, en las Delegaciones, por año.		
Valor de referencia o meta:	≥ 68.4 %		
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad:	Anual	Indicador contabilizado por:	Delegación
Rangos de desempeño:	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	>68.4%	49.9 – 68.4 %	< 49.9 %

CES 13 - Porcentaje de cumplimiento del personal del área de la salud del Primer Nivel de Atención capacitado en temas prioritarios por Delegación.			
Observaciones:	▪ Fuente de información manual y electrónica. ▪ Se excluyen del numerador y denominador los cursos extemporáneos, extraordinarios y capturas concluidas extemporáneas EC3. ▪ 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 para el personal del área de la salud. ▪ EC3: Informe de Cursos de Educación Continua.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye la Coordinación de Educación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Diagnósticos de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

CES 14 - Porcentaje acumulado de Personal Directivo Médico activo con formación gerencial en salud.			
Objetivo del indicador:	Medir el número de Personal Directivo Médico activo con formación gerencial en salud, para resolver las necesidades de los derechohabientes.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Número de Personal Directivo Médico activo, con formación gerencial en salud, adscrito a Delegaciones y Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención, y UMAE / Número de Personal Directivo Médico activo adscrito a Delegaciones y Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención, y UMAE. X 100		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Reporte anual de Personal Directivo Médico activo con formación gerencial en salud emitido por la División de Innovación Educativa. Denominador: Reporte anual de Personal Directivo Médico activo, adscrito a Delegaciones y Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención, y UMAE, obtenido del Sistema Integral de Administración de Personal (SIAP); División de Servicios de Información para Administración de Personal de la Coordinación de Servicios Digitales y de Información para la Salud y Administrativos		
Interpretación:	Incremento anual en el número de Personal Directivo Médico con formación gerencial en salud, expresado en porcentaje.		
Valor de referencia o meta:	Incremento anual ≥ 10.0 %, en relación con el año previo		
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad:	Anual (Diciembre)	Indicador contabilizado por:	Unidad Médica de Primero o Segundo Nivel de Atención, Delegación o UMAE
Rangos de desempeño:	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	Incremento > 10.0 %, en relación con el año previo	Incremento de 5.0 – 9.9 %, en relación con el año previo.	Incremento < 4.9 %, en relación con el año previo.

CES 14 - Porcentaje acumulado de Personal Directivo Médico activo con formación gerencial en salud.			
Observaciones:	▪ Se entiende por Personal Directivo Médico Activo, al Personal Directivo Médico en funciones directivas durante el año que se reporta. ▪ Para el cálculo de la diferencia en el porcentaje de Personal Directivo Médico activo con formación gerencial en salud por año: Incremento = (Porcentaje de Personal Directivo Médico activo con formación gerencial en salud, en el año reportado) – (Porcentaje de Personal Directivo Médico activo con formación gerencial en salud, en el año previo). ▪ Para la construcción del indicador, se incluyen: o Personal Directivo Médico activo. o Adscrito a Delegaciones y Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención y UMAE. ▪ Para la construcción del indicador, se excluyen: o Participantes jubilados y externos al IMSS. ▪ Cuando las Delegaciones, Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención y UMAE reporten 100% de personal con formación gerencial en salud, el incremento esperado es inferior al 5% considerando la necesidad de preparación de personal para sustitución.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye la Coordinación de Educación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Diagnósticos de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

CES 15 - Porcentaje anual de Personal de Enfermería formado en gerencia en salud			
Objetivo del indicador:	Medir el número de Personal Directivo de Enfermería formado en gerencia en salud para enfermería mediante cursos reconocidos por la Coordinación de Educación en Salud (CES) en un año, para resolver las necesidades de los derechohabientes.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Número de Personal Directivo de enfermería formado en gerencia en salud para enfermería, adscrito a Delegaciones y Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención, y UMAE. Por categoría y tipo de curso, en un año / Número de Personal Directivo de Enfermería adscrito a Delegaciones y Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención, y UMAE. X 100		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Reporte anual de Personal Directivo de Enfermería formado en cursos reconocidos por la CES, por categoría y tipo de curso emitido por la División de Innovación Educativa. Denominador: Reporte anual de personal directivo de enfermería adscrito a Delegaciones y Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención, y UMAE. Obtenido del sistema Integral de Administración de Personal (SIAP); División de Servicios de Información para Administración de Personal de la Coordinación de Servicios Digitales y de Información para la Salud y Administrativos.		
Interpretación:	Número de Personal de Enfermería que se forma en gerencia en salud para enfermería en el año que se reporta, expresado en porcentaje.		
Valor de referencia o meta:	≥15.0 %		
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad:	Anual (Diciembre)	Indicador contabilizado por:	Unidad Médica de Primero o Segundo Nivel de Atención, Delegación o UMAE
Rangos de desempeño:	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	≥ 15.0 %	10.0 – 14.9 %	≤9.9 %

CES 15 - Porcentaje anual de Personal de Enfermería formado en gerencia en salud			
Observaciones:	▪ Fuente de información automatizada para calcular el numerador y denominador. ▪ Para la construcción del indicador, se incluyen: o Personal de salud directivo de enfermería con nombramiento. o Adscrito a Unidades de Atención Médica de Primero, Segundo y Tercer Nivel. o Alumnos que participan en cursos reconocidos por la CES. o Alumnos que culminaron satisfactoriamente el curso de formación en gestión en salud, reconocido por la CES. ▪ Para la construcción del indicador, se excluyen: o Participantes jubilados y externos al IMSS.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye la Coordinación de Educación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Diagnósticos de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

CES 16 - Porcentaje de tutores formados que participan en cursos a distancia por Delegación y UMAE			
Objetivo del indicador:	Determinar el porcentaje de tutores formados que participan en cursos a distancia implementados por la Coordinación de Educación en Salud (CES), para resolver las necesidades de los derechohabientes.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	$\frac{\text{Número de tutores en activo en cursos a distancia implementados por la CES, por tipo de curso, Delegación y UMAE en un año}}{\text{Número de tutores formados, por Delegación y por UMAE}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Reporte anual del número de tutores en activo en cursos a distancia implementados por la CES por tipo de curso, Delegación y UMAE, en un año, emitido por el Sistema Integral de Educación a Distancia; División de Innovación Educativa de la Coordinación de Educación en Salud. Denominador: Reporte anual del número de tutores formados por Delegación y UMAE, emitido por el por el Sistema Integral de Educación a Distancia; División de Innovación Educativa de la Coordinación de Educación en Salud.		
Interpretación:	Porcentaje de tutores formados que participan en cursos a distancia implementados por la CES.		
Valor de referencia o meta	≥ 80 %		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación en la evaluación Delegacional:	3 puntos
Periodicidad:	Anual (Diciembre)	Indicador contabilizado por:	Delegación
Rangos de desempeño:	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	≥ 80%	60 -79.9%	≤ 59.9%
Observaciones:	▪ Se entiende por tutor activo, como aquel que participa como docente en al menos un curso a distancia implementado por la CES, durante el año que se reporta. ▪ Se entiende por tutor formado, aquel que aprobó un curso de formación en tutoría a distancia, reconocido por la CES. ▪ Fuente de información automatizada para calcular el numerador y denominador.		

CES 16 - Porcentaje de tutores formados que participan en cursos a distancia por Delegación y UMAE			
Observaciones:	▪ Para la construcción del indicador, se incluyen: o Personal de salud formado como tutor a distancia. o Personal de salud con funciones docentes en cursos a distancia implementados por la Coordinación de Educación en Salud. ▪ Para la construcción del indicador, se excluyen: o Participantes jubilados y externos al IMSS.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye la Coordinación de Educación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Diagnósticos de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su inclusión en la Evaluación Estratégica por Delegación y su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

CES 17 - Tasa de Licenciatura en Enfermería (con requisitos) en Delegaciones.			
Objetivo del indicador:	Valorar la profesionalización del personal de Enfermería para fortalecer la calidad de atención de los derechohabientes.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Número de Enfermeras con licenciatura en una Delegación, más el total de egresadas en junio del año reportado del Programa SUA-IMSS-UNAM, de esa Delegación / Número total de Enfermeras con certificado de preparatoria adscritas en la Delegación en cuestión. × 100		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Registro de la formación académica del personal de Enfermería del IMSS (R-FAPE-D). Coordinaciones de Planeación y Enlace Institucional de las Delegaciones; División de Programas Educativos de la Coordinación de Educación en Salud.		
	Denominador: Registro de la formación académica del personal de Enfermería del IMSS (R-FAPE-D). Coordinaciones de Planeación y Enlace Institucional de las Delegaciones; División de Programas Educativos de la Coordinación de Educación en Salud.		
Interpretación:	Porcentaje de Licenciadas en Enfermería en una Delegación en el año reportado.		
Valor de referencia o meta:	≥ 50%		
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad:	Anual (Julio)	Indicador contabilizado por:	Delegación y Unidad Médica
Rangos de desempeño:	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	≥ 50 %	49 – 30%	< 30 %
Observaciones:	Numerador. ▪ Personal contratado por el IMSS para cumplir con funciones de Enfermería con el grado de licenciatura. Denominador. ▪ Personal contratado por el IMSS para cumplir con funciones de Enfermería con certificado de preparatoria o equivalente. Se incrementa el valor de referencia o desempeño esperado con base en el comportamiento histórico.		

CES 17 - Tasa de Licenciatura en Enfermería (con requisitos) en Delegaciones.			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye la División de Programas Educativos con datos proporcionados por las personas Titulares de las Áreas de Enfermería, Técnicos y de la Coordinación de Educación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Resultados

CES 18 - Eficiencia Terminal de los Programas de Formación de Enfermería.			
Objetivo del indicador:	Medir la tasa de alumnos que concluyen los Programas de Formación en Enfermería en el Instituto Mexicano del Seguro Social, para resolver las necesidades de los derechohabientes.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	$\frac{\text{Número de alumnos aprobados en los Programas de Formación de Enfermería en el año (N2).}}{\text{Número de alumnos que inician los Programas de Formación de Enfermería en el año (N1).}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Informe estadístico de egresos de los alumnos aprobados de los Programas Educativos de Enfermería (año N2). Denominador Informe estadístico de los alumnos que inician los Programas de Formación de Enfermería (año N1).		
Interpretación:	El logro esperado representa la tasa de alumnos que concluyen sus estudios. El resultado logrado permite conocer la eficacia del proceso en avance ideal de los alumnos, con lo cual se pueden identificar áreas de mejora.		
Valor de referencia o meta:	> 85 %		
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad:	Anual (Agosto)	Indicador contabilizado por:	Delegación y Unidad Médica
Rangos de desempeño:	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	> 85 %	80 a 85 %	< 80 %
Observaciones:	Numerador: ▪ Alumnos aprobados de en los Programas de Formación de Enfermería de manera regular, en el tiempo establecido por el programa. ▪ Se excluyen del numerador los alumnos irregulares. ▪ Se excluyen los reingresos. ▪ El año N2: es el año en el que concluyen sus estudios de acuerdo al Programa Académico de forma regular. Denominador: ▪ Alumnos que inician los Programas de Formación de Enfermería. ▪ El año N1: es el año de inicio de su Programa Académico.		

CES 18 - Eficiencia Terminal de los Programas de Formación de Enfermería.			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye la División de Programas Educativos con datos proporcionados por las personas Titulares de las Áreas de Enfermería, Técnicos y de la Coordinación de Educación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Calidad	Tipo de indicador:	Resultados

CES 19 - Satisfacción de alumnos inscritos en Programas de Formación de Enfermería.				
Objetivo del indicador:	Medir el grado de satisfacción de los alumnos inscritos en Programas de Formación de Enfermería, para resolver las necesidades de los derechohabientes.			
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Total de alumnos de los Programas de Formación de Enfermería del IMSS que respondieron en la encuesta estar satisfechos / Total de alumnos Programas de Formación de Enfermería del IMSS que respondieron la encuesta x 100			
Fuentes oficiales para el cálculo:	Encuesta de satisfacción aplicada a alumnos de los Programas de Formación de Enfermería del IMSS al finalizar el ciclo observado.			
Interpretación:	Mide el porcentaje de satisfacción de los alumnos de los Programas de Formación de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) al finalizar el ciclo observado, en la unidad sede o subsede.			
Valor de referencia o meta:	≥ 90 %			
Unidad de medida:	Porcentaje			
Periodicidad:	Anual	Indicador contabilizado por:		Delegación y Unidad Sede o Subsede
Rangos de desempeño:	Nivel:	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	Nacional En Delegaciones:	≥ 90 %	89 a 70 %	< 70 %
Observaciones:	Se aplica la encuesta en la última semana previa al egreso. El total de alumnos debe responder la encuesta. Se considera adecuada satisfacción cuando una calificación es igual o mayor al 90 %			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye el Área de Enfermería y Técnicos de la División de Programas Educativos, de la Coordinación de Educación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx			
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:		Calidad

CES 20 - Tasa de Egresados de las Escuelas de Enfermería del IMSS, contratados al momento de concluir su Servicio Social.			
Objetivo del indicador:	Medir el porcentaje de Egresados de las Escuelas de Enfermería del IMSS, contratados en el IMSS, al año de concluir su servicio social.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Número de egresados de la Licenciatura en Enfermería de las Escuelas de Enfermería del IMSS contratados al concluir el servicio social. / Número de Egresados en el año de la Licenciatura de Enfermería de las Escuelas de Enfermería del IMSS al concluir el servicio social × 100		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Reporte de seguimiento de Egresados de las Escuelas de Enfermería del IMSS al año de concluir su servicio social contratados en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Denominador: Reporte de Egresados en el año de la Licenciatura de Enfermería de las Escuelas de Enfermería del IMSS al concluir el servicio social.		
Interpretación:	Aporta información sobre el éxito de la contratación en el Instituto Mexicano del Seguro Social de los Egresados de las Escuelas de Enfermería del IMSS después de transcurrido un año desde conclusión del servicio social.		
Valor de referencia o meta:	> 90 %		
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad:	Anual (octubre)	Indicador contabilizado por:	Delegación y Escuela de Enfermería
Rangos de desempeño:	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	> 90 %	80 a 90 %	< 80 %
Observaciones:	La validez del criterio “Contratados un año después de concluir el servicio social en el Instituto Mexicano del Seguro Social”, se otorga por el hecho de estar trabajando en el Área de Enfermería en el Instituto Mexicano del Seguro Social al momento de realizar el reporte. • Respecto al criterio de “Contratados un año después de concluir el servicio social en el Instituto Mexicano del Seguro Social”, el Reporte de seguimiento de Egresados de las Escuelas de Enfermería del IMSS al año de concluir su servicio social contratado.		

CES 20 - Tasa de Egresados de las Escuelas de Enfermería del IMSS, contratados al momento de concluir su Servicio Social.			
Observaciones:	• El Instituto Mexicano del Seguro Social, se realizará obteniendo la información en el área de personal de las Delegaciones y a través de una encuesta realizada a los estudiantes por cada una de las Escuelas de Enfermería. • El "Reporte de egresados en el año de la Licenciatura de Enfermería de las Escuelas de Enfermería del IMSS", como mínimo deberá contener el año de conclusión del servicio social, primer apellido, segundo apellido, nombres, teléfono y correo electrónico.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye la División de Programas Educativos con datos proporcionados por las personas Titulares de las Áreas de Enfermería, Técnicos y de la Coordinación de Educación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Resultado

CES 21 - Satisfacción de los alumnos inscritos en Cursos Postécnicos de Enfermería				
Objetivo del indicador:	Medir el grado de satisfacción de los alumnos Programas de Formación de Enfermería del IMSS, para determinar acciones de mejora educativa.			
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Total de alumnos de los Cursos Postécnicos de Enfermería que respondieron en la encuesta estar satisfechos / Total de alumnos de los Cursos Postécnicos de Enfermería que respondieron la encuesta × 100			
Fuentes oficiales para el cálculo:	Encuesta de satisfacción aplicada a alumnos de los Cursos Postécnicos de Enfermería impartidos por la División de Programas Educativos, de la Coordinación de Educación en Salud al finalizar el ciclo observado.			
Interpretación:	Mide el porcentaje de satisfacción de los alumnos de los Cursos Postécnicos de Enfermería, impartidos por la División de Programas Educativos de la Coordinación de Educación en Salud, al finalizar el ciclo observado, en la Unidad Sede.			
Valor de referencia o meta:	≥ 90%			
Unidad de medida:	Porcentaje			
Periodicidad:	Anual	Indicador contabilizado por:		Delegación y Unidad Sede
Rangos de desempeño:	Nivel:	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	Nacional En Delegaciones:	≥ 90%	89 a 70%	< 70%
Observaciones:	▪ Se aplica la encuesta en la última semana previa al egreso. ▪ El total de alumnos debe responder la encuesta. ▪ Se considera adecuada satisfacción cuando una calificación es igual o mayor al 90%			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye el Área de Enfermería y Técnicos de la División de Programas Educativos, de la Coordinación de Educación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx			
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Calidad	

CES 22 - Eficiencia del aprovechamiento de los recursos humanos, generados a través de los Cursos Postécnicos de Enfermería.			
Objetivo del indicador:	Evaluar la Eficiencia del aprovechamiento de los recursos humanos generados a través de los Cursos Postécnicos de Enfermería, impartidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), para la satisfacción de las necesidades institucionales de cobertura en las Categorías de Enfermera Especialista		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	$\frac{\text{Alumnos que egresan de los Cursos Postécnicos de Enfermería}}{\text{Necesidades de formación de las Categorías de Enfermera Especialista}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Reporte de alumnos que egresan de los Cursos Postécnicos de Enfermería impartidos por la División de Programas de la Coordinación de Educación en Salud. Denominador: Reporte de Necesidades de Formación de la Categoría de Enfermera Especialista.		
Interpretación:	El logro esperado representa la eficiencia en el aprovechamiento de los recursos humanos, generados a través de los Cursos Postécnicos de Enfermería impartidos en el IMSS para satisfacer las necesidades de atención a sus derechohabientes.		
Valor de referencia o meta:	> 80 %		
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad:	Anual (Marzo)	Indicador contabilizado por:	Delegación
Rangos de desempeño:	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	> 80 %	75- 80 %	< 75 %
Observaciones:	• El reporte de alumnos que egresan de los cursos postécnicos de Enfermería impartidos por la División de Programas Educativos, de la Coordinación de Educación en Salud se construye con el personal que obtiene una calificación mayor a 8 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. • El reporte de necesidades de formación de la categoría de Enfermera Especialista se construyen con la información reportada por las Delegaciones a la División de Dotación de Recursos Humanos.		

CES 22 - Eficiencia del aprovechamiento de los recursos humanos, generados a través de los Cursos Postécnicos de Enfermería.			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye la División de Programas Educativos con datos proporcionados por las personas Titulares de las Áreas de Enfermería, Técnicos y de la Coordinación de Educación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficiencia	Tipo de indicador:	Resultado

CES 23 - Eficiencia Terminal Cursos Técnicos del Área de la Salud.			
Objetivo del indicador:	Medir la tasa de alumnos que concluyen los Cursos Técnicos del Área de la Salud, para resolver las necesidades de los derechohabientes		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Número de alumnos aprobados en los Programas de Formación de Carreras Técnicas del área de la salud en el año (N2). / Número de alumnos que inician en los Programas de Formación de Carreras Técnicas del área de la salud en el año (N1). × 100		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Informe estadístico de egresos de los alumnos aprobados de los Programas de Formación de las Carreras Técnicas del área de la salud (año N2). Denominador Informe estadístico de los alumnos que inician los Programas de Formación de Carreras las Técnicas del área de la salud en el año (N1).		
Interpretación:	El logro esperado representa la tasa de alumnos que concluyen sus estudios. El resultado logrado permite conocer la eficacia del proceso en avance ideal de los alumnos, con lo cual se pueden identificar áreas de mejora.		
Valor de referencia o meta:	> 95 %		
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad:	Anual (Mayo)	Indicador contabilizado por:	Delegación y Unidad Sede
Rangos de desempeño:	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	> 95 %	85 - 95 %	< 85 %
Observaciones:	Numerador. ▪ Alumnos que terminan el curso en el tiempo establecido por el Programa Académico. ▪ Se excluyen del numerador los alumnos con cancelación de beca. ▪ El año N2: es el año en el que concluyen sus estudios de acuerdo al Programa Académico de forma regular. Denominador. ▪ Alumnos inscritos en el curso, dos semanas posteriores de haber iniciado el curso. ▪ El año N1: es el año de inicio de su Programa Académico.		

CES 23 - Eficiencia Terminal Cursos Técnicos del Área de la Salud.			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye la División de Programas Educativos con datos proporcionados por las personas Titulares de las Áreas de Enfermería, Técnicos y de la Coordinación de Educación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Calidad	Tipo de indicador:	Resultados

CES 24 - Satisfacción de los alumnos inscritos en Cursos Técnicos del Área de la Salud.				
Objetivo del indicador:	Medir el grado de satisfacción de los alumnos inscritos en Cursos Técnicos del Área de la Salud, para determinar acciones de mejora educativa.			
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Total de alumnos de los Cursos Técnicos del Área de la Salud que respondieron en la encuesta estar satisfechos / Total de alumnos de los Cursos Técnicos del Área de la Salud que respondieron la encuesta x 100			
Fuentes oficiales para el cálculo:	Encuesta de satisfacción aplicada a alumnos de los Cursos Técnicos del Área de la Salud, impartidos por la División de Programas de la Coordinación de Educación en Salud, al finalizar el ciclo observado.			
Interpretación:	Mide el porcentaje de satisfacción de los alumnos de los Cursos Técnicos del Área de la Salud, impartidos por la División de Programas Educativos, de la Coordinación de Educación en Salud, al finalizar el ciclo observado, en la unidad sede.			
Valor de referencia o meta:	≥ 90%			
Unidad de medida:	Porcentaje			
Periodicidad:	Anual	Indicador contabilizado por:		Delegación y Unidad Sede
Rangos de desempeño:	Nivel:	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	Nacional En Delegaciones:	≥ 90%	89 - 70%	< 70%
Observaciones:	▪ Se aplica la encuesta en la última semana previa al egreso. ▪ El total de alumnos debe responder la encuesta. ▪ Se considera adecuada satisfacción cuando una calificación es igual o mayor al 90 %			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación::	Indicador que construye el Área de Enfermería y Técnicos de la División de Programas Educativos, de la Coordinación de Educación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx			
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:		Calidad

CES 25 - Eficiencia del aprovechamiento de los recursos humanos, generados a través de los Cursos de formación del Personal del Área Técnica de la Salud.			
Objetivo del indicador:	Evaluar la Eficiencia del aprovechamiento de los recursos humanos generados a través de los Cursos Técnico del Área de la Salud, para la satisfacción de las necesidades institucionales de personal, en los procesos de atención al derechohabiente.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Alumnos que egresan de los cursos técnicos del área de la salud en el año (N2) / Necesidades de formación de personal técnico del área de la salud en el año (N1). × 100		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Reporte de alumnos que egresan de las carreras de Cursos Técnicos del área de la salud impartidos por la División de Programas de la CES en el año (N2). Denominador: Reporte de Necesidades de Formación del personal técnico del área de la salud en el año (N1).		
Interpretación:	El logro esperado representa la cobertura de las necesidades de formación.		
Valor de referencia o meta:	> 80 %		
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad:	Anual (Mayo)	Indicador contabilizado por:	Delegación
Rangos de desempeño:	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	> 80 %	75- 80 %	< 75 %
Observaciones:	• El reporte de alumnos que egresan de las carreras de Cursos Técnicos del área de la salud impartidos por la División de Programas de la CES se construye con el personal que aprueba el curso en el año que concluyen sus estudios de acuerdo al Programa Académico de forma regular (año N2) y se le entrega el documento para su inscripción en la Comisión Nacional Mixta de Bolsa de Trabajo o a la Comisión Nacional Mixta de Escalafón. • El reporte de necesidades de formación del personal técnico del área de la salud.se construye con la información reportada por las Delegaciones a la División de Dotación de Recursos Humanos para el año de inicio del curso (año N1).		

CES 25 - Eficiencia del aprovechamiento de los recursos humanos, generados a través de los Cursos de formación del Personal del Área Técnica de la Salud.			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye la División de Programas Educativos con datos proporcionados por las personas Titulares de las Áreas de Enfermería, Técnicos y de la Coordinación de Educación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficiencia	Tipo de indicador:	Resultado

CES 26 - Pago oportuno de cuotas de recuperación al Fondo de Fomento a la Educación (FOFOE).			
Objetivo del indicador:	Verificar el cumplimiento de aportaciones de recuperación al FOFOE en los casos obligados*.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Número de alumnos con pago en tiempo y forma para el uso de campos clínicos e inscripción a cursos del área de la salud impartidos en el IMSS. / Número total de alumnos que hacen uso de campos clínicos en instalaciones del IMSS y número total de alumnos del área de la salud para personal extra institucional que acuden a cursos en el IMSS. × 100		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: "Listado de pago de cuotas registradas por parte de Universidades Privadas que hacen uso de campos clínicos en instalaciones del IMSS y pago de cuotas de alumnos extra-institucionales inscritos en cursos del área de la salud impartidos en el IMSS", registrados en los archivos electrónicos de la División de Programas Educativos y en la División de Educación Continua de la Coordinación de Educación en Salud. Denominador: "Listado de uso de campos clínicos en instalaciones del IMSS" y "Listado de alumnos extra-institucionales inscritos en cursos del área de la salud impartidos en el IMSS", de las Coordinaciones de Planeación y Enlace Institucional de las Delegaciones y las Direcciones de Educación e Investigación en Salud de las UMAE.		
Interpretación:	Porcentaje de pago de las cuotas de recuperación del FOFOE realizados en tiempo y forma, en relación al total de pagos que deben recibirse por el uso de campos clínicos en instalaciones del IMSS y cursos impartidos a personal extra-institucional impartidos en el IMSS.		
Valor de referencia o meta	100 %		
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad:	Semestral acumulado	Indicador contabilizado por:	Delegación de adscripción
Rangos de desempeño:	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	100%	99 – 80%	< 80%

CES 26 - Pago oportuno de cuotas de recuperación al Fondo de Fomento a la Educación (FOFOE).			
Observaciones:	La meta se determina con base en el histórico de los años 2015 y 2016. Fuente de información de proceso manual. *Se contempla obligatorio el aporte en los siguientes casos: • Alumnos extranjeros en Internado, Servicio Social y Residencias Médicas. • Internado de Pregrado de instituciones privadas. • Alumnos en ciclos clínicos de instituciones privadas. • Personal extra institucional al con autorización para realizar cursos de educación continua en el IMSS, con excepción de casos contemplados en el acuerdo del H. Consejo Técnico		
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 a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

CES 27 - Nivel de satisfacción de participantes de cursos a distancia por tipo de curso			
Objetivo del indicador:	Determinar el nivel de satisfacción de los participantes en cursos a distancia tutorizados y no tutorizados, implementados por la Coordinación de Educación en Salud a través de la División de Innovación Educativa (DIE), para la mejora de los procesos formativos.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Sumatoria de los puntajes obtenidos en las encuestas de satisfacción de los participantes, correspondientes a los cursos a distancia implementados por la División de Innovación Educativa, por tipo de curso, en un semestre.		
	Número de alumnos que realizaron las encuestas de satisfacción por tipo de curso, implementados por la División de Innovación Educativa que terminan en el semestre que se reporta.		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Puntaje de satisfacción de las encuestas aplicadas a los alumnos en los cursos a distancia implementados en el semestre que se reporta, emitido por los Módulos de Encuestas de Satisfacción del Sistema Integral de Educación a Distancia, División de Innovación Educativa de la Coordinación de Educación en Salud. Denominador: Número de alumnos de cursos tutorizados o no tutorizados implementados por la DIE que respondieron la encuesta de satisfacción en cursos que concluyen en el semestre que se reporta.		
Interpretación:	Nivel de satisfacción de los participantes de los cursos a distancia implementados por la Coordinación de Educación en Salud a través de la División de Innovación Educativa.		
Valor de referencia o meta	Cursos no tutorizados ≥ 85% Cursos tutorizados ≥ 85%		
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad:	Semestral (junio y diciembre)	Indicador contabilizado por:	Delegación y Tipo de curso
Rangos de desempeño	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	Cursos tutorizados ≥ 85% Cursos no tutorizados ≥ 85%	Cursos tutorizados 80 – 84.9 % Cursos no tutorizados 80 – 84.9 %	Cursos tutorizados ≤ 79.9 % Cursos no tutorizados ≤ 79.9 %

CES 27 - Nivel de satisfacción de participantes de cursos a distancia por tipo de curso			
Observaciones:	Se incluye la información de cursos que contaron con la respuesta de las encuestas de satisfacción mínimo del 80% de los alumnos aprobados. Se incluyen los cursos a distancia que concluyen en el semestre que se reporta. Para la construcción del indicador, se excluyen: Participantes externos al IMSS y jubilados.		
Encargados de construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye la Coordinación de Educación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Diagnósticos de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Calidad	Tipo de indicador:	Estratégico

CES 28 - Satisfacción de trabajadores que asisten a cursos de capacitación de Educación Continua			
Objetivo del indicador:	Obtener el porcentaje de satisfacción de los trabajadores que asisten a cursos de capacitación en educación continua.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Número de trabajadores satisfechos que asisten a cursos de capacitación de educación continua en un trimestre por Delegación / Total de trabajadores que asisten a cursos de capacitación en Educación Continua en el mismo período de tiempo, por delegación X 100		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Número de trabajadores cuya encuesta refleje satisfacción de la asistencia a cursos de capacitación en educación continua en un trimestre por Delegación Denominador: Total de trabajadores que se encuentran capturados en el formato EC3 Informe de cursos de educación continua del Sistema Informático de Programas de Educación Continua como asistentes a cursos de capacitación en Educación Continua, por trimestre por Delegación		
Interpretación:	Obtener el porcentaje de los trabajadores que se encuentran satisfechos con los cursos de educación continua, a los que asistieron en un trimestre.		
Valor de referencia o meta:	100%		
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad:	Trimestral	Indicador contabilizado por:	Delegación
Rangos de desempeño:	Desempeño Esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	100%	50.1 al 99.9%	< 50%
Observaciones:	▪ Fuentes de información manual y electrónica. ▪ Encuesta de satisfacción: cuestionario estructurado con cinco enunciados, con respuestas dicotómicas de “acuerdo y desacuerdo”, con ponderación de 2 y 1 puntos, respectivamente. El puntaje de 0 a 7 se interpreta como “insatisfacción”, el puntaje de 8 a 10 se interpreta como “satisfacción”.		

CES 28 - Satisfacción de trabajadores que asisten a cursos de capacitación de Educación Continua			
Observaciones	▪ Satisfacción: Opinión del trabajador que asistió a cursos de capacitación en educación continua en lo referente a tener programa académico y sistema de evaluación, identificar la utilidad y aplicabilidad del conocimiento desarrollado con su desempeño laboral así como conocer su opinión acerca del personal que fungió como docente y las facilidades administrativas para la asistencia al mismo. ▪ Curso de capacitación de educación continua: proceso constante e intencionado dirigido al personal del área de las alud para que se identifiquen con la misión institucional, propicie el progreso individual y favorezca el crecimiento personal, debe de ser una actividad cotidiana, orientad a responder a necesidades educativas, con una vinculación autentica de la práctica con la teoría en la interacción cotidiana y real con los pacientes, con un enfoque hacia el desarrollo de competencias. ▪ EC3: Informe de cursos de educación continua. ▪ Las Encuestas de Satisfacción aplicadas al finalizar la capacitación deberán resguardarse en la unidad médica sede, escanearse y ser enviadas a la División de Educación Continua.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye la Coordinación de Educación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

5. Coordinación de Investigación en Salud

(CIS)

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

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 ≥ 1,200; Trimestral acumulado: Marzo ≥ 300; Junio ≥ 600; Septiembre ≥ 900; Diciembre ≥ 1,200.		
	En Delegaciones[2]:	Anual ≥ 605; Trimestral acumulado: Marzo ≥ 150; Junio ≥ 300; Septiembre ≥ 450; Diciembre ≥ 605.		
	En UMAE's[3]:	Anual ≥ 735; Trimestral acumulado: Marzo ≥ 185; Junio ≥ 370; Septiembre ≥ 550; Diciembre ≥ 735.		
Unidad de medida:	Número absoluto de Publicaciones Médico Científicas	Ponderación en la Evaluación Delegacional:	2 puntos	
Periodicidad:	Anual y Trimestral acumulado	Indicador contabilizado por:	Nacional, Delegación y UMAE.	
Rangos de desempeño:	Nivel:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Nacional[1]:	≥ 1,080	≥ 960 y <1,080	<960
	En Delegaciones[2]:	≥ 545	≥ 485 y <545	<485
	En UMAE's[3]:	≥ 661	≥ 588 y <661	<588

CIS 01 - Número de Publicaciones Científicas generadas por Personal del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).			
Observaciones:	▪ Cada Delegación y UMAE cuenta con metas particulares, según el Grupo de Productividad al que pertenece; ésa distribución puede consultarse en la página electrónica de la Coordinación de Investigación en Salud. ▪ Se incluyen los artículos científicos: o Publicados en revistas médico-científicas arbitradas. o Identificados como Artículo Original, Reporte Corto, Revisión, Caso (s) Clínico (s) o Guía Clínica. o Resúmenes publicados en revistas con factor de impacto. o Que son generados en el año inmediato anterior al año que se evalúa. o Que son generados por personal adscrito, según corresponda: — 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. ▪ Se excluyen los artículos: o Publicados en revistas de divulgación científica, en revistas no arbitradas. o Identificados como Editorial o Carta al Editor. o Resumen publicado en Revista sin Factor de Impacto. o Que NO especifican la adscripción IMSS de los autores. [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).		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	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 Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su inclusión en la Evaluación Estratégica por Delegación y su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

CIS 02 - Publicaciones Científicas con Factor de Impacto ≥ 0.9.				
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.			
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 cuentan con Factor de Impacto ≥ 0.9. / Sumatoria de Artículos Científicos generados por personal del IMSS y que han sido publicados en revistas incorporadas al Journal Citation Reports. × 100			
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y Denominador: Informe Oficial Trimestral de Publicaciones Científicas que han sido publicados en revistas médico-científicas arbitradas (totales, indizadas y con factor de impacto) 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 que cuentan con Factor de Impacto ≥0.9 cumplen con altos estándares de calidad internacional.			
Valor de referencia o meta:	Nacional[1]: En Delegaciones[2]: En UMAE's[3]:	70 %		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación en la Evaluación Delegacional:	1 punto	
Periodicidad:	Anual y Trimestral	Indicador contabilizado por:	Nacional, Delegación y UMAE.	
Rangos de desempeño:	Nivel:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Nacional[1]: En Delegaciones[2]: En UMAE's[3]:	≥ 63%	≥ 56 y <63	<56

CIS 02 - Publicaciones Científicas con Factor de Impacto ≥ 0.9.	
Observaciones:	○ Se incluyen los artículos científicos: Numerador: ○ Publicados en revistas indizadas incluidas en el Journal Citation Reports y que cuentan con Factor de Impacto ≥ 0.9.Identificados como Artículo Original, Reporte Corto, Revisión, Caso (s) Clínico (s) o Guía Clínica o Resumen. ○ Que son generados en el año inmediato anterior al año que se evalúa. ○ Que son generados por personal adscrito, según corresponda: ○ 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. Denominador: ○ Publicados en revistas en revistas médico-científicas arbitradas que cuentan con factor de impacto incluido en el Journal Citation Reports; ○ Identificados como Artículo Original, Reporte Corto, Revisión, Caso (s) Clínico (s) o Guía Clínica. ○ 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: ○ 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. ○ Se excluyen los artículos: Numerador: ○ Publicados en revistas indizadas que cuentan con factor de impacto incluido en el Journal Citation Reports y que cuentan con Factor de Impacto ≥ 0.9. ○ 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. Denominador: ○ 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.

CIS 02 - Publicaciones Científicas con Factor de Impacto ≥ 0.9.			
Observaciones:	[1] Aplica exclusivamente para el indicador institucional a nivel nacional. [2] Aplica para el indicador institucional correspondiente a Delegaciones. [3] Aplica para el indicador institucional correspondiente a UMAE's.		
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 Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su inclusión en la Evaluación Estratégica 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 - 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 × 100			
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]: En Delegaciones[2]: En UMAE's[3]:	50 %		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación en la Evaluación Delegacional:	1 punto	
Periodicidad:	Anual y Trimestral	Indicador contabilizado por:	Nacional, Delegación y UMAE.	
Rangos de desempeño:	Nivel:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Nacional[1]: En Delegaciones[2]: En UMAE's[3]:	≥ 45%	≥ 40 y < 45	< 40

CIS 03 - Porcentaje de Publicaciones Científicas con Factor de Impacto en cuartiles 1 y 2.	
Observaciones:	▪ Se incluyen los artículos científicos: Numerador: o 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. o Identificados como Artículo Original, Reporte Corto, Revisión, Caso (s) Clínico (s) o Guía Clínica o Resumen. o Que son generados en el año inmediato anterior al año que se evalúa. o Que son generados por personal adscrito, según corresponda: o Unidades de Atención Médica, Centros y Unidades de Investigación en Salud en Delegaciones. o Unidades Médicas de Alta Especialidad y sus Unidades de Investigación en Salud. Denominador: o Publicados en revistas que cuentan con factor de impacto incluido en el Journal Citation Reports. o Identificados como Artículo Original, Reporte Corto, Revisión, Caso (s) Clínico (s) o Guía Clínica o Resumen. o Que son generados en el año inmediato anterior al año que se evalúa. o Que son generados por personal adscrito, según corresponda: — 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. ▪ Se excluyen los artículos: Numerador: o 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. o Publicados en revistas NO incluidas en el Journal Citation Reports. o Identificados como Editorial o Carta al Editor. o Que NO especifican la adscripción IMSS de los autores.

CIS 03 - Porcentaje de Publicaciones Científicas con Factor de Impacto en cuartiles 1 y 2.			
Observaciones:	Denominador: o Publicados en revistas NO incluidas en el Journal Citation Reports. o Identificados como Editorial o Carta al Editor. o Que NO especifican la adscripción IMSS de los autores. [1] Aplica exclusivamente para el indicador institucional a nivel nacional. [2] Aplica para el indicador institucional correspondiente a Delegaciones. [3] Aplica para el indicador institucional correspondiente a UMAE's.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	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 Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su inclusión en la Evaluación Estratégica 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 04 – Porcentaje de Publicaciones Científicas con Factor de Impacto.				
Objetivo del indicador:	Cuantificar el porcentaje de 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.			
Precisión del método de cálculo (fórmula):	$\frac{\text{Sumatoria de Artículos Científicos generados por personal del IMSS y que han sido publicados en revistas incorporadas al Journal Citation Reports}}{\text{Sumatoria de Artículos Científicos generados por personal del IMSS y que han sido publicados en revistas médico-científicas arbitradas.}} \times 100$			
Fuentes oficiales para el cálculo:	Informe Oficial Trimestral de Publicaciones Científicas que han sido publicados en revistas médico-científicas arbitradas (totales, indizadas y con factor de impacto), 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.			
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 obtiene los artículos que han sido publicados en cada revista.			
Valor de referencia o meta:	Nacional[1]: En Delegaciones[2]: En UMAE's[3]:	50 %		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación en la Evaluación Delegacional:	1 punto	
Periodicidad:	Anual y Trimestral	Indicador contabilizado por:	Nacional, Delegación y UMAE.	
Rangos de desempeño:	Nivel:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Nacional[1]: En Delegaciones[2]: En UMAE's[3]:	≥ 45%	≥ 40 % y < 45%	< 40%
Observaciones:	▪ Se incluyen los artículos científicos: Numerador: ○ Publicados en revistas indizadas que cuentan con factor de impacto incluido en el Journal Citation Reports. ○ Identificados como Artículo Original, Reporte Corto, Revisión, Caso (s) Clínico (s) o Guía Clínica o Resumen. ○ Que son generados en el año inmediato anterior al año que se evalúa.			

CIS 04 – Porcentaje de Publicaciones Científicas con Factor de Impacto.			
Observaciones:	○ Que son generados por personal adscrito, según corresponda: — 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. Denominador: ○ Publicados en revistas en revistas médico-científicas arbitradas; ○ Identificados como Artículo Original, Reporte Corto, Revisión, Caso (s) Clínico (s) o Guía Clínica. ○ 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: — 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. ▪ Se excluyen los artículos: Numerador: ○ 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. Denominador: ○ 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. [1] Aplica exclusivamente para el indicador institucional a nivel nacional. [2] Aplica para el indicador institucional correspondiente a Delegaciones. [3] Aplica para el indicador institucional correspondiente a UMAE's.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye el Área de Evaluación, de la División de Evaluación de la Coordinación de Investigación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su inclusión en la Evaluación Estratégica por Delegación y su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

CIS 05 - Factor de Impacto promedio en Publicaciones Científicas.				
Objetivo del indicador:	Cuantificar el Factor de Impacto promedio de las publicaciones científicas que genera el personal de salud del IMSS.			
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Sumatoria del Factor de impacto de los Artículos Científicos generados por personal del IMSS y que han sido publicados en revistas incorporadas al Journal Citation Reports.			
	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:	Informe Oficial Trimestral de Publicaciones Científicas que han sido publicados en revistas médico-científicas arbitradas y con factor de impacto, 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 validad 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. A mayor Factor de Impacto, mayor es el uso internacional de la producción bibliográfica institucional.			
Valor de referencia o meta:	Nacional[1]: En Delegaciones[2]: En UMAE's[3]:	2.6		
Unidad de medida:	Promedio			
Periodicidad:	Anual y Trimestral	Indicador contabilizado por:		Nacional, Delegación y UMAE.
Rangos de desempeño:	Nivel:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Nacional[1]: En Delegaciones[2]: En UMAE's[3]:	≥ 2.34	≥ 2.08 y < 2.34	< 2.34

CIS 05 - Factor de Impacto promedio en Publicaciones Científicas.			
Observaciones:	▪ Se incluyen los artículos científicos: o Publicados en revistas indizadas que cuentan con factor de impacto incluido en el Journal Citation Reports. o Identificados como Artículo Original, Reporte Corto, Revisión, Caso (s) Clínico (s) o Guía Clínica o Resumen. o Que son generados en el año inmediato anterior al año que se evalúa. o Que son generados por personal adscrito, según corresponda: — 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. ▪ Se excluyen los artículos: o Publicados en revistas NO incluidas en el Journal Citation Reports. o Identificados como Editorial o Carta al Editor. o Que NO especifican la adscripción IMSS de los autores. [1] Aplica exclusivamente para el indicador institucional a nivel nacional. [2] Aplica para el indicador institucional correspondiente a Delegaciones. [3] Aplica para el indicador institucional correspondiente a UMAE's.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye el Área de Evaluación, de la División de Evaluación de la Coordinación de Investigación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su inclusión en la Evaluación Estratégica 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 06 - Publicaciones Científicas con Factor de Impacto generadas por Investigadores de tiempo completo, por año.				
Objetivo del indicador:	Estimar la productividad científica de los Investigadores de Tiempo Completo del IMSS, mediante el promedio de Publicaciones Científicas con Factor de Impacto generadas anualmente por investigador.			
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Suma de número de Artículos Científicos generados por Investigadores de Tiempo Completo del IMSS y que han sido publicados en revistas incorporadas al Journal Citation Reports Sumatoria de Investigadores de Tiempo Completo del IMSS que cuentan con calificación curricular como Investigador Institucional vigente			
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Informe Oficial Trimestral de Publicaciones Científicas que han sido publicados en revistas médico-científicas arbitradas con factor de impacto, generadas por Investigadores de tiempo completo, administrado 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. Denominador: Informe Oficial de la Calificación Curricular del Personal que administra el Área de Evaluación de la División de Evaluación de la Investigación de la Coordinación de Investigación en Salud.			
Interpretación:	El personal institucional contratado para realizar actividades de investigación en salud de tiempo completo debe contribuir a la calidad de las aportaciones científicas que realiza el personal del IMSS, se valida al cumplir con los criterios y estándares internacionales al colocar sus resultados de investigación en revistas que cuentan con el factor de impacto que asigna el Journal Citation Reports (JCR).			
Valor de referencia o meta:	Nacional[1]: En Delegaciones[2]: En UMAE's[3]:	≥ 2.5		
Unidad de medida:	Promedio			
Periodicidad:	Anual	Indicador contabilizado por:		Nacional, Delegación y UMAE.
Rangos de desempeño:	Nivel:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Nacional[1]: En Delegaciones[2]: En UMAE's[3]:	≥ 2.25	≥ 2.0 y < 2.25	< 2.0
Observaciones:	Numerador ▪ Se incluyen los artículos científicos: o Publicados en revistas indizadas que cuentan con factor de impacto incluido en el Journal Citation Reports.			

CIS 06 - Publicaciones Científicas con Factor de Impacto generadas por Investigadores de tiempo completo, por año.			
	○ Identificados como Artículo Original, Reporte Corto, Revisión, Caso (s) Clínico (s) o Guía Clínica o Resumen. ○ Que son generados en el año inmediato anterior al año que se evalúa. ○ Que son generados por personal adscrito, según corresponda: — 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. Denominador: ▪ Se incluyen a Investigadores de Tiempo Completo que cuentan con calificación curricular institucional de investigador vigente, cuya adscripción se encuentra en: ○ 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. Numerador ▪ Se excluyen los artículos: ○ 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. Denominador: ▪ Se excluye a Personal Institucional con calificación curricular institucional de investigador NO vigente y a Personal Clínico con calificación curricular vigente. **Indicador no susceptible de cálculo en Delegaciones y UMAES que NO cuentan con Investigadores de Tiempo Completo, al NO tener Unidades ni Centros de Investigación en Salud.** [1] Aplica exclusivamente para el indicador institucional a nivel nacional. [2] Aplica para el indicador institucional correspondiente a Delegaciones. [3] Aplica para el indicador institucional correspondiente a UMAE's.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye el Área de Evaluación, de la División de Evaluación de la Coordinación de Investigación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Gestión

CIS 07 - Personal Clínico formado en Maestrías en Investigación.				
Objetivo del indicador:	Cuantificar al Personal Médico Institucional que completan su formación académica en Maestrías en Ciencias Médicas e 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 Médico Institucional que completa su formación académica en cursos de maestría en Ciencias Médicas e Investigación Clínica, adscritos a Delegaciones o UMAE's en el IMSS, del ejercicio que se evalúa.			
Fuentes oficiales para el cálculo:	Informe Oficial de personal médico institucional que completa su formación académica en Cursos de Maestría, 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.			
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:	Nacional[1]:	Anual ≥ 40; Trimestral acumulado: marzo ≥ 10; junio ≥ 20; septiembre ≥ 30; diciembre ≥ 40.		
	En Delegaciones[2]: En UMAE's[3]:	Anual ≥ 20 Trimestral acumulado: marzo ≥ 5; junio ≥ 10; septiembre ≥ 15; diciembre ≥ 20.		
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[1]:	≥ 36	≥ 32 y < 36	< 32
	Delegaciones[2] y UMAE's[3]	≥ 18	≥ 16 y < 18	< 16

CIS 07 - Personal Clínico formado en Maestrías en Investigación.			
Observaciones:	▪ Se incluye al personal institucional Médico que completa su formación académica en Cursos de Maestría en Ciencias Médicas e Investigación Clínica, cuya adscripción se encuentra en: o Unidades Médicas, Centros y Unidades de Investigación en Salud en Delegaciones. o Unidades Médicas de Alta Especialidad y sus Unidades de Investigación en Salud. ▪ Criterios de exclusión: o Alumnos que culminan su formación en programas de Maestría que NO son trabajadores del IMSS, NI son becarios del IMSS. o Alumnos que culminan su formación en programas de Maestría de tipo Profesional. o Personal Institucional con formación en licenciatura distinta a Medicina. [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).		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	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 Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Gestión

CIS 08 - Personal Clínico formado en Doctorados en Investigación.				
Objetivo del indicador:	Cuantificar al Personal Médico Institucional que completan su formación académica de Doctorado en Ciencias Médicas e 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 Médico Institucional que completa su formación académica en cursos de Doctorado en Ciencias Médicas e Investigación Clínica, adscritos a Delegaciones o UMAE's en el IMSS, del ejercicio que se evalúa.			
Fuentes oficiales para el cálculo:	Informe Oficial de personal Médico Institucional que completa su formación académica en Cursos de Doctorado, 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.			
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:	Nacional[1]:	Anual ≥ 16; Trimestral acumulado: marzo ≥ 4; junio ≥ 8; septiembre ≥ 12; diciembre ≥ 16.		
	En Delegaciones[2]: En UMAE's[3]:	Anual ≥ 8; Trimestral acumulado: marzo ≥ 2; junio ≥ 4; septiembre ≥ 6; diciembre ≥ 8.		
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[1]:	≥ 14	≥ 12 y < 14	< 12
	Delegaciones[2]: UMAE's[3]:	≥ 7	≥ 6 y < 7	< 6

CIS 08 - Personal Clínico formado en Doctorados en Investigación.			
Observaciones:	▪ Se incluye al personal institucional Médico que completa su formación académica en Cursos de Doctorado en Ciencias Médicas e Investigación Clínica, cuya adscripción se encuentra en: o Unidades Médicas, Centros y Unidades de Investigación en Salud en Delegaciones. o Unidades Médicas de Alta Especialidad y sus Unidades de Investigación en Salud. ▪ Criterios de exclusión: o Alumnos que culminan su formación en programas de Doctorado que NO son trabajadores del IMSS, NI son becarios del IMSS. o Alumnos que culminan su formación en programas de Doctorado de tipo Profesionalizante. o Personal Institucional con formación en licenciatura distinta a Medicina. [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).		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	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 Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Gestión

CIS 09 - Investigadores de tiempo completo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores (SNI).				
Objetivo del indicador:	Cuantificar la pertenencia de investigadores de tiempo completo al Sistema Nacional de Investigadores (SNI), para conocer la calidad de su desempeño, de acuerdo con estándares nacionales.			
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Numerador: Sumatoria de Investigadores de Tiempo Completo del IMSS, que cuentan con nombramiento vigente otorgado por el Sistema Nacional de Investigadores (SNI) / Denominador: Sumatoria de Investigadores de Tiempo Completo del IMSS que cuentan con calificación curricular como Investigador Institucional vigente × 100			
Fuentes oficiales para el cálculo:	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. Denominador: Informe Oficial de la Calificación Curricular del Personal, que administra el Área de Evaluación de la División de Evaluación de la Investigación de la Coordinación de Investigación en Salud.			
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:	Nacional[1]: En Delegaciones[2]: En UMAE's[3]:	≥ 90 %		
Unidad de medida:	Porcentaje			
Periodicidad:	Anual	Indicador contabilizado por:		Nacional, Delegación y UMAE.
Rangos de desempeño:	Nivel:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Nacional[1]: En Delegaciones[2]: En UMAE's[3]:	≥ 81%	≥ 72 y <81	< 72

CIS 09 - Investigadores de tiempo completo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores (SNI).			
Observaciones:	Numerador: ▪ Se incluyen a Investigadores de Tiempo Completo que cuentan con calificación curricular institucional de investigador vigente y nombramiento del SNI vigente, cuya adscripción se encuentra en: o Centros y Unidades de Investigación en Salud en Delegaciones. o Unidades de Investigación en Salud incluidas en Unidades Médicas de Alta Especialidad. Denominador: ▪ Se incluyen a Investigadores de Tiempo Completo que cuentan con calificación curricular institucional de investigador vigente, cuya adscripción se encuentra en: o Centros y Unidades de Investigación en Salud en Delegaciones. o Unidades de Investigación en Salud incluidas en Unidades Médicas de Alta Especialidad. ▪ Se excluyen: Numerador: o Investigadores de Tiempo Completo con calificación curricular institucional de investigador que NO pertenecen al SNI. Denominador: o Personal Institucional con calificación curricular institucional de investigador NO vigente. o Personal Clínico con calificación curricular vigente. **Indicador no susceptible de cálculo en Delegaciones y UMAES que NO cuentan con Investigadores de Tiempo Completo, al NO tener Unidades ni Centros de Investigación en Salud.** [1] Aplica exclusivamente para el indicador institucional a nivel nacional. [2] Aplica para el indicador institucional correspondiente a Delegaciones. [3] Aplica para el indicador institucional correspondiente a UMAE's.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	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 Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Calidad	Tipo de indicador:	Estratégico

CIS 10 - Investigadores Clínicos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores (SNI).				
Objetivo del indicador:	Cuantificar la pertenencia de investigadores clínicos al SNI, para conocer la calidad de su desempeño, de acuerdo con estándares nacionales.			
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Numerador: Sumatoria de Investigadores Clínicos del IMSS, que cuentan con nombramiento vigente otorgado por el SNI Denominador: Sumatoria de Investigadores Clínicos del IMSS que cuentan con calificación curricular como Investigador Institucional vigente	× 100		
Fuentes oficiales para el cálculo:	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. 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.			
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:	Nacional[1]: En Delegaciones[2]: En UMAE's[3]:	50 %		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación en la Evaluación Delegacional:	1 punto	
Periodicidad:	Anual:	Indicador contabilizado por	Nacional, Delegación y UMAE.	
Rangos de desempeño:	Nivel:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Nacional[1]: En Delegaciones[2]: En UMAE's[3]:	≥ 45 %	≥ 40% y < 45%	< 40%

CIS 10 - Investigadores Clínicos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores (SNI).			
Observaciones:	Numerador: ▪ Se incluyen a Investigadores Clínicos que cuentan con calificación curricular institucional de investigador vigente y nombramiento del SNI vigente, cuya adscripción se encuentra en: o Unidades de Atención Médica en Delegaciones. o Unidades Médicas de Alta Especialidad. Denominador: ▪ Se incluyen a Investigadores Clínicos que cuentan con calificación curricular institucional de investigador vigente, cuya adscripción se encuentra en: o Unidades de Atención Médica en Delegaciones. o Unidades Médicas de Alta Especialidad. ▪ Se excluyen: Numerador: o Investigadores Clínicos con calificación curricular institucional de investigador que NO pertenecen al SNI. Denominador: • Personal Institucional con calificación curricular institucional de investigador NO vigente. • Investigadores de Tiempo Completo con calificación curricular vigente. [1] Aplica exclusivamente para el indicador institucional a nivel nacional. [2] Aplica para el indicador institucional correspondiente a Delegaciones. [3] Aplica para el indicador institucional correspondiente a UMAE's.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	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 Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Calidad	Tipo de indicador:	Estratégico

CIS 11 - Porcentaje de Investigadores de tiempo completo que por Nivel pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores (SNI).				
Objetivo del indicador:	Cuantificar la pertenencia de investigadores de tiempo completo por cada Nivel del SNI, a fin de conocer la calidad de su desempeño, de acuerdo con estándares nacionales.			
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Sumatoria de Investigadores de Tiempo Completo del Instituto Mexicano del Seguro Social, que cuentan con nombramiento vigente otorgado por cada Nivel del SNI. / Sumatoria de Investigadores de Tiempo Completo del IMSS, que cuentan con nombramiento vigente otorgado en todos los Niveles del SNI.	× 100		
Fuentes oficiales para el cálculo:	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. Denominador: Informe Oficial de la Calificación Curricular del Personal que administra el Área de Evaluación de la División de Evaluación de la Investigación de la Coordinación de Investigación en Salud.			
Interpretación:	El Instituto cuenta con investigadores con un desempeño de calidad que es reconocido por el CONACyT, a través del SIN, 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:	Nacional[1]: En Delegaciones[2]: En UMAE's[3]:	Candidatos	5 %	
		Nivel: 1	50 %	
		Nivel: 2	34 %	
		Nivel: 3	11 %	
Unidad de medida:	Porcentaje			
Periodicidad:	Anual	Indicador contabilizado por:	Nacional, Delegación y UMAE.	
Rangos de desempeño:	Nivel:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Nacional[1]: En Delegaciones[2]: En UMAE's[3]:	Candidato		
		≥ 4.5	≥ 3.6 y < 4.5	< 3.6
		Nivel: 1		
		≥ 45	≥ 40 y < 45	<40
		Nivel: 2		
		≥ 30.6	≥ 27.2 y < 30.6	<27.2
		Nivel: 3		
		≥ 9.9	≥ 8.8 y < 9.9	<8.8

CIS 11 - Porcentaje de Investigadores de tiempo completo que por Nivel pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores (SNI).			
Observaciones:	Numerador: ▪ Se incluyen a Investigadores de Tiempo Completo que cuentan con calificación curricular institucional de investigador vigente y nombramiento del SNI vigente, cuya adscripción se encuentra en: o Centros y Unidades de Investigación en Salud en Delegaciones. o Unidades de Investigación en Salud incluidas en Unidades Médicas de Alta Especialidad. Denominador: ▪ Se incluyen a Investigadores de Tiempo Completo que cuentan con calificación curricular institucional de investigador vigente, cuya adscripción se encuentra en: o Centros y Unidades de Investigación en Salud en Delegaciones. o Unidades de Investigación en Salud incluidas en Unidades Médicas de Alta Especialidad. ▪ Se excluyen: Numerador: o Investigadores de Tiempo Completo con calificación curricular institucional de investigador que NO pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores. Denominador: o Personal Institucional con calificación curricular institucional de investigador NO vigente. o Personal Clínico con calificación curricular vigente. **Indicador no susceptible de cálculo en Delegaciones y UMAES que NO cuentan con Investigadores de Tiempo Completo, al NO tener Unidades ni Centros de Investigación en Salud.** [1] Aplica exclusivamente para el indicador institucional a nivel nacional. [2] Aplica para el indicador institucional correspondiente a Delegaciones. [3] Aplica para el indicador institucional correspondiente a UMAE's.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	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 Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Calidad	Tipo de indicador:	Estratégico

CIS 12 - Porcentaje de Investigadores Clínicos que por Nivel pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores (SNI).				
Objetivo del indicador:	Cuantificar la pertenencia de investigadores clínicos por cada Nivel del SNI, a fin de conocer la calidad de su desempeño, de acuerdo con estándares nacionales.			
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Sumatoria de Investigadores Clínicos del Instituto Mexicano del Seguro Social, que cuentan con nombramiento vigente otorgado por cada Nivel del SNI. / Sumatoria de Investigadores Clínicos del IMSS, que cuentan con nombramiento vigente otorgado en todos los Niveles del SNI. × 100			
Fuentes oficiales para el cálculo:	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. Denominador: Informe Oficial de la Calificación Curricular del Personal del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que administra el Área de Evaluación de la División de Evaluación de la Investigación de la Coordinación de Investigación en Salud.			
Interpretación:	El instituto cuanta con investigadores con un desempeño de calidad que es reconocido por el CONACyT, a través del SIN, 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:	Nacional[1]: En Delegaciones[2]: En UMAE's[3]:	Candidatos	10 %	
		Nivel: 1	75 %	
		Nivel: 2	8 %	
		Nivel: 3	7 %	
Unidad de medida:	Porcentaje			
Periodicidad:	Anual	Indicador contabilizado por:	Nacional, Delegación y UMAE.	
Rangos de desempeño:	Nivel:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Nacional[1]: En Delegaciones[2]: En UMAE's[3]:	Candidato		
		≥ 9	≥ 8 y < 9	< 8
		Nivel: 1		
		≥ 67.5	≥ 60 y < 67.5	< 60
		Nivel: 2		
		≥ 7.2	≥ 6.4 y < 7.2	< 6.4
		Nivel: 3		
		≥ 6.3	≥ 5.6 y < 6.3	< 5.6

CIS 12 - Porcentaje de Investigadores Clínicos que por Nivel pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores (SNI).			
Observaciones:	Numerador: ▪ Se incluyen a Investigadores Clínicos que cuentan con calificación curricular institucional de investigador vigente y nombramiento del SNI vigente, cuya adscripción se encuentra en: o Unidades de Atención Médica en Delegaciones. o Unidades Médicas de Alta Especialidad. Denominador: ▪ Se incluyen a Investigadores Clínicos que cuentan con calificación curricular institucional de investigador vigente, cuya adscripción se encuentra en: o Unidades de Atención Médica en Delegaciones. o Unidades Médicas de Alta Especialidad. ▪ Se excluyen: Numerador: o Investigadores Clínicos con calificación curricular institucional de investigador que NO pertenecen al SNI. Denominador: o Personal Institucional con calificación curricular institucional de investigador NO vigente. o Investigadores de Tiempo Completo con calificación curricular vigente [1] Aplica exclusivamente para el indicador institucional a nivel nacional. [2] Aplica para el indicador institucional correspondiente a Delegaciones. [3] Aplica para el indicador institucional correspondiente a UMAE's.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	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 Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su inclusión en la Evaluación Estratégica 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 13 - 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 × 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 UMAE´s 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]: En Delegaciones[2]: En UMAE's[3]:	35 %		
Unidad de medida:	Porcentaje		Ponderación en la Evaluación Delegacional:	1 punto
Periodicidad:	Anual y Trimestral		Indicador contabilizado por	Nacional, Delegación y UMAE.
Rangos de desempeño:	Nivel:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Nacional[1]: En Delegaciones[2]: En UMAE's[3]:	≥ 31.5 %	≥ 28% y < 31.5 %	< 28 %
Observaciones:	Numerador: ▪ 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. ○ Unidades Médicas de Alta Especialidad y sus Unidades de Investigación en Salud.			

CIS 13 - Protocolos de Investigación en Salud relacionados a Prevención Primaria de la Salud.			
Observaciones:	Denominador: ▪ 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: o Unidades médicas, Centros y Unidades de Investigación en Salud en Delegaciones. o Unidades Médicas de Alta Especialidad y sus Unidades de Investigación en Salud. ▪ Se excluyen los artículos: Numerador: o Protocolo de Investigación en Salud, identificado en SIRELCIS como NO relacionado a Prevención Primaria a la Salud. o Protocolos de Investigación en Salud que no documentaron oportunamente su registro antes del último día hábil del periodo de reporte. Denominador: ▪ 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: o Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud o, o Comisión Nacional de Investigación Científica. [1] Aplica exclusivamente para el indicador institucional a nivel nacional. [2] Aplica para el indicador institucional correspondiente a Delegaciones. [3] Aplica para el indicador institucional correspondiente a UMAE's.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	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 Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su inclusión en la Evaluación Estratégica por Delegación y su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Gestión

CIS 14 - 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):	$\frac{\text{Sumatoria de Artículos Científicos generados por personal del IMSS y que han sido publicados en revistas médico-científicas arbitradas}}{\text{Sumatoria del total de Protocolos de Investigación en Salud con Registro Institucional generados por el personal del IMSS}} \times 100$			
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: 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. 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:	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: Delegaciones: UMAE:	≥ 30% ≥ 20% ≥ 25%		
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación en la Evaluación Delegacional:	1 punto	
Periodicidad:	Anual	Indicador contabilizado por:	Delegación, Nacional Y UMAE	
Rangos de desempeño:	Nivel:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Nacional[1]:	≥ 27%	≥ 24% y < 27%	< 24%
	En Delegaciones[2]:	≥ 18%	≥ 16% y < 18%	< 16%
	En UMAE's[3]:	≥ 22.5%	≥ 20% y < 22.5%	< 20%
Observaciones:	Numerador: Se incluyen los artículos científicos: ○ Identificados como Artículo Original, Reporte Corto, Revisión, Caso (s) Clínico (s) o Guía Clínica. ○ Publicados en revistas en revistas médico-científicas arbitradas. ○ Resúmenes publicados en Revistas con factor de Impacto.			

CIS 14 - Protocolos de Investigación en Salud finalizados en publicación.			
Observaciones:	○ Que son generados en el año inmediato anterior al año que se evalúa. ○ Que son generados por personal adscrito, según corresponda: — 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. ▪ Se excluyen los artículos: ○ 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. Denominador: ▪ 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. ○ Unidades Médicas de Alta Especialidad y sus Unidades de Investigación en Salud. ▪ Se excluyen: ○ 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: ○ Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud o, ○ Comisión Nacional de Investigación Científica. Anual con emisión del informe durante los primeros quince días hábiles después del término del periodo. [1] Aplica exclusivamente para el indicador institucional a nivel nacional. [2] Aplica para el indicador institucional correspondiente a Delegaciones. [3] Aplica para el indicador institucional correspondiente a UMAE's.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	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 Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su inclusión en la Evaluación Estratégica por Delegación y su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Gestión

CIS 15 - 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 Nacionales = (Sumatoria de Protocolos de investigación que cuentan con colaboración con instituciones nacionales / 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 Anual Internacionales = (Sumatoria de Protocolos de investigación que cuentan con colaboración con instituciones extranjeras / Sumatoria del total de Protocolos de Investigación en Salud con Registro Institucional del CNIC, generados por el personal del 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.			
Valor de referencia o meta	Nacional, en Delegaciones y UMAE's:		Anual Nacionales: ≥ 50%; Anual Internacionales: ≥ 18%;	
Unidad de medida:	Porcentaje			
Periodicidad:	Semestral		Indicador contabilizado por:	Nacional, Delegaciones y UMAE
Rangos de desempeño:	Nivel:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Nacionales:	≥ 45%	≥ 40% y < 45%	< 40%
	Internacionales:	≥ 16.2	≥ 14.4% y < 16.2%	< 14.4%
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	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 Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx			
Dimensión del indicador:	Eficacia		Tipo de indicador:	Gestión

CIS 16 - Protocolos de Investigación en Salud autorizados por la Unidad Habilitada de Apoyo al Pre-dictamen del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).				
Objetivo del indicador:	Cuantificar los protocolos de investigación en salud, propuestos por la Industria Farmacéutica, autorizados por la Unidad Habilitada de Apoyo al Pre dictamen del IMSS.			
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Sumatoria de Protocolos de investigación en salud, propuestos por la Industria Farmacéutica, que cuentan con autorización emitida por la Unidad Habilitada de Apoyo al Pre dictamen del IMSS.			
Fuentes oficiales para el cálculo:	Informe Oficial de Protocolos de Investigación en Salud, propuestos por la Industria Farmacéutica, que cuentan con autorización emitida por la Unidad Habilitada de Apoyo Pre dictamen del IMSS.			
Interpretación:	La Unidad Habilitada de Apoyo al Pre-dictamen del IMSS elabora Pre-dictámenes para protocolos de investigación en salud propuestos por la Industria Farmacéutica, con apego a las regulaciones de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y alineada con el proceso de evaluación Institucional.			
Valor de referencia o meta:	Nacional ≥ 15			
Unidad de medida:	Número Absoluto			
Periodicidad:	Anual		Indicador contabilizado por:	Nacional
Rangos de desempeño:	Nacionales	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
		≥ 13	≥ 12 y < 13	< 12
Observaciones:	Se incluyen sólo protocolos de investigación en salud, propuestos por la Industria Farmacéutica, que cuentan con autorización emitida por la Unidad Habilitada de Apoyo al Pre-dictamen del IMSS.			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye Unidad Habilitada de Apoyo al Pre-dictamen del IMSS, de la Coordinación de Investigación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su inclusión en la Evaluación Estratégica por Delegación y su publicación en el Portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx			
Dimensión del indicador:	Eficiencia	Tipo de indicador:	Gestión	

CIS 17 - Financiamientos obtenidos para el desarrollo de Protocolos de Investigación en Salud, según su origen extra Institucional / Institucional.				
Objetivo del indicador:	Estimar la relación 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 Recursos Financieros extra Institucionales obtenidos para el desarrollo de Protocolos de Investigación en Salud Sumatoria de Recursos Financieros 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: ≥ 1.17			
Unidad de medida:	Relación			
Periodicidad:	Anual	Indicador contabilizado por:	Nacional, Delegaciones y UMAE	
Rangos de desempeño:	Nivel	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Nacional, Delegacional UMAE´s:	≥ 1.1	≥ 0.9 y < 1.1	< 0.9
Observaciones:	Numerador: Se incluyen: 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.			

CIS 17 - Financiamientos obtenidos para el desarrollo de Protocolos de Investigación en Salud, según su origen extra Institucional / Institucional.			
Observaciones:	Denominador: Se incluyen: Se integra por el monto total de los recursos asignados en las convocatorias derivadas de recursos institucionales		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	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 Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su inclusión en la Evaluación Estratégica por Delegación y su publicación en el Portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficiencia	Tipo de indicador:	Gestión

CIS 18 - 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: ≥ 17		
Unidad de medida:	Número Absoluto		
Periodicidad:	Anual	Indicador contabilizado por:	Nacional
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 15.3	≥ 13.6 y < 15.3	< 13.6
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:	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 Diagnósticos de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficiencia	Tipo de indicador:	Gestión

CIS 19 - 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:	Número de Solicitudes de Patente presentadas ante el IMPI en el período (anual) inmediato anterior. Para 2017 $\geq$ 7.		
Unidad de medida:	Número absoluto.		
Periodicidad:	Anual con cortes trimestrales.		
Observaciones:	Este indicador, corresponde a un indicador intermedio de nuestro proceso, está relacionado con el número de Solicitudes de Patente que presenta el IMSS ante el IMPI cada año. 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 “una cultura de 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:	Indicador que construye la Coordinación de Investigación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficiencia/Productividad	Tipo de indicador:	Gestión

CIS 20 - Número de licencias de explotación de patentes por año.			
Objetivo del indicador:	Cuantificar el número de Licencias de Explotación de las Patentes, propiedad del Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS, en un periodo de 12 meses.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Número absoluto de Licencias de Explotación de Patentes propiedad del IMSS.		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Base de datos de la División de Gestión Tecnológica e Innovación (DGTI). Contratos de Licencia de Explotación firmado por los representantes legales del IMSS y del licenciatario.		
Interpretación:	El indicador refleja el número absoluto de Licencias de Explotación de Patente, propiedad del IMSS y que concede a empresas privadas interesadas.		
Valor de referencia o meta:	≥ 1		
Unidad de medida:	Número absoluto.		
Periodicidad:	Anual con cortes semestrales.		
Observaciones:	Este indicador, corresponde a un indicador final de nuestro proceso, está relacionado con el número de licencias que otorga el IMSS para que una empresa privada madure y explote la tecnología generada propiedad del IMSS. Es una manera de evaluar la calidad y relevancia de las patentes que posee el IMSS		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye la Coordinación de Investigación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficiencia/Productividad	Tipo de indicador:	Gestión

CIS 21 - Número de alumnos que se capacitan en temas de innovación				
Objetivo del indicador:	Cuantificar el número de Alumnos que se capacitan en temas de innovación y Propiedad Industrial, impartidos por la División de Gestión Tecnológica e Innovación (DGTI), en un periodo de 12 meses.			
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Número absoluto de Alumnos que se inscriben a cursos en temas de innovación y Propiedad Industrial impartidos por la División de Gestión Tecnológica e Innovación (DGTI).			
Fuentes oficiales para el cálculo:	Base de datos de la Coordinación de Educación en Salud (CES) y de la División de Gestión Tecnológica e Innovación (DGTI). Control de asistencias.			
Interpretación:	El indicador refleja el número absoluto de alumnos de la CES que se interesan en los cursos de innovación y Propiedad Industrial impartidos por la División de Gestión Tecnológica e Innovación (DGTI).			
Valor de referencia o meta:	Nacional: Delegacional: UMAE´s:	≥ 100 ≥ 30 ≥ 70		
Unidad de medida:	Alumnos.			
Rangos de Desempeño:	Nivel:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Nacional:	≥ 90	≥ 80 y < 90	< 80
	En Delegación	≥ 27	≥ 24 y < 27	< 24
	En UMAE´s	≥ 63	≥ 56 y < 63	<56
Periodicidad:	Anual con cortes semestrales.			
Observaciones:	Este indicador, corresponde a un indicador intermedio relacionado con el fomento a la cultura de innovación dentro del IMSS.			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye la Coordinación de Investigación en Salud, misma que revisa y autoriza los resultados y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx			
Dimensión del indicador:	Eficiencia/Productividad	Tipo de indicador:	Gestión	

CIS 22 – Comités Locales de Investigación en Salud (CLIS) activos.			
Objetivo del indicador:	Cuantificar el número de Comités Locales de Investigación en Salud activos en el Instituto Mexicano del Seguro Social que 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.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Sumatoria del número de Comités Locales de Investigación en Salud activos en el Instituto Mexicano del Seguro Social.		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Informe Oficial Trimestral de Comités Locales de Investigación en Salud activos, generado por el Área de Regulación de la Coordinación de Investigación en Salud, con sustento en el Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS) del Instituto Mexicano del Seguro Social. (http://sirelcis.imss.gob.mx/)		
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]:	Anual ≥ 100; Trimestral: Marzo ≥ 100; Junio ≥ 100; Septiembre ≥ 100; Diciembre ≥ 100.	
	En Delegaciones[2]:	Anual ≥ 75; Trimestral: Marzo ≥ 75; Junio ≥ 75; Septiembre ≥ 75; Diciembre ≥ 75.	
	En UMAE's[3]:	Anual ≥ 25; Trimestral: Marzo ≥ 25; Junio ≥ 25; Septiembre ≥ 25; Diciembre ≥ 25.	
Unidad de medida:	Número Comités Locales de Investigación en Salud activos	Ponderación en la evaluación Delegacional:	1 punto
Periodicidad:	Anual y Trimestral	Indicador contabilizado por:	Nacional, Delegación y UMAE.

CIS 22 – Comités Locales de Investigación en Salud (CLIS) activos.

Rangos de desempeño:	Nivel:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Nacional[1]:	≥ 90	≥ 80 y <90	<80
	En Delegaciones[2]:	≥ 67	≥ 60 y <67	<60
	En UMAE's[3]:	≥ 22	≥ 20 y <22	<20

Observaciones:

- Cada Delegación y UMAE cuenta con metas particulares; ésa distribución puede consultarse en la página electrónica de la Coordinación de Investigación en Salud.
- Se incluyen:
  - CLIS que cuentan con registro vigente ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
  - CLIS activos ubicados en :
    - Unidades de Atención Médica, en Delegaciones.
    - Unidades Médicas de Alta Especialidad.
- Se excluyen:
  - CLIS que NO cuentan con registro vigente ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

[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).
[3] Aplica exclusivamente para el indicador institucional correspondiente al conjunto de UMAE's (Cada UMAE cuenta con metas particulares).

Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:

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 Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su publicación en el portal:

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

Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

CIS 23 – Comités Locales de Ética en Investigación (CLEI) activos.			
Objetivo del indicador:	Cuantificar el número de Comités Locales de Ética en Investigación activos en el Instituto Mexicano del Seguro Social que evalúan, emiten recomendaciones para el dictamen a los Protocolos de Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico que son generados por personal de salud Institucional.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Sumatoria del número de Comités Locales de Ética en Investigación activos en el Instituto Mexicano del Seguro Social.		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Informe Oficial Trimestral de Comités Locales de Ética en Investigación activos, generado por el Área de Regulación de la Coordinación de Investigación en Salud, con sustento en el Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS) del Instituto Mexicano del Seguro Social. (http://sirelcis.imss.gob.mx/)		
Interpretación:	Los Comités Locales de Ética en Investigación (CLEI) evalúan, emiten recomendaciones para el dictamen y registro a los Protocolos de Investigación Científica y desarrollo Tecnológico que son generados por personal de salud institucional. Los CLEI realizan sus actividades con apego a la Ley General de Salud y su reglamento en Materia de Investigación para la Salud y a las disposiciones nacionales e internacionales para la investigación en seres humanos, para su integración, los CLEI obtienen y mantienen actualizado su registro de integración ante la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOETICA).		
Valor de referencia o meta:	Nacional[1]:	Anual ≥ 100; Trimestral: Marzo ≥ 100; Junio ≥ 100; Septiembre ≥ 100; Diciembre ≥ 100.	
	En Delegaciones[2]:	Anual ≥ 75; Trimestral: Marzo ≥ 75; Junio ≥ 75; Septiembre ≥ 75; Diciembre ≥ 75.	
	En UMAE's[3]:	Anual ≥ 25; Trimestral: Marzo ≥ 25; Junio ≥ 25; Septiembre ≥ 25; Diciembre ≥ 25.	
Unidad de medida:	Número Comités Locales de Ética en Investigación activos		
Periodicidad:	Anual y Trimestral	Indicador contabilizado por:	Nacional, Delegación y UMAE.

CIS 23 – Comités Locales de Ética en Investigación (CLEI) activos.

Rangos de desempeño:	Nivel:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Nacional[1]:	≥ 90	≥ 80 y <90	<80
	En Delegaciones[2]:	≥ 67	≥ 60 y <67	<60
	En UMAE's[3]:	≥ 22	≥ 20 y <22	<20

Observaciones:

- Cada Delegación y UMAE cuenta con metas particulares; ésa distribución puede consultarse en la página electrónica de la Coordinación de Investigación en Salud.
- Se incluyen:
  - CLEI que cuentan con registro vigente ante la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOETICA)
  - CLEI activos ubicados en :
    - Unidades de Atención Médica, en Delegaciones.
    - Unidades Médicas de Alta Especialidad.
- Se excluyen:
  - CLEI que NO cuentan con registro vigente ante la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOETICA)

[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).
[3] Aplica exclusivamente para el indicador institucional correspondiente al conjunto de UMAE's (Cada UMAE cuenta con metas particulares).

Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:

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 Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, para su publicación en el portal:

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

Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

6. Coordinación de Políticas en Salud

(CPolS)

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

La prioridad de enfermería es proporcionar atención centrada en el paciente, con calidad, seguridad, oportunidad, eficacia, eficiencia, equidad y con trato digno, lo que define las metas esperadas en los distintos niveles de atención, para dar respuesta a lo anterior, se ha venido desarrollando un sistema basado en indicadores de calidad y seguridad, los cuales constituyen un referente de la evaluación de la calidad del Modelo del Cuidado de Enfermería en términos cuantitativos y cualitativos a través del cumplimiento de cada uno de los criterios que los integran con enfoque preventivo.

Con estos indicadores se han venido monitoreando resultados de la atención de Enfermería en las Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención, Unidades Médicas de Alta Especialidad y Delegaciones, las cuales, suministran información oportuna para adoptar con base en sus resultados planes de acción dirigidos a la solución de situaciones de riesgo o problemas durante la atención. La prospectiva de mejorar la calidad y seguridad de la atención, dio paso al diseño de tres indicadores de seguridad para ser incluidos en el presente Manual Metodológico de Indicadores Médicos, que son los que representan en este momento mayor riesgo para el paciente hospitalizado.

Por tanto, en esta primera fase se abordará la parte cuantitativa de los indicadores al evaluar el porcentaje de los criterios de calidad que se cumplen para la prevención de infección de vías urinarias, prevención de úlceras por presión y prevención de caídas. En una segunda fase se abordará la parte cualitativa de cada criterio al ponderarlos de acuerdo con su nivel de importancia en el proceso de atención con enfoque preventivo y proactivo, lo que contribuirá a generar información de impacto.

La División de Programas de Enfermería desde la normativa general, requiere conocer en todo momento, la situación de riesgo para la atención del paciente y el nivel de desempeño de las Unidades Médicas y Delegaciones para relacionarlos con los objetivos que se ha planteado lograr, con la finalidad de retroalimentar sobre el cumplimiento, desempeño y metas a cumplir con respecto a los resultados en particular.

Los pasos a seguir en este proceso serán: continuar con las visitas de acompañamiento y coaching, coordinar el proceso de benchmarking, con la finalidad de verificar y comparar los servicios y procesos de trabajo que capitalicen las mejores prácticas, focalizando los riesgos y priorizando de acuerdo con los resultados y el contexto de cada unidad, generando planes de acción que impacten en la mejora de la calidad y seguridad, así como, diseñar nuevos indicadores con la perspectiva de evaluar el Proceso de Atención de Enfermería hospitalaria en forma integral.

CPolS 01 – Porcentaje de criterios de calidad cumplidos para la prevención de infección de vías urinarias en pacientes hospitalizados con sonda vesical instalada.	
Objetivo del indicador:	Medir la calidad de la atención del personal de enfermería, que proporciona a pacientes hospitalizados con sonda vesical instalada en unidades médicas, para realizar acciones y medidas de prevención de infecciones asociadas a este tipo de sonda, durante su permanencia y mantenimiento.
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Suma de criterios que si se cumplieron por paciente con sonda vesical instalada para la prevención de infección de vías urinarias en el periodo a evaluar. / Total de criterios (9) por el número de pacientes evaluados para la prevención de infección de vías urinarias asociadas a sonda vesical instada en el periodo a evaluar. X 100
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y Denominador: Cédula de evaluación del indicador "Prevención de infección de vías urinarias a pacientes con sonda vesical instalada" con nueve criterios de calidad / medidas de prevención.
Interpretación:	Permite conocer directamente la calidad de la atención del personal de enfermería a través del porcentaje de pacientes con sonda vesical instalada, debido a que fueron atendidos con un enfoque del cuidado proactivo, implementando medidas preventivas y barreras de seguridad durante la permanencia y mantenimiento de la sonda vesical. Indirectamente el número de pacientes hospitalizados en cada Unidad Médica que fueron evaluados con los nueve criterios para la prevención de infección de vías urinarias (IVU) a pacientes con sonda vesical instalada. La falta de evaluación, verificación e implementación de acciones preventivas en el paciente con sonda vesical instalada, tiene el efecto de provocar riesgo de infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) a la población atendida, lo que debe propiciar la capacitación del personal que realiza esta actividad. Cuando el desempeño se encuentra dentro del valor esperado, se deberá continuar con la implementación de medidas preventivas durante la atención del paciente. Si el desempeño se encuentra en un valor medio, se deberán desarrollar estrategias de coordinación con vigilancia epidemiológica para la prevención de IAAS y la búsqueda intencionada de riesgos.

CPolS 01 – Porcentaje de criterios de calidad cumplidos para la prevención de infección de vías urinarias en pacientes hospitalizados con sonda vesical instalada.			
Interpretación:	Un resultado con desempeño bajo, refleja una atención con un elevado riesgo de sufrir IAAS, lo cual se traduce en la prestación de servicios inseguros con la consecuente elevación de costos, por lo que se deben tomar acciones inmediatas y emergentes para identificar las causas, rediseñar el proceso, reorganizarse con vigilancia epidemiológica y apoyarse con el Comité de Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales (CODECIN), para la implementación del "Protocolo para la estandarización del cuidado al paciente con sonda vesical, enfocada a la prevención de infecciones asociadas a la atención en la salud".		
Valor de referencia o meta:	>= 95.0%	Ponderación en la evaluación delegacional:	3 puntos
Unidad de medida:	Porcentaje		
Periodicidad:	Cuatrimestral acumulado (abril, agosto y diciembre)	Indicador contabilizado por:	Delegación y Unidad de Atención
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	>= 95.0	94.9 – 80.0	< 80.0
Observaciones:	▪ Incluye Unidades de Segundo nivel de Atención con 20 o más camas censables, Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE). ▪ Excluye Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA) ▪ La información mensual es acumulada al cuatrimestre del reporte. ▪ Para la construcción del indicador: o El Numerador se obtiene de la suma de criterios que **si** se cumplieron por paciente con sonda vesical instalada para la prevención de IVU. o El Denominador se obtiene del total de criterios (9) por el número de pacientes evaluados para la prevención de IVU asociadas a sonda vesical instada.		

CPolS 01 – Porcentaje de criterios de calidad cumplidos para la prevención de infección de vías urinarias en pacientes hospitalizados con sonda vesical instalada.			
Observaciones:	▪ El Denominador incluye a todos los pacientes con sonda vesical instalada, con registro de una sola medición a cada paciente, basado en la evaluación, control y supervisión de las nueve medidas preventivas, descritas en el instructivo de operación de la cédula de evaluación del indicador "Prevención de infección de vías urinarias a pacientes con sonda vesical instalada". ▪ El Órgano Normativo responsable de dar seguimiento al Proceso de Atención de Enfermería, así como de establecer estrategias de mejora basadas en resultados y procesos de supervisión y evaluación, es la Coordinación de Políticas en Salud, a través de la División de Programas de Enfermería. La meta esperada se estableció con base en el promedio histórico de cinco años (2013 – 2017) de la evaluación de este indicador.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye la Coordinación de Políticas en Salud, a través de la División de Programas de Enfermería y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud para inclusión en la Evaluación de Desempeño Delegacional, así como para la publicación de los resultados en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Calidad/Impacto	Tipo de indicador:	Calidad

CPolS 02 – Porcentaje de criterios de calidad cumplidos para la prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados.			
Objetivo del indicador:	Medir la calidad de la atención del personal de enfermería, que proporciona a pacientes hospitalizados con factores de riesgo que predisponen la aparición de úlceras por presión (UPP) en unidades hospitalarias, para realizar acciones orientadas a la determinación del riesgo y en consecuencia a la prevención y control.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Suma de criterios que si se cumplieron por paciente con riesgo para la prevención de úlceras por presión durante su estancia hospitalaria en el periodo a evaluar. / Total de criterios (5) por el número de pacientes evaluados para la prevención de úlceras por presión durante su estancia hospitalaria en el periodo a evaluar.	X 100	
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y Denominador: Cédula de evaluación del indicador "Prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados", con cinco criterios de calidad / medidas de prevención.		
Interpretación:	Permite conocer directamente la calidad de la atención del personal de enfermería a través del porcentaje de pacientes que fueron valorados con factores de riesgo y que no presentan UPP durante su estancia hospitalaria, debido a que fueron atendidos con un enfoque del cuidado proactivo, implementando medidas preventivas y barreras de seguridad. Un desempeño con valor esperado permite conocer que se realizaron acciones orientadas a la prevención, protección y control, logrando un egreso de pacientes sin daño y libres de UPP, por lo que se deberá continuar con la implementación de medidas preventivas durante la atención del paciente. En caso de presentar un resultado por debajo de lo esperado, la unidad deberá realizar un análisis preciso de las causas para establecer un plan de acción inmediato y mejorar la seguridad del paciente a través de la implementación de protocolos de atención y medidas preventivas basadas en guías de práctica clínica durante la atención del paciente. La falta de valoración y revaloración del paciente hospitalizado para la determinación de riesgo de presentar UPP, tiene el riesgo de lesionar o causar daño a la población atendida, lo que debe propiciar la capacitación del personal que realiza esta actividad.		
Valor de referencia o meta:	>= 95.0%	Ponderación en la evaluación delegacional:	3 puntos
Unidad de medida:	Porcentaje		

CPolS 02 – Porcentaje de criterios de calidad cumplidos para la prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados.			
Periodicidad:	Cuatrimestral acumulado (abril, agosto y diciembre)	Indicador contabilizado por:	Delegación y Unidad de Atención
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	>= 95.0	94.9 – 80.0	< 80.0
Observaciones:	▪ Incluye Unidades de segundo nivel de atención con 20 o más camas censables y Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE). ▪ Excluye Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA) ▪ La información mensual es acumulada al cuatrimestre del reporte. ▪ Para la construcción del indicador: o El Numerador se obtiene de la suma de criterios que **si** se cumplieron por paciente con riesgo, para la prevención de úlceras por presión durante su estancia hospitalaria. o El Denominador se obtiene del total de criterios (5) por el número de pacientes evaluados para la prevención de úlceras por presión durante su estancia hospitalaria. o Se excluyen tanto del Numerador como del Denominador a los pacientes que ingresen a la unidad, con úlceras por presión en cualquier grado. o El Denominador excluye a los pacientes valorados con riesgo bajo. ▪ El Órgano Normativo responsable de dar seguimiento al Proceso de Atención de Enfermería, así como de establecer estrategias de mejora basadas en resultados y procesos de supervisión y evaluación, es la Coordinación de Políticas en Salud, a través de la División de Programas de Enfermería. ▪ La meta esperada se estableció con base en el promedio histórico de cinco años (2013 – 2017) de la evaluación de este indicador.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye la Coordinación de Políticas en Salud, a través de la División de Programas de Enfermería y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud para inclusión en la Evaluación de Desempeño Delegacional, así como para la publicación de los resultados en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Calidad/Impacto	Tipo de indicador:	Calidad

CPolS 03 – Porcentaje de criterios de calidad cumplidos para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados.			
Objetivo del indicador:	Medir la calidad de la atención del personal de enfermería, que proporciona a pacientes hospitalizados con factores de riesgo que predisponen a caídas en unidades hospitalarias, para realizar acciones orientadas a la determinación del riesgo y, en consecuencia, a la prevención, protección y control para reducir la probabilidad de ocurrencia de éstas.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Suma de criterios que si se cumplieron por paciente con riesgo para la prevención de caídas durante su estancia hospitalaria en el periodo a evaluar. / Total de criterios (7) por el número de pacientes evaluados para la prevención de caídas durante su estancia hospitalaria en el período a evaluar. X 100		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y Denominador: Cédula de evaluación del indicador "Prevención de caídas en pacientes hospitalizados", con siete criterios de calidad / medidas de prevención.		
Interpretación:	Permite conocer directamente la calidad de la atención del personal de enfermería a través del porcentaje de pacientes que fueron valorados con factores de riesgo y que no presentan caídas durante su estancia hospitalaria, debido a que fueron atendidos con un enfoque del cuidado proactivo, implementando medidas preventivas y barreras de seguridad. Indirectamente el número de pacientes hospitalizados que fueron evaluados con los siete criterios de calidad para la prevención de caídas, así como la seguridad de las instalaciones hospitalarias y factores del entorno, incluyendo la disponibilidad de uso y funcionamiento del equipo y la tecnología biomédica para la prevención de caídas. Un desempeño con valor esperado permite conocer que se realizaron acciones orientadas a la prevención, protección y control, logrando un egreso de pacientes sin daño y libres de lesiones secundarias a caídas, por lo que se deberá continuar con la implementación de medidas preventivas durante la atención del paciente. En caso de presentar un resultado por debajo de lo esperado, la unidad deberá realizar un análisis preciso de las causas para establecer un plan de acción inmediato y mejorar la seguridad del paciente a través de la implementación de protocolos de atención, guías de práctica clínica y coordinación multidisciplinaria.		
Valor de referencia o meta:	>= 95.0%	Ponderación en la evaluación delegacional:	3 puntos
Unidad de medida:	Porcentaje		

CPolS 03 – Porcentaje de criterios de calidad cumplidos para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados.			
Periodicidad:	Cuatrimestral acumulado (abril, agosto y diciembre)	Indicador contabilizado por:	Delegación y Unidad de Atención
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	>= 95.0	94.9 – 80.0	< 80.0
Observaciones:	▪ Incluye Unidades de Segundo nivel de Atención con 20 o más camas censables y Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE). ▪ Excluye Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA) ▪ La información mensual es acumulada al cuatrimestre del reporte ▪ Para la construcción del indicador: o El Numerador se obtiene de la suma de criterios que si se cumplieron por paciente con riesgo, para la prevención de caídas durante su estancia hospitalaria. o El Denominador se obtiene del total de criterios (7) por el número de pacientes evaluados para la prevención de caídas durante su estancia hospitalaria. o Se excluyen tanto del Numerador como del Denominador a los pacientes que ingresen a la unidad, con lesiones por caídas previas en cualquier grado de impacto. o El Denominador excluye a los pacientes valorados con riesgo bajo. ▪ El Órgano Normativo responsable de dar seguimiento al Proceso de Atención de Enfermería, así como de establecer estrategias de mejora basadas en resultados y procesos de supervisión y evaluación, es la Coordinación de Políticas en Salud, a través de la División de Programas de Enfermería. ▪ La meta esperada se estableció con base en el promedio histórico de cinco años (2013 – 2017) de la evaluación de este indicador.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye la Coordinación de Políticas en Salud, a través de la División de Programas de Enfermería y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud para inclusión en la Evaluación de Desempeño Delegacional, así como para la publicación de los resultados en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Calidad/Impacto	Tipo de indicador:	Calidad

7. Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad (CUMAE)

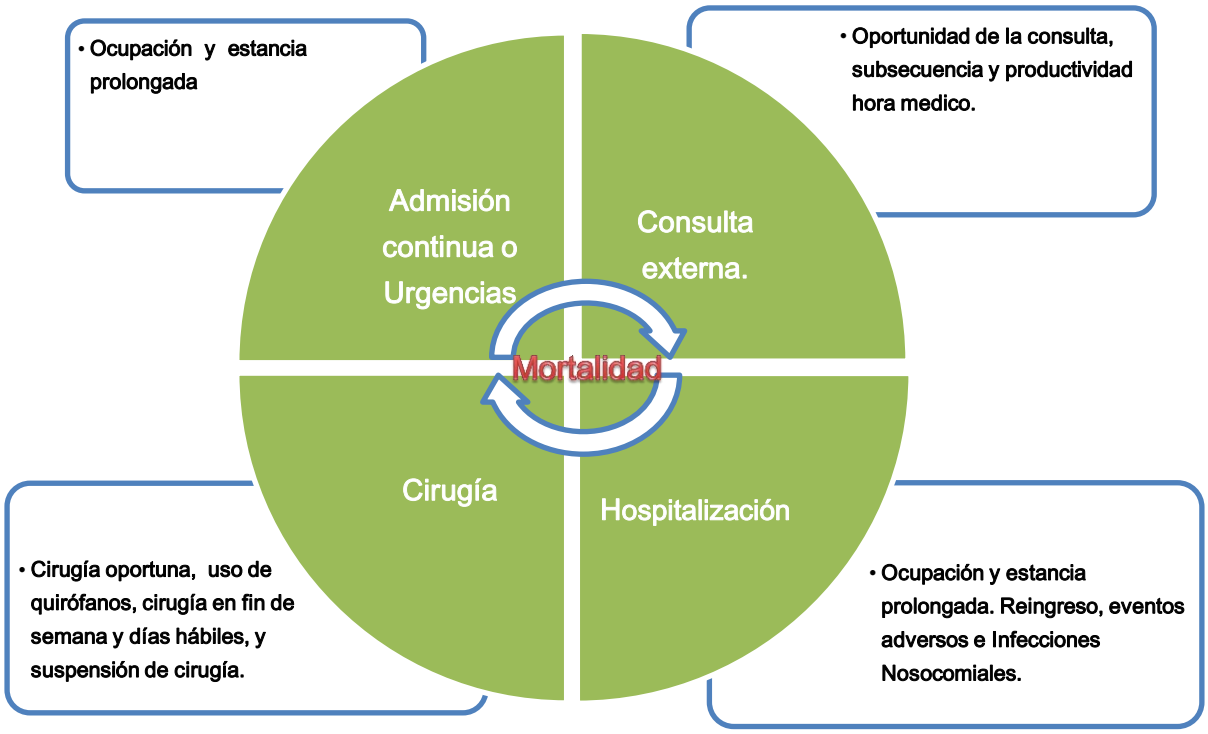
IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Los indicadores de desempeño, 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 su consecución. La normativa en general, requiere saber en todo momento, en qué situación se encuentran las UMAE con relación a los objetivos que se ha planteado lograr, y con esto retroalimentar sobre el cumplimiento y metas con respecto a la situación previa.

Los indicadores 2018, se basan en 4 prioridades:



Estas prioridades fueron consensuadas para la evaluación de los resultados y el impacto de las intervenciones a que haya lugar en las UMAE, para responder, concretamente, a las necesidades de atención, calidad y seguridad del paciente; para ello, se utiliza la clasificación de cada indicador, con base en el tipo de información que proveen (dimensiones), y por tipo de medición; 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 se ha asociado; por ello, aplicamos los criterios que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público recomendó en la última versión para la construcción de la matriz de indicadores para resultados (MIR) 2017.

Clasificación de los indicadores*

Dimensión del indicador	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 qué 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 relación 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 relación a estándares previamente establecidos.	Componente

Valoración por tipo de información*

A nivel de Fin	Se clasifican 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.

*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.

Tipos de Indicadores según su forma de medición	Definición y/o ejemplo
Media o promedio	Promedio simple, promedio ponderado, mediana y moda.
Ratio 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 UMAE.		02 Porcentaje de pacientes con estancia prolongada en el área de observación del servicio de admisión continua o urgencias en UMAE.		03 Porcentaje de pacientes a quienes se les otorga una consulta de especialidad, a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud en UMAE.		04 Índice de subsecuencia en consulta de especialidades en UMAE.		05 Promedio de consultas de especialidad por hora /médico en UMAE.		06 Promedio de días estancia en UMAE.	
		Ponde-ración	V.R.	Ponde-ración	V.R.	Ponde-ración	V.R.	Ponde-ración	V.R.	Ponde-ración	V.R.	Ponde-ración	V.R.
ESPECIALIDADES	01 HE LR DF	6	< 80	4	≦ 28	7	≧ 95	7	3 - 5.2	5	2 - 4	7	≦ 7.8
	02 HE SXXI DF	6	< 80	5	≦ 28	7	≧ 95	8	3 - 4	5	2 - 4	8	≦ 7.8
	03 HE OCC GDL	6	< 80	5	≦ 28	7	≧ 95	7	< 5.2	5	2 - 4	8	≦ 8.2
	04 HE MTY	5	< 80	5	≦ 28	7	≧ 95	7	3 - 5.2	5	2 - 4	8	≦ 7.8
	05 HE TORR	5	< 80	5	≦ 28	8	≧ 95	8	3 - 5.2	5	2 - 4	8	≦ 8
	06 HE PUE	6	< 80	5	≦ 28	8	≧ 95	8	3 - 5.2	5	2 - 4	8	≦ 8.2
	07 HE LEON	6	< 80	6	≦ 28	7	≧ 95	7	2 - 5.2	4	2 - 4	7	≦ 7.6
	08 HE OBR	5	< 80	5	≦ 28	7	≧ 95	8	3 - 5.2	5	2 - 4	7	≦ 7.8
	09 HE VER	6	< 80	5	≦ 28	8	≧ 95	8	3 - 4.5	5	2 - 4	8	≦ 7.6
	10 HE MER	6	< 80	5	≦ 28	8	≧ 95	8	3 - 5.2	5	2 - 4	8	≦ 7.8
GINECOLOGÍA	11 HGO LR DF	2	< 80	4	≦ 28	7	≧ 95	7	≦ 4.85	4	2 - 4	7	≦ 5
	12 HGO SXXI DF	2	< 80	4	≦ 28	7	≧ 95	7	2.4 - 4.8	4	2 - 4	8	≦ 5
	13 HGO OCC GDL	2	< 80	4	≦ 28	6	≧ 95	6	≦ 4.85	5	2 - 4	7	≦ 5
	14 HGO MTY	2	< 80	4	≦ 28	6	≧ 95	7	2.4 - 4.8	5	2 - 4	8	≦ 5
TRAUMATOLOGIA	16 HTO LV EDO MEX	9	< 80	7	≦ 28	5	≧ 95	3	2 - 4	4	2 - 4	5	≦ 7
	17 HTO PUE	8	< 80	6	≦ 28	5	≧ 95	3	2 - 4	4	2 - 4	5	≦ 7
	18 HTO MTY	9	< 80	6	≦ 28	5	≧ 95	3	2 - 4	4	2 - 4	5	≦ 7
	36 HO VFN DF	NA	NA	NA	NA	8	≧ 95	4	2 - 4	4	2 - 4	7	≦ 7
	37 HTO VFN DF	9	< 80	7	≦ 28	4	≧ 95	2	2 - 4	3	2 - 4	6	≦ 7
PEDIATRÍA	19 HP SXXI DF	4	< 80	4	≦ 28	4	≧ 95	3	3 - 5.3	10	2 - 4	9	≦ 8.5
	20 HP OCC GDL	5	< 80	4	≦ 28	4	≧ 95	3	< 5.3	10	2 - 4	9	≦ 7.9
CARDIOLO-GIA	21 HC SXXI DF	5	< 80	4	≦ 28	6	≧ 95	4	1 - 3	5	2 - 4	6	≦ 9.4
	22 HC MTY	5	< 80	4	≦ 28	6	≧ 95	4	1 - 3	5	2 - 4	6	≦ 9.4
GINECO PEDIATRIA	23 HGP LEON	2	< 80	1	≦ 28	7	≧ 95	7	2 - 2.9	4	2 - 4	8	≦ 4.7
ONCOLOGÍA	25 HO SXXI DF	3	< 80	4	≦ 28	6	≧ 95	10	< 10.5	4	2 - 4	5	≦ 6
GENERAL	38 HG LR DF	7	< 80	5	≦ 28	6	≧ 95	2	1.9 - 2.6	3	2 - 4	5	≦ 10.4
INFECTO	HI LR	NA	NA	NA	NA	8	≧ 95	9	≦ 5.55	10	2 - 4	10	11.8 - 12.4
PSIQUIATRI-COS	HPSI MOR	NA	NA	NA	NA	15	≧ 95	5	3 - 4	6	1 - 2	11	< 20
	HPSI HTA	NA	NA	NA	NA	15	≧ 95	6	3 - 4	6	1 - 2	11	< 20
	HPSI 22 MTY	NA	NA	NA	NA	15	≧ 95	6	3 - 4	6	1 - 2	11	< 20
REHABILITA - CION	UMFR CTO	NA	NA	NA	NA	9	≧ 95	12	1 - 2	12	2 - 4	17	< 20
	UMFR NTE	NA	NA	NA	NA	32	≧ 95	32	1 - 2	37	2 - 4	NA	NA
	UMFR 1 MTY	NA	NA	NA	NA	28	≧ 95	33	1 - 2	39	2 - 4	NA	NA

Tabla CUMAE 2

TIPO DE HOSPITAL	NOMBRE	07 Porcentaje de ocupación hospitalaria en Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE).		08 Tasa de mortalidad hospitalaria en Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE).		09 Tasa de letalidad en neonatos en UMAE (UMAE).		10 Porcentaje de neonatos que son alimentados mediante lactancia materna exclusiva al egreso de la UMAE.		11 Porcentaje de fallecimientos en los primeros 30 días posterior al diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio (UMAE).		12 Porcentaje de reingresos en los primeros 30 días posterior al egreso en UMAE	
		Ponde-ración	V.R.	Ponde-ración	V.R.	Ponde-ración	V.R.	Ponde-ración	V.R.	Ponde-ración	V.R.	Ponde-ración	V.R.
ESPECIALIDADES	01 HE LR DF	7	85 - 95	4	≦ 5	NA	NA	NA	NA	3	< 12	3	< 5
	02 HE SXXI DF	8	85 - 95	3	≦ 5	NA	NA	NA	NA	NA	NA	3	< 5
	03 HE OCC GDL	7	85 - 95	4	≦ 5	NA	NA	NA	NA	2	< 12	3	< 5
	04 HE MTY	7	85 - 95	3	≦ 5	NA	NA	NA	NA	NA	NA	3	< 5
	05 HE TORR	8	85 - 95	3	≦ 5	NA	NA	NA	NA	3	< 12	3	< 5
	06 HE PUE	8	85 - 95	3	≦ 5	NA	NA	NA	NA	2	< 12	3	< 5
	07 HE LEON	7	85 - 95	4	≦ 5	NA	NA	NA	NA	3	< 12	3	< 5
	08 HE OBR	7	85 - 95	3	≦ 5	NA	NA	NA	NA	3	< 12	3	< 5
	09 HE VER	8	85 - 95	3	≦ 5	NA	NA	NA	NA	2	< 12	3	< 5
	10 HE MER	8	85 - 95	3	≦ 5	NA	NA	NA	NA	3	< 12	3	< 5
GINECOLOGÍA	11 HGO LR DF	7	85 - 95	4	≦ 2	7	< 21	6	≧ 85	NA	NA	3	< 5
	12 HGO SXXI DF	8	85 - 95	3	≦ 2	7	< 7	6	≧ 85	NA	NA	3	< 5
	13 HGO OCC GDL	7	85 - 95	3	≦ 2	7	< 21	6	≧ 85	NA	NA	3	< 5
	14 HGO MTY	8	85 - 95	3	≦ 2	6	< 7	6	≧ 85	NA	NA	3	< 5
TRAUMATOLOGIA	16 HTO LV EDO MEX	7	85 - 95	6	≦ 2	NA	NA	NA	NA	NA	NA	3	< 5
	17 HTO PUE	7	85 - 95	7	≦ 2	NA	NA	NA	NA	NA	NA	3	< 5
	18 HTO MTY	6	85 - 95	6	≦ 2	NA	NA	NA	NA	NA	NA	3	< 5
	36 HO VFN DF	9	85 - 95	2	≦ 2	NA	NA	NA	NA	NA	NA	4	< 5
	37 HTO VFN DF	8	85 - 95	7	≦ 2	NA	NA	NA	NA	NA	NA	3	< 5
PEDIATRÍA	19 HP SXXI DF	5	85 - 95	4	≦ 4	NA	NA	NA	NA	NA	NA	2	< 5
	20 HP OCC GDL	5	85 - 95	4	≦ 4	NA	NA	NA	NA	NA	NA	2	< 5
CARDIOLOGIA	21 HC SXXI DF	6	85 - 95	8	≦ 5	NA	NA	NA	NA	4	< 3	2	< 5
	22 HC MTY	7	85 - 95	8	≦ 5	NA	NA	NA	NA	4	< 5.5	2	< 5
GINECO PEDIATRIA	23 HGP LEON	8	85 - 95	3	≦ 2	6	< 7	6	≧ 85	NA	NA	3	< 5
ONCOLOGÍA	25 HO SXXI DF	6	85 - 95	6	≦ 5	NA	NA	NA	NA	NA	NA	7	< 5
GENERAL	38 HG LR DF	7	85 - 95	7	≦ 5	NA	NA	NA	NA	6	< 12	2	< 5
INFECTO	HI LR	5	45 - 55	5	< 5	NA	NA	NA	NA	NA	NA	7	< 5
PSIQUIATRI-COS	HPSI MOR	11	50 - 80	3	< 5	NA	NA	NA	NA	NA	NA	14	< 5
	HPSI HTA	11	50 - 80	3	< 5	NA	NA	NA	NA	NA	NA	13	< 5
	HPSI 22 MTY	11	50 - 80	3	< 5	NA	NA	NA	NA	NA	NA	13	< 5
REHABILITA - CION	UMFR CTO	17	50 - 80	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	3	< 5
	UMFR NTE	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	UMFR 1 MTY	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Tabla CUMAE 3

TIPO DE HOSPITAL	NOMBRE	13 Porcentaje de eventos adversos (UMAE).		14 Intervalo de sustitución de camas hospitalarias en UMAE		15 Porcentaje pacientes a quienes se les realiza una cirugía electiva no concertada a los 20 días hábiles o menos a partir de la solicitud en UMAE		16 Promedio de cirugía por sala de cirugía efectiva en UMAE		17 Porcentaje de utilización de las salas de cirugía efectiva en fin de semana en UMAE		18 Porcentaje de suspensión de cirugía electiva programada en UMAE	
		Ponde-ración	V.R.	Ponde-ración	V.R.	Ponde-ración	V.R.	Ponde-ración	V.R.	Ponde-ración	V.R.	Ponde-ración	V.R.
ESPECIALIDADES	01 HE LR DF	3	10 - 14	3	< 0.5	6	≧ 92	6	≧ 44	5	≧ 75	7	< 5
	02 HE SXXI DF	3	10 - 14	4	< 0.5	5	≧ 92	6	≧ 44	4	≧ 75	6	< 5
	03 HE OCC GDL	3	10 - 14	3	< 0.5	6	≧ 92	6	≧ 44	4	≧ 75	6	< 5
	04 HE MTY	2	10 - 14	4	< 0.5	6	≧ 92	6	≧ 44	5	≧ 75	7	< 5
	05 HE TORR	3	10 - 14	3	< 0.5	6	≧ 92	6	≧ 44	4	≧ 75	6	< 5
	06 HE PUE	2	10 - 14	2	< 0.5	6	≧ 92	5	≧ 44	4	≧ 75	7	< 5
	07 HE LEON	1	10 - 14	3	< 0.5	6	≧ 92	6	≧ 44	4	≧ 75	6	< 5
	08 HE OBR	2	10 - 14	3	< 0.5	6	≧ 92	6	≧ 44	5	≧ 75	7	< 5
	09 HE VER	2	10 - 14	3	< 0.5	6	≧ 92	6	≧ 44	4	≧ 75	7	< 5
	10 HE MER	3	10 - 14	2	< 0.5	6	≧ 92	6	≧ 44	4	≧ 75	6	< 5
GINECOLOGÍA	11 HGO LR DF	2	8 - 12	3	< 0.5	5	≧ 92	5	≧ 55	4	≧ 75	6	< 5
	12 HGO SXXI DF	3	6 - 10	3	< 0.5	5	≧ 92	5	≧ 55	3	≧ 75	6	< 5
	13 HGO OCC GDL	3	8 - 12	3	< 0.5	5	≧ 92	5	≧ 55	4	≧ 75	6	< 5
	14 HGO MTY	3	6 - 10	3	< 0.5	5	≧ 92	6	≧ 55	4	≧ 75	6	< 5
TRAUMATOLOGIA	16 HTO LV EDO MEX	6	10 - 14	5	< 0.5	5	≧ 92	7	≧ 55	7	≧ 75	7	< 5
	17 HTO PUE	6	10 - 15	5	< 0.5	5	≧ 92	7	≧ 55	7	≧ 75	7	< 5
	18 HTO MTY	6	10 - 16	5	< 0.5	5	≧ 92	6	≧ 55	7	≧ 75	6	< 5
	36 HO VFN DF	7	10 - 17	6	< 0.5	6	≧ 92	8	≧ 55	8	≧ 75	8	< 5
	37 HTO VFN DF	6	10 - 18	5	< 0.5	4	≧ 92	7	≧ 55	5	≧ 75	5	< 5
PEDIATRÍA	19 HP SXXI DF	7	8 - 12	4	< 0.5	4	≧ 92	4	≧ 44	7	≧ 75	2	< 5
	20 HP OCC GDL	9	8 - 12	4	< 0.5	4	≧ 92	4	≧ 45	7	≧ 75	2	< 5
CARDIOLOGIA	21 HC SXXI DF	6	8 - 12	5	< 0.5	5	≧ 92	7	≧ 22	7	≧ 75	3	< 5
	22 HC MTY	6	8 - 12	5	< 0.5	5	≧ 92	7	≧ 22	7	≧ 75	3	< 5
GINECO PEDIATRIA	23 HGP LEON	3	8 - 12	4	< 0.5	5	≧ 92	6	≧ 55	4	≧ 75	6	< 5
ONCOLOGÍA	25 HO SXXI DF	6	10 - 14	3	< 0.5	5	≧ 92	6	≧ 44	6	≧ 75	5	< 5
GENERAL	38 HG LR DF	5	10 - 14	3	< 0.5	7	≧ 92	5	≧ 44	8	≧ 75	5	< 5
INFECTO	HI LR	5	6 - 10	9	< 0.5	4	≧ 92	NA	NA	7	≧ 75	6	< 5
PSIQUIATRI-COS	HPSI MOR	7	6 - 10	14	< 0.5	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	HPSI HTA	7	6 - 10	13	< 0.5	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	HPSI 22 MTY	7	6 - 10	13	< 0.5	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
REHABILITA - CION	UMFR CTO	1	6 - 10	15	< 0.5	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	UMFR NTE	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	UMFR 1 MTY	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Tabla CUMAE 4

TIPO DE HOSPITAL	NOMBRE	19 Porcentaje de utilización de las salas de cirugía efectiva en días hábiles en UMAE		IN_AAS 01 Tasa de Infecciones Nosocomiales 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		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	
		Ponderación	V.R.	Ponderación	V.R.	Ponderación	V.R.	Ponderación	V.R.
ESPECIALIDADES	01 HE LR DF	5	≧ 75	7	7.74 - 10.68	4	8.5 - 17.44	1	> 90
	02 HE SXXI DF	4	≧ 75	8	7.74 - 10.68	5	8.5 - 17.44	1	> 90
	03 HE OCC GDL	5	≧ 75	8	7.74 - 10.68	5	8.5 - 17.44	1	> 90
	04 HE MTY	5	≧ 75	7	7.74 - 10.68	5	8.5 - 17.44	1	> 90
	05 HE TORR	5	≧ 75	7	7.74 - 10.68	4	8.5 - 17.44	1	> 90
	06 HE PUE	5	≧ 75	9	7.74 - 10.68	5	8.5 - 17.44	1	> 90
	07 HE LEON	5	≧ 75	8	7.74 - 10.68	5	8.5 - 17.44	1	> 90
	08 HE OBR	6	≧ 75	8	7.74 - 10.68	5	8.5 - 17.44	1	> 90
	09 HE VER	5	≧ 75	8	7.74 - 10.68	5	8.5 - 17.44	1	> 90
	10 HE MER	5	≧ 75	7	7.74 - 10.68	4	8.5 - 17.44	1	> 90
GINECOLOGÍA	11 HGO LR DF	5	≧ 75	7	7.55 - 11.79	5	2.4 - 9.72	NA	NA
	12 HGO SXXI DF	4	≧ 75	8	7.55 - 11.79	5	2.4 - 9.72	NA	NA
	13 HGO OCC GDL	4	≧ 75	8	7.55 - 11.79	5	2.4 - 9.72	NA	NA
	14 HGO MTY	4	≧ 75	8	7.55 - 11.79	4	2.4 - 9.72	NA	NA
TRAUMATOLOGIA	16 HTO LV EDO MEX	7	≧ 75	7	3.85 - 8.26	5	11.20 - 23.41	NA	NA
	17 HTO PUE	7	≧ 75	7	3.85 - 8.26	5	11.20 - 23.41	NA	NA
	18 HTO MTY	6	≧ 75	7	3.85 - 8.26	5	11.20 - 23.41	NA	NA
	36 HO VFN DF	8	≧ 75	8	3.85 - 8.26	5	< 2.4	NA	NA
	37 HTO VFN DF	7	≧ 75	8	3.85 - 8.26	5	11.20 - 23.41	NA	NA
PEDIATRÍA	19 HP SXXI DF	4	≧ 75	10	9.24 - 12.17	6	4.29 - 4.36	5	> 90
	20 HP OCC GDL	3	≧ 75	10	9.24 - 12.17	6	4.29 - 4.36	5	> 90
CARDIOLOGIA	21 HC SXXI DF	7	≧ 75	7	7.86 - 8.74	5	14.56 - 18.6	NA	NA
	22 HC MTY	7	≧ 75	7	7.86 - 8.74	5	14.56 - 18.6	NA	NA
GINECO PEDIATRIA	23 HGP LEON	5	≧ 75	8	6.93 - 10.65	5	8.27 - 15.31	NA	NA
ONCOLOGÍA	25 HO SXXI DF	6	≧ 75	8	12.03 - 12.92	5	11.24 - 18.62	NA	NA
GENERAL	38 HG LR DF	5	≧ 75	7	12.72 - 13.77	3	5.34 - 11.71	1	> 90
INFECTO	HI LR	7	≧ 75	6	< 6.5	2	< 2.4	NA	NA
PSIQUIATRI-COS	HPSI MOR	NA	NA	15	< 6.5	NA	NA	NA	NA
	HPSI HTA	NA	NA	15	< 6.5	NA	NA	NA	NA
	HPSI 22 MTY	NA	NA	15	< 6.5	NA	NA	NA	NA
REHABILITA - CION	UMFR CTO	NA	NA	16	< 6.5	NA	NA	NA	NA
	UMFR NTE	NA	NA	0	NA	NA	NA	NA	NA
	UMFR 1 MTY	NA	NA	0	NA	NA	NA	NA	NA

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:	$\frac{\text{Total de horas paciente en el área de observación de los servicios de urgencias o admisión continúa de las Unidades Médicas de Alta Especialidad}}{\text{Total de horas camilla en el servicio de observación de urgencias o admisión continúa en Unidades Médicas de Alta Especialidad}} \times 100$		
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:	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, y la disponibilidad de salas de operaciones y de los recursos humanos y materiales que se emplean para el manejo de los pacientes de dicho servicio. En caso de presentar un resultado por arriba del 80%, la Unidad deberá evaluar la suficiencia de todos los factores mencionados con anterioridad.		
Valor de referencia o meta:	< 80%		
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

CUMAE 01 – Porcentaje de ocupación en el área de observación del servicio de admisión continua o urgencias en Unidades Médicas de Alta Especialidad			
Observaciones:	▪ 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. ▪ El numerador, excluye: o 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. o 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. o Todos los casos anteriores, se reportarán a la normativa, pero no se contabilizarán en el indicador ▪ El denominador se considera: o En el IFU la variable 60200.- Total de Camas de Urgencias Médicas Observación. o 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/ o Total de camillas autorizadas (IFU), por días calendario IMSS del mes de proceso (consultar Glosario), por 24 horas. Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del Indicador:	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. 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. Indicador que integra y publica la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, para la inclusión en la Evaluación Estratégica de las Unidades Médicas de Alta Especialidad en el portal: http://11.22.41.169/evaluacion14/default2.aspx?origen=infoSalud		
Dimensión del indicador:	Eficiencia	Tipo de indicador:	Gestión

CUMAE 02 – Porcentaje de pacientes con estancia prolongada (más de 12 hrs.) 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:	Total de pacientes egresados del área de observación de los servicios de admisión continua o urgencias, con estancia de más de 12 horas en UMAE / Total de pacientes egresados del área de observación de los servicios de urgencias o admisión continua en UMAE X 100		
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 12 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:	≤ 10%		
Unidad de medida:	Proporción	Ponderación en la evaluación por UMAE:	Según tipo de hospital (Ver tabla CUMAE 1)

CUMAE 02 – Porcentaje de pacientes con estancia prolongada (más de 12 hrs.) en el área de observación en Unidades Médicas de Alta Especialidad.			
Periodicidad:	Mensual	Tipo de Información para la medición:	Propósito
Observaciones:	▪ 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. ▪ Tanto en numerador como denominador se excluye: o 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. o 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. o 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:	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. 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. Indicador que integra y publica la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, para la inclusión en la Evaluación Estratégica de las Unidades Médicas de Alta Especialidad en el portal: http://11.22.41.169/evaluacion14/default2.aspx?origen=infoSalud		
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 Nivel a Tercer Nivel de Atención.
Precisión del método de cálculo:	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 / Total de pacientes referidos, para programar una consulta de especialidades de primera vez, a partir de la presentación de la solicitud en la UMAE X 100
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:	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. 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); 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. Las 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

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:	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.		
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:	Para la construcción se excluyen: ○ 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:	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. 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. Indicador que integra y publica la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, para la inclusión en la Evaluación Estratégica 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 medica de especialidad se vea reflejada aunada a la demanda de consulta de primera vez versus, la subsecuente.
Precisión del método de cálculo:	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 Medico Operativo Central (SIMOC), de la Consulta Externa. A nivel nacional integrada por la División de Información en Salud.
Interpretación:	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. 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: 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.

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:	▪ 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 y Enfermera Materno – Infantil. ▪ 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:	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. 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. Indicador que integra y publica la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, para la inclusión en la Evaluación Estratégica de las Unidades Médicas de Alta Especialidad en el Portal: http://11.22.41.169/evaluacion14/default2.aspx?origen=infoSalud		
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:	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:	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: 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. 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.		
Valor de referencia o meta:	2 – 4 Únicamente para los Hospitales de Psiquiatría, el valor de referencia varía de 1 - 2		
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:	▪ La UMAE deberá reportar únicamente el logro del mes que se informa.		

CUMAE 05 – Promedio de consultas de especialidad por hora/médico en Unidades Médicas de Alta Especialidad.			
	▪ 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, el valor de referencia varía de 1 - 2 (De acuerdo al 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:	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. 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. Indicador que integra y publica la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, para la inclusión en la Evaluación Estratégica de las Unidades Médicas de Alta Especialidad en el Portal: http://11.22.41.169/evaluacion14/default2.aspx?origen=infoSalud		
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:	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 Data Mart de Estadísticas Médicas (DMEM).		
Interpretación:	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. 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.		
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:	▪ La UMAE deberá reportar únicamente el logro del mes que se informa.		

CUMAE 06 – Promedio de días estancia en Unidades Médicas de Alta Especialidad			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del Indicador:	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. 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. Indicador que integra y publica la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, para la inclusión en la Evaluación Estratégica de las Unidades Médicas de Alta Especialidad en el Portal: http://11.22.41.169/evaluacion14/default2.aspx?origen=infoSalud		
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:	$\frac{\text{Total de días paciente en UMAE}}{\text{Total de días cama UMAE}} \times 100$		
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 Data Mart 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%.		
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:	▪ 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: o 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:	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. 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. Indicador que integra y publica la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, para la inclusión en la Evaluación Estratégica 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 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:	$\frac{\text{Total de egresos hospitalarios por defunción en UMAE en el periodo}}{\text{Total de egresos hospitalarios en UMAE en el periodo}} \times 100$		
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 Data Mart de Estadísticas Médicas (DMEM).		
Interpretación:	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; co-morbilidad 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. 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.		
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:	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. 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. Indicador que integra y publica la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, para la inclusión en la Evaluación Estratégica de las Unidades Médicas de Alta Especialidad en el Portal: http://11.22.41.169/evaluacion14/default2.aspx?origen=infoSalud		
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:	Total de defunciones en neonatos (menores a 28 días), que ocurren en la Unidad Médica de Alta Especialidad / Total de recién nacidos vivos en la Unidad Médica de Alta Especialidad X 1,000		
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:	▪ Solo aplica para los Hospitales de Gineco Obstetricia y Gineco 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 términos, término y pos término.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del Indicador:	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. 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. Indicador que integra y publica la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, para la inclusión en la Evaluación Estratégica 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 10 – Porcentaje de neonatos de término que son alimentados mediante lactancia materna exclusiva al egreso de la Unidad Médica de Alta Especialidad.			
Objetivo del indicador:	Conocer la proporción de personas recién nacidos de término, que nacen en las Unidades Médicas de Alta Especialidad, alimentados mediante lactancia materna exclusiva.		
Precisión del método de cálculo:	Total de recién nacidos de término, alimentados mediante Lactancia Materna Exclusiva (LME), durante el periodo a evaluar / Total de recién nacidos vivos de término en la Unidad Médica de Alta Especialidad X 100		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Hoja de Alta Neonatal (Alta/Neo-17), SIMOC Hospitalización. Denominador: Subsistema SUI 13.		
Interpretación:	Un resultado por debajo de lo esperado, significa que en la Unidad no se llevan a cabo las acciones establecidas en el Plan de Fortalecimiento a la Lactancia Materna Exclusiva (PFLME), ni se están apegando a las “razones medicamente aceptadas para la administración de sucedáneos de leche materna”. Un resultado por arriba de lo esperado, significa que la Unidad ha implementado los 13 ejes del PFLME y que se llevan a cabo todas las acciones incluidas dentro de cada eje.		
Valor de referencia o meta:	≥85%.		
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:	Actividades
Observaciones:	Sólo aplica para los Hospitales de Gineco Obstetricia y Gineco Pediatría. No se deben incluir neonatos prematuros o pretérmino, aun cuando son egresados con el criterio del indicador. Del formato 4-30-6b partos, productos y abortos se origina la información del SIMO, y se deben tomar a los de término y pos término.		

CUMAE 10 – Porcentaje de neonatos de término que son alimentados mediante lactancia materna exclusiva al egreso de la Unidad Médica de Alta Especialidad.			
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del Indicador:	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. 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. Indicador que construye la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad y envía los resultados a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación de la Salud para la inclusión en la Evaluación Estratégica de las Unidades Médicas de Alta Especialidad y la publicación en el portal: http://11.22.41.169/evaluacion14/default2.aspx?origen=infoSalud		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Gestión

CUMAE 11 - Porcentaje de fallecimientos en los primeros 30 días posterior al diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio en la Unidad Médica de Alta Especialidad.			
Objetivo del indicador:	Determinar la eficacia en el tratamiento de los pacientes, que son admitidos en los hospitales con el diagnóstico de un Infarto Agudo al Miocardio. La medición de la letalidad permite conocer calidad en la atención oportuna del paciente y establecer acciones de mejoras en caso de que se encuentre por arriba del valor de referencia.		
Precisión del método de cálculo:	Total de pacientes que egresan por defunción del hospital con diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio (CIE-10: I21.0, 1, 2, 3,4 y 9), en los primeros 30 días posteriores a su ingreso / Total de pacientes que egresan de la Unidad con diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio (CIE-10: I21.0, 1, 2, 3,4 y 9), en el periodo evaluado	X 100	
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador y denominador: Subsistema 13 (SUI 13), de egresos hospitalarios. Fuente: Hoja Alta 1/17.		
Interpretación:	Medir la cantidad de pacientes que fallecen, por infarto agudo al miocardio, de cada 100 pacientes que egresan por dicha enfermedad, un resultado por debajo del valor de referencia traduce un manejo eficiente y con calidad, que se relaciona con el cumplimiento de los distintos aspectos que influyen en la atención oportuna y eficaz de los pacientes con Infarto Agudo al Miocardio, a saber: 1. Acceso a los servicios de Urgencias; 2. Disponibilidad de recursos y personal las 24 horas del día, para la atención de dicha patología; 3. Un diagnóstico oportuno; 4. La adecuada correlación clínico-diagnóstico-terapéutica; 5. La vinculación adecuada del servicio de Urgencias con el resto de los servicios hospitalarios necesarios para la atención del paciente con Infarto Agudo al Miocardio (laboratorio clínico, hemodinamia, cuidados intensivos coronarios). Un resultado por arriba del valor de referencia, requiere que la Unidad realice un análisis profundo, en el cual se considere la posibilidad de que uno o varios de los aspectos antes mencionados, no se cumplan, encaminado a realizar las acciones correctivas o preventivas necesarias.		
Valor de referencia o meta:	Varía según tipo de hospital (Ver tabla CUMAE 2)		
Unidad de medida:	Proporción	Ponderación en la evaluación por UMAE:	Según tipo de hospital (Ver tabla CUMAE 2)

CUMAE 11 - Porcentaje de fallecimientos en los primeros 30 días posterior al diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio en la Unidad Médica de Alta Especialidad.			
Periodicidad:	Mensual	Tipo de Información para la medición:	Componente
Observaciones:	▪ Únicamente aplica para los Hospitales de Especialidades que cuenten con el servicio de hemodinamia y los Hospitales de Cardiología. (No aplica para el Hospital de Especialidades de Monterrey y del C.M.N. Siglo XXI, por contar con unidades de atención dentro del mismo complejo hospitalario). ▪ No se incluyen pacientes que se encuentran hospitalizados por otro motivo distinto a la Cardiopatía isquémica. ▪ Se deben incluir los pacientes que ingresaron con diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio (CIE-10: I21.0, 1, 2, 3,4 y 9), un mes previo al del reporte		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del Indicador:	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. 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. Indicador que construye la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad y envía los resultados a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación de la Salud para la inclusión en la Evaluación Estratégica de las Unidades Médicas de Alta Especialidad y la publicación en el portal: http://11.22.41.169/evaluacion14/default2.aspx?origen=infoSalud		
Dimensión del indicador:	Calidad	Tipo de indicador:	Gestión

CUMAE 12 - Porcentaje de reingresos en los primeros 30 días posteriores al egreso en Unidades Médicas de Alta Especialidad.			
Objetivo del indicador:	Determinar el comportamiento de los reingresos hospitalarios y, así identificar inconsistencias en la atención, para establecer acciones encaminadas a la mejora.		
Precisión del método de cálculo:	$\frac{\text{Total de pacientes que reingresan a la Unidad para recibir atención relacionada con el motivo del } \textit{ingreso índice} \text{ en un periodo menor a 30 días.}}{\text{Total de pacientes egresados de la Unidad en el mes que se está evaluando}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Subsistema (SUI13) de egresos hospitalarios. Formatos: Registro diario de ingresos y egresos de hospitalización (Forma 4-30-21/90-I, y Forma 4-30-21/90-E), y Hoja de alta hospitalaria. Alta 1/97. Denominador: Registro diario de egresos de Hospitalización (Forma 4-30-21/90-E).		
Interpretación:	Medir el porcentaje de pacientes que reingresan a la unidad en los siguientes 30 días posteriores a su egreso, por requerir atención médica relacionada con el mismo padecimiento El reingreso del paciente puede considerarse como un resultado adverso y, por tanto, infiere supuestos de mala calidad de la atención médica, su estudio ofrece una buena oportunidad de mejora. Su interpretación requiere de un análisis profundo de los componentes que lo afectan. El reingreso hospitalario se puede deber a los motivos siguientes: 1. Complicación tardía derivada de la atención hospitalaria brindada; 2. Falta de respuesta al tratamiento establecido; 3. Recaída esperada en la evolución del padecimiento (descompensación de patologías crónicas); y 4. Tratamiento incompleto, y a las condiciones propias del paciente (edad, género, co-morbilidad, nivel socio-económico, contar con cuidadores primarios, entre otros). Un resultado por arriba del valor de referencia, implica que la Unidad analice todos los aspectos antes mencionados para implementar acciones preventivas o correctivas, según sea el caso, encaminadas a reducir la probabilidad de ocurrencia del reingreso.		
Valor de referencia o meta:	< 5%.		
Unidad de medida:	Proporción	Ponderación en la evaluación por UMAE:	Según tipo de hospital (Ver tabla CUMAE 2)
Periodicidad:	Mensual	Tipo de Información para la medición:	Componente

CUMAE 12 - Porcentaje de reingresos en los primeros 30 días posteriores al egreso en Unidades Médicas de Alta Especialidad.			
Observaciones:	▪ El diagnóstico que causo el ingreso previo se considera el *ingreso índice.* ▪ Reingreso hospitalario: Se define como 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/CIE - 10 y CIE 9 MC). ▪ Para construir el numerador, se considerarán todos aquellos pacientes que hayan sido hospitalizados previamente, en un periodo no mayor a 30 días, y con diagnóstico o procedimientos relacionados con el ingreso índice. ▪ En el denominador se deben incluir los pacientes que egresaron dos meses previos al del reporte (p.ej.: marzo, se deben incluir todos los pacientes que egresaron de hospitalización en enero). ▪ No se incluyen pacientes que fueron egresados transitoriamente o voluntariamente, p.ej.: aquellos pacientes que reciben quimioterapia intrahospitalaria y son egresados de forma transitoria.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del Indicador:	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. 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. Indicador que construye la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad y envía los resultados a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación de la Salud para la inclusión en la Evaluación Estratégica de las Unidades Médicas de Alta Especialidad y la publicación en el portal: http://11.22.41.169/evaluacion14/default2.aspx?origen=infoSalud		
Dimensión del indicador:	Calidad	Tipo de indicador:	Gestión

CUMAE 13 - Porcentaje de eventos adversos en Unidades Médicas de Alta Especialidad.	
Objetivo del indicador:	Determinar si los pacientes son atendidos con un nivel de seguridad suficiente, y en caso de presentar resultados por fuera del rango, establecer las acciones necesarias ya sea para mejorar la notificación de estos (en caso de valor por debajo de lo esperado); o bien, para reducir y/o contener la posibilidad de ocurrencia de dichos eventos (en caso de un resultado por arriba de lo esperado).
Precisión del método de cálculo:	$\frac{\text{Total de eventos adversos presentados en un mes en la UMAE}}{\text{Total de egresos hospitalarios en el mes en la UMAE}} \times 100$
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Sumatoria de Cédula Notificación de Evento Centinela, Evento Adverso y Cuasi fallas en el mes de proceso. Denominador: DataMart Estadísticas Médicas, Parte II (SIMO).
Interpretación:	Medir el porcentaje de eventos adversos que ocurren en las Unidades Médicas de Alta Especialidad para evaluar si realizan la detección intencionada de eventos adversos, y así, un resultado por arriba de lo esperado refleja una atención médica con un elevado riesgo de sufrir eventos adversos, lo cual traduce que no existe seguridad. Cuando se detecta que en la Unidad se presentan más eventos adversos que los esperados para el tipo de pacientes que son atendidos, es necesario analizar la causalidad (con el empleo de herramientas como el análisis causa raíz), que permitan realizar acciones encaminadas a la mejora en los procesos, que busquen la reducción de eventos adversos, y especialmente, el apego a los protocolos establecidos para garantizar la seguridad en la atención de los pacientes. Cuando la Unidad presenta un resultado por abajo de lo establecido, es posible que ocurran dos situaciones, a saber; que exista un sub - registro de eventos adversos, por parte del personal operativo y de mandos medios, o bien que la Unidad ha establecido mejoras en diversos procesos, que le han permitido abatir la ocurrencia de dichos eventos. En caso de que los resultados de la Unidad no se encuentren dentro del rango considerado como esperado, la Unidad deberá analizar las situaciones antes mencionadas, encaminadas a establecer acciones de mejora. Los valores esperados por cada tipo de Unidad, dependen del tipo de especialidad médica que brinda servicios. (Estudio IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica, 2010).
Valor de referencia o meta:	Nivel de Seguridad variable según Hospital. (Ver tabla CUMAE 3)

CUMAE 13 - Porcentaje de eventos adversos 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:	Componente
Observaciones:	▪ Nivel de seguridad es la tasa máxima posible de eventos que por su enfoque en la evaluación de la asistencia sanitaria se puede presentar (estructura-proceso-resultado) ▪ Se incluirán como eventos adversos las Infecciones Nosocomiales y las reacciones adversas a medicamentos. ▪ El numerador se incluye directamente en la cédula de validación de indicadores en la pestaña de "Indicadores" renglón 45 a partir de la columna C (enero). ▪ Definiciones (de acuerdo al Manual del sistema VENCER II/2011). ▪ 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 (ej. robo de infante). ▪ Evento adverso: Daño resultado de la atención médica y no por las condiciones basales del paciente (incluyen los eventos centinela). ▪ Cuasi-falla: Error médico que no produjo un evento adverso porque se detectó a tiempo.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del Indicador:	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. 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. Indicador que construye la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad y envía los resultados a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación de la Salud para la inclusión en la Evaluación Estratégica de las Unidades Médicas de Alta Especialidad y la publicación en el portal: http://11.22.41.169/evaluacion14/default2.aspx?origen=infoSalud		
Dimensión del indicador:	Calidad	Tipo de indicador:	Gestión

CUMAE 14 - 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 subsiguiente 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:	Días cama del mes a reportar menos Días paciente del mes a reportar Total de egresos del mes a reportar		
Fuentes oficiales para el cálculo:	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. Denominador: DataMart Estadísticas Médicas y Parte II (SIMO).		
Interpretación:	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. 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. Un resultado por abajo del valor de referencia requiere implementar acciones con el equipo de trabajo asignado para la gestión de camas, tales como: • Registro correcto y oportuno de los ingresos y egresos hospitalarios. • Limpieza oportuna de camas. • Gestión de recursos humanos, insumos y/o infraestructura. Detecta problemas gerenciales asociados con la gestión de la cama, y determina la eficiencia en el uso de la cama.		
Valor de referencia o meta:	< 0.5%.		
Unidad de medida:	Razón	Ponderación en la evaluación por UMAE:	Según tipo de hospital (Ver tabla CUMAE 3)
Periodicidad:	Mensual	Tipo de Información para la medición:	Actividad

CUMAE 14 - Intervalo de sustitución de camas hospitalarias en Unidades Médicas de Alta Especialidad.			
Observaciones:	▪ Para la construcción del numerador: o 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/. o 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:	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. 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. Indicador que integra y publica la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, para la inclusión en la Evaluación Estratégica de las Unidades Médicas de Alta Especialidad en el Portal: http://11.22.41.169/evaluacion14/default2.aspx?origen=infoSalud		
Dimensión del indicador:	Eficiencia	Tipo de indicador:	Gestión

CUMAE 15 - 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 (≤ 20días), 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:	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 / Total de pacientes con solicitud otorgada por el médico tratante para cirugía electiva no concertada en UMAE X 100		
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:	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). 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. 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.		
Valor de referencia o meta:	≥ 92%.		
Unidad de medida:	Proporción	Ponderación en la evaluación por UMAE:	Según tipo de hospital (Ver tabla CUMAE 3)

CUMAE 15 - 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.			
Periodicidad:	Mensual	Tipo de Información para la medición:	Actividad
Observaciones:	▪ 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:	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. 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. Indicador que integra y publica la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, para la inclusión en la Evaluación Estratégica de las Unidades Médicas de Alta Especialidad en el Portal: http://11.22.41.169/evaluacion14/default2.aspx?origen=infoSalud		
Dimensión del indicador:	Eficiencia	Tipo de indicador:	Gestión

CUMAE 16 - Promedio de cirugías por sala de cirugía efectiva en Unidades Médicas de Alta Especialidad.			
Objetivo del indicador:	Determinar la eficiencia de las salas de cirugía que cuentan con "Equipo (Team) quirúrgico" completo, durante un mes, y en caso de no ser eficientes poder establecer acciones de mejora.		
Precisión del método de cálculo:	Total de intervenciones quirúrgicas realizadas en un mes en una UMAE		
	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 Data Mart 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:	▪ La UMAE deberá reportar únicamente el logro del mes que se informa. ▪ 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 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.		

CUMAE 16 - Promedio de cirugías por sala de cirugía efectiva en Unidades Médicas de Alta Especialidad.			
Observaciones:	▪ 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 e instrumentista y circulante.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del Indicador:	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. 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. Indicador que integra y publica la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, para la inclusión en la Evaluación Estratégica de las Unidades Médicas de Alta Especialidad en el Portal: http://11.22.41.169/evaluacion14/default2.aspx?origen=infoSalud		
Dimensión del indicador:	Eficiencia.	Tipo de indicador:	Estratégico.

CUMAE 17 - 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:	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 / 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 X 100		
Fuentes oficiales para el cálculo:	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. Denominador: SIMO PRODQUIR. Reporte de quirófanos efectivos en la UMAE.		
Interpretación:	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 "teams quirúrgicos". Indicador que evalúa la línea de acción: "eficiente uso de quirófanos" de la estrategia Institucional "Mejora para abatir el rezago quirúrgico". 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.		
Valor de referencia o meta:	≥ 75%		
Unidad de medida:	Proporción (Índice)	Ponderación en la evaluación por UMAE:	Según tipo de hospital (Ver tabla CUMAE 3)

CUMAE 17 - Porcentaje de utilización de las salas de cirugía efectiva en fin de semana, en Unidades Médicas de Alta Especialidad.			
Periodicidad:	Mensual	Tipo de Información para la medición:	Componente
Observaciones:	▪ 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: 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: o 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: o 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. o 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. o 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. o La diferencia debe dar como resultado más de 30 min, si es menor o igual se considera error de registro y esa cirugía no se contabiliza para la suma total. Estos casos se reportarán a la normativa. o 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. o TS = T1+T2, da como resultado el tiempo de ocupación de una cirugía.		

CUMAE 17 - Porcentaje de utilización de las salas de cirugía efectiva en fin de semana, en Unidades Médicas de Alta Especialidad.			
Observaciones:	▪ Para la construcción del denominador: ○ 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. ○ 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: ○ Aunque los días del fin de semana sean festivos se incluyen. ○ El indicador aplica para todas las Unidades Médicas de Alta Especialidad.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del Indicador:	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. 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. Indicador que integra y publica la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, para la inclusión en la Evaluación Estratégica de las Unidades Médicas de Alta Especialidad en el Portal: http://11.22.41.169/evaluacion14/default2.aspx?origen=infoSalud		
Dimensión del indicador:	Eficiencia	Tipo de indicador:	Gestión

CUMAE 18 - Porcentaje de suspensión de cirugías electivas programadas en Unidades Médicas de Alta Especialidad.	
Objetivo del indicador:	Determinar la eficiencia en el proceso de cirugía 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:	Número de cirugías electivas suspendidas en el mes en Unidades Médicas de Alta Especialidad / Número de cirugías electivas programadas en el mes en Unidades Médicas de Alta Especialidad X 100
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Sistema de Registro de la Oportunidad Quirúrgica (INDOQ), Reporte de cirugía suspendida. Denominador: Sistema de Información Médico Operativo (SIMO) - formato de Registro de Intervenciones Quirúrgicas efectuadas en Quirófano 4-30-27/17. INDOQ.
Interpretación:	Un resultado por debajo del valor de referencia en este indicador depende de: • 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, con inicio 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: 1. Uso ineficiente del servicio de cirugía, mayor estancia hospitalaria; 2. Falta de optimización de tiempos y movimientos del quirófano; 3. Inadecuada selección de pacientes candidatos a tratamiento quirúrgico; y 4. Suspensión de cirugías por motivos distintos a los considerados como criterios para suspensión. 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%.

CUMAE 18 - Porcentaje de suspensión de cirugías electivas programadas 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:	Componente
Observaciones:	▪ Para la construcción del indicador: ○ 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:	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. 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. Indicador que integra y publica la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, para la inclusión en la Evaluación Estratégica 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 19 - 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 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:	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 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	X 100	
Fuentes oficiales para el cálculo:	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. Denominador: SIMO PRODQUIR. Reporte de quirófanos efectivos en la UMAE.		
Interpretación:	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 "teams quirúrgicos".		
Valor de referencia o meta:	≥ 75%.		
Unidad de medida:	Proporción (Índice)	Ponderación en la evaluación por UMAE:	Según tipo de hospital (Ver tabla CUMAE 4)
Periodicidad:	Mensual	Tipo de Información para la medición:	Componente

CUMAE 19 - Porcentaje de utilización de las salas de cirugía efectiva en días hábiles, en Unidades Médicas de Alta Especialidad.	
Observaciones:	▪ 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: 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: o 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: o 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. o 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. o 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. o La diferencia debe dar como resultado más de 30 min, si es menor o igual se considera error de registro y esa cirugía no se contabiliza para la suma total. Estos casos se reportarán a la normativa. o 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. o TS = T1+T2, da como resultado el tiempo de ocupación de una cirugía. ▪ Para la construcción del denominador: o 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 hábiles del mes de proceso. o 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.

CUMAE 19 - Porcentaje de utilización de las salas de cirugía efectiva en días hábiles, en Unidades Médicas de Alta Especialidad.			
Observaciones:	▪ Para la construcción del indicador: o Se excluyen los días festivos y fines de semana. o El indicador aplica para todas las Unidades Médicas de Alta Especialidad.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación del Indicador:	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. 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. Indicador que integra y publica la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación de Planeación en Salud, con los criterios y definiciones establecidos por la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, para la inclusión en la Evaluación Estratégica de las Unidades Médicas de Alta Especialidad en el Portal: http://11.22.41.169/evaluacion14/default2.aspx?origen=infoSalud		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Gestión

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

8. Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células (CDTOTC)

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Tabla CDTOTC 1.

GRUPO	TIPO DE HOSPITAL	**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	
		Ponderación	VR
ESPECIALIDADES	HE LR DF	5	> 90
	HE SXXI DF	6	> 90
	HE OCC GDL	5	> 90
	HE MTY	6	> 90
	HE TORR	5	> 90
	HE PUE	5	> 90
	HE LEON	5	> 90
	HE OBR	5	> 90
	HE VER	5	> 90
	HE MER	5	> 90
GINECOLOGIA	HGO LR DF	NA	NA
	HGO SXXI DF	NA	NA
	HGO OCC GDL	NA	NA
	HGO MTY	NA	NA
TRAUMATOLOGIA	HTO VFN DF	NA	NA
	HTO EDO MEX LV	NA	NA
	HTO PUE	NA	NA
	HTO MTY	NA	NA
PEDIATRÍA	HP SXXI DF	7	> 90
	HP OCC GDL	7	> 90
CARDIOLOGIA	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	5	> 90

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):	$\frac{\text{Total de pacientes con injerto funcionante y creatinina igual o menor a 2.5mg/dl a un año del trasplante renal de donante vivo, del trimestre evaluado}}{\text{Total de trasplantes renales de donante vivo realizados en el mismo trimestre evaluado del año anterior}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Cédula de Reporte Mensual de Trasplantes Exitosos elaborado por la Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células. Denominador: Reporte nominal de pacientes trasplantados obtenido del informe 4-30-21/90-E (Egresos Registro Diario de Hospital), en el mes evaluado del año inmediato anterior al reporte.		
Interpretación:	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 trasplantado. En caso de presentar una función adecuada del injerto a un año, en menos del 90% de los pacientes trasplantados, 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.		
Valor de referencia o meta:	> 90%		
Unidad de medida:	Porcentaje.	Ponderación:	Varía según tipo de hospital: Tabla CDTOTC 1.
Periodicidad:	Trimestral	Indicador contabilizado por:	Atención en UMAE

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.			
Observaciones:	▪ 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 trasplantados 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 trasplantados 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. ▪ Indicador que forma parte de la evaluación estratégica de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.		
Encargados de la construcción, revisión, envío y publicación:	Indicador que construye la Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células, y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación Planeación en Salud para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

CDTOTC 02 - Porcentaje de pacientes con sobrevida del injerto a tres años, posterior a un Trasplante Renal de donador vivo, en Unidades Médicas de Alta Especialidad.			
Objetivo del indicador:	Medir el porcentaje de pacientes con sobrevida del injerto renal de donador vivo, posterior a tres años del trasplante, 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 renales, poder establecer acciones de mejora en caso de baja sobrevida del injerto renal.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	$\frac{\text{Total de pacientes con sobrevida del injerto a tres años del trasplante renal con donante vivo, del trimestre evaluado}}{\text{Total de trasplantes renales con donante vivo realizados en el mismo trimestre evaluado del año anterior}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Cédula de Reporte Mensual de Trasplantes Renales con injerto funcionante elaborado por la Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células. Denominador: Reporte nominal de pacientes trasplantados obtenido del informe 4-30-21/90-E (Egresos Registro Diario de Hospital), en el mes evaluado del año inmediato anterior al reporte.		
Interpretación:	Traduce la sobrevida del injerto renal a tres años 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 trasplantado. En caso de presentar una sobrevida del injerto a tres años, en menos del 80% de los pacientes trasplantados, la Unidad 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:	> 80%		
Unidad de medida:	Porcentaje.		
Periodicidad:	Trimestral	Indicador contabilizado por:	Atención en UMAE

CDTOTC 02 - Porcentaje de pacientes con sobrevida del injerto a tres años, posterior a un Trasplante Renal de donador vivo, en Unidades Médicas de Alta Especialidad.			
Observaciones:	▪ Sobrevida del injerto: Se considera presente en aquellos pacientes con función renal sin manejo dialítico. ▪ El período de reporte: Corresponde al trimestre de tres años anteriores (ej. el reporte del segundo trimestre de 2017, se calculará con los pacientes trasplantados de enero a marzo de 2014). ▪ El denominador se construye con todos los trasplantes de donante vivo realizados en el mismo periodo evaluado de tres años previos al reporte (ej. La sobrevida en el primer trimestre de 2017, se calculará con los pacientes trasplantados de enero a marzo de 2014). ▪ 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:	Indicador que construye la Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células, y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación Planeación en Salud para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

CDTOTC 03 - Porcentaje de pacientes con sobrevida a un año, posterior a un Trasplante Hepático, en Unidades Médicas de Alta Especialidad.			
Objetivo del indicador:	Medir el porcentaje de pacientes con sobrevida, posterior a un año del trasplante hepático, 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 hepáticos, poder establecer acciones de mejora en caso de baja sobrevida del paciente con trasplante hepático.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	$\frac{\text{Total de pacientes con sobrevida a un año del trasplante hepático, del trimestre evaluado}}{\text{Total de trasplantes hepáticos realizados en el mismo trimestre evaluado del año anterior}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Cédula de Reporte Mensual de pacientes sobrevivientes con Trasplante Hepático elaborado por la Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células. Denominador: Reporte nominal de pacientes trasplantados obtenido del informe 4-30-21/90-E (Egresos Registro Diario de Hospital), en el mes evaluado del año inmediato anterior al reporte.		
Interpretación:	Traduce la sobrevida del paciente a un año del trasplante hepático, 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; 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 trasplantado. En caso de presentar una sobrevida del paciente a un año, en menos del 70% de los pacientes trasplantados, la Unidad 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:	> 70%		
Unidad de medida:	Porcentaje.		
Periodicidad:	Trimestral	Indicador contabilizado por:	Atención en UMAE

CDTOTC 03 - Porcentaje de pacientes con sobrevida a un año, posterior a un Trasplante Hepático, en Unidades Médicas de Alta Especialidad.			
Observaciones:	▪ Sobrevida del paciente: Se considera presente en aquellos pacientes con trasplante hepático vivos al momento de la evaluación. ▪ 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. La sobrevida 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 sensibilizados, defunción con injerto funcionante y pérdida de seguimiento. ▪ No aplica para las unidades que no cuenten con programa de Trasplante Hepático. ▪ 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:	Indicador que construye la Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células, y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación Planeación en Salud para su publicación en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

CDTOTC 04 - Porcentaje de pacientes con sobrevida a un año, posterior a un Trasplante de Corazón, en Unidades Médicas de Alta Especialidad.			
Objetivo del indicador:	Medir el porcentaje de pacientes con sobrevida, posterior a un año del trasplante de corazón, como método de evaluación de la calidad de atención de los programas de donación y procuración, así como el de trasplantes; además de la eficacia de los trasplantes de corazón, poder establecer acciones de mejora en caso de baja sobrevida del paciente con trasplante hepático.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	$\frac{\text{Total de pacientes con sobrevida a un año del trasplante de corazón, del trimestre evaluado}}{\text{Total de trasplantes de corazón realizados en el mismo trimestre evaluado del año anterior}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Cédula de Reporte Mensual de pacientes sobrevivientes con Trasplante de Corazón elaborado por la Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células. Denominador: Reporte nominal de pacientes trasplantados obtenido del informe 4-30-21/90-E (Egresos Registro Diario de Hospital), en el mes evaluado del año inmediato anterior al reporte.		
Interpretación:	Traduce la sobrevida del paciente a un año del trasplante de corazón, 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; 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 trasplantado. En caso de presentar una sobrevida del paciente a un año, en menos del 70% de los pacientes trasplantados, la Unidad 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:	> 70%		
Unidad de medida:	Porcentaje.		
Periodicidad:	Trimestral	Indicador contabilizado por:	Atención en UMAE

CDTOTC 04 - Porcentaje de pacientes con sobrevida a un año, posterior a un Trasplante de Corazón, en Unidades Médicas de Alta Especialidad.			
Observaciones:	▪ Sobrevida del paciente: Se considera presente en aquellos pacientes con trasplante de corazón vivos al momento de la evaluación. ▪ 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. La sobrevida 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 sensibilizados, defunción con injerto funcionante y la pérdida de seguimiento. ▪ No aplica para las Unidades que no cuenten con programa de Trasplante de Corazón. ▪ 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:	Indicador que construye la Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células, y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación Planeación en Salud para su publicación en el Portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

CDTOTC 05 - 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 mejora en dos líneas de visión y 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):	$\frac{\text{Total de pacientes con mejora en dos líneas de visión y córnea transparente a un año del trasplante de córnea, del trimestre evaluado}}{\text{Total de trasplantes de córnea realizados en el mismo trimestre evaluado del año anterior}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Cédula de Reporte Mensual de mejora en dos líneas de visión y córnea transparente elaborado por la Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad. Denominador: Reporte nominal de pacientes trasplantados obtenido del informe 4-30-21/90-E (Egresos Registro Diario de Hospital), en el mes evaluado del año inmediato anterior al reporte.		
Interpretación:	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 trasplantado. En caso de presentar una función adecuada del injerto a un año, en menos del 70% de los pacientes trasplantados, la Unidad 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:	>70%		
Unidad de medida:	Porcentaje.		
Periodicidad:	Trimestral	Indicador contabilizado por:	Atención en UMAE

CDTOTC 05 - Porcentaje de pacientes con trasplante corneal exitoso a un año en Unidades Médicas de Alta Especialidad.			
Observaciones:	▪ Trasplante corneal exitoso: Se considera presente en aquellos pacientes con mejora en dos líneas de visión y 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. La sobrevida 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:	Indicador que construye la Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células, y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación Planeación en Salud para su publicación en el Portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

CDTOTC 06 – 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):	$\frac{\text{Total de donaciones cadavéricas obtenidas en un año en la Delegación}}{\text{Total de población derechohabiente adscrita a la Delegación}} \times 1{,}000{,}000$		
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 adscrita 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	Indicador contabilizado por:	Atención por Delegación

CDTOTC 06 – Tasa anualizada de Donación de Órganos y Tejidos por Delegación.			
Observaciones:	▪ Donación cadavérica: Total de donaciones de órganos y/o tejidos, concretadas en una Delegación. ▪ 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 2017). ▪ El denominador se construye con todas las donaciones 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:	Indicador que construye la Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células, y envía a la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud de la Coordinación Planeación en Salud para su publicación en el Portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

1. Coordinación de Salud

en el Trabajo

(CST)

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CST 01 - Promedio de días de incapacidad temporal con y sin subsidio por riesgo de trabajo por trabajador de empresas afiliadas.			
Objetivo del indicador:	Determinar el promedio de días de incapacidad temporal con y sin subsidio por trabajador de empresas afiliadas como consecuencia de los accidentes y enfermedades de trabajo ocurridos.		
Precisión del método de cálculo (fórmula):	Total de días de incapacidad temporal con y sin subsidio (inicial y subsecuente) otorgados por riesgos de trabajo en trabajadores de empresas afiliadas, acumulados al trimestre de reporte		
	Promedio de trabajadores de empresas afiliadas asegurados en riesgo de trabajo, al trimestre de reporte		
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Reporte de Prestaciones Económicas, Página de la Comunidad de Información y Análisis de Prestaciones Económicas. 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) en el Portal: http://infosalud.imss.gob.mx/ y Consulta Dinámica de Información o Cubo de Información Directiva CP (http://189.202.239.32/cubo_cp.asp).		
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: <= 0.85 Trimestral acumulado: Marzo <= 0.21; Junio <= 0.43; Septiembre <= 0.64; Diciembre <= 0.85 El valor de referencia se estableció con base en el comportamiento histórico.		
Unidad de medida:	Promedio		
Periodicidad:	Trimestral acumulado	Indicador contabilizado por:	Delegación

CST 01 - Promedio de días de incapacidad temporal con y sin subsidio por riesgo de trabajo por trabajador de empresas afiliadas.			
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Ene - Mar <= 0.21 Ene - Jun <= 0.43 Ene - Sep <= 0.64 Ene – Dic <= 0.85	0.22 – 0.25 0.44 – 0.50 0.65 – 0.74 0.86 – 0.99	> 0.25 > 0.50 > 0.74 > 0.99
Observaciones:	▪ Para la construcción del indicador: ○ 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, envío y publicación del indicador:	Indicador que construye y publica la Coordinación de Planeación en Salud, 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 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):	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
	Promedio de trabajadores de empresas afiliadas bajo seguro de enfermedad general reportado al trimestre de reporte
Fuentes oficiales para el cálculo:	Numerador: Reporte de Prestaciones Económicas, Página de la Comunidad de Información y Análisis de Prestaciones Económicas. 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:	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: <= 2.32 Trimestral acumulado: Marzo <= 0.58; Junio <= 1.16; Septiembre <= 1.74; Diciembre <= 2.32 El valor de referencia se estableció con base en el comportamiento histórico.
Unidad de medida:	Promedio

CST 02 - Promedio de días de incapacidad temporal con y sin subsidio por enfermedad general por trabajador de empresas afiliadas.			
Periodicidad:	Trimestral acumulado	Indicador contabilizado por:	Delegación
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Ene - Mar <= 0.58 Ene - Jun <= 1.16 Ene - Sep <= 1.74 Ene – Dic <= 2.32	0.59 – 0.65 1.17 – 1.29 1.75 – 1.94 2.33 – 2.58	> 0.65 > 1.29 > 1.94 > 2.58
Observaciones:	▪ Para la construcción del indicador: ○ 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, envío y publicación del indicador:	Indicador que construye y publica la Coordinación de Planeación en Salud, 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 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:	Anual: <= 0.71 Trimestral acumulado: Marzo <= 0.18; Junio <= 0.36; Septiembre <= 0.53; Diciembre <= 0.71 El valor de referencia se estableció con base en el comportamiento histórico.		
Unidad de medida:	Promedio		
Periodicidad:	Trimestral acumulado	Indicador contabilizado por:	Delegación
Rangos de desempeño:	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Ene - Mar <= 0.18	0.19-0.21	> 0.21
	Ene - Jun <= 0.36	0.37-0.43	> 0.43
	Ene - Sep <= 0.53	0.54-0.64	> 0.64
	Ene – Dic <= 0.71	0.72-0.85	> 0.85

CST 03 - Promedio de días de incapacidad temporal con subsidio por riesgo de trabajo por caso.			
Observaciones:	Indicador de responsabilidad y seguimiento de los tres Niveles de Atención Médica		
Encargados de la construcción, envío y publicación del indicador:	Indicador que construye y publica la Coordinación de Planeación en Salud, en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

CST 04 - 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 04 - Promedio de días de incapacidad temporal con subsidio por enfermedad general por caso			
Observaciones:	Indicador de responsabilidad y seguimiento de los tres Niveles de Atención Médica		
Encargados de la construcción, envío y publicación del indicador:	Indicador que construye y publica la Coordinación de Planeación en Salud, en el portal: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo de indicador:	Estratégico

VII. Glosario

Glosario de términos	
Término	**Descripción/Significado**
Formato1/98	Hoja de alta Hospitalaria.
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.
Alumnos vigentes	Son aquellos que cumplieron requisitos de ingreso al Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS, 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).

Glosario de términos	
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	Es un sistema de control de calidad, su uso diario implica una evaluación en categorías numéricas de una mamografía.
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.
CAISPN	Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel.
Case Mix	La co-morbilidad 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, el 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.

Glosario de términos	
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 Internacional Estandarizada. 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.
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.
Cirugía no concertada programada	Cirugía que no se agenda previamente, pero por su prioridad, se programa lo más pronto posible.
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,
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.

Glosario de términos	
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.
CVE	Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.
DATAMART	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.

Glosario de términos	
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.
Dimensión del Indicador	La característica del indicador de acuerdo con el objetivo que persigue. De acuerdo con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (Diario Oficial de la Federación, Marzo 30, de 2007) pueden ser: a) Eficacia: Se refiere al grado de cumplimiento de los objetivos; es decir, en qué medida, el área de acción, está alcanzando los objetivos. b) Eficiencia: Se refiere a la ejecución de las acciones, beneficios o prestaciones del servicio, utilizando el mínimo de recursos posibles. 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. 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).
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.

Glosario de términos	
DPM	Dirección de Prestaciones Médicas.
CEC	Cursos de Educación Continua.
ECE	Expediente Clínico Electrónico.
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.
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.

Glosario de términos	
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.
HTA	Hipertensión Arterial.
IAAS	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, etc.

Glosario de términos	
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	Mide el avance y logro, en procesos y actividades; es decir, sobre la forma en que los bienes y/o servicios son generados o entregados. Incluye indicadores de actividades y aquellos de componentes que entregan bienes y/o servicios para ser utilizados por otras instancias, por ejemplo: promedio de consultas por hora Médico, promedio de consultas prenatales, días – estancia hospitalaria, etc.
Indicadores estratégicos	Se refiere al tipo de indicador de fin (impacto), propósito (resultado) o componente (actividades), que considera subsidios, bienes y/o servicios, que impactan directamente en la población o área de enfoque, por ejemplo: mortalidad, letalidad, cobertura, etc.
Índice o intervalo de sustitución	Relación entre dos o más cantidades que muestra el comportamiento de un fenómeno. Resultado de la conjunción de dos términos que, de alguna forma constituyen, estadísticas.
INDOCE	Sistema de Registro para la Consulta de Especialidades.
INDOQ	Sistema de Registro de la Oportunidad Quirúrgica.
Infección nosocomial	Condición 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.

Glosario de términos	
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.
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.

Glosario de términos	
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. d) Trimestral: Se refiere a una medición del logro, cada tres meses generalmente (marzo, junio, septiembre, diciembre). 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. f) Trimestral anualizado: La medición toma en cuenta el trimestre a evaluar más tres trimestres anteriores que completan un ciclo de un año. g) Semestral: Se refiere a una medición del logro cada seis meses (junio y diciembre). h) Semestral acumulado: La medición se lleva a cabo cada seis meses; el valor obtenido se acumula al resultado del semestre anterior. i) Anual: Se refiere a la evaluación cada doce meses.
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

Glosario de términos	
	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.
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.
PROSESA	Programa Sectorial en Salud.
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.
Rangos de semaforización	Categorías establecidas con base en un estándar (valor de referencia), utilizado para clasificar el resultado del indicador. Para el MMIM, se determinan tres categorías, cada una corresponde a un color del semáforo, a saber: verde (logro aceptable), amarillo (logro con riesgo), y rojo (logro crítico).
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).

Glosario de términos	
Riesgos de trabajo	Son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo.
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.
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.
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.

Glosario de términos	
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.
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.