



GOBIERNO DE
MÉXICO



MANUAL METODOLÓGICO

DE INDICADORES MÉDICOS

Dirección de Prestaciones Médicas



2025



Manual Metodológico de Indicadores Médicos 2025

Síntesis del Documento

Contiene los criterios de construcción de los indicadores y la metodología de la Evaluación del Desempeño de los servicios médicos institucionales otorgados a la población derechohabiente en las unidades médicas de los tres niveles de atención.

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

Autorización



Dra. Alva Alejandra Santos Carrillo

Titular de la Dirección de Prestaciones Médicas

Directorio

Dirección General

Mtro. Zoé Alejandro Robledo Aburto

Directora de Prestaciones Médicas

Dra. Alva Alejandra Santos Carrillo

Unidad de Planeación e Innovación en Salud

Dr. Alejandro Manuel Vargas García

Unidad de Atención Médica

Dr. Efraín Arizmendi Uribe

Unidad de Educación e Investigación

Dra. Rosana Pelayo Camacho

Unidad de Prestaciones Económicas y Salud en el Trabajo

Mtro. Iván Arturo Pérez Negrón Ruíz

Coordinación de Vigilancia Epidemiológica

Dr. Arturo Juárez Flores

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Encargada del despacho Dra. Natividad Neri Muñoz

Coordinación de Unidades de Segundo Nivel

Dra. Beatriz Pérez Antonio

Coordinación de Unidades de Primer Nivel

Dr. Ernesto Krug Llamas

Coordinación de Enfermería

Mtra. Fabiana Maribel Zepeda Arias

Coordinación de Salud Mental y Adicciones

Dra. Norma Magdalena Palacios Jiménez

Coordinación Técnica de Riesgos Médicos, Calidad y Seguridad del Paciente

Dra. Italy Adriana Arvizu

Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células

Dr. José Arturo Velázquez García

Coordinación de Atención Oncológica

Dr. Javier Enrique López Aguilar

Coordinación de Educación en Salud

Dra. Carolina del Carmen Ortega Franco

Coordinación de Investigación en Salud

Dra. Laura Cecilia Bonifaz Alfonzo

Coordinación de Salud en el Trabajo

Dra. Rebeca Velasco Reyna



CONTENIDO

I	Introducción	1
II	Antecedentes y cambios 2025	5
III	Indicadores por Procesos Salud–Enfermedad en población derechohabiente	19
1.	Atención integral de la diabetes, en población derechohabiente de 20 años y más	21
DM 01	Cobertura de detección de diabetes en población derechohabiente de 20 años y más	24
DM 02	Índice de confirmación de diabetes en casos sospechosos, población derechohabiente de 20 años y más	26
DM 03	Porcentaje de pacientes que viven con diabetes en control glucémico con hemoglobina glucosilada (HbA1c) menor o igual a 7%	27
DM 04	Tasa de hospitalizaciones evitables por diabetes en población derechohabiente de 20 años y más	28
DM 05	Índice de amputación debida a complicación por diabetes en pacientes de 20 años y más	31
DM 06	Tasa de incidencia de invalidez por diabetes y sus complicaciones por cada 100,000 trabajadores asegurados, según unidad médica de adscripción del trabajador	33
2.	Atención integral de las enfermedades hipertensivas en población derechohabiente de 20 años y más	37
EH 01	Cobertura de detección de hipertensión arterial en población derechohabiente de 20 años y más	40
EH 02	Porcentaje de pacientes de 20 años y más en control de hipertensión arterial en medicina familiar	42
EH 03	Tasa de hospitalizaciones evitables por hipertensión arterial en población derechohabiente de 20 años y más	43
EH 04	Tasa de incidencia de invalidez por enfermedades hipertensivas y sus complicaciones por cada 100,000 trabajadores asegurados, según unidad médica de adscripción del trabajador	45
3.	Atención integral del cáncer de mama en la mujer	47
CAMA 01	Cobertura de detección de cáncer de mama por mastografía en mujeres de 40 y 69 años	50
CAMA 02	Tiempo promedio para el diagnóstico de cáncer de mama a partir de la sospecha por mastografía de tamizaje	52
CAMA 03	Tiempo promedio para el inicio del tratamiento de cáncer de mama	54
CAMA 04	Tasa de incidencia de invalidez por cáncer de mama por cada 100,000 trabajadoras aseguradas, según unidad médica de adscripción de la trabajadora	55

4. Atención integral del cáncer cérvico uterino	57
CACU 01 Cobertura de tamizaje de primera vez de cáncer cérvico uterino en mujeres entre 25 y 64 años	60
CACU 02 Tiempo promedio para el diagnóstico de cáncer cérvico uterino a partir de la sospecha por citología cérvico vaginal de tamizaje	62
CACU 03 Tiempo promedio para el inicio del tratamiento en cáncer cérvico uterino	64
CACU 04 Tasa de incidencia de invalidez por cáncer cérvico uterino por cada 100,000 trabajadoras aseguradas, según unidad médica de adscripción de la trabajadora	66
5. Atención materna integral	69
Materna 01 Proporción de adolescentes embarazadas	72
Materna 02 Oportunidad de inicio de la vigilancia prenatal	73
Materna 03 Porcentaje de preeclampsia - eclampsia	74
Materna 04 Cobertura de protección anticonceptiva posevento obstétrico	76
Materna 05 Porcentaje de prematuridad (26 a 36.6 semanas de gestación) en Unidades médicas de Segundo Nivel de atención y en Unidades Médicas de Alta Especialidad	78
6. Atención integral neonatal	81
Neonatal 01 Seguimiento epidemiológico de casos probables de enfermedades metabólicas congénitas (EMC)	84
Neonatal 02 Porcentaje de personas recién nacidas de término (con 37 semanas o más de gestación), que son alimentadas mediante lactancia materna exclusiva al egreso de la Unidad de Segundo o Tercer Nivel de atención	85
Neonatal 03 Proporción de prematuros (menores a 37 semanas) con peso menor o igual a 1,000 g.	87
Neonatal 04 Porcentaje de sobrevivencia en recién nacidos prematuros con peso menor o igual a 1,200 g al nacimiento	89
Neonatal 05 Letalidad relacionada a Infección Asociada a la Atención de 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	90
Neonatal 06 Tasa de mortalidad por síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido (Tipo I) y sus complicaciones	92
7. Atención integral del sobrepeso y obesidad, en población derechohabiente	95
S_Ob 01 Cobertura de medición de peso y talla de la población derechohabiente, en unidad médica de primer nivel	98
S_Ob 02 Proporción de obesidad en derechohabientes de 20 años y más que acudieron a medición de peso y talla	100
S_Ob 03 Proporción de obesidad grado III: IMC (igual o superior a 40.0) en derechohabientes de 20 años y más	101

S_Ob 04	Índice de confirmación diagnóstica de obesidad en Medicina Familiar de derechohabientes de 20 años y más, con índice de masa corporal igual o mayor a 30 kg/m ²	102
IV	Indicadores por Coordinaciones Normativas	103
1.	Coordinación de Unidades de Primer Nivel (CUPN)	105
CUPN 01	Cobertura de acciones preventivas PrevenIMSS en población derechohabiente	106
CUPN 02	Cobertura con esquemas completos de vacunación en niños de un año de edad	108
CUPN 03	Logro de aceptantes de primera vez de métodos anticonceptivos, en relación con la meta programada en consulta externa	109
CUPN 04	Porcentaje de derechohabientes referidos al segundo nivel de atención por medicina familiar	111
CUPN 05	Promedio de consultas de Medicina Familiar por hora/médico	112
CUPN 06	Porcentaje de niños de 6 meses alimentados con lactancia materna exclusiva	113
CUPN 07	Promedio de consultas de los servicios de Estomatología asistencial por hora estomatólogo	114
2.	Coordinación de Unidades de Segundo Nivel (CUSN)	115
CUSN 01	Razón de muerte materna hospitalaria por 100,000 nacidos vivos	117
CUSN 02	Tasa de mortalidad perinatal por 1,000 nacimientos	118
3.	Coordinación de Enfermería (CE)	119
CE 01	Productividad de atenciones preventivas por personal de Enfermería	120
CE 02	Productividad de Atenciones Integrales por personal de enfermería especialista en medicina de familia	121
4.	Coordinación de Vigilancia Epidemiológica (CVE)	123
CVE 01	Índice de la notificación inmediata de casos nuevos sujetos a vigilancia epidemiológica y brotes	124
CVE 02	Oportunidad de registro de los servicios otorgados por OOAD para los cierres mensuales de información	128
CVE 03	Oportunidad de registro de los servicios otorgados por las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) para los cierres mensuales de información	131
5.	Coordinación de Educación en Salud (CES)	133
CES 01	Porcentaje de cumplimiento de estándares de calidad en ambientes académicos de programas de formación de recursos humanos para la salud	135
CES 02	Eficiencia terminal del último grado de los cursos de residencias médicas	136

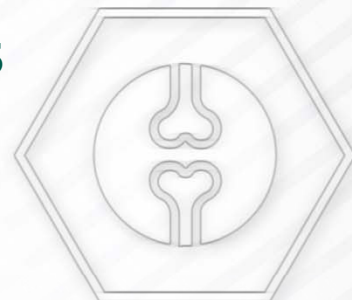
CES 03	Porcentaje de personal de salud con actividades docentes vigentes que recibió capacitación en temas relacionados con la educación en OOAD y UMAE	137
CES 04	Cobertura de capacitación a personal del área de la salud con contratación definitiva en temas prioritarios	138
6. Coordinación de Investigación en Salud (CIS)		141
CIS 01	Número de publicaciones científicas generadas por personal del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	143
CIS 02	Porcentaje de publicaciones científicas con factor de impacto en cuartiles 1 y 2	148
CIS 03	Personal IMSS formado en maestrías y doctorados en ciencias de la salud e investigación clínica	150
CIS 04	Investigadores del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que pertenecen al Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (SNII)	152
CIS 05	Porcentaje de protocolos de investigación en salud relacionados a temas prioritarios del Instituto Mexicano del Seguro Social	154
CIS 06	Porcentaje de protocolos de investigación en salud con dictamen emitido por los Comités Locales de Investigación en Salud (CLIS) en < 30 días	156
CIS 07	Porcentaje de residentes que culminan cursos de adiestramiento de especialización, con Protocolo de Investigación en Salud terminado	158
7. Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células (CDTOTC)		161
CDTOTC 01	Porcentaje de pacientes con trasplante renal de donador vivo exitoso a un año, en Unidades Médicas de Alta Especialidad	163
CDTOTC 02	Tasa anualizada de donación cadavérica de órganos y tejidos por Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD)	165
8. Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad (CUMAE)		167
CUMAE 01	Tasa de mortalidad de personas recién nacidas en UMAE	181
V Indicadores transversales		183
1. Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud en Unidades Médicas de Segundo Nivel o en Unidades Médicas de Alta Especialidad		185
IAAS 01	Tasa de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud por 1,000 días estancia en Unidades Médicas de Segundo Nivel de atención con 20 camas censables o más, o en Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE)	187
IAAS 02	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	189

2. Servicios hospitalarios	191
HOSP 01 Porcentaje de ocupación en el área de observación del servicio de urgencias en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel	192
HOSP 02 Porcentaje de pacientes con estancia prolongada (más de 12 horas) en el área de Observación en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel	195
HOSP 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 de Segundo o de Tercer Nivel de atención.	197
HOSP 04 Promedio de consultas diarias por consultorio de especialidad en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de atención	199
HOSP 05 Porcentaje de ocupación hospitalaria en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de atención	202
HOSP 06 Promedio de días estancia en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de atención	204
HOSP 07 Tasa de mortalidad hospitalaria en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de atención	206
HOSP 08 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 de Segundo o de Tercer Nivel de atención	208
HOSP 09 Porcentaje de ocupación de las salas de quirófano en días hábiles, en horario diurno en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de Atención	210
HOSP 10 Porcentaje de suspensión de cirugías electivas programadas en Unidades de Servicios Médicos de Segundo o de Tercer Nivel de atención	213
VI Glosario	215



I. INTRODUCCIÓN

Manual Metodológico de Indicadores Médicos, 2025



I. Introducción

El Manual Metodológico de Indicadores Médicos (MMIM), es la herramienta técnico-normativa que concentra los criterios para la construcción homogénea de los indicadores que establece la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM) a través de sus Coordinaciones Normativas y la Coordinación de Salud en el Trabajo (CST) de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales (DPES) para el seguimiento de los servicios médicos que cada Coordinación Normativa le corresponden. Se actualiza periódicamente de forma colegiada y consensuada en apego al Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas y la Norma que Establece las Disposiciones en Materia de Información en Salud del IMSS.^{1,2}

La presentación de los criterios para la construcción se lleva a cabo en la ficha técnica de cada indicador, con base en la estructura que recomiendan organismos especializados en materia de salud y de información, las fichas técnicas deben contener elementos mínimos de identificación, tales como: nombre, objetivo, fórmula cálculo, fuentes de información, periodicidad, unidad de medida, metas, dimensión y tipo de indicador del que se trata, los indicadores deben de reflejar criterios mínimos de calidad en su diseño como ser: claro, relevante, económico, adecuado y de aporte marginal, además debe contar con elementos para su valoración específica tales como la pertinencia temática y factibilidad técnica.³

El seguimiento de los resultados de los indicadores es un proceso que permite identificar tendencias de cumplimiento de resultados. El enfoque principal del seguimiento es la eficacia del trabajo que se está desarrollando, que es parte integrante del proceso evaluativo con sentido de la realimentación inmediata.

Actualmente la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica (CVE) a través de su División de Análisis en Salud (DAS), actualiza el MMIM, en colaboración con las Coordinaciones Normativas de la DPM¹. Además, colabora con las Coordinaciones Normativas para definir y construir indicadores y elabora la Evaluación del Desempeño por Unidad, por Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) y por Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE).

A continuación, se precisa el Marco Legal, que le dan soporte legal al presente documento:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. DOF. 05-02-1917; Última reforma 17-01-2025 Título Primero; Capítulo I, De los Derechos Humanos y sus garantías; Artículo 4. Ley de Planeación. DOF 05-01-1983; Última reforma 08-05-2023; Capítulo Segundo, Artículo 14. Ley General de Salud. DOF 07-02-1984, Última reforma 07-06-2024, Título Primero; Disposiciones Generales; Capítulo Único; Artículo 2 y Artículo 3, así como, CAPITULO III; Prestadores de Servicios de Salud, Artículo 34. Ley del Seguro Social; DOF. 21-12-1995, Última reforma 07-06-2024; Título Cuarto Del Instituto Mexicano del Seguro Social; Capítulo VI; Del Instituto Mexicano del Seguro Social como Organismo Fiscal Autónomo; Capítulo VI del Instituto Mexicano del Seguro Social como Organismo Fiscal Autónomo, Artículo 275. 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. Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas 2000-002-001. Validado y Registrado 29-12-2024, Folio 299; 5. Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas 2000-002-001. Validado y Registrado 29-12-2024, Folio 299; 5. Políticas, 5.10. Manual de Organización

¹ 2000-002-001 Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas. Validado y registrado 29-12-2023, Folio 299.

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 10-12-2021.

³ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Manual para el Diseño y Construcción de Indicadores. Instrumentos



principales para el monitoreo de programas sociales de México, DF: CONEVAL, 2013.

De la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas; 2000-002-002 Validado y Registrado 27-01-2023, Folio 279; 5. Políticas, 5.9. Norma que Establece las Disposiciones en Materia de Información en Salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social. 2000-001-015, Fecha de actualización 10-12-2021.

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

- Los representantes designados por las Coordinaciones Normativas (Enlaces) establecen las prioridades a evaluar, determinan los criterios de construcción de los indicadores médicos útiles para el seguimiento de sus procesos sustantivos, así como indicadores para evaluar programas y proyectos que estén alineados a objetivos de la Dirección de Prestaciones Médicas.
- Los Enlaces de las Coordinaciones Normativas, acuerdan conjuntamente la metodología de la Evaluación del Desempeño de nivel estratégico de las prestaciones médicas, diferenciada por Unidad Médica, por Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada y por Unidades Médicas de Alta Especialidad.
- La Coordinación de Vigilancia Epidemiológica concentra el contenido y elabora el documento impreso y en formato electrónico del MMIM, el cual se somete para aprobación de los Titulares de la Coordinaciones Normativas, Titulares de Unidad y autorización por el o la Titular de la DPM para su publicación posterior en el Portal de Indicadores Médicos.
- La impresión original del MMIM, que contiene la firma autógrafa, se entrega a la Dirección de Prestaciones Médicas, para su guarda y custodia.
- Las Coordinaciones Normativas son las encargadas de solicitar la inclusión o exclusión de indicadores en el MMIM, previa solicitud al titular de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica o al personal designado; para que se revise la factibilidad de cálculo con los sistemas de información oficiales del Instituto.
- Los titulares de las Coordinaciones Normativas o el personal designado por los titulares (Enlaces), serán la instancia autorizada para solicitar al titular de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, la modificación del contenido de cada ficha técnica, la exclusión o inclusión de indicadores, así como también será responsable del seguimiento de los resultados.

Del apego a la definición y construcción de indicadores.

- El cálculo de los indicadores médicos se llevará en apego a los criterios de construcción establecidos en las fichas técnicas definidas por las Coordinaciones Normativas en las fichas técnicas. Cualquier modificación en la mecánica de cálculo posterior a la publicación del MMIM, quedará documentada en “Portal de Indicadores Médicos” para su consulta.
- El cálculo de los indicadores médicos se realizará posterior al cierre mensual de los sistemas administrada por la División de Información en Salud (del 26 del mes previo al 25 del mes a calcular), a excepción de los indicadores que por su naturaleza se calculen por mes calendario.
- El cálculo de los indicadores médicos se realizará de forma independiente de la Coordinación Normativa responsable, para garantizar la transparencia de los resultados, salvo en situaciones especiales donde la fuente de información sea administrada por la propia Coordinación

I. Introducción

Normativa o el cálculo del indicador requiera de una revisión técnico médica especializada en cualquiera de estas situaciones se buscará la transferencia de las fuentes de información a la CVE para que finalmente está los calcule.

- El Manual Metodológico de Indicadores Médicos y los resultados de cada indicador, pueden ser requeridos por organismos fiscalizadores intra y extrainstitucionales, por lo que se requiere de la revisión periódica de la consistencia y coherencia de los resultados por las Coordinaciones Normativas.
- La División de Información en Salud notificará el momento en que los datos, reportes, tablas de resultados o bases de datos preliminares o definitivos, estén disponibles para los usuarios autorizados para el cálculo de indicadores.
- La División de Información en Salud, informará oportunamente sobre los ajustes a los datos, reportes, tablas de resultados o bases de datos, que se hubieran proporcionado o enviado a los usuarios de la información, así como de la actualización de los sistemas de información que fungen como fuentes para el cálculo de los indicadores.
- Las Coordinaciones Normativas informaran a la CVE cambios en los servicios médicos que son evaluados con los indicadores incluidos en el MMIM
- Las Coordinaciones Normativas dan seguimiento a los indicadores.

De la responsabilidad de las áreas de información en el OOAD 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 registrados en los sistemas de información, de tal forma que se garantice que la información esté completa y correcta antes de ser enviada a la División de Información en Salud para su integración.
- Ante cualquier inconsistencia de los datos utilizados para la integración de indicadores, se solicitará a los 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 Análisis en Salud, según corresponda.

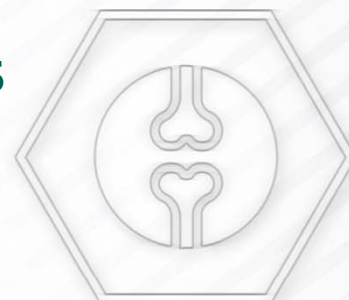
De la integración y presentación de los reportes para publicación de los resultados de indicadores.

- Las Coordinaciones Normativas o el personal designado por el titular, deberán enviar con la debida oportunidad al titular de la División de Análisis en Salud, los resultados de indicadores que se han comprometido a calcular, ya sea porque las fuentes de información corresponden a sistemas de información este restringida, o porque el cálculo del indicador requiera de una revisión técnico médica especializada.
- Las Coordinaciones Normativas se ajustarán a las recomendaciones establecidas para la publicación que hará de conocimiento la División de Análisis en Salud tanto en el diseño de los reportes de publicación, como en el formato de presentación de los datos en la página de intranet: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx

II.

ANTECEDENTES Y CAMBIOS 2025

Manual Metodológico de Indicadores Médicos, 2025



II. Antecedentes y cambios 2025

El Manual Metodológico de Indicadores Médicos (MMIM), es un reflejo del monitoreo y seguimiento de los servicios médicos que se otorgan en las Unidades Médicas del Instituto, el cual se ha ido actualizando de forma periódica a lo largo de los años, acompañando a la modernización de los sistemas de información y de los servicios de atención médica. A continuación, de forma resumida, se exponen los cambios más relevantes de los últimos años, además se exponen las modificaciones en la actualización 2025.

A partir del 2006, se cuenta con el antecedente de la elaboración de un manual de indicadores que tuvo como objetivo contener indicadores que cada Coordinación Normativa de la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM) definiera para el seguimiento de los servicios médicos que le son propios, de acuerdo con el Manual de Organización de La Dirección de Prestaciones Médicas.

En 2014, se buscó incluir indicadores bajo una perspectiva de “Proceso Salud-Enfermedad”, con el propósito de dar seguimiento a la atención de padecimientos que con mayor frecuencia afectan a la población usuaria. Los principales puntos de enfoque bajo esa perspectiva fueron la población derechohabiente en grupos poblacionales de riesgo y las acciones o intervenciones ejecutadas por los servicios de salud; con el fin de prevenir, diagnosticar o tratar el avance de la enfermedad y sus complicaciones. De esa forma, se permite medir el impacto del problema de salud o sus determinantes.

El modelo básicamente consideró el curso clínico de la enfermedad y las intervenciones relacionadas a cada etapa susceptible de afrontar. (Figura 1)

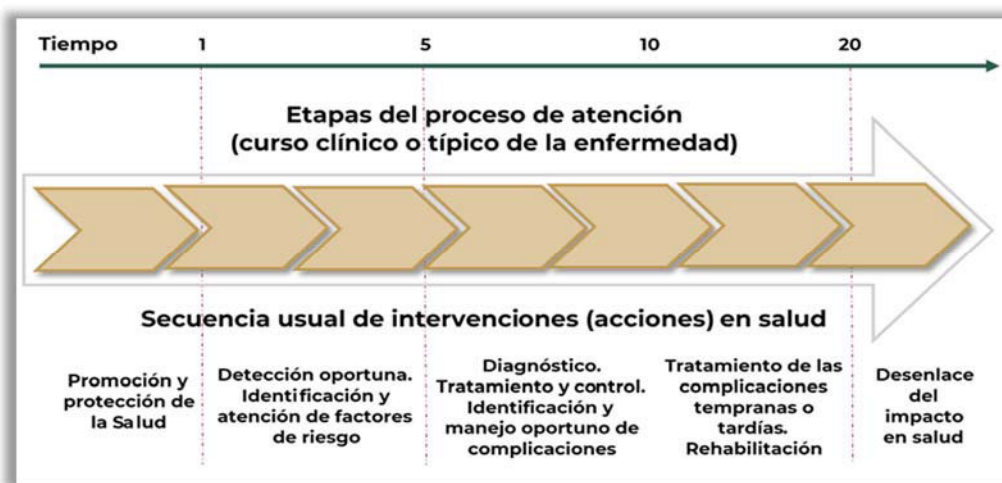


Figura 1 Proceso Salud-Enfermedad

Actualmente, los siguientes problemas de salud se mantienen como Procesos Salud-Enfermedad, debido a su transcendencia: diabetes, enfermedad hipertensiva, cáncer de mama en la mujer, cáncer cérvico uterino, atención materna integral, atención neonatal, así como el sobrepeso y obesidad. En cada Proceso Salud-Enfermedad, se busca utilizar indicadores que sean factibles de obtener de los diferentes sistemas de información estadísticos (oficiales) y que sean susceptibles de medir en la población derechohabiente.

El cálculo de los indicadores de los Procesos Salud-Enfermedad, se encaminó a que, los datos fueran extraídos de los sistemas de información utilizados para el registro del otorgamiento de los servicios médicos del Instituto, con los que se logra una explotación extensa de información por unidad médica.

Cada uno de los Procesos Salud Enfermedad, integra un grupo de indicadores definidos por las diferentes Coordinaciones Normativas de acuerdo con las funciones que cada una tiene a su cargo.

II. Antecedentes y cambios 2025

De manera que en los Procesos salud Enfermedad, pueden participar con indicadores las diferentes Coordinaciones Normativas de la DPM.

Un ejemplo de cómo se visualizan los Procesos Salud Enfermedad se puede observar en la Figura 2:

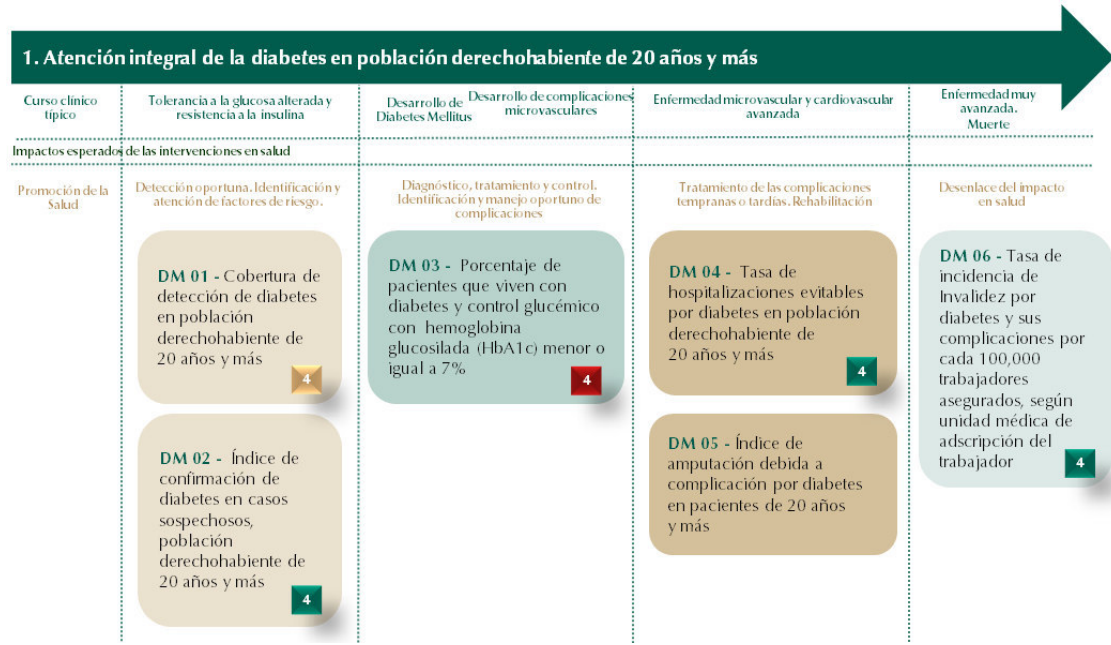


Figura 2 Atención integral de la diabetes en población derechohabiente

Además de los indicadores para los Proceso Salud-Enfermedad, las Coordinaciones Normativas definen otro grupo de indicadores que son de su interés denominados como Indicadores por Coordinación Normativa, para evaluar los procesos que le son propios y están relacionados con el otorgamiento de los servicios médicos que tienen a su cargo.

A partir de 2019, se integró un tercer grupo de indicadores denominado Indicadores Transversales, porque aplican en Unidades Médicas de Segundo Nivel y Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE), el grupo quedo conformado por indicadores asociados a las Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud y las Incapacidades Temporales para el Trabajo.

En ese mismo año, por solicitud de la DPM se diseñaron indicadores para el monitoreo y seguimiento de los servicios que se otorgan en unidades médicas del Programa IMSS-Bienestar, integrando un cuarto grupo de indicadores para ese programa.

En 2022, con la restructura de la DPM, se cambió la periodicidad de la elaboración de la Evaluación del Desempeño de trimestral a mensual y se separó la Evaluación del Desempeño de los OOAD que cuentan con el Programa IMSS-Bienestar (OOAD IMSS-Bienestar), para tener una evaluación diferencia para el programa.

En 2023 y el 2024 no se autorizó la actualización del MMIM por lo que se mantuvo la mecánica de cálculo de los indicadores con algunas excepciones que quedaron documentadas en un adendum del manual y en los reportes de resultados de los indicadores que ameritaron algún ajuste.

II. Antecedentes y cambios 2025

De la actualización 2025 del MMIM.

Para esta actualización, la DPM solicitó seleccionar indicadores que ofrecieran información para la toma de decisiones y que sus metas fueran retadoras para el siguiente periodo de evaluación, además que para el cálculo se use la infraestructura física con la que cuentan las unidades registradas en el catálogo de Infraestructura Física de Unidades (IFU) administrado por la División de Información en Salud perteneciente a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Esto motivo a las Coordinaciones Normativas a seleccionar y actualizar los criterios de construcción de los diferentes indicadores que quedarían en la actualización del Manual, resultando un total de 73 indicadores médicos, en comparación con los 163 de la versión 2022 del MMIM, los indicadores quedaron agrupados de la siguiente forma:

Por Proceso Salud-Enfermedad, corresponden 33 indicadores al régimen ordinario (Tabla 1):

Procesos Salud-Enfermedad en población derechohabiente			Indicadores por Proceso	Indicadores de la Evaluación del Desempeño
1	DM	Atención integral de la diabetes	6	5
2	EH	Atención integral de las enfermedades hipertensivas	4	4
3	CAMA	Atención integral del cáncer de mama en la mujer	4	4
4	CACU	Atención integral del cáncer cérvico uterino	4	4
5	Materna	Atención materna integral	5	4
6	Neonatal	Atención integral neonatal	6	4
7	Sobrepeso y obesidad	Atención integral del sobrepeso-obesidad	4	3
TOTAL			33	28

Tabla 1 Indicadores por Proceso Salud-Enfermedad

Por Coordinaciones Normativas, corresponden 28 indicadores médicos (Tabla 2):

Indicadores de las Coordinaciones Normativas			Indicadores por Coordinación Normativa	Indicadores de la Evaluación del Desempeño
1	CUPN	Coordinación de Unidades de Primer Nivel	7	3
2	CUSN	Coordinación de Unidades de Segundo Nivel	2	2
3	CE	Coordinación de Enfermería	2	0
6	CVE	Coordinación de Vigilancia Epidemiológica	3	2
7	CES	Coordinación de Educación en Salud	4	1
8	CIS	Coordinación de Investigación en Salud	7	3
9	CDTOTC	Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células	2	0
10	CUMAE	Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad	1	1
TOTAL			28	12

Tabla 2 Indicadores por Coordinación Normativa

El grupo de indicadores transversales quedo integrado por 12 indicadores (Tabla 3):

Indicadores transversales			Indicadores	Indicadores de la Evaluación del Desempeño
1	IAAS	Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud de Segundo Nivel y Unidades Médicas de Alta Especialidad	2	2
2	HOSP	Servicios hospitalarios	10	10
TOTAL			12	12

Tabla 3 Indicadores transversales

Por otra parte, debido al decreto Presidencial del 1 de julio de 2025, donde se estableció la creación de Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), fue necesaria la coordinación de esfuerzos y políticas entre instituciones evitando la duplicidad de programas destinados a un mismo fin. Motivo por el cual, en esta actualización del Manual Metodológico de Indicadores Médicos, los indicadores que estaban a cargo de la Coordinación de Planeación, Evaluación y Sistemas de Información adscrita a la Unidad de Programa IMSS-Bienestar quedaron excluidos.

Finalmente, buscando una mejora en la interpretación de las fichas técnicas, en esta actualización 2025 se modificó la representación de intervalos en los rangos de desempeño, por los signos: $>$, $<$ e $=$, tal como se define en la Tabla 5.

Signo	Definición	Ejemplo
$>$	Significa que el valor numérico debe ser mayor al número que se hace referencia en el intervalo.	> 2 Los valores numéricos dentro del intervalo son mayores a 2, sin incluir el 2
$\geq$	Significa que el valor numérico puede ser mayor o igual al número que se hace referencia en el intervalo.	≥ 2 Los valores numéricos dentro del intervalo son mayores o igual a 2
$<$	Significa que el valor numérico debe ser menor al número que se hace referencia en este intervalo.	< 4 Los valores numéricos dentro del intervalo son menores a 4, sin incluir el 4
$\leq$	Significa que el valor numérico debe ser menor o igual al número que se hace referencia en este intervalo.	≤ 4 Los valores numéricos dentro del intervalo son menores o igual a 4

Tabla 4 Sistema de representación numérico

La aplicación del sistema de representación numérico se verá reflejada en los rangos de desempeño que presenten un intervalo con dos valores numéricos definidos (Tabla 6).

Presentación actual		
Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
> 4	$> 2 \text{ a } \leq 4$	≤ 2

Tabla 5 Ajuste en formato de rangos de desempeño

En esta tabla, el ejemplo del rango de desempeño medio, $> 2 \text{ a } \leq 4$ se interpreta de la siguiente forma:

Se incluirán los valores numéricos mayores a 2, excluyendo el 2,
así como los valores numéricos menores o iguales a 4

II. Antecedentes y cambios 2025

Del cálculo de indicadores a la publicación de resultados.

Los resultados de los indicadores del MMIM contemplan a las unidades médicas que le aplican, según el nivel de atención y el tipo de contabilización (adscripción o atención), con excepción de unidades médicas que la Coordinación Normativa responsable del indicador solicite a la CVE excluir, por causas que justifiquen su exclusión.

En la fase final del cálculo de los indicadores, se realiza una validación de consistencia y coherencia de los resultados, además se reportan hallazgos sobre los resultados de los indicadores a las Coordinaciones Normativas para su revisión, previo a la publicación en el “Portal de Indicadores Médicos” donde se encuentra disponible los resultados de indicadores para el seguimiento por personal directivo de nivel estratégico, táctico y operativo.

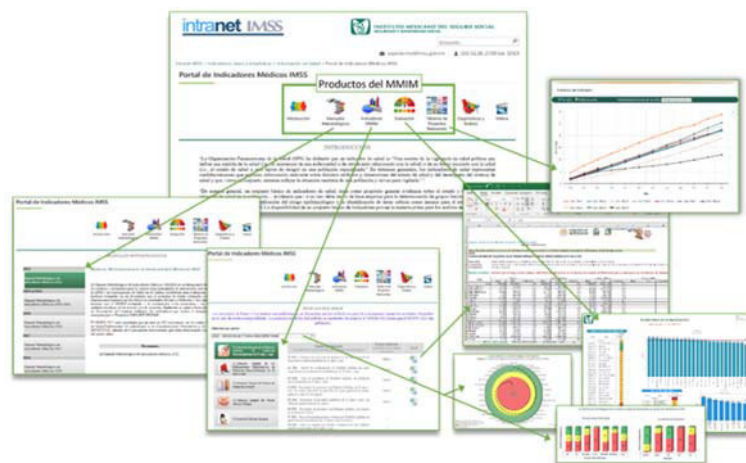


Figura 3 Portal de Indicadores Médicos

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

De la Evaluación del Desempeño de los servicios médicos a nivel estratégico.

En 2019 con representantes de las Coordinaciones Normativas, fueron consensuados los grupos de indicadores que formarían parte de la Evaluación del Desempeño por OOAD (incluidos los indicadores del programa IMSS-Bienestar). Para otorgar un valor de la ponderación a un indicador se aplicaba lo siguiente: cuando una unidad alcanzaba el valor del desempeño esperado, se le otorgaba el total de puntos de la ponderación asignada a ese indicador, cuando el logro del indicador se ubicaba en el rango de desempeño medio, se aplicaba el método de proporcionalidad directa e indirecta, según la dirección de la meta del indicador, cuando el logro obtenido se ubicó en el rango de desempeño bajo se le otorgaba cero puntos. Además, para evitar reportar unidades sin productividad, se solicitó a las Coordinaciones Normativas excluir las unidades en el cálculo de cada indicador, con el objetivo de que las Coordinaciones Normativas identificaran a las unidades que no deberían participar en el cálculo de un indicador.

En 2022, se separó de la Evaluación del Desempeño por OOAD, los indicadores del Programa IMSS-Bienestar y se comenzó a construir una evaluación independiente para el Programa, que definió la propia Coordinación de Planeación, Evaluación y Sistemas de Información del Programa IMSS-Bienestar.

En ese mismo año, para hacer más oportuno el seguimiento de los resultados de los indicadores, la DPM solicitó modificar la periodicidad de la Evaluación del Desempeño por OOAD (régimen ordinario) y UMAE de trimestral a mensual, mientras que la Evaluación del Desempeño por OOAD IMSS-Bienestar, continuó siendo trimestral.

II. Antecedentes y cambios 2025

De la actualización 2025 de la Evaluación del Desempeño de los servicios médicos.

En 2025, para la Evaluación del Desempeño por OOAD, se acordó con las Coordinaciones Normativas un método estructurado para otorgar la ponderación a un indicador que participa en la Evaluación del Desempeño por OOAD, en colaboración de representantes de las Coordinaciones Normativas de la DPM y la CST, se buscó estableció un método que considera los criterios de construcción incluidos en el diseño de cada indicador.

El método consistió en:

1. Establecer los criterios que fueran identificables en las fichas técnicas y que fueran relevantes para otorgar una ponderación, quedando los siguientes:
 - Criterio 1 intervención: 1a (nivel de intervención en la atención primaria a la salud: primaria, secundaria, terciaria) y 1b (nivel de intervención: educación, investigación, infraestructura, administrativo)
 - Criterio 2 tipo: (tipo de indicador: estratégico o gestión)
 - Criterio 3 dimensión: (dimensión: económico, eficaz, eficiente, calidad)
 - Criterio 4 SHCP: (reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público)
 - Criterio 5 atención integral: (atención integral: Proceso Salud- Enfermedad o Coordinación Normativa)
 - Criterio 6 periodicidad: (periodicidad: mensual, trimestral, semestral y anual).

Nota: Los criterios 1a y 1b son complementarios ya que un indicador solo puede aplicar a uno u otro.

2. Posteriormente, se acordaron los pesos en porcentaje para cada una de las opciones de los criterios, esto cuidando que dentro de cada criterio sumaran 100%.
3. En seguida, se llevaron a puntajes de 0 a 10 para que los valores de las ponderaciones mantengan un rango.
4. Adicionalmente, se estableció un peso en porcentaje para cada uno de los criterios.
5. Finalmente, para cada indicador se realizó una suma ponderada de los puntajes que tiene cada criterio.

Para la Evaluación del Desempeño por UMAE, la CUMAE actualizó sus valores de referencia y ponderaciones debido a la inclusión de indicadores, entre ellos un indicador propio de esa Coordinación Normativa, los 10 indicadores transversales HOSP, así como dos indicadores IAAS; además de incluir en el cálculo un indicador de la Coordinación de Investigación en Salud, uno del grupo de atención materna integral y uno del grupo de atención integral neonatal.

Finalmente, se incorporó la Evaluación del Desempeño por Unidad Médica, con el objetivo de dejar documentado la evaluación por unidad que se entrega a la Coordinación de Capacitación semestralmente, como parte de los insumos para otorgar el Bono de Productividad, Eficiencia y Calidad (concepto 84 del CCT).

De la construcción de la Evaluación del Desempeño a nivel estratégico.

La Evaluación del Desempeño de los servicios médicos a nivel estratégico, en 2025, se llevará a cabo de forma diferenciada por:

- I. Evaluación del Desempeño por Unidad Médica
- II. Evaluación de Desempeño por OOAD
- III. Evaluación de Desempeño por UMAE

II. Antecedentes y cambios 2025

Para los diferentes ámbitos de aplicación de manera general, la selección de indicadores, así como la ponderación de cada uno de ellos y los valores totales de grupos o subgrupos de indicadores, se consensuan con las respectivas Coordinaciones Normativas.

Para la Evaluación, se considera el logro acumulado de cada indicador, con la excepción de los indicadores que no cuenten con resultados acumulados, en donde se tomará el dato no acumulado. Además, en caso de que no sea posible calcular el logro en el periodo a evaluar, se utilizará el último valor de logro que se tenga registrado.

I. Evaluación del Desempeño por Unidad

La Evaluación del Desempeño por Unidad, se integra en 4 grupos que evalúan a las unidades, según el tipo de servicios que otorgan:

- Indicadores para evaluar Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención (Esquema 1).
- Indicadores para evaluar Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención (Esquema 2).
- Indicadores para evaluar Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (Esquema 3).
- Indicadores para evaluar Unidades Médicas de Alta Especialidad (Esquema 4).

A, B y C. Para la Evaluación del Desempeño por Unidad (primer nivel, segundo nivel y UMAA), se consideran de manera general los siguientes criterios:

- Se incluyen los indicadores de la Coordinación Normativa que tiene a su encargo tanto al indicador como al tipo de unidad.
- Se excluyen indicadores que no se construyen a nivel unidad (se calculan por OOAD) o aplican para un grupo de unidades o que tienen rangos de desempeño diferenciados por unidad.
- Para los hospitales híbridos (que cuentan con UMF) se evalúan por separado como 2 unidades diferenciadas, es decir como Unidad de Primer Nivel y como Unidad de Segundo Nivel, y para su evaluación final se obtiene el promedio de las evaluaciones separadas.

El resultado se obtiene con base en el siguiente procedimiento:

- Se calcula el valor del logro de los indicadores del período a evaluar, con base en la consulta de la productividad registrada en los sistemas de información (bases de datos) y los criterios de construcción definidos en las fichas técnicas (fórmula de cálculo).
- Se obtiene el valor del “alcance de meta” de cada uno de los indicadores en el período evaluado. El alcance de meta es un valor proporcional a la cercanía del logro con el rango de desempeño esperado que se obtiene de la siguiente forma:
 - Si el valor del logro se encuentra dentro del rango de desempeño esperado, se le asigna una calificación de 100 de alcance de meta.
 - Si el valor del logro se encuentra fuera del rango de desempeño esperado, la calificación será un valor proporcional, con base en el logro obtenido del indicador, es decir se obtendrá un alcance de meta mediante las siguientes fórmulas:

Proporcionalidad directa, si el rango de desempeño esperado del indicador es mayor o igual ($\geq$) (valor del logro obtenido * 100) / valor de desempeño esperado
Proporcionalidad inversa, si el rango de desempeño esperado del indicador es menor o igual ($\leq$) (valor de desempeño esperado * 100) / valor del logro obtenido
Si el valor de desempeño esperado del indicador es un intervalo, ejemplo [2,4], se aplicarán la fórmula de proporcionalidad dependiendo de: Si el valor del logro es menor del valor inferior del intervalo, se aplicará la proporcionalidad directa (para el valor de desempeño esperado se toma el valor inferior del intervalo) Si el valor del logro es mayor del valor superior del intervalo se aplicará la proporcionalidad inversa (para el valor de desempeño esperado se toma el valor superior del intervalo)

- Se calcula un promedio ponderado de los alcances de meta, considerando el valor de la ponderación de cada indicador definido en su ficha técnica. En los casos que el indicador no

II. Antecedentes y cambios 2025

tenga asignado un valor de ponderación, se utilizará el valor de 1 como su ponderación, para este cálculo se realizan los siguientes pasos:

- Cada alcance de meta se multiplica por el valor de la ponderación que corresponde a cada indicador.
- Posteriormente se suman los resultados de cada multiplicación para obtener la suma ponderada.
- El resultado de la suma ponderada se divide entre la suma de los valores de las ponderaciones de los indicadores involucrados.

D. Para evaluar a las Unidades Médicas de Alta Especialidad, se utiliza la misma metodología descrita en la sección de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.

- Se otorgan 15 puntos adicionales a las unidades certificadas por el Consejo de Salubridad General (CSG) y/o Certificadas como Unidad Amiga del Niño y la Niña, listado de unidades que entrega semestralmente la Coordinación Técnica de Riesgos Médicos, Calidad y Seguridad del paciente, y la Coordinación de Unidades de Primer Nivel, respectivamente.
- Se ordenan las Unidades Médicas (Primer Nivel, Segundo Nivel, Alta Especialidad y de Atención Ambulatoria) por la cantidad de puntos obtenidos.
- En aquellas unidades que excedan de 100 puntos al agregarles los 15 puntos adicionales por certificación, se trunca su calificación a 100.

Esquema 1

Indicadores para evaluar Unidades Médicas del Primer Nivel de Atención

DM 01	CACU 01	S_Ob 01	CUPN 01	CE 01
DM 02	Materna 01	S_Ob 02	CUPN 04	CE 02
DM 03	Materna 02	S_Ob 03	CUPN 05	
EH 01	Neonatal 01	S_Ob 04	CUPN 06	
EH 02			CUPN 07	
CAMA 01				

Esquema 2

Indicadores para evaluar Unidades Médicas del Segundo Nivel de Atención

Materna 03	Neonatal 02	HOSP 01	HOSP 07	IAAS 02
Materna 04	Neonatal 03	HOSP 02	HOSP 08	
Materna 05	Neonatal 04	HOSP 03	HOSP 09	
	Neonatal 05	HOSP 04	HOSP 10	
	Neonatal 06	HOSP 05		

Esquema 3

Esquema 4

Indicadores para evaluar Unidades Médicas de Atención Ambulatoria

HOSP 03
HOSP 08
HOSP 09
HOSP 10

Indicadores para evaluar Unidades Médicas de Alta Especialidad

CUMAE 01	HOSP 01	HOSP 06	CIS 01
Materna 03	HOSP 02	HOSP 07	IAAS 01
Neonatal 02	HOSP 03	HOSP 08	IAAS 02
	HOSP 04	HOSP 09	
	HOSP 05	HOSP 10	

II. Antecedentes y cambios 2025

II. Evaluación de Desempeño por OOAD

La Evaluación del Desempeño para los OOAD se obtendrá de la integración de los logros de 49 indicadores, previamente seleccionados, con base en el siguiente procedimiento:

1. Se calcula el valor del logro de los indicadores del período a evaluar, con base en la consulta de la productividad registrada en los sistemas de información (bases de datos) y los criterios de construcción definidos en las fichas técnicas (fórmula de cálculo).
2. Se obtiene un valor de la ponderación de cada uno de los indicadores en el período evaluado, contrastando el logro de cada indicador con sus respectivos rangos de desempeño, descritos en cada ficha técnica de la siguiente forma:
 - a) Si el valor del logro alcanzado del indicador evaluado se encuentra en el rango de desempeño esperado, el valor de la ponderación que se le otorga será el puntaje de la ponderación asignada en la ficha técnica del indicador.
 - b) Si el valor del logro alcanzado se encuentra dentro del rango de desempeño bajo, el valor de la ponderación que se le otorga será 0.
 - c) Si el valor del logro alcanzado se encuentra dentro del rango de desempeño medio, el valor de la ponderación que se le otorga será un valor proporcional, con base en el logro obtenido del indicador, mediante las siguientes fórmulas:

Proporcionalidad directa, si el valor de desempeño esperado del indicador es mayor o igual ($\geq$) (Ponderación para la evaluación del desempeño) (valor del logro obtenido) / valor de desempeño esperado en el periodo evaluado.
Proporcionalidad inversa, si el valor de desempeño esperado del indicador es menor o igual ($\leq$) (Ponderación para la evaluación del desempeño) (valor de desempeño esperado en el periodo evaluado) / valor del logro obtenido
Si el valor de desempeño esperado del indicador es un intervalo, ejemplo [2,4], se aplicarán la fórmula de proporcionalidad dependiendo de: Si el valor del logro es menor del valor inferior del intervalo, se aplicará la proporcionalidad directa (para el valor de desempeño esperado se toma el valor inferior del intervalo) Si el valor del logro es mayor del valor superior del intervalo se aplicará la proporcionalidad inversa (para el valor de desempeño esperado se toma el valor superior del intervalo)

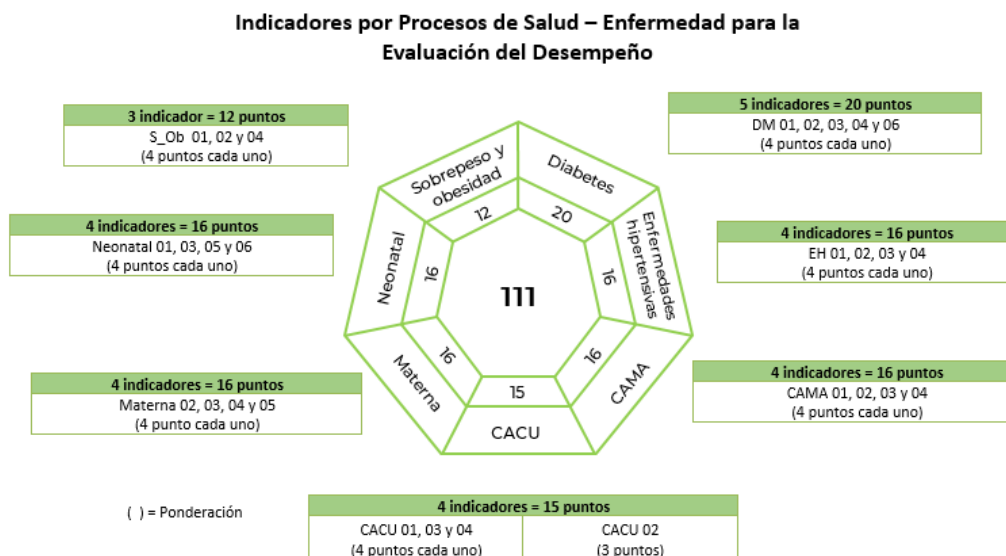
- d) En los indicadores de carácter dicotómico, en el caso que el valor del logro obtenido está dentro del rango de desempeño esperado, se otorga el valor de la ponderación indicada, en caso de no alcanzar el valor esperado, el valor de la ponderación será 0.
3. Posteriormente se realiza la sumatoria de los valores de las ponderaciones obtenidas de cada indicador y se suman para obtener un valor por cada subgrupo de los 7 Proceso Salud-Enfermedad (DM, EH, CAMA, , Materna, etc.), así como de los subgrupos por Coordinación Normativa (CUPN, CUSN, CVE, etc.). Se suman los indicadores trasversales HOSP e IAAS en el subgrupo CUSN (Revisar puntos a y b).
 4. Se suma los resultados de cada subgrupo de indicadores para obtener un resultado de cada grupo de indicadores: Proceso Salud-Enfermedad y Coordinación Normativa.
 5. Se calcula el valor del porcentaje de cada grupo. Siendo que al grupo por Proceso Salud-Enfermedad le corresponde un máximo del 60% de la calificación final, mientras que para el grupo por Coordinación Normativa le corresponde un máximo de 40%.
 6. Por último, se obtiene la sumatoria de los porcentajes de los dos grupos (Proceso Salud-Enfermedad y Coordinaciones Normativas), para obtener los resultados de la Evaluación del Desempeño de cada uno de los OOAD (Esquema 3).

II. Antecedentes y cambios 2025

Punto a. Indicadores por Proceso Salud-Enfermedad para la Evaluación del Desempeño por OOAD

Esta calificación se integra por un grupo de 28 indicadores incluidos en los 7 Proceso Salud-Enfermedad. Al interior de cada Proceso Salud-Enfermedad, se distribuyen las ponderaciones que corresponden a cada indicador de cada subgrupo. Esta distribución se representa en el

Esquema 5.

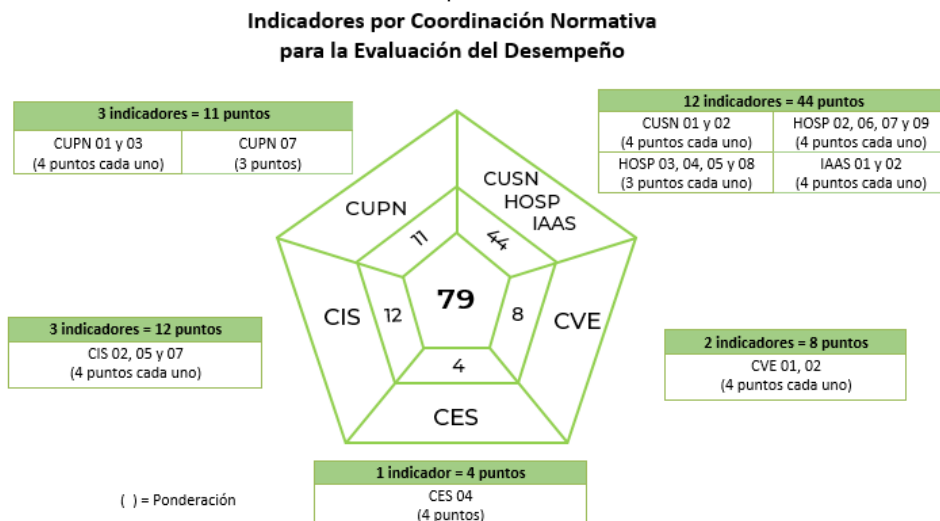


La calificación obtenida representa un máximo del 60% de la Evaluación del Desempeño por OOAD (Esquema 7).

Punto b. Indicadores por Coordinación Normativa para la Evaluación del Desempeño por OOAD

Esta calificación se integra por un grupo de 21 indicadores que corresponden a 5 Coordinaciones Normativas (CUPN, CUSN, CVE, CES y CIS), dentro de la calificación de indicadores CUSN se incluyen los Indicadores transversales (HOSP e IAAS). Al interior de cada subgrupo de indicadores por Coordinación Normativa, se distribuyen las ponderaciones que corresponden a cada indicador. Esta distribución se representa en el Esquema 6.

Esquema 6



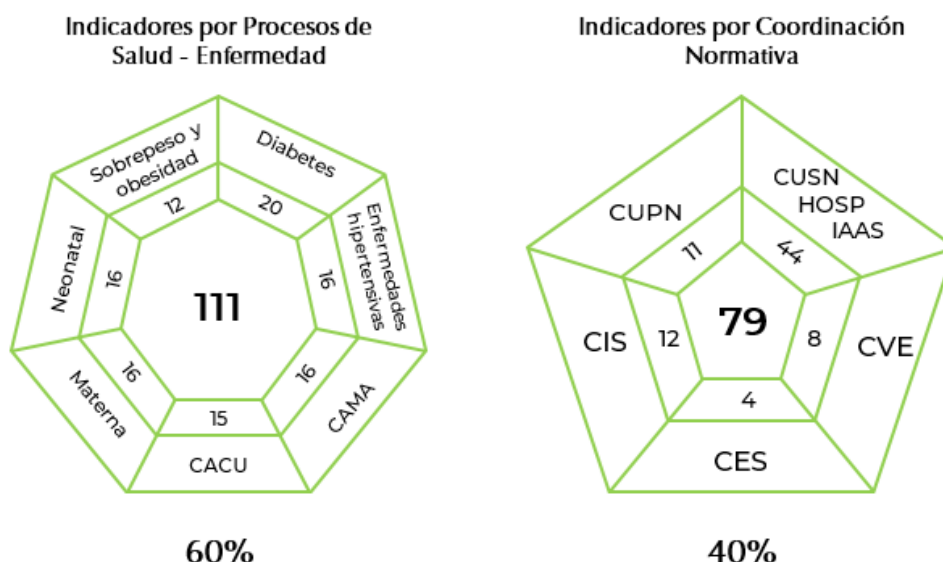
II. Antecedentes y cambios 2025

La calificación obtenida de los indicadores por Coordinación Normativa representa un máximo del 40% del total de la Evaluación del Desempeño por OOAD (Esquema 7).

Con la sumatoria de los porcentajes de los dos grupos, se obtendrá la Evaluación del Desempeño de los OOAD (Esquema 7).

Esquema 7

Evaluación del Desempeño por OOAD



III. Evaluación de Desempeño por Unidad Médica de Alta Especialidad

La Evaluación del Desempeño por UMAE está constituida por 16 indicadores: 1 indicador de la CUMAE, 1 indicador de atención materna integral, 1 indicador de atención integral neonatal, 1 indicador de la CIS y 12 indicadores transversales, de los cuales 2 son del subgrupo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) y 10 del subgrupo de Indicadores de hospitales (HOSP) (Esquema 8), con base en el siguiente procedimiento:

1. Se calcula el valor del logro de los indicadores del período a evaluar, con base en la consulta de la productividad registrada en los sistemas de información (bases de datos) y los criterios de construcción definidos en las fichas técnicas (fórmula de cálculo).
2. Se obtiene un valor de la ponderación de cada uno de los indicadores en el periodo evaluado, contrastando el logro de cada indicador con sus respectivos rangos de desempeño o valores de referencia descritos en las Tablas CUMAE 1 a 9 de la sección correspondiente a los indicadores CUMAE, de la siguiente forma:
 - a) Si el valor del logro alcanzado del indicador evaluado se encuentra en el rango de desempeño esperado, se le otorgará el valor de la ponderación asignada para cada UMAE.
 - b) Si el valor del logro alcanzado del indicador evaluado se encuentra dentro del rango de desempeño bajo, el valor de la ponderación que se le otorga será 0.
 - c) Si el valor del logro alcanzado del indicador evaluado se encuentra dentro del rango de desempeño medio, el valor de la ponderación obtenida será un valor proporcional con base en el logro obtenido del indicador, mediante las siguientes fórmulas:

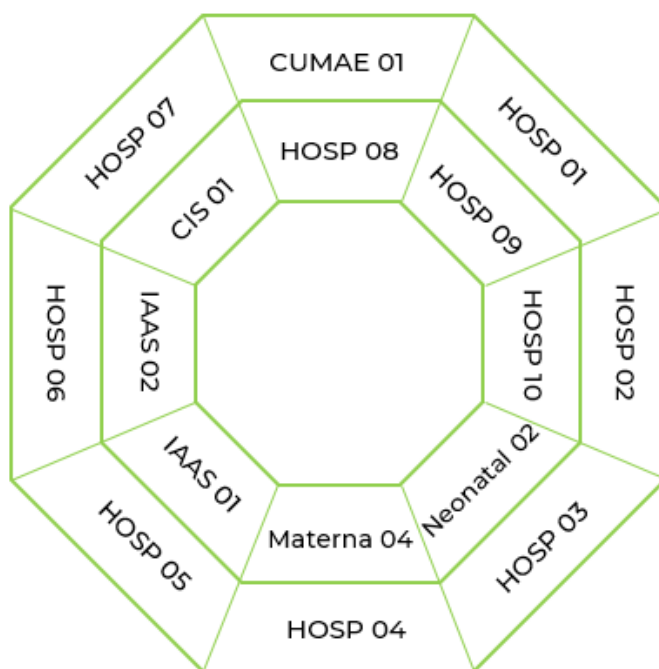
II. Antecedentes y cambios 2025

Proporcionalidad directa: si el valor de desempeño esperado del indicador es mayor o igual ($\geq$) (ponderación para la Evaluación del Desempeño) (valor de logro obtenido) / valor de desempeño esperado en el periodo evaluado.
Proporcionalidad inversa: si el valor de desempeño esperado del indicador es menor o igual ($\leq$) (ponderación para la Evaluación del Desempeño) (valor de desempeño esperado en el periodo evaluado) / valor de logro obtenido
Si el valor de desempeño esperado del indicador es un intervalo, ejemplo [2,4], se aplicarán la fórmula de proporcionalidad dependiendo de: Si el valor del logro es menor del valor inferior del intervalo, se aplicará la proporcionalidad directa (para el valor de desempeño esperado se toma el valor inferior del intervalo) Si el valor del logro es mayor del valor superior del intervalo se aplicará la proporcionalidad inversa (para el valor de desempeño esperado se toma el valor superior del intervalo)

- d) En los indicadores de carácter dicotómico, en el caso de que el valor del logro obtenido esté dentro del valor de referencia, se otorga el valor de la ponderación indicada en las Tablas CUMAE; en caso de no alcanzar el valor de referencia, el valor de la ponderación obtenida será un valor proporcional, utilizando las mismas fórmulas que en el inciso c.
3. Posteriormente se realiza la sumatoria de los valores de las ponderaciones obtenidas, para conseguir la Evaluación del Desempeño de las Unidades Médicas de Alta Especialidad (Esq. 8).

Esquema 8

Indicadores de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad (CUMAE) para la Evaluación del Desempeño



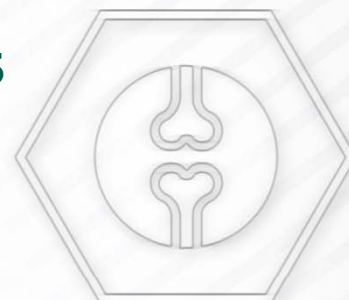
La suma de las ponderaciones de los indicadores que apliquen para cada UMAE será su puntaje máximo por obtener, mismo que será equivalente a su 100%, esto con el propósito de hacer comparables a las diferentes UMAE.



III.

INDICADORES POR PROCESOS SALUD-ENFERMEDAD

Manual Metodológico de Indicadores Médicos, 2025



La Dirección de Prestaciones Médica (DPM) a través de sus Coordinaciones Normativas en el 2014 diseño e incluyó indicadores bajo el enfoque de “Proceso Salud-Enfermedad”, que tomó como base el modelo de secuencia de eventos o etapas de la evolución de los principales padecimientos que afectaban la salud de los derechohabientes.

Las principales características de ese enfoque son, establecimiento de grupos de riesgo, donde se miden las acciones o intervenciones que son ejecutadas por los servicios de salud con el fin de prevenir, diagnosticar, tratar o impedir el avance de la enfermedad y sus complicaciones.

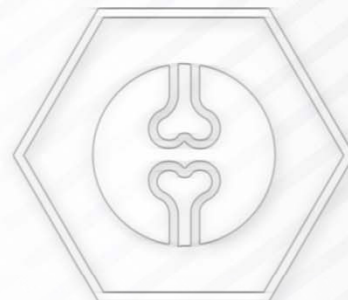
Las fichas técnicas de los indicadores médicos que se utilizan para el seguimiento de los procesos salud enfermedad se presentan en las secciones de los indicadores de cada uno de los siguientes procesos:

Indicadores por Procesos de Salud-Enfermedad	Número
Atención integral de la diabetes	6
Atención integral de las enfermedades hipertensivas	4
Atención integral del cáncer de mama en la mujer	4
Atención integral del cáncer cérvico uterino	4
Atención materna integral	5
Atención integral neonatal	6
Atención integral del sobrepeso-obesidad	4
TOTAL	33

III.

Procesos Salud–Enfermedad en población derechohabiente

1. Atención integral de la diabetes, en población derechohabiente de 20 años y más





Las estimaciones de 2021, publicadas por la Federación Internacional de Diabetes (IDF por sus siglas en inglés), indican que a nivel mundial 537 millones de adultos padecen de diabetes, y se espera que esta cifra se incremente a 643 millones para el año 2030 y 783 millones para el año 2045. En la región de América del Norte (incluyendo a México), 50.5 millones de individuos padecen diabetes, y se estima que este número se elevará a 6.82 millones para 2045.¹

La IDF, pone de manifiesto que la diabetes y sus complicaciones, son un problema de salud que se incrementa día a día. Excluyendo el riesgo de muerte asociado a la pandemia de COVID-19, aproximadamente 6.7 millones de adultos entre 20 y 79 años han muerto como resultado de la diabetes y sus complicaciones en el año 2021, correspondiendo al 12.2% del total de muertes a nivel mundial.¹

Adicionalmente, la diabetes genera una relevante carga financiera que recae en los individuos y en sus familias, debido al costo de los servicios de salud. La región de América del Norte y el Caribe, tuvo el mayor gasto por enfermedades relacionadas con la diabetes, a nivel mundial, representando el 42.9% de los gastos globales relacionados con la Diabetes en el 2021.¹

En nuestro país, la Diabetes representa una de las primeras causas de muerte, siendo más de 4 millones de personas los que han sido diagnosticados con esta enfermedad. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022, publicó que la prevalencia de diabetes en México fue de 18.3%.²

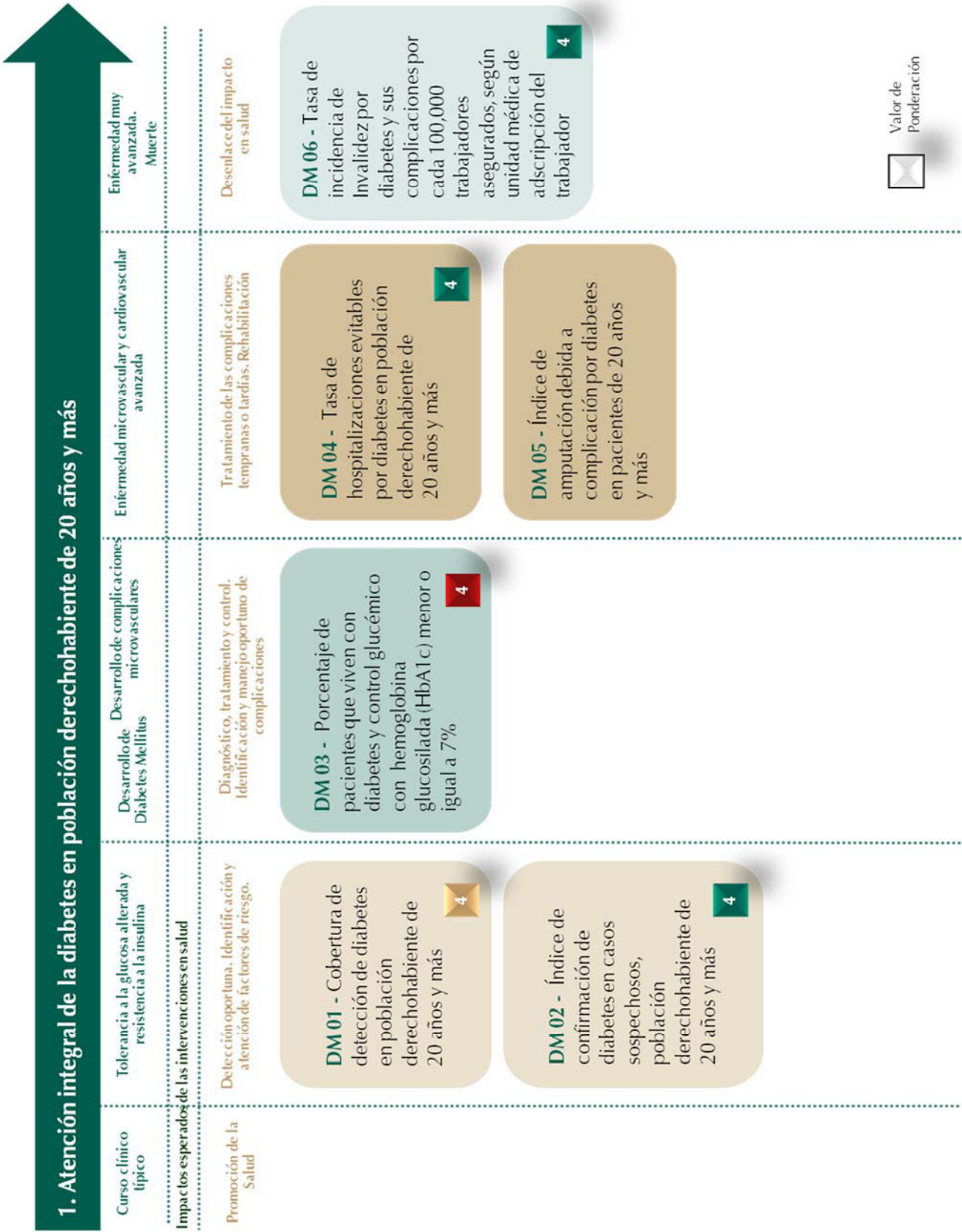
En 2024, el Instituto Mexicano del Seguro Social registró 5,439,081 derechohabientes que viven con diabetes.³ Asimismo, este padecimiento constituye el segundo principal problema según la medición de años de vida saludables perdidos por muerte prematura y por discapacidad; es el segundo motivo de consulta externa de Medicina Familiar en el IMSS (20% de todos los motivos); el noveno motivo de consulta externa de Especialidades; el undécimo motivo de consulta de Urgencias y el noveno motivo de egreso hospitalario en cama censable.⁴

¹ International Diabetes Federation. IDF. Diabetes Atlas 10ma. edición, 2021. https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf. Consulta realizada 23 enero 2024.

² Basto-Abreu, Ana, et al. Prevalencia de prediabetes y diabetes en México: Ensanut 2022. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2022/doctos/analiticos/21-Diabetes-ENSANUT2022-14832-72458-2-10-20230619.pdf>. Consulta 25 enero de 2024.

³ Censo de Diabetes Mellitus 2024. IMSS/ UPIS/ CVE/ DIS - DVEENT. Datos disponibles para consulta y descarga: <http://infosalud.imss.gob.mx/PAGINAS/censo2024.htm>. Consulta 2 de julio de 2025.

⁴ IMSS. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión 2022-2023. <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/informe-2022-2023>. Consulta 22 de enero 2024.



DM 01 - Cobertura de detección de diabetes 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 realizó la medición de glucosa en el primer nivel de atención, para identificar niveles elevados que permitan la detección temprana de prediabetes o de diabetes tipo 2.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Número de derechohabientes de 20 años y más, con detección de diabetes acumuladas al mes del reporte}}{\text{Población de 20 años y más adscrita a médico familiar} \times \text{Prevalencias de diabetes tipo 2 específicas por grupo de edad y sexo}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).	Valor de la meta	$\geq 28.5 \%$
Periodicidad	Mensual acumulado	Contabilizado por	Adscripción
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación	4 puntos
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 28.5	> 21.4 a < 28.5	≤ 21.4
Dimensión	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define y le da seguimiento la Coordinación de Unidades de Primer Nivel. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud		
Interpretación y Observaciones	El logro esperado representa el porcentaje de la población cubierta con la detección. - La información del numerador obtenida del SIAIS, como de la Población Adscrita a Médico Familiar, es integrada por la División de Información en Salud (DIS). - Se aplicarán las siguientes prevalencias en el denominador, por grupo de edad y sexo: - Mujeres de 20 a 44 años aplica: 2.9% - Hombres de 20 a 44 años aplica: 2.5% - Mujeres de 45 a 59 años aplica: 17% - Hombres de 45 a 59 años aplica: 14.5% y - Adulto mayor de 60 años y más aplica: 26.8% - La detección de diabetes se incluye con base en dos criterios: - Detecciones realizadas en personas con riesgo bajo de diabetes, con periodicidad trianual^{1/, 2/} o sin detecciones previas en la vida. - Detecciones realizadas en personas con riesgo alto de diabetes, con periodicidad anual^{1/, 2/}. Subsecuentes, marcadas en SIMF o mediante clave UP 66 en hoja RAIS. - Se consideran detecciones de todos los servicios que otorgan acciones preventivas. - Se excluyen del numerador, las detecciones realizadas en derechohabientes con diagnóstico previo de diabetes con base en el censo de pacientes de diabetes. - Los valores de referencia se modifican mensualmente (ver tabla DM 01).		

DM 01 - Cobertura de detección de diabetes en población derechohabiente de 20 años y más.**Interpretación y Observaciones**

■ Para garantizar la idoneidad de los valores de desempeño esperados ^{3/}, la CUPN utilizó el método estadístico incremental^{4/}, basado en las variaciones promedio de logros en periodos anteriores, que indirectamente también involucra el balance de la infraestructura y recursos disponibles para la detección de diabetes.

■ Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

^{1/} ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, et al., American Diabetes Association. 2. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of Care in Diabetes—2023. Diabetes Care 2023; 46(Suppl. 1):S19–S40.

^{2/} DOF - Diario Oficial de la Federación. NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, México, D.F., 2010.

^{3/} Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Manual para el Diseño y la Construcción de Indicadores. Instrumentos principales para el monitoreo de programas sociales de México, CONEVAL, CDMX, 2013

^{4/} Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Guía para el establecimiento y cálculo de líneas base y metas, CONEVAL, CDMX, 2019.

Tabla DM 01 - Cobertura de detección de diabetes en población derechohabiente de 20 años y más.

Mes	Rangos desempeño	2025
Enero	Esperado	≥ 2.4
	Medio	$> 1.8 \text{ a } < 2.4$
	Bajo	≤ 1.8
Febrero	Esperado	≥ 4.8
	Medio	$> 3.6 \text{ a } < 4.8$
	Bajo	≤ 3.6
Marzo	Esperado	≥ 7.1
	Medio	$> 5.3 \text{ a } < 7.1$
	Bajo	≤ 5.3
Abril	Esperado	≥ 9.5
	Medio	$> 7.1 \text{ a } < 9.5$
	Bajo	≤ 7.1
Mayo	Esperado	≥ 11.9
	Medio	$> 8.9 \text{ a } < 11.9$
	Bajo	≤ 8.9
Junio	Esperado	≥ 14.3
	Medio	$> 10.7 \text{ a } < 14.3$
	Bajo	≤ 10.7
Julio	Esperado	≥ 16.6
	Medio	$> 12.5 \text{ a } < 16.6$
	Bajo	≤ 12.5
Agosto	Esperado	≥ 19.0
	Medio	$> 14.3 \text{ a } < 19.0$
	Bajo	≤ 14.3
Septiembre	Esperado	≥ 21.4
	Medio	$> 16.0 \text{ a } < 21.4$
	Bajo	≤ 16.0
Octubre	Esperado	≥ 23.8
	Medio	$> 17.8 \text{ a } < 23.8$
	Bajo	≤ 17.8
Noviembre	Esperado	≥ 26.1
	Medio	$> 19.6 \text{ a } < 26.1$
	Bajo	≤ 19.6
Diciembre	Esperado	≥ 28.5
	Medio	$> 21.4 \text{ a } < 28.5$
	Bajo	≤ 21.4

DM 02 - Índice de confirmación de diabetes en casos sospechosos, 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 el diagnóstico de diabetes, clasificados inicialmente como casos sospechosos en la detección mediante glucosa capilar.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Número de derechohabientes de 20 años y más sospechosos de diabetes, resultado de la medición con glucosa capilar (UP-14) en quienes se le confirmó el padecimiento (CIE-10: E11.0 - E14.9)}}{\text{Población derechohabiente de 20 años y más con resultado anormal en la detección con glucosa capilar (UP-14: 192 o 193)}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).	Valor de la meta	≥ 32.6
Periodicidad	Mensual anualizado	Contabilizado por	Adscripción
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación	4 puntos
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 32.6	> 29.6 a < 32.6	≤ 29.6
Dimensión	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define y le da seguimiento la Coordinación de Unidades de Primer Nivel. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud		
Interpretación y Observaciones	El desempeño esperado representa la proporción de derechohabientes con resultado sospechoso de glucosa capilar, en quienes se confirma diabetes tipo 2. El valor de referencia es información internacional. Para el cálculo del indicador: - La información del numerador obtenida del SIAIS, como de la Población Adscrita a Médico Familiar, es integrada por la División de Información en Salud (DIS). - El denominador debe ser igual al índice de sospecha, reportado 12 meses antes de la fecha a informar. - Considerar sospecha de diabetes los registros de clave UP 14 (sospechoso de diabetes por glucosa capilar). - Para la detección se deberá incluir únicamente la detección de primera vez de los servicios 8001, 8101, 8201, 8301, 8701 y A 201. - El numerador debe considerar los casos confirmados por médico familiar (Servicio 04 y 40 del SIMF), posterior a la detección (clave UP 14). - Se excluyen los casos diagnosticados únicamente por cuadro clínico. - La periodicidad no es acumulada.		

DM 03 - Porcentaje de pacientes que viven con diabetes en control glucémico con hemoglobina glucosilada (HbA1c) menor o igual a 7%.			
Objetivo del indicador	Evaluar la eficiencia del control de los pacientes que viven con diabetes tipo 2, mediante el seguimiento de los resultados de la hemoglobina glucosilada (HbA1c).		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Total de pacientes de 20 años y más con diagnóstico de diabetes (CIE 10:E11 a E14) subsecuente con resultado de hemoglobina glucosilada (HbA1c) menor o igual a 7\% del periodo evaluado}}{\text{Total de pacientes de 20 años y más con diagnóstico de diabetes (CIE 10:E11 a E14) subsecuente con registro de hemoglobina glucosilada (HbA1c) del periodo evaluado}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS)	Valor de la meta	≥ 53.0
Periodicidad	Mensual trimestralizado	Contabilizado por	Adscripción
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación	4 puntos
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 53.0	> 49.0 a < 53.0	≤ 49.0
Dimensión	Eficiencia	Tipo de indicador	Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define y le da seguimiento la Coordinación de Unidades de Primer Nivel. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud		
Interpretación y Observaciones	El rango de desempeño esperado indica que los pacientes se encuentran en control glucémico, secundario al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes que viven con diabetes tipo 2. Para el cálculo del indicador se incluye: - La información del numerador y denominador es integrada por la División de Información en Salud (DIS) en el SIAIS. - Los pacientes de 20 años y más con diagnóstico de diabetes (E11 a E14) subsecuentes, a los que cuenten con resultado de hemoglobina glucosilada en el periodo evaluado Para el cálculo del indicador se excluye: - Los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 1 (CIE 10 E10) - Los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2, sin registro de resultado de hemoglobina glucosilada (HbA1c) en el periodo evaluado. - Los pacientes con diagnóstico de diabetes de primera vez. - Los pacientes duplicados en el periodo, para este caso se debe tomar en cuenta el último resultado de HbA1c del periodo. - Los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 subsecuentes, que cuenten con resultado de hemoglobina glucosilada en el denominador con resultado menor a 3 o mayor o igual a 20.		

DM 04 - Tasa de hospitalizaciones evitables por diabetes en población derechohabiente de 20 a 74 años.			
Objetivo del indicador	Medir el comportamiento de las hospitalizaciones potencialmente evitables por diabetes en derechohabientes de 20 a 74 años, con el propósito de conocer la magnitud de este problema de salud pública.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Número de egresos hospitalarios por diabetes claves CIE-10: E10-E14 en población derechohabiente de 20 a 74 años}}{\text{Población Adscrita a Médico Familiar (PAMF) de 20 a 74 años}} \times 100,000$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: SUI-13. Egresos Hospitalarios. Denominador: Población Adscrita a Médico Familiar (PAMF). Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR).		
Valor de la meta	$\leq 67.53 \times 100,000$ derechohabientes de 20 a 74 años adscritos a médico familiar		
Periodicidad	Semestral anualizado	Contabilizado por	Adscripción
Unidad de medida	Tasa	Ponderación	4 puntos
Dimensión	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define y da seguimiento la División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles, de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud.		
Interpretación y Observaciones	Es un indicador que permite medir las hospitalizaciones asociadas a la diabetes que podrían haberse evitado con atención no hospitalaria. Hospitalizaciones evitables: Son diagnósticos en los que con una atención primaria efectiva y oportuna, se evita el riesgo de hospitalización, bien sea previniendo el inicio de una enfermedad, tratando una enfermedad aguda o controlando una enfermedad. El seguimiento de los indicadores epidemiológicos a nivel estratégico implica la observación sistemática y la dinámica de los patrones de la diabetes en la población derechohabiente de 20 a 74 años. El valor de la meta corresponde a la mediana de las tasas de las unidades médicas en junio y diciembre, anualizados Para el cálculo del indicador: • Se contabiliza con base en el mes de la fecha de ingreso y cuando el tipo de ingreso sea igual a 1 (programado) o 2 (urgente). • Se contabiliza el egreso cuyo diagnóstico principal cumpla con las claves CIE-10: E10 a E14 (diagnósticos relacionados con las complicaciones por diabetes); la base de los egresos restantes se cruza con el Censo Nacional de pacientes que viven con diabetes y se contabiliza el egreso que en el diagnóstico principal tenga un diagnóstico de la Tabla DM 04 - Hospitalizaciones evitables (diabetes) y registro en el Censo. • La evaluación por unidad médica solo considerará a las unidades que cuentan con Población Adscrita a Médico Familiar (PAMF) para el cálculo de la tasa; mientras que para la tasa por OOAD, se considerará a todos los casos del numerador independientemente de si la unidad médica que reporta cuenta o no con PAMF.		

DM 04 - Tasa de hospitalizaciones evitables por diabetes en población derechohabiente de 20 a 74 años.

Interpretación y Observaciones	- Para el reporte semestral anualizado de junio del año de proceso, se utilizará la Población Adscrita a Médico Familiar (PAMF) de 20 a 74 años, del año previo; mientras que, para el reporte semestral anualizado a diciembre, se utilizará la PAMF del año de proceso. - Se excluyen los egresos de Unidad de Medicina Familiar (UMF), Unidad de Medicina Familiar con Hospital (UMFH), Unidad de Medicina Física y Rehabilitación (UMFR), Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA), Hospitales Psiquiátricos, Hospitales Pediátricos, Banco de Sangre, Laboratorio de Citología, Consulta Externa de Centro Médico Nacional de La Raza (CMNLR), Hospitales de Traumatología y Ortopedia, Hospitales de Gineco Obstetricia, Hospitales de Gineco Pediatría y Unidades de Detección y Diagnóstico de Cáncer de mama. - Se excluyen los registros de pacientes no derechohabientes. El resultado de este indicador es consecuencia de las acciones que se realizan en el primer nivel de atención, en los procesos relacionados con la prevención y control de la diabetes.
--------------------------------	---

Tabla DM 04 - Hospitalizaciones evitables (diabetes)

CIE-10	Descripción del diagnóstico	CIE-10	Descripción del diagnóstico
E100	Diabetes mellitus insulino dependiente, con coma	E133	Otras diabetes mellitus especificadas, con complicaciones oftálmicas
E101	Diabetes mellitus insulino dependiente, con cetoacidosis		
E102	Diabetes mellitus insulino dependiente, con complicaciones renales	E134	Otras diabetes mellitus especificadas, con complicaciones neurológicas
E103	Diabetes mellitus insulino dependiente, con complicaciones oftálmicas	E135	Otras diabetes mellitus especificadas, con complicaciones circulatorias periféricas
E104	Diabetes mellitus insulino dependiente, con complicaciones neurológicas	E136	Otras diabetes mellitus especificadas, con otras complicaciones especificadas
E105	Diabetes mellitus insulino dependiente, con complicaciones circulatorias periféricas	E137	Otras diabetes mellitus especificadas, con complicaciones múltiples
E106	Diabetes mellitus insulino dependiente, con otras complicaciones especificadas	E138	Otras diabetes mellitus especificadas, con complicaciones no especificadas
E107	Diabetes mellitus insulino dependiente, con complicaciones múltiples	E13X	Otras diabetes mellitus especificadas
E108	Diabetes mellitus insulino dependiente, con complicaciones no especificadas	E140	Diabetes mellitus no especificada, con coma
E10X	Diabetes mellitus insulino dependiente	E141	Diabetes mellitus no especificada, con cetoacidosis
E110	Diabetes mellitus no insulino dependiente, con coma	E142	Diabetes mellitus no especificada, con complicaciones renales
E111	Diabetes mellitus no insulino dependiente, con cetoacidosis	E143	Diabetes mellitus no especificada, con complicaciones oftálmicas
E112	Diabetes mellitus no insulino dependiente, con complicaciones renales	E144	Diabetes mellitus no especificada, con complicaciones neurológicas
E113	Diabetes mellitus no insulino dependiente, con complicaciones oftálmicas	E145	Diabetes mellitus no especificada, con complicaciones circulatorias periféricas
E114	Diabetes mellitus no insulino dependiente, con complicaciones neurológicas	E146	Diabetes mellitus no especificada, con otras complicaciones especificadas
E115	Diabetes mellitus no insulino dependiente, con complicaciones circulatorias periféricas	E147	Diabetes mellitus no especificada, con complicaciones múltiples
E116	Diabetes mellitus no insulino dependiente, con otras complicaciones especificadas	E148	Diabetes mellitus no especificada, con complicaciones no especificadas

Tabla DM 04 - Hospitalizaciones evitables (diabetes)

CIE-10	Descripción del diagnóstico	CIE-10	Descripción del diagnóstico
E117	Diabetes mellitus no insulino dependiente, con complicaciones múltiples	E14X	Diabetes mellitus no especificada
E118	Diabetes mellitus no insulino dependiente, con complicaciones no especificadas	E161	Otras hipoglicemias
E11X	Diabetes mellitus no insulino dependiente	E162	Hipoglicemia, no especificada
E120	Diabetes mellitus asociada con desnutrición, con coma	G590	Mononeuropatía diabética
E121	Diabetes mellitus asociada con desnutrición, con cetoacidosis	G632	Polineuropatía diabética
E122	Diabetes mellitus asociada con desnutrición, con complicaciones renales	H280	Catarata diabética
E123	Diabetes mellitus asociada con desnutrición, con complicaciones oftálmicas	H281	Catarata en otras enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas clasifica
E124	Diabetes mellitus asociada con desnutrición, con complicaciones neurológicas	H360	Retinopatía diabética
E125	Diabetes mellitus asociada con desnutrición, con complicaciones circulatorias periférica	M142	Artropatía diabética
E126	Diabetes mellitus asociada con desnutrición, con otras complicaciones especificad	N083	Trastornos glomerulares en diabetes mellitus
E127	Diabetes mellitus asociada con desnutrición, con complicaciones múltiples	N180	Insuficiencia renal terminal
E128	Diabetes mellitus asociada con desnutrición, con complicaciones no especificadas	N188	Otras insuficiencias renales crónicas
E12X	Diabetes mellitus asociada con desnutrición	N189	Insuficiencia renal crónica, no especificada
E130	Otras diabetes mellitus especificadas, con coma	N18X	Insuficiencia renal crónica
E131	Otras diabetes mellitus especificadas, con cetoacidosis	N19X	Insuficiencia renal no especificada
E132	Otras diabetes mellitus especificadas, con complicaciones renales	T383	Insulina y drogas hipoglucemiantes orales [antidiabéticas]

DM 05 - Índice de amputación debida a complicación por diabetes en pacientes de 20 años y más.			
Objetivo del indicador	Medir el comportamiento de las amputaciones mayores de miembros inferiores en derechohabientes de 20 años y más con diabetes tipo 1 o 2, a causa de complicaciones, tales como neuropatía y angiopatía diabética periférica.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Egresos hospitalarios en derechohabientes de 20 años y más, con al menos un código de diabetes (CIE-10: E10-E14) en cualquiera de los diagnósticos de la hoja de alta hospitalaria, y códigos de amputación mayor de miembros inferiores (CIE-9: 84.13-84.19) en el diagnóstico de intervención quirúrgica}}{\text{Pacientes con diabetes (códigos CIE-10: E10-E14) de 20 años y más, adscritos a médico familiar y registrados en el Censo Nacional de pacientes que viven con diabetes.}} \times 100,000$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Sistema de Información Médico Operativo Central (SIMOC), tabla SUI-13. Denominador: Censo Nacional de pacientes que viven con diabetes.		
Valor de la meta	<= 95	Unidad de medida	Tasa
Periodicidad	Mensual anualizado	Contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	<= 95.0	> 95.0 a < 115.1	>= 115.1
Dimensión	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define y le da seguimiento la División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud.		
Interpretación y Observaciones	- 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 de atención, seguimiento, rehabilitación y discapacidad. - Una tasa elevada indica un prolongado control glucémico inadecuado. - El seguimiento de los indicadores epidemiológicos a nivel estratégico implica la observación sistemática y dinámica de los patrones de la diabetes. - El resultado de este indicador es consecuencia de las acciones que realiza el primer nivel de atención, en procesos relacionados con la prevención y control de la diabetes. Indicador de impacto según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). - Para el cálculo se considera la fecha de ingreso. De enero a noviembre, se utiliza el Censo Nacional de pacientes que viven con diabetes del año previo, en diciembre, se utiliza el del año en curso. - Para el cálculo del indicador se incluye: - Diabetes, códigos CIE-10: E10-E14. Amputación mayor de miembros inferiores, códigos CIE-9: 84.13 – 84.19 (en variables intervención principal o procedimientos quirúrgicos 1 a 5). Tipo de ingreso 1 o 2. Derechohabientes de 20 años o más. - Para el cálculo del indicador se excluye: - Amputaciones traumáticas (CIE-10: S77, S78, S87, S88, S98, T053, T055 y T136) en diagnóstico principal, de ingreso, secundario 1 o secundario 2. - Egreso hospitalario en derechohabientes con más de un ingreso por amputación en el mismo periodo de análisis.		

DM 05 - Índice de amputación debida a complicación por diabetes en pacientes de 20 años y más.	
Interpretación y Observaciones	○ Egresos hospitalarios con diagnóstico principal no relacionado con amputaciones mayores en sujetos identificados con diabetes (CIE-10: A521, A91X, A91X, B199, B49X, C221, C439, C448, C492, C499, C519, C609, C765, C859, C900, D649, D733, D758, I740, I741, I742, I743, I744, I745, I748, I749, I770, I801, I802, I809, I829, I832, I839, I872, I878, I99X, J189, J449, J81X, J958, J960, J982, K359, K37X, K409, K429, K469, K529, K566, K579, K602, K610, K659, K729, K746, K801, K802, K811, K819, K920, K922, M128, M171, M173, M179, M198, M199, M214, M233, M628, M659, M712, M722, M839, M871, M899, M939, M960, N40X, N509, S069, S381, S383, S420, S421, S422, S423, S424, S427, S428, S429, S42X, S523, S527, S528, S580, S581, S628, S680, S681, S682, S683, S684, S688, S689, S68X, S720, S721, S722, S723, S724, S727, S728, S729, S72X, S730, S731, S73X, S789, S819, S820, S822, S824, S828, S837, S850, S851, S852, S853, S854, S855, S857, S858, S859, S85X, S889, S923, S924, S980, S981, S982, S983, S984, T027, T054, T056, T07X, T116, T131, T139, T141, T142, T250, T303, T793, T796, T813, T819, T842, T848, T856, T872, T903, Z478, Z479, Z488, Z489, Z540, Z892, Z981). • El índice por unidad médica considera a las unidades con Población Adscrita a Médico Familiar (PAMF) para el cálculo; mientras que para el índice por OOAD, se considera a todos los casos del numerador independientemente de si la unidad médica que reporta cuenta con PAMF. • Las unidades médicas con inconsistencias en los datos se agregarán al final del archivo de unidades con la clave presupuestal '777777777777', las cuales son: ○ 310705252110 - UMF 72 Poza Rica ○ 311602252110 - UMF 75 Jalancingo.

DM 06 - Tasa de incidencia de invalidez por diabetes 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; 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)	$\frac{\text{Total de dictámenes de invalidez iniciales (primera vez) aceptados con diagnóstico de diabetes y sus complicaciones, según OOAD de origen acumulados al trimestre del reporte}}{\text{Promedio de trabajadores asegurados en invalidez y vida en el OOAD de origen, al trimestre del reporte}} \times 100,000$			
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: SIST - Sistema Integral de Salud en el Trabajo. (Dictámenes iniciales de sí invalidez, autorizados cuyo diagnóstico CIE sea compatible con diabetes y sus complicaciones, elaborada en la Coordinación de Salud en el Trabajo, de manera trimestral) Denominador: Archivo denominado "Población Adscrita por Unidad" elaborado con la base de datos de la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR), publicada por la Coordinación de Salud en el Trabajo en la página de la Comunidad de Salud en el Trabajo en la Biblioteca de Bases de datos http://comunidades.imss.gob.mx:106/sites/cc/dpm/cst/cst/bd/Forms/AllItems.aspx			
Valor de la meta	Enero-marzo	Enero-Junio	Enero-septiembre	Enero-diciembre
	≤ 8.42	≤ 17.76	≤ 26.23	≤ 36.81
Unidad de medida	Tasa	Ponderación		4 puntos
Periodicidad	Trimestral acumulado	Contabilizado por		Adscripción
Rangos de desempeño	Periodo	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Ene - Mar	≤ 8.42	> 8.42 a ≤ 12.45	> 12.45
	Ene - Jun	≤ 17.76	> 17.76 a ≤ 29.12	> 29.12
	Ene - Sep	≤ 26.23	> 26.23 a ≤ 41.34	> 41.34
	Ene - Dic	≤ 36.81	> 36.81 a ≤ 58.21	> 58.21
Dimensión	Eficacia		Tipo de indicador	Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define, calcula y le da seguimiento la Coordinación de Salud en el Trabajo Indicador publicado por la División de Análisis en Salud. El cálculo lo realizará la DAS cuando se otorgue acceso a las fuentes de información.			
Interpretación y Observaciones	Identifica el comportamiento de la invalidez por diabetes 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. Para el cálculo del indicador: Se excluyen para el numerador: las revaloraciones. - Los códigos CIE-10 que se utilizarán para diabetes serán E10 – E14, G632, G590, H360, H280 y N083: - E10 Diabetes mellitus tipo 1 - E10.0 Diabetes mellitus tipo 1, con coma			

DM 06 - Tasa de incidencia de invalidez por diabetes y sus complicaciones por cada 100,000 trabajadores asegurados, según unidad médica de adscripción del trabajador.	
Interpretación y Observaciones	▪ E10.1 Diabetes mellitus tipo 1, con cetoacidosis ▪ E10.2 Diabetes mellitus tipo 1, con complicaciones renales ▪ E10.3 Diabetes mellitus tipo 1, con complicaciones oftálmicas ▪ E10.4 Diabetes mellitus tipo 1, con complicaciones neurológicas ▪ E10.5 Diabetes mellitus tipo 1, con complicaciones circulatorias periféricas ▪ E10.6 Diabetes mellitus tipo 1, con otras complicaciones especificadas ▪ E10.7 Diabetes mellitus tipo 1, con complicaciones múltiples ▪ E10.8 Diabetes mellitus tipo 1, con complicaciones no especificadas ▪ E10.9 Diabetes mellitus tipo 1, sin mención de complicación ○ E11 Diabetes mellitus tipo 2 ▪ E11.0 Diabetes mellitus tipo 2, con coma ▪ E11.1 Diabetes mellitus tipo 2, con cetoacidosis ▪ E11.2 Diabetes mellitus tipo 2, con complicaciones renales ▪ E11.3 Diabetes mellitus tipo 2, con complicaciones oftálmicas ▪ E11.4 Diabetes mellitus tipo 2, con complicaciones neurológicas ▪ E11.5 Diabetes mellitus tipo 2, con complicaciones circulatorias periféricas ▪ E11.6 Diabetes mellitus tipo 2, con otras complicaciones especificadas ▪ E11.7 Diabetes mellitus tipo 2, con complicaciones múltiples ▪ E11.8 Diabetes mellitus tipo 2, con complicaciones no especificadas ▪ E11.9 Diabetes mellitus tipo 2, sin mención de complicación ○ E12 Diabetes mellitus asociada con desnutrición ▪ E12.0 Diabetes mellitus asociada con desnutrición, con coma ▪ E12.1 Diabetes mellitus asociada con desnutrición, con cetoacidosis ▪ E12.2 Diabetes mellitus asociada con desnutrición, con complicaciones renales ▪ E12.3 Diabetes mellitus asociada con desnutrición, con complicaciones oftálmicas ▪ E12.4 Diabetes mellitus asociada con desnutrición, con complicaciones neurológicas ▪ E12.5 Diabetes mellitus asociada con desnutrición, con complicaciones circulatorias periféricas ▪ E12.6 Diabetes mellitus asociada con desnutrición, con otras complicaciones especificadas ▪ E12.7 Diabetes mellitus asociada con desnutrición, con complicaciones múltiples ▪ E12.8 Diabetes mellitus asociada con desnutrición, con complicaciones no especificadas ▪ E12.9 Diabetes mellitus asociada con desnutrición, sin mención de complicación ○ E13 Otras diabetes mellitus especificadas ▪ E13.0 Otras diabetes mellitus especificadas, con coma ▪ E13.1 Otras diabetes mellitus especificadas, con cetoacidosis

DM 06 - Tasa de incidencia de invalidez por diabetes y sus complicaciones por cada 100,000 trabajadores asegurados, según unidad médica de adscripción del trabajador.
Interpretación y Observaciones

- E13.2 Otras diabetes mellitus especificadas, con complicaciones renales
- E13.3 Otras diabetes mellitus especificadas, con complicaciones oftálmicas
- E13.4 Otras diabetes mellitus especificadas, con complicaciones neurológicas
- E13.5 Otras diabetes mellitus especificadas, con complicaciones circulatorias periféricas
- E13.6 Otras diabetes mellitus especificadas, con Otras complicaciones especificadas
- E13.7 Otras diabetes mellitus especificadas, con complicaciones múltiples
- E13.8 Otras diabetes mellitus especificadas, con complicaciones no especificadas
- E13.9 Otras diabetes mellitus especificadas, sin mención de complicación
- E14 Diabetes mellitus, no especificada
 - E14.0 Diabetes mellitus no especificada, con coma
 - E14.1 Diabetes mellitus no especificada, con cetoacidosis
 - E14.2 Diabetes mellitus no especificada, con complicaciones renales
 - E14.3 Diabetes mellitus no especificada, con complicaciones oftálmicas
 - E14.4 Diabetes mellitus no especificada, con complicaciones neurológicas
 - E14.5 Diabetes mellitus no especificada, con complicaciones circulatorias periféricas
 - E14.6 Diabetes mellitus no especificada, con otras complicaciones especificadas
 - E14.7 Diabetes mellitus no especificada, con complicaciones múltiples
 - E14.8 Diabetes mellitus no especificada, con complicaciones no especificadas
 - E14.9 Diabetes mellitus no especificada, sin mención de complicación
- G632 Polineuropatía diabética
- G590 Mononeuropatía diabética
- H280 Catarata diabética
- H360 Retinopatía diabética
- N083 Trastornos glomerulares en diabetes mellitus

Se incluye en el numerador y denominador a los trabajadores IMSS.

La población para considerar será la publicada en la página de la comunidad de Salud en el Trabajo.

Indicador que calcula la Coordinación de Salud en el Trabajo, como coadyuvante en la toma de decisiones oportunas con el fin de evitar daños a la salud, visualizando la importancia en el impacto económico de los recursos que



DM 06 - Tasa de incidencia de invalidez por diabetes y sus complicaciones por cada 100,000 trabajadores asegurados, según unidad médica de adscripción del trabajador.	
Interpretación y Observaciones	administra la Institución, para proveer de las pensiones futuras para los trabajadores asegurados que las requieran. Unidades sin población: Existen unidades que no aparecen con población en lo publicado por la DIR, ni en el CUUMSP, pero que cuentan con casos elaborados de invalidez, por lo que se colocan en el indicador a nivel unidad con población cero. Diferencia entre el promedio por OOAD y por unidad: Existe una diferencia entre el denominador total por OOAD y por unidades, debido a que hay unidades que van apareciendo a lo largo del año, por lo que al obtener el promedio por unidad difiere con el promedio por OOAD. El resultado de este indicador es consecuencia de las acciones que se realizan entre los diferentes niveles de atención médica.

III.

Procesos Salud-Enfermedad en población derechohabiente

2. Atención integral de las enfermedades hipertensivas en población derechohabiente de 20 años y más





En 2024, las enfermedades cardiovasculares (ECV) siguen siendo la principal causa de muerte a nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se estima que 17.9 millones de personas mueren anualmente por ECV, representando aproximadamente el 32% de todas las muertes a nivel global.¹ La OMS explica que la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) afecta a 1 de cada 3 adultos en todo el mundo, causando accidentes cerebrovasculares, infartos de miocardio, insuficiencia cardíaca, daños renales y muchos otros problemas de salud.²

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), destaca que las enfermedades cardiovasculares (EVC), principalmente la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular, siguen siendo las causas principales de mortalidad y discapacidad en la región de las Américas. En 2019, 2.0 millones de personas murieron a causa de este tipo de enfermedades y el número de años de vida vividos con discapacidad casi se duplica en las dos últimas décadas.³ Situaciones como la promoción y fomento de la identificación oportuna de prediabetes y la medición correcta de la tensión arterial, son prerequisites 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 Sistémica requiera del acceso regular a los servicios de salud, ya que se trata de un padecimiento crónico que demanda un sistema de cuidados que opere de manera armónica, integral y continua.⁴

El Plan de Acción Global para la Prevención y Control de las Enfermedades No transmisibles 2013 – 2025, establece la meta de reducción del 25% sobre la prevalencia de Hipertensión Arterial Sistémica de los países miembros.⁵ En México, según datos de la ENSANUT 2022, la prevalencia de la HAS fue de 47.8%.⁶, mientras que, en 2024, en el Instituto Mexicano del Seguro Social se registraron 8,608,013 derechohabientes que viven con hipertensión arterial; 5,069,238 son mujeres y 3,538,775 son hombres.⁷

¹ OMS. Enfermedades Cardiovasculares. World Health Organization. Cardiovascular diseases. World Health Organization. Available at: https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases/#tab5tab_1. Consulta 24 enero de 2024.

² La OMS detalla, en un primer informe sobre la hipertensión arterial, los devastadores efectos de esta afección y maneras de ponerle coto. <https://www.who.int/es/news/item/19-09-2023-first-who-report-details-devastating-impact-of-hypertension-and-ways-to-stop-it>. Consulta 24 enero de 2024.

³ OPS. La Carga de Enfermedades Cardiovasculares. <https://www.paho.org/es/enlace/carga-enfermedades-cardiovasculares>. Consulta 25 enero de 2024.

⁴ OPS. 7° Informe del Comité Nacional Conjunto de los Estados Unidos de América sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la hipertensión arterial. 2013.

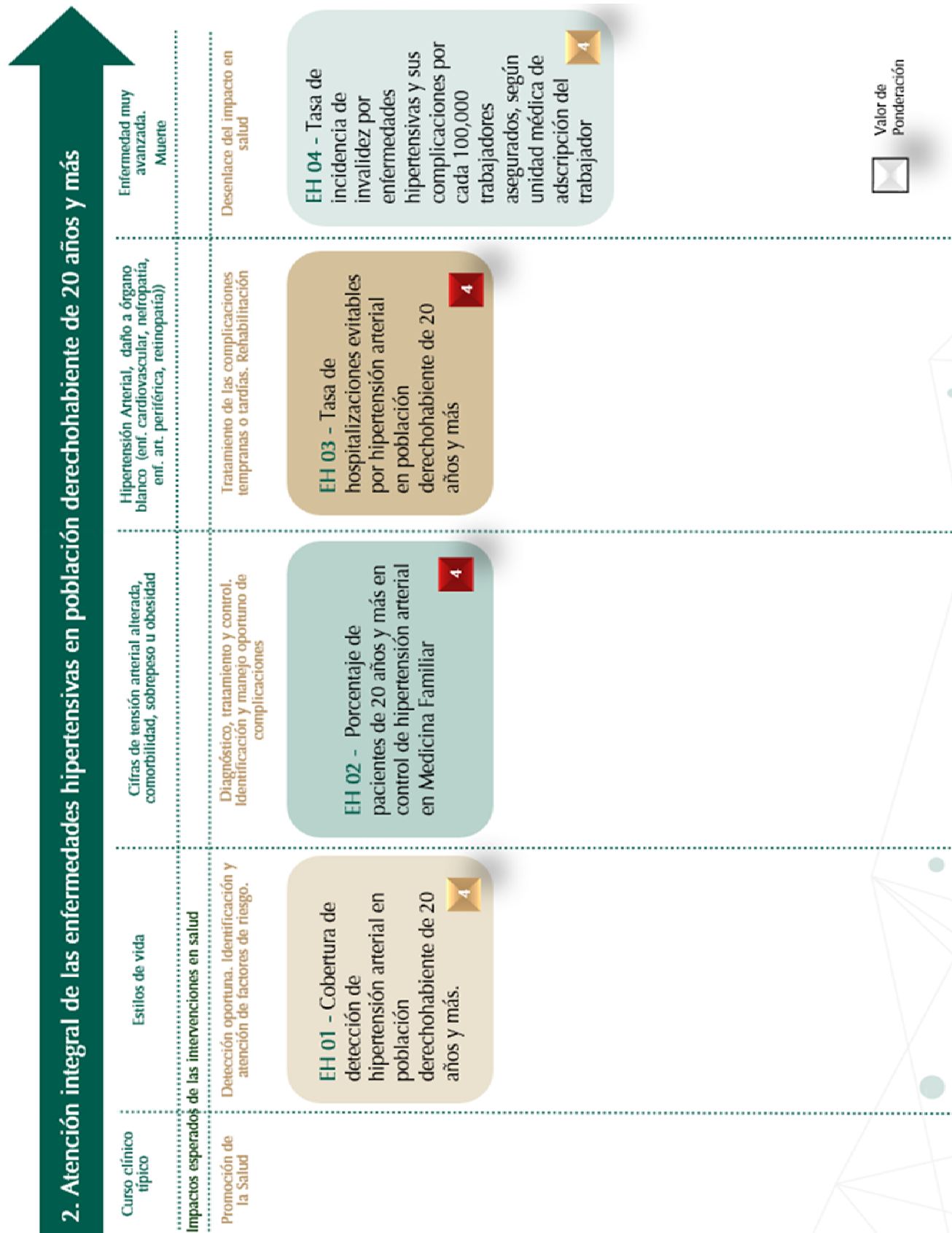
⁵ Global action plan for the prevention and control of non communicable diseases 2013-2020. 1. Chronic diseases. 2. Cardiovascular diseases. 3. Neoplasms. 4. Respiratory tract diseases. 5. Diabetes mellitus. 6. Health planning. 7. International cooperation. I. World Health Organization. ISBN 978 92 4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

⁶ Campos-Nonato, Ismael, et al. Prevalencia, tratamiento y control de la hipertensión arterial en adultos mexicanos: resultados de la Ensanut 2022. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2022/doctos/analiticos/22-Hipertension.arterial-ENSANUT2022-14779-72515-3-10-20230619.pdf>. Consulta realizada 25 enero de 2024.

⁷ Censo de pacientes con de hipertensión arterial sistémica 2024. IMSS/ UPIS/ CVE/ DIS - DVEENT. Datos disponibles para consulta y descarga: <http://infosalud.imss.gob.mx/PAGINAS/censo2024.htm>. Consulta realizada 2 de julio de 2025.



Valor de Ponderación



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 medición de tensión arterial en el primer nivel de atención, que permita la identificación temprana de hipertensión arterial y prehipertensión.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Número de derechohabientes de 20 años y más, con detección de hipertensión arterial, acumulados al mes del reporte}}{\text{Población de 20 años y más, adscrita a Médico Familiar} \text{ menos } \text{Prevalencias de hipertensión arterial específicas por grupo de edad y sexo}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).	Valor de la meta	≥ 69.0
Periodicidad	Mensual acumulado	Contabilizado por	Adscripción
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación	4 puntos
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 69.0	$> 57.1 \text{ a } < 69.0$	≤ 57.1
Dimensión	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define y le da seguimiento la Coordinación de Unidades de Primer Nivel. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud		
Interpretación y Observaciones	El logro esperado representa el porcentaje de la población cubierta con la detección de hipertensión arterial en el año evaluado. Los valores de referencia de los rangos de desempeño se modifican mensualmente (ver tabla EH 01). - La información del numerador obtenida del SIAIS como de la Población Adscrita a Médico Familiar, es integrada por la División de Información en Salud (DIS). - Se aplicarán las siguientes prevalencias en el denominador, por grupo de edad y sexo: - Mujeres de 20 a 29 años aplica 1.2% - Hombres de 20 a 29 años aplica 1.6% - Mujeres de 30 a 59 años aplica 15.8% - Hombres de 30 a 59 años aplica 13.5% y - Adulto mayor de 60 años y más aplica 43.3% Para el cálculo del indicador: - Se excluyen del numerador, las detecciones realizadas en derechohabientes con diagnóstico previo de hipertensión con base en el censo de pacientes de hipertensión arterial. - Para garantizar la idoneidad de los valores de desempeño esperados, se consideró como base el valor máximo histórico de productividad para esta detección, expresado en porcentaje con base en la proporción aplicable a la población objetivo de 20 años y más; lo cual, indirectamente, también involucra el balance de la infraestructura y recursos disponibles para la detección de hipertensión arterial. - Los valores de referencia se modifican mensualmente (ver tabla DM 01). - Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.		

Tabla EH 01 - Cobertura de detección de hipertensión arterial en población derechohabiente de 20 años y más.

Mes	Rangos desempeño	2025
Enero	Esperado	≥ 5.8
	Medio	$> 4.8 \text{ a } < 5.8$
	Bajo	≤ 4.8
Febrero	Esperado	≥ 11.5
	Medio	$> 9.5 \text{ a } < 11.5$
	Bajo	≤ 9.5
Marzo	Esperado	≥ 17.3
	Medio	$> 14.3 \text{ a } < 17.3$
	Bajo	≤ 14.3
Abril	Esperado	≥ 23.0
	Medio	$> 19.0 \text{ a } < 23.0$
	Bajo	≤ 19.0
Mayo	Esperado	≥ 28.8
	Medio	$> 23.8 \text{ a } < 28.8$
	Bajo	≤ 23.8
Junio	Esperado	≥ 34.5
	Medio	$> 28.6 \text{ a } < 34.5$
	Bajo	≤ 28.6
Julio	Esperado	≥ 40.3
	Medio	$> 33.3 \text{ a } < 40.3$
	Bajo	≤ 33.3
Agosto	Esperado	≥ 46.0
	Medio	$> 38.1 \text{ a } < 46.0$
	Bajo	≤ 38.1
Septiembre	Esperado	≥ 51.8
	Medio	$> 42.8 \text{ a } < 51.8$
	Bajo	≤ 42.8
Octubre	Esperado	≥ 57.5
	Medio	$> 47.6 \text{ a } < 57.5$
	Bajo	≤ 47.6
Noviembre	Esperado	≥ 63.3
	Medio	$> 52.3 \text{ a } < 63.3$
	Bajo	≤ 52.3
Diciembre	Esperado	≥ 69.0
	Medio	$> 57.1 \text{ a } < 69.0$
	Bajo	≤ 57.1

EH 02 - 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 de la atención en este grupo de pacientes.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Número de pacientes subsecuentes de 20 años y más con diagnóstico de hipertensión arterial (CIE-10: I10 - I15) con cifras de tensión arterial sistólica menor de 140 mmHg y diastólica menor de 90 mmHg atendidos en el período}}{\text{Total de pacientes subsecuentes de 20 años y más con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en el período}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).	Valor de la meta	≥ 85.2
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado	Contabilizado por	Adscripción
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación	4 puntos
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 85.2	> 83.5 a < 85.2	≤ 83.5
Dimensión	Eficiencia	Tipo de indicador	Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define y le da seguimiento la Coordinación de Unidades de Primer Nivel. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud		
Interpretación y Observaciones	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. Para el cálculo del indicador: - La información del numerador y denominador, es integrada por la División de Información en Salud (DIS) en el SIAIS. - 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 03 - Tasa de hospitalizaciones evitables por hipertensión arterial en población derechohabiente de 20 a 74 años.			
Objetivo del indicador	Medir el comportamiento de las hospitalizaciones potencialmente evitables por hipertensión arterial en derechohabientes de 20 a 74 años, con el propósito de conocer la magnitud de este problema de salud pública.		
Precisión del método de cálculo(fórmula)	$\frac{\text{Número de egresos hospitalarios por hipertensión arterial (códigos CIE- 10: I10-I13) en derechohabientes de 20 a 74 años}}{\text{Población Adscrita a Médico Familiar (PAMF) de 20 a 74 años}} \times 100,000$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: SUI-13. Egresos Hospitalarios. Denominador: Población Adscrita a Médico Familiar (PAMF). Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR).		
Valor de la meta	$\leq 17.38 \times 100,000$ derechohabientes de 20 a 74 años adscritos a médico familiar		
Periodicidad	Semestral anualizado	Contabilizado por	Adscripción
Unidad de medida	Tasa	Ponderación	4 puntos
Dimensión	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define y da seguimiento la División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud		
Interpretación y Observaciones	Es un indicador que permite medir las hospitalizaciones asociadas a la hipertensión arterial que podrían haberse evitado con atención no hospitalaria. Hospitalizaciones evitables: Son diagnósticos en los que una atención primaria efectiva y oportuna, evita el riesgo de hospitalización, bien sea previniendo el inicio de una enfermedad, tratando una enfermedad aguda o controlando una enfermedad. El seguimiento de los indicadores epidemiológicos a nivel estratégico implica la observación sistemática y la dinámica de los patrones de la hipertensión arterial en la población derechohabiente de 20 a 74 años. El valor de la meta corresponde a la reducción del 10% del valor basal de la mediana de las tasas de las unidades médicas correspondiente al periodo semestral anualizado de junio 2025. Para el cálculo del indicador: - Se contabiliza con base en el mes de la fecha de ingreso y cuando el tipo de ingreso sea igual a 1 (programado) o 2 (urgente). - Se contabiliza el egreso cuyo diagnóstico principal cumpla con las claves CIE-10: I10 a I13 (diagnósticos relacionados con las complicaciones por hipertensión arterial); la base de los egresos restantes se cruza con el Censo Nacional de pacientes que viven con hipertensión y se contabiliza el egreso que en el diagnóstico principal tenga un diagnóstico de la Tabla EH 03 - Hospitalizaciones evitables (hipertensión arterial) y registro en el Censo. - La evaluación por unidad médica solo considerará a las unidades que cuentan con Población Adscrita a Médico Familiar (PAMF) para el cálculo de la tasa, mientras que para el cálculo de la tasa por OOAD, se considerará a todos los casos del numerador independientemente de si la unidad médica que reporta cuenta o no con PAMF.		

EH 03 - Tasa de hospitalizaciones evitables por hipertensión arterial en población derechohabiente de 20 a 74 años.

Interpretación y Observaciones	• Para el reporte semestral anualizado de junio del año de proceso, se utilizará la Población Adscrita a Médico Familiar (PAMF) de 20 a 74 años del año previo; para el reporte semestral anualizado a diciembre, se utilizará la del año de proceso. • Se excluyen los egresos de las Unidad de Medicina Familiar (UMF), Unidad de Medicina Familiar con Hospital (UMFH), Unidad de Medicina Física y Rehabilitación (UMFR), Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA), Hospitales Psiquiátricos, Hospitales Pediátricos, Banco de Sangre, Laboratorio de Citología, Consulta Externa de Centro Médico Nacional de La Raza (CMNLR), Hospitales de Traumatología y Ortopedia, Hospitales de Gineco Obstetricia, Hospitales de Gineco Pediatría y Unidades de Detección y Diagnóstico de Cáncer de mama. • Se excluyen los registros de pacientes no derechohabientes. El resultado de este indicador es consecuencia de las acciones que se realizan en el primer nivel de atención, en los procesos relacionados con la prevención y control de la hipertensión arterial.
--------------------------------	---

Tabla EH 03 - Hospitalizaciones evitables (hipertensión arterial)

CIE-10	Descripción del diagnóstico
I10	Hipertensión esencial (primaria)
I11.0	Cardiopatía hipertensiva con insuficiencia cardíaca
I11.9	Cardiopatía hipertensiva sin insuficiencia cardíaca
I12.0	Enfermedad renal hipertensiva con insuficiencia renal
I12.9	Enfermedad renal hipertensiva sin insuficiencia renal
I13.0	Cardiopatía e insuficiencia renal hipertensivas con insuficiencia cardíaca
I13.1	Cardiopatía e insuficiencia renal hipertensivas con insuficiencia renal
I13.2	Cardiopatía e insuficiencia renal hipertensivas con insuficiencia cardíaca y renal
I13.9	Cardiopatía e insuficiencia renal hipertensivas no especificadas
I16.0	Crisis hipertensiva
I16.1	Emergencia hipertensiva
I16.9	Crisis hipertensiva, no especificada
I11.0 – I13.9	Cardiopatía hipertensiva
I16.1	Emergencia hipertensiva multiorgánica
I11.0 – I13.9	Cardiopatía hipertensiva
I16.1	Emergencia hipertensiva multiorgánica
N180	Insuficiencia renal terminal
N188	Otras insuficiencias renales crónicas
N189	Insuficiencia renal crónica, no especificada
N18X	Insuficiencia renal crónica
N19X	Insuficiencia renal no especificada

EH 04 - 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)	$\frac{\text{Total de dictámenes de invalidez iniciales (primera vez) aceptados con diagnóstico de enfermedad hipertensiva y sus complicaciones, según OOAD de origen acumulados al trimestre del reporte}}{\text{Promedio de trabajadores asegurados en invalidez y vida en el OOAD origen, al trimestre del reporte}} \times 100,000$			
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: SIST - Sistema Integral de Salud en el Trabajo. (Dictámenes iniciales de sí invalidez, elaborada en la Coordinación de Salud en el Trabajo, de manera trimestral) Denominador: Archivo denominado “Población Adscrita por Delegación” elaborado con la Base de datos de la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR), publicada por la Coordinación de Salud en el Trabajo en: http://comunidades.imss.gob.mx:106/sites/cc/dpm/cst/cst/bd/Forms/AllItems.aspx			
Valor de la meta	Enero - Marzo ≤ 1.16	Enero - Junio ≤ 2.68	Enero -Septiembre ≤ 4.31	Enero -Diciembre ≤ 6.00
Unidad de medida	Tasa por 100,000 trabajadores asegurados		Ponderación	4 puntos
Periodicidad	Trimestral acumulado		Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Periodo	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Ene - Mar	≤ 1.16	> 1.16 a ≤ 4.19	> 4.19
	Ene - Jun	≤ 2.68	> 2.68 a ≤ 10.19	> 10.19
	Ene - Sep	≤ 4.31	> 4.31 a ≤ 15.73	> 15.73
	Ene – Dic	≤ 6.00	> 6.00 a ≤ 21.83	> 21.83
Encargados de la definición y seguimiento.	Indicador que define, calcula y le da seguimiento la Coordinación de Salud en el Trabajo de la Unidad de Prestaciones Económicas y Salud en el Trabajo. Indicador publicado por la División de Análisis en Salud. El cálculo lo realizará la DAS cuando se otorgue acceso a las fuentes de información.			
Dimensión	Eficacia		Tipo de indicador	Estratégico
Interpretación y Observaciones	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 Para el cálculo del indicador: - Se excluyen para el numerador: las revaloraciones. - Los códigos CIE-10 que se utilizarán para enfermedad hipertensiva serán: I10-I15: - I10 Hipertensión esencial (primaria). - I11 Enfermedad cardíaca hipertensiva. - I11.0 Enfermedad cardíaca hipertensiva con insuficiencia cardíaca (congestiva).			

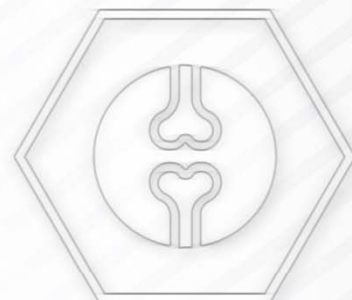
EH 04 - Tasa de incidencia de invalidez por enfermedades hipertensivas y sus complicaciones por cada 100,000 trabajadores asegurados, según unidad médica de adscripción del trabajador.

Interpretación y Observaciones	○ I11.9 Enfermedad cardíaca hipertensiva sin insuficiencia cardíaca (congestiva). ○ I12 Enfermedad renal hipertensiva. ○ I12.0 Enfermedad renal hipertensiva con insuficiencia renal. ○ I12.9 Enfermedad renal hipertensiva sin insuficiencia renal. ○ I13 Enfermedad cardiorenal hipertensiva. ○ I13.0 Enfermedad cardiorenal hipertensiva con insuficiencia cardíaca (congestiva). ○ I13.1 Enfermedad cardiorenal hipertensiva con insuficiencia renal. ○ I13.2 Enfermedad cardiorenal hipertensiva con insuficiencia cardíaca y renal (congestivas). ○ I13.9 Enfermedad cardiorenal hipertensiva, no especificada. ○ I15 Hipertensión secundaria. ○ I15.0 Hipertensión renovascular. ○ I15.1 Hipertensión secundaria a otros trastornos renales. ○ I15.2 Hipertensión secundaria a trastornos endocrinos. ○ I15.8 Otros tipos de hipertensión secundaria. ○ I15.9 Hipertensión secundaria, no especificada ○ Se incluye en el numerador y denominador a los trabajadores IMSS. ○ La población para considerar será la publicada en la Página de la Comunidad de Salud en el Trabajo. Indicador que calcula la Coordinación de Salud en el Trabajo, para la toma de decisiones oportunas con el fin de evitar daños a la salud, visualizando la importancia en el impacto económico de los recursos que administra la Institución para proveer de las pensiones futuras para los trabajadores asegurados que las requieran. <u>Unidades sin población:</u> Existen unidades que no aparecen con población en lo publicado por la DIR, ni en el CUUMSP, pero que cuentan con casos elaborados de invalidez, por lo que se colocan en el indicador a nivel unidad con población cero. <u>Diferencia entre el promedio por OOAD y por unidad:</u> Existe una diferencia entre el denominador total por OOAD y por unidades, debido a que hay unidades que van apareciendo a lo largo del año, por lo que al obtener el promedio por unidad difiere con el promedio por OOAD El resultado de este indicador es consecuencia de las acciones que se realizan entre los diferentes niveles de atención médica
--------------------------------	---

III.

**Procesos Salud-Enfermedad en
población derechohabiente**

3. Atención integral del cáncer de mama en la mujer



En el ámbito mundial, el cáncer de mama es la segunda neoplasia más frecuente en la población y la más frecuente entre las mujeres, con un estimado de 1.67 millones de nuevos casos diagnosticados anualmente, representando el 25% de los casos de cáncer en mujeres. La incidencia es más alta en países desarrollados, ya que varía desde 27 por 100,000 mujeres en África Central, hasta 96 en Europa Occidental.¹ El cáncer es una de las principales causas de mortalidad mundial, causando aproximadamente 1 de cada 6 muertes y afectando a casi todos los hogares (1). A nivel mundial, se estima que en 2022 hubo 20 millones de nuevos casos de cáncer y 9,7 millones de muertes por cáncer. La carga del cáncer aumentará aproximadamente un 77 % para 2050, lo que supondrá una mayor presión para los sistemas de salud, las personas y las comunidad.²

En 2019 en nuestro país, por cada 100 mil mujeres de 20 años o más, se reportaron 35.24 casos nuevos de cáncer de mama.³

Para fines de 2018 en el IMSS; se logró reducir la mortalidad por cáncer de mama en un 29.4 por ciento en mujeres de 25 y más años, al pasar de una tasa de 11.2 por 100,000 mujeres derechohabientes en 2006 a 7.9. Cada año el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) atiende a un promedio de 56 mil mujeres por cáncer de mama en diversos protocolos de atención. De enero a octubre de 2020, en el Seguro Social, se diagnosticaron de primera vez a 2,602 mujeres como portadoras de este padecimiento.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.

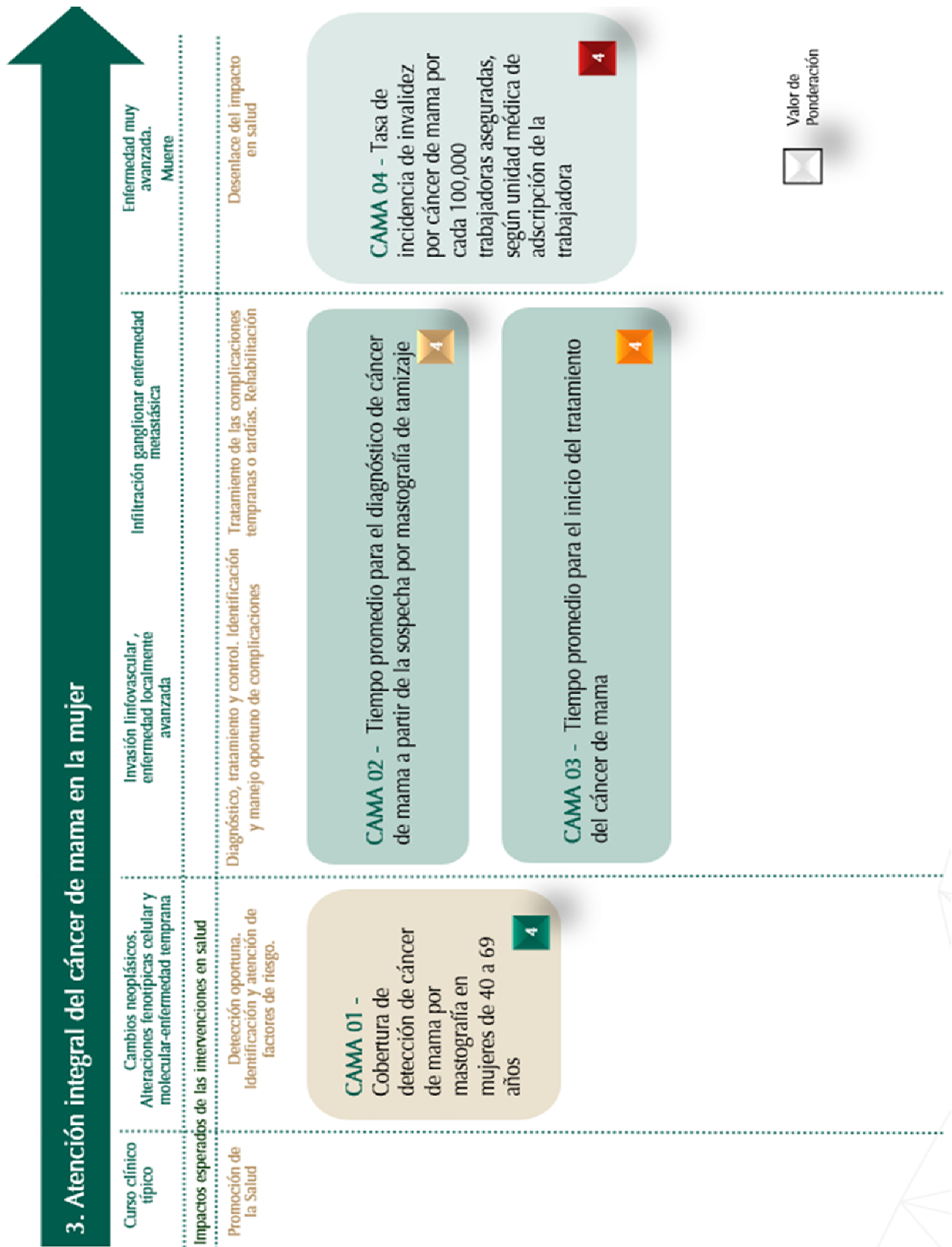
Para la actualización 2025 del MMIM, la División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles (DVEENT) de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica (CVE), realizó ajustes a los valores de referencia o meta de los indicadores de tasa de incidencia y mortalidad por cáncer de mama considerando el comportamiento del año previo en ambas medidas de frecuencia, lo anterior para establecer los rangos de desempeño.

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

² Día Mundial contra el Cáncer 2024 <https://www.emro.who.int/media/news/world-cancer-day-2024.html#:~:text=El%20c%C3%A1ncer%20es%20una%20de,millones%20de%20muertes%20por%20c%C3%A1ncer.>

³ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA MUNDIAL DE LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER DE MAMA. Comunicado INEGI. <http://11.3341.3890/portal/aplicaciones>. Consulta efectuada 1 de noviembre de 2019.

⁴ Estadísticas IMSS. Cáncer de mama. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202010/707>



CAMA 01 - Cobertura de detección de cáncer de mama por mastografía en mujeres de 40 a 69 años.					
Objetivo del indicador	Medir el porcentaje de mujeres entre 40 y 69 años, a quienes se realizó la mastografía de tamizaje para identificar alteraciones radiográficas sugestivas de cáncer.				
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de mujeres entre 40 y 69 años con mastografía de tamizaje acumuladas al mes de reporte				
	Población de mujeres entre 40 y 69 años adscritas a médico familiar	menos	Prevalencia de cáncer de mama en mujeres de 40 a 69 años	X 100	
Fuentes para el cálculo	Numerador y denominador: Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).				
Valor de la meta	>= 15.0	Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación	4 puntos
Periodicidad	Mensual acumulado	Contabilizado por		Adscripción	
Rangos de desempeño	Desempeño esperado		Desempeño medio		Desempeño bajo
	>= 15.0		> 10.0 a < 15.0		<= 10.0
Dimensión	Eficacia		Tipo de indicador		Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento.	Indicador que define y le da seguimiento la Coordinación de Unidades de Primer Nivel. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud.				
Interpretación y Observaciones	La cobertura de detección se traduce en el número de mujeres captadas para la realización de tamizaje por mastografía, con la oportunidad de identificar alteraciones radiográficas sugestivas de cáncer. Para garantizar la idoneidad de los valores de desempeño esperados, se realizó un método de fusión simple de los grupos de edad de 40 a 49 años y de 50 a 69 años, con base en los valores de referencia documentados para el 2023. La ecuación consiste en el resultado de la suma de numeradores esperados en el año inmediato anterior, dividido entre suma de denominadores esperados en el año inmediato anterior y convertido en porcentaje. El valor medio respeta el criterio del año anterior (menos de 5 puntos porcentuales respecto al valor esperado) Los valores de referencia de los rangos de desempeño se modifican mensualmente (Tabla CAMA 01) Para el cálculo: - La información del numerador como de la Población Adscrita a Médico Familiar, es integrada por la División de Información en Salud (DIS) en el SIAIS. - El numerador se integra con mastografías de tamizaje realizadas con periodicidad de al menos cada dos años ¹ - Se aplicará una prevalencia de 0.36% en el denominador, con base en la estimación de prevalencia de cáncer de mama para México a 5 años, en mujeres de 40 a 69 años. ¹ DOF - Diario Oficial de la Federación. NORMA Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, México, D.F., 2011.				

Tabla CAMA 01 - Cobertura de detección de cáncer de mama por mastografía en mujeres de 40 a 69 años.		
Mes	Rangos desempeño	
Enero	Esperado	≥ 1.3
	Medio	$> 0.8 \text{ a } < 1.3$
	Bajo	≤ 0.8
Febrero	Esperado	≥ 2.5
	Medio	$> 1.7 \text{ a } < 2.5$
	Bajo	≤ 1.7
Marzo	Esperado	≥ 3.8
	Medio	$> 2.5 \text{ a } < 3.8$
	Bajo	≤ 2.5
Abril	Esperado	≥ 5.0
	Medio	$> 3.3 \text{ a } < 5.0$
	Bajo	≤ 3.3
Mayo	Esperado	≥ 6.3
	Medio	$> 4.2 \text{ a } < 6.3$
	Bajo	≤ 4.2
Junio	Esperado	≥ 7.5
	Medio	$> 5.0 \text{ a } < 7.5$
	Bajo	≤ 5.0
Julio	Esperado	≥ 8.8
	Medio	$> 5.8 \text{ a } < 8.8$
	Bajo	≤ 5.8
Agosto	Esperado	≥ 10.0
	Medio	$> 6.7 \text{ a } < 10.0$
	Bajo	≤ 6.7
Septiembre	Esperado	≥ 11.3
	Medio	$> 7.5 \text{ a } < 11.3$
	Bajo	≤ 7.5
Octubre	Esperado	≥ 12.5
	Medio	$> 8.3 \text{ a } < 12.5$
	Bajo	≤ 8.3
Noviembre	Esperado	≥ 13.8
	Medio	$> 9.2 \text{ a } < 13.8$
	Bajo	≤ 9.2
Diciembre	Esperado	≥ 15.0
	Medio	$> 10.0 \text{ a } < 15.0$
	Bajo	≤ 10.0

CAMA 02 - Tiempo promedio para el diagnóstico de cáncer de mama a partir de la sospecha por mastografía de tamizaje.					
Objetivo del Indicador	Medir el tiempo promedio en días que emplea el Instituto Mexicano del Seguro Social para emitir el diagnóstico de cáncer de mama, una vez que se establece la sospecha a través de la mastografía de tamizaje.				
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de días naturales transcurridos entre la fecha del diagnóstico histopatológico con tipo de conducta "malignos" durante el periodo a evaluar y la fecha de toma de la mastografía de tamizaje con interpretación BIRADS 4 o 5				
	Total de pacientes que cuentan con fecha del diagnóstico histopatológico con tipo de conducta “malignos” durante el periodo a evaluar y con fecha de toma de la mastografía de tamizaje con interpretación BIRADS 4 o 5				
Fuentes oficiales para el cálculo	Registro Institucional de Cáncer (RIC) u otros sistemas de información que se desarrollen cuando entren en vigor				
Valor de la meta	<=30 días naturales	Unidad de medida	Promedio de días	Ponderación	4 puntos
Rangos de desempeño	Desempeño esperado		Desempeño medio		Desempeño bajo
	<=30		>30 a <=60		> 60.0
Periodicidad	Mensual semestralizado		Indicador contabilizado por		Adscripción
Dimensión	Eficacia		Tipo de indicador		Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento.	Indicador que define y da seguimiento la Coordinación de Atención Oncológica. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud				
Interpretación y Observaciones	Un menor número de días para obtener el diagnóstico contribuye a obtener un mejor pronóstico de la enfermedad. Días naturales: son todos aquellos días que componen al año. Mastografía de tamizaje: se refiere a la radiografía de las mamas que se realiza en mujeres asintomáticas para detectar el cáncer de mama en etapas tempranas, antes de que se puedan sentir bultos. Son aquellas registradas en el Módulo "Cáncer de Mama". Tipo de conducta "malignos": categoría de diagnóstico de cáncer en la tabla de resultados del RIC. Periodo a evaluar: los últimos 180 días previos a la fecha de corte en la que se está calculando el indicador Se incluyen los registros de pacientes cuando: ▪ La fecha de diagnóstico histopatológico se encuentre en el periodo a evaluar. ▪ Se cuente con reporte histopatológico con tipo de conducta "Malignos" Se excluyen los registros de pacientes cuando: ▪ No se cuente con fecha de toma de mastografía de tamizaje con interpretación BIRADS 4 o 5. ▪ No se cuente con fecha de diagnóstico histopatológico. ▪ El tipo de conducta del resultado histopatológico sea diferente a "malignos". ▪ La fecha del diagnóstico histopatológico sea anterior a la fecha de la toma de mastografía de tamizaje. ▪ El tiempo transcurrido entre la toma de la mastografía de tamizaje BIRADS 4 o 5 y el diagnóstico histopatológico de conducta "malignos" sea mayor a 365 días. ▪ Los registros sean duplicados. ▪ La meta se establece mediante el Lineamiento Técnico para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama en México				

Anexo 1- Diagnósticos CIE-O-cáncer de mama

Clave	Diagnóstico	Clave	Diagnóstico
85503	Adenocarcinoma Acinar	89823	Carcinoma Mioepitelial
87203	Adenocarcinoma de Células en Anillo de Sello	85223	Carcinoma Mixto (Ductal y Lobulillar Infiltrante)
84803	Adenocarcinoma Mucinoso	85233	Carcinoma mixto, otros (no incluir ductal con lobulillar infiltrante)
82903	Adenocarcinoma Oxifílico (Oncocítico)	84803	Carcinoma Mucinoso
89833	Adenomioepitelioma con Carcinoma	80133	Carcinoma Neuroendocrino de Células Grandes
91203	Angiosarcoma (Hemangiosarcoma)	80413	Carcinoma Neuroendocrino de Células Pequeñas
85753	Carcinoma Adenoescamoso de Bajo Grado Metaplásico	82463	Carcinoma Neuroendocrino SAI
82003	Carcinoma Adenoideo Quístico	83433	Carcinoma Papilar Encapsulado
84013	Carcinoma Apocrino	85033	Carcinoma papilar infiltrante
80903	Carcinoma Basocelular	85033	Carcinoma Papilar Intraductal con Invasión
80943	Carcinoma Basoescamoso	85033	Carcinoma Papilar Sólido
85753	Carcinoma con Características similares a Fibromatosis Metaplásico	85253	Carcinoma Polimorfo de Bajo Grado
80353	Carcinoma con Células Gigantes tipo Osteoclasto	85023	Carcinoma Secretor
85753	Carcinoma con Diferenciación Mesenquimatosas Metaplásico	82113	Carcinoma Tubular
85713	Carcinoma con Metaplasia Ósea y Cartilaginosa	85203	Carcinoma Túbulo Lobulillar Infiltrante
82013	Carcinoma Cribiforme SAI	85423	Enfermedad de Paget
83153	Carcinoma de células claras rico en glucógeno	85433	Enfermedad de Paget y Carcinoma Ductal In Situ
83143	Carcinoma de células claras rico en lípidos	85413	Enfermedad de Paget y Carcinoma Ductal Infiltrante
80323	Carcinoma de Células Fusiformes SAI	88903	Leiomioma sarcoma SAI
84003	Carcinoma de Glándulas Sudoríparas (Anexas)	95903	Linfoma Maligno SAI
85003	Carcinoma Ductal Infiltrante con Características Medulares	88503	Liposarcoma SAI
85003	Carcinoma Ductal Infiltrante SAI	87203	Melanoma Maligno SAI
85003	Carcinoma Ductal Microinvasor	89823	Mioepitelioma Maligno
85753	Carcinoma Epidermoide Metaplásico	80009	Neoplasia maligna poco diferenciada
85083	Carcinoma Hipersecretor Quístico	91803	Osteosarcoma SAI
85303	Carcinoma Inflamatorio	89203	Rabdomiosarcoma Alveolar
85043	Carcinoma Intraquistico SAI	89123	Rabdomiosarcoma de Células Fusiformes
85203	Carcinoma Lobulillar Infiltrante	89213	Rabdomiosarcoma Diferenciación Ganglionar
85203	Carcinoma Lobulillar Infiltrante Alveolar	89103	Rabdomiosarcoma Embrionario SAI
85203	Carcinoma Lobulillar Infiltrante Pleomorfo	89013	Rabdomiosarcoma Pleomorfo tipo Adulto
85203	Carcinoma Lobulillar Infiltrante Sólido	89003	Rabdomiosarcoma SAI
85203	Carcinoma Lobulillar Microinvasor	89023	Rabdomiosarcoma Tipo Mixto
85103	Carcinoma Medular	88003	Sarcoma SAI
85133	Carcinoma Medular Atípico	82493	Tumor Carcinoide Atípico
85123	Carcinoma Medular con estroma Linfoide	95803	Tumor de Células Granulares Maligno
85753	Carcinoma Metaplásico	90203	Tumor Filodes Maligno
85033	Carcinoma micro papilar infiltrante	80006	Tumor Metastásico
		80003	Tumor Maligno No Incluido en este catálogo

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

CAMA 03 – Tiempo promedio para el inicio del tratamiento del cáncer de mama.					
Objetivo del indicador	Medir el tiempo promedio en días, que emplea el Institución Mexicano del Seguro Social para iniciar el tratamiento una vez que se establece el diagnóstico histopatológico de cáncer de mama.				
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de días naturales transcurridos entre la fecha del diagnóstico histopatológico con tipo de conducta "malignos" y la fecha de inicio de tratamiento por cualquiera de las modalidades de las pacientes incluidas en el periodo a evaluar				
	Total de pacientes que cuentan con fecha de diagnóstico histopatológico con tipo de conducta “malignos” y con fecha de inicio de tratamiento por cualquiera de las modalidades durante el periodo a evaluar				
Fuentes oficiales para el cálculo	Registro Institucional de Cáncer (RIC) u otros sistemas de información que se desarrollen cuando entren en vigor.				
Valor de la meta	30 días naturales	Unidad de medida	Promedio de días	Ponderación	4 puntos
Rangos de desempeño	Desempeño esperado		Desempeño bajo		
	<= 30.0		> 30.0		
Periodicidad	Mensual semestralizado	Indicador contabilizado por		Adscripción	
Dimensión	Eficacia	Tipo de indicador		Estratégico	
Encargados de la definición y seguimiento.	Indicador que define y le da seguimiento la Coordinación de Atención Oncológica. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud.				
Interpretación y Observaciones	Un menor número de días para iniciar el tratamiento se correlaciona con mejor pronóstico, tratamientos menos agresivos y mejor calidad de vida. Días naturales: son todos aquellos días que componen al año. Tipo de conducta "malignos": categoría del diagnóstico de cáncer en la tabla de resultados del RIC. Fecha de inicio de tratamiento: es la fecha más antigua registrada por cualquiera de las modalidades de tratamiento (cirugía, sistémico o radioterapia) Periodo a evaluar: los últimos 180 días previos a la fecha de corte en la que se está calculando el indicador. Se incluyen los registros cuando: - La fecha de inicio de tratamiento por cualquiera de las modalidades se encuentre en el periodo a evaluar. - Cuente con reporte histopatológico con tipo de conducta "malignos". Se excluyen los registros de pacientes cuando: - No se cuente con fecha de diagnóstico histopatológico o fecha de inicio de tratamiento por cualquiera de las modalidades. - El tipo de conducta del resultado histopatológico sea diferente a "malignos". - La fecha del inicio de tratamiento por cualquier modalidad sea anterior a la fecha del diagnóstico histopatológico. - El tiempo transcurrido entre la fecha del diagnóstico histopatológico y el inicio de tratamiento por cualquiera de las modalidades sea mayor a 365 días. - Los registros sean duplicados. - La meta se establece mediante el Lineamiento Técnico para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama en México				

CAMA 04 - 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)	$\frac{\text{Total de dictámenes de invalidez iniciales (primera vez) aceptados con diagnóstico de cáncer de mama, según OOAD de origen acumulados al trimestre del reporte}}{\text{Promedio de trabajadoras aseguradas en invalidez y vida en el OOAD de origen, al trimestre del reporte}} \times 100,000$			
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: SIST - Sistema Integral de Salud en el Trabajo. (Dictámenes iniciales de sí invalidez, elaborada en la Coordinación de Salud en el Trabajo, de manera trimestral) Denominador: "Población Adscrita por Unidad "elaborado con la base de datos de la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR), publicada por la Coordinación de Salud en el Trabajo en la página: http://comunidades.imss.gob.mx:106/sites/cc/dpm/cst/cst/bd/Forms/AllItems.aspx			
Valor de la meta	Enero-marzo	Enero-Junio	Enero-septiembre	Enero-diciembre
	<= 1.43	<= 2.56	<= 5.40	<= 6.63
Unidad de medida	Tasa por 100,000 trabajadoras aseguradas		Ponderación	4 puntos
Periodicidad	Trimestral acumulado		Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Periodo	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Ene - Mar	<= 1.43	> 1.43 a <= 3.09	> 3.09
	Ene - Jun	<= 2.56	> 2.56 a <= 8.06	> 8.06
	Ene - Sep	<= 5.40	> 5.40 a <= 11.01	> 11.01
	Ene - Dic	<= 6.63	> 6.63 a <= 14.21	> 14.21
Dimensión	Eficacia		Tipo de indicador	Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento.	Indicador que define, calcula y le da seguimiento la Coordinación de Salud en el Trabajo de la Unidad de Prestaciones Económicas y Salud en el Trabajo. Indicador publicado por la División de Análisis en Salud. El cálculo lo realizará la DAS cuando se otorgue acceso a las fuentes de información.			
Interpretación y Observaciones	Identifica el comportamiento de la Invalidez por cáncer de mama durante el período de tiempo especificado, con relación al número de trabajadoras aseguradas en el ramo de aseguramiento de Invalidez y Vida Para el cálculo del indicador: - Se excluyen para el numerador: las revaloraciones y casos que se presentan en hombres. - Se incluye en el numerador y denominador a las trabajadoras IMSS. - La población para considerar será la publicada en la página de la comunidad de Salud en el Trabajo o variantes. - Los códigos CIE-10 que se utilizarán para cáncer de mama serán: C50 con sus variantes:			

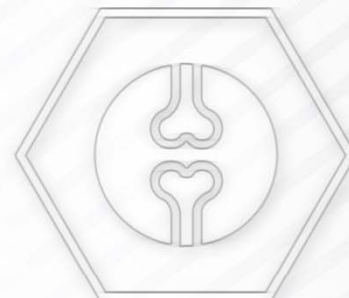
CAMA 04 - Tasa de incidencia de invalidez por cáncer de mama por cada 100,000 trabajadoras aseguradas, según unidad médica de adscripción de la trabajadora.

Interpretación y Observaciones	○ C50 Tumor maligno de la mama. • C50.0 Tumor maligno del pezón y aréola mamaria. • C50.1 Tumor maligno de la porción central de la mama • C50.2 Tumor maligno del cuadrante superior interno de la mama. • C50.3 Tumor maligno del cuadrante inferior interno de la mama. • C50.4 Tumor maligno del cuadrante superior externo de la mama. • C50.5 Tumor maligno del cuadrante inferior externo de la mama. • C50.6 Tumor maligno de la prolongación axilar de la mama. • C50.8 Lesión de sitios contiguos de la mama. • C50.9 Tumor maligno de la mama, parte no especificada. Indicador que calcula la Coordinación de Salud en el Trabajo para coadyuvar a la toma de decisiones oportunas, con el fin de evitar daños a la salud, visualizando la importancia en el impacto económico de los recursos que administra la institución para proveer de las pensiones futuras para los trabajadores asegurados que las requieran. <u>Unidades sin población:</u> Existen unidades que no aparecen con población en lo publicado por la DIR, ni en el CUUMSP, pero que cuentan con casos elaborados de invalidez, por lo que se colocan en el indicador a nivel unidad con población cero. <u>Diferencia entre el promedio por OOAD y por unidad:</u> Existe una diferencia entre el denominador total por OOAD y por unidades, debido a que hay unidades que van apareciendo a lo largo del año, por lo que al obtener el promedio por unidad difiere con el promedio por OOAD. El resultado de este indicador es consecuencia de las acciones que se realizan entre los diferentes niveles de atención médica
--------------------------------	--

III.

**Procesos Salud–Enfermedad en
población derechohabiente**

4. Atención integral del cáncer cérvico uterino



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 tráquea, bronquios y pulmón.¹ En la región de las américas de la Organización Panamericana de Salud (OPS), se estima que, de mantenerse las tendencias actuales, el número de muertes por esta causa aumentará 45% para el 2030.²

En el año 2022, el cáncer cérvico uterino fue la octava neoplasia más frecuente en la población mundial y la cuarta más frecuente entre las mujeres, con un estimado de 662,301 nuevos casos diagnosticados anualmente, 85% de los cuales se registran en países en vías de desarrollo.

En América Latina, este padecimiento representa la tercera neoplasia más común en mujeres, con estimaciones de 63,171 casos anuales. La tasa de incidencia ajustada en la región es de 15.1 casos por 100,000 mujeres.

En México en 2022, ocupó el segundo lugar como el cáncer más frecuente en las mujeres con una estimación de 10,348 casos nuevos, desde hace más de 10 años, el cáncer cérvico uterino es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer. En 2022 se estimó ocurrieron un total de 4,909 defunciones, con una tasa de mortalidad ajustada de 6.2 por 100,000 mujeres.

En el 2022, la mortalidad en el grupo específico de mujeres de 25 años y más, fue de 4,906 defunciones, con una tasa de 11.8 por 100,000 mujeres de 25 años y más.

La distribución de los casos de cáncer de cuello uterino en relación con el grupo de edad muestra un incremento a partir de los 35 años, siendo el grupo de 50 a 59 años el más afectado³

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 diagnóstico de cáncer cérvico uterino.

Para la actualización 2024 del MMIM, la División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles (DVEENT) de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica (CVE), realizó ajustes a los valores de referencia o meta de los indicadores de tasa de incidencia y mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino, las Displasias Cervicales y el Cáncer in Situ, considerando el comportamiento del año previo para estas medidas de frecuencia de cada uno de los OOAD. Estableciendo un rango con base en el percentil 25 al 75 de los OOAD, lo anterior para conocer la distribución de estos padecimientos en el país.

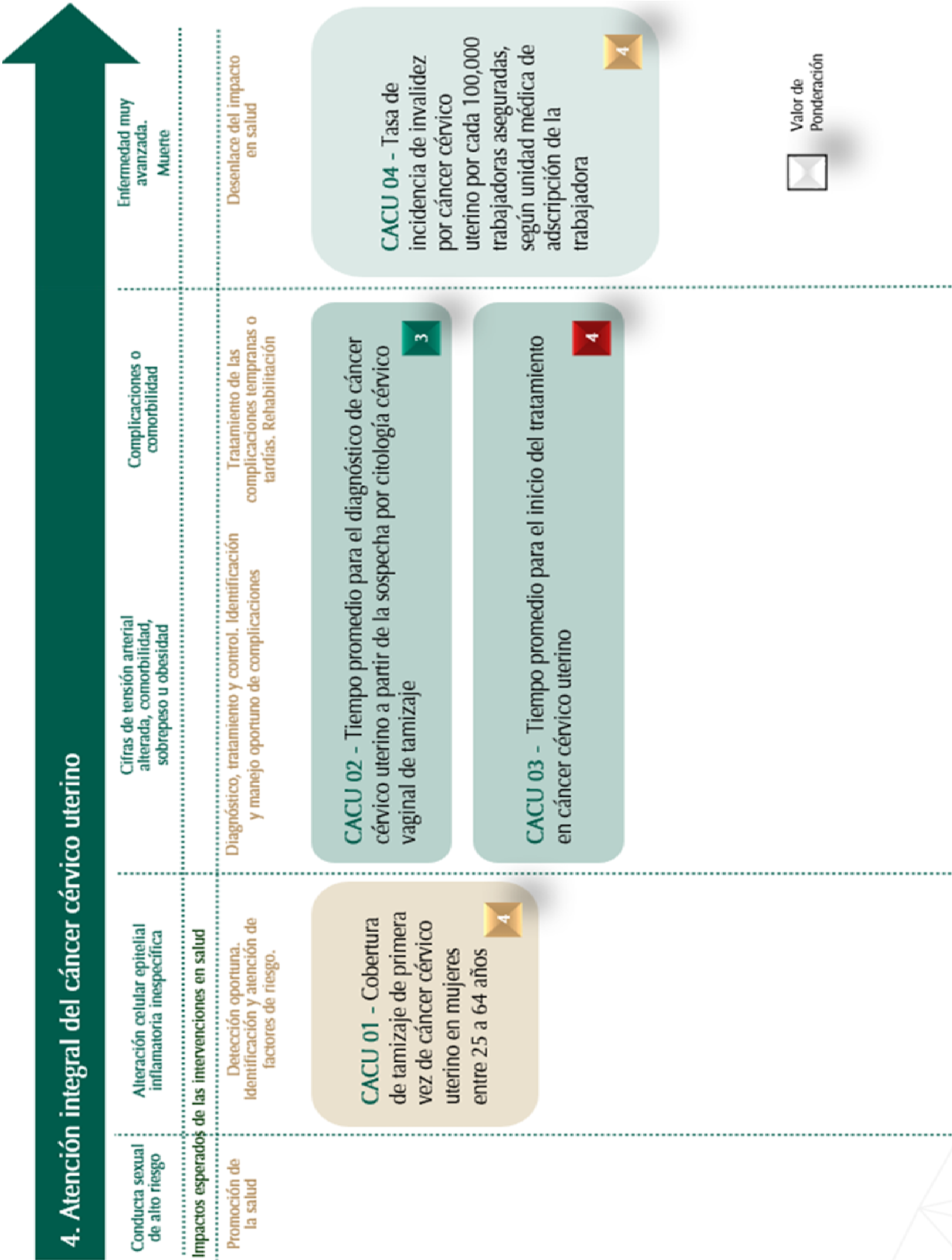
¹ WHO. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2022. <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>. Consulta realizada en febrero 2025.

² Cáncer Cérvico Uterino. Consultada en:

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

³ Semana de sensibilización en Cáncer Cérvico Uterino. Consultada en:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/487307/Hoja_de_Datos_2019_CACU.pdf



CACU 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.				
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				X 100
	Población de mujeres entre 25 y 64 años, adscritas a menos médico familiar		Prevalencias de mujeres histerectomizadas aplicables por grupo de edad		
Fuentes oficiales para el cálculo	Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).				
Valor de la meta	>= 27.0	Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación	4 puntos
Periodicidad	Mensual acumulado		Indicador contabilizado por		Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado		Desempeño medio		Desempeño bajo
	>= 27.0		> 20.5 a < 27.0		<= 20.5
Dimensión	Eficacia		Tipo de indicador		Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define y le da seguimiento la Coordinación de Unidades de Primer Nivel. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud				
Interpretación y Observaciones	Mide la proporción de mujeres entre 25 y 64 años que fueron captadas por el programa de tamizaje de cáncer cérvico uterino y se les realizó la prueba de papanicolaou. - 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. - La información del numerador como de la Población Adscrita a Médico Familiar, es integrada por la División de Información en Salud (DIS) en el SIAIS. - Las prevalencias de las mujeres histerectomizadas aplicadas al denominador, por grupo de edad son: - Mujeres de 25 a 29 años aplica: 0.4% - Mujeres de 30 a 39 años aplica: 2.9% - Mujeres de 40 a 49 años aplica: 10.9% - Mujeres de 50 a 59 años aplica: 21.1% - Mujeres de 60 a 64 años aplica: 29.5% - Las prevalencias de mujeres histerectomizadas se basan en la referencia internacional para mujeres hispanas publicada por los centros para el control y prevención de enfermedades (2022) - Los valores de referencia de los rangos de desempeño se modifican mensualmente (ver Tabla CACU 01). - Para garantizar la idoneidad de los valores de desempeño esperados, se consideró como base el valor máximo histórico de productividad para esta detección, expresado en porcentaje con base en la proporción aplicable a la población objetivo de mujeres de 25 a 64 años; lo cual, indirectamente, también involucra el balance de la infraestructura y recursos disponibles para la detección de cáncer cérvico uterino. - Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.				

Tabla CACU 01 - Cobertura de tamizaje de primera vez de cáncer cérvico uterino en mujeres entre 25 y 64 años.		
Mes	Rangos desempeño	
Enero	Esperado	≥ 2.3
	Medio	$> 1.7 \text{ a } < 2.3$
	Bajo	≤ 1.7
Febrero	Esperado	≥ 4.5
	Medio	$> 3.4 \text{ a } < 4.5$
	Bajo	≤ 3.4
Marzo	Esperado	≥ 6.8
	Medio	$> 5.1 \text{ a } < 6.8$
	Bajo	≤ 5.1
Abril	Esperado	≥ 9.0
	Medio	$> 6.8 \text{ a } < 9.0$
	Bajo	≤ 6.8
Mayo	Esperado	≥ 11.3
	Medio	$> 8.6 \text{ a } < 11.3$
	Bajo	≤ 8.6
Junio	Esperado	≥ 13.5
	Medio	$> 10.3 \text{ a } < 13.5$
	Bajo	≤ 10.3
Julio	Esperado	≥ 15.8
	Medio	$> 12.0 \text{ a } < 15.8$
	Bajo	≤ 12.0
Agosto	Esperado	≥ 18.0
	Medio	$> 13.7 \text{ a } < 18.0$
	Bajo	≤ 13.7
Septiembre	Esperado	≥ 20.3
	Medio	$> 15.4 \text{ a } < 20.3$
	Bajo	≤ 15.4
Octubre	Esperado	≥ 22.5
	Medio	$> 17.1 \text{ a } < 22.5$
	Bajo	≤ 17.1
Noviembre	Esperado	≥ 24.8
	Medio	$> 18.8 \text{ a } < 24.8$
	Bajo	≤ 18.8
Diciembre	Esperado	≥ 27.0
	Medio	$> 20.5 \text{ a } < 27.0$
	Bajo	≤ 20.5

CACU 02 - Tiempo promedio para el diagnóstico de cáncer cérvico uterino a partir de la sospecha por citología cérvico vaginal de tamizaje.					
Objetivo del indicador	Medir el tiempo promedio en días que emplea el Institución Mexicano del Seguro Social para emitir el diagnóstico de cáncer cérvico uterino una vez que se establece la sospecha a través de la citología cérvico vaginal de tamizaje				
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de días naturales transcurridos entre la fecha del diagnóstico histopatológico con tipo de conducta "malignos" durante el periodo a evaluar y la fecha de la toma de citología cervicovaginal de tamizaje con reporte de lesión				
	Total de pacientes que cuenten con fecha del diagnóstico histopatológico con tipo de conducta “malignos” durante el periodo a evaluar y con fecha de toma de citología cérvico vaginal de tamizaje con reporte de lesión				
Fuentes oficiales para el cálculo	Registro Institucional de Cáncer (RIC) u otros sistemas de información que se desarrollen cuando entren en vigor.				
Valor de la meta	30 días naturales o menos	Unidad de medida	Promedio de días	Ponderación	3 puntos
Rangos de desempeño	Desempeño esperado		Desempeño medio		Desempeño bajo
	<= 30		>30 a <=60		> 60.0
Periodicidad	Mensual semestralizado		Indicador contabilizado por		Adscripción
Dimensión	Eficacia		Tipo de indicador		Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define y le da seguimiento la Coordinación de Atención Oncológica. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud.				
Interpretación y Observaciones	Un menor número de días para obtener el diagnóstico contribuye a obtener un mejor pronóstico de la enfermedad. Días naturales: son todos aquellos días que componen al año. Citología cérvico uterino de tamizaje: toma de muestra de células provenientes del cuello uterino de mujeres asintomáticas para realizar tinción de Papanicolaou y detectar lesiones precursoras o malignas de manera temprana. Tipo de conducta "malignos": categoría otorgada a los diagnósticos de cáncer en la tabla de resultados del RIC. Periodo a evaluar: los últimos 180 días previos a la fecha de corte en la que se está calculando el indicador. Se consideran "citología cérvico uterino de tamizaje" las reportadas en el módulo "cáncer cérvico uterino" y que en el campo "desc_muestra_citologia" contengan "CITOLOGIA EXFOLIATIVA DE CERVIX UTERINO DE DETECCION". Los reportes de lesión intraepitelial o cáncer se reconocerán porque en el campo "tp_conducta_citologica" de la tabla de salida contienen "POSITIVO". Se incluyen los registros de pacientes cuando: - La fecha de diagnóstico histopatológico se encuentre en el periodo a evaluar. - Se cuente con reporte histopatológico con tipo de conducta “malignos”. Se excluyen los registros de pacientes cuando: - No se cuente con fecha de toma de la citología cérvico uterino de tamizaje. - No se cuente con fecha de diagnóstico histopatológico.				

CACU 02 - Tiempo promedio para el diagnóstico de cáncer cérvico uterino a partir de la sospecha por citología cérvico vaginal de tamizaje.

Interpretación y Observaciones	- El tipo de conducta del resultado histopatológico sea diferente a "malignos". - La fecha del diagnóstico histopatológico sea anterior a la fecha de la toma de citología cervicouterino de tamizaje. - El tiempo transcurrido entre la toma de la citología cérvico uterino de tamizaje con reporte de lesión intraepitelial y el diagnóstico histopatológico con tipo de conducta "malignos" sea mayor a 365 días. - Los registros sean duplicados.
--------------------------------	---

Anexo 1- Diagnósticos CIE-O - cáncer cérvico uterino

Clave	Diagnóstico	Clave	Diagnóstico
83103	Adenocarcinoma de Células Claras SAI	80823	Carcinoma Linfoepitelial
83223	Adenocarcinoma de Células Claroacuosas	80133	Carcinoma Neuroendocrino de Células Grandes
87203	Adenocarcinoma de Células en Anillo de Sello	80413	Carcinoma Neuroendocrino de Células Pequeñas
81403	Adenocarcinoma de Mínima Desviación	80513	Carcinoma verrugoso SAI
83803	Adenocarcinoma Endometriode SAI	89803	Carcinosarcoma SAI
81403	Adenocarcinoma Invasor Temprano	88913	Leiomiomasarcoma Epitelioide
91103	Adenocarcinoma Mesonéfrico	88963	Leiomiomasarcoma Mixoide
84803	Adenocarcinoma Mucinoso	88903	Leiomiomasarcoma SAI
81403	Adenocarcinoma SAI	95903	Linfoma Maligno SAI
84413	Adenocarcinoma Seroso	87203	Melanoma Maligno SAI
84823	Adenocarcinoma Tipo Endocervical	91103	Mesonefoma Maligno
81403	Adenocarcinoma Tipo Intestinal	80009	Neoplasia Maligna poco diferenciada
82623	Adenocarcinoma Velloglandular bien Diferenciado	87143	Pecoma Maligno
89333	Adenosarcoma	89203	Rabdomiosarcoma alveolar
85603	Carcinoma Adenoescamoso	89123	Rabdomiosarcoma de Células Fusiformes
80983	Carcinoma Adenoideo Basal	89213	Rabdomiosarcoma Diferenciación Ganglionar
82003	Carcinoma Adenoideo Quístico	89103	Rabdomiosarcoma Embrionario SAI
80833	Carcinoma Basaloide de Células Escamosas	89013	Rabdomiosarcoma Pleomorfo tipo Adulto
80153	Carcinoma de Células Vidriosas	89003	Rabdomiosarcoma SAI
80513	Carcinoma Epidermoide Condilomatoso	89023	Rabdomiosarcoma tipo mixto
80723	Carcinoma Epidermoide de Células Grandes no Queratinizante	88053	Sarcoma Indiferenciado
80813	Carcinoma Epidermoide de Células Grandes Queratinizantes	82493	Tumor Carcinoide Atípico
80733	Carcinoma Epidermoide de Células Pequeñas No Queratinizante	82403	Tumor Carcinoide SAI
80703	Carcinoma Epidermoide Escamotransicional	95803	Tumor de Células Granulares Maligno
80763	Carcinoma Epidermoide Microinvasor	80003	Tumor maligno no incluido en este catálogo
80713	Carcinoma Epidermoide Queratinizante	91103	Tumor Mesonéfrico Maligno
80703	Carcinoma epidermoide SAI	80006	Tumor Metastásico
80203	Carcinoma Indiferenciado SAI	89403	Tumor Mixto (Epitelial-Mesenquimatoso)

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

CACU 03 - Tiempo promedio para el inicio del tratamiento en cáncer cérvico uterino.					
Objetivo del indicador	Medir el tiempo promedio en días que emplea el Instituto Mexicano del Seguro Social para iniciar el tratamiento del cáncer cérvico uterino una vez que se establece el diagnóstico histopatológico de cáncer cérvico uterino.				
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de días naturales transcurridos entre la fecha del diagnóstico histopatológico con tipo de conducta "malignos" y la fecha de inicio de tratamiento por cualquiera de las modalidades de las pacientes incluidas durante el periodo a evaluar				
	Total de pacientes que cuentan con fecha de diagnóstico histopatológico con tipo de conducta "malignos" y con fecha de inicio de tratamiento por cualquiera de las modalidades durante el periodo a evaluar				
Fuentes oficiales para el cálculo	Registro Institucional de Cáncer (RIC) u otros sistemas de información que se desarrollen cuando entren en vigor.				
Valor de la meta	30 días naturales o menos	Unidad de medida	Promedio de días	Ponderación	4 puntos
Rangos de desempeño	Desempeño esperado		Desempeño bajo		
	<= 30.0		> 30.0		
Periodicidad	Mensual semestralizado		Indicador contabilizado por		Adscripción
Dimensión	Eficacia		Tipo de indicador		Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define y le da seguimiento la Coordinación de Atención Oncológica. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud.				
Interpretación y Observaciones	Un menor número de días para iniciar el tratamiento se correlaciona con mejor pronóstico, tratamientos menos agresivos y mejor calidad de vida. Días naturales: son todos aquellos días que componen al año. Fecha de inicio de tratamiento por cualquier modalidad: es la fecha más antigua registrada por cualquiera de las modalidades de tratamiento (cirugía, sistémico o radioterapia), posterior a la fecha del resultado histopatológico con conducta "malignos". Tipo de conducta "malignos": clasificación otorgada a los diagnósticos de cáncer en la tabla de resultados del RIC. Periodo a evaluar: los últimos 180 días previos a la fecha de corte en la que se está calculando el indicador. Se incluirán los registros de pacientes cuando: - La fecha de inicio de tratamiento por cualquiera de las modalidades se encuentre en el periodo a evaluar. - Se cuente con reporte histopatológico con tipo de conducta "malignos" Se excluirán los registros de pacientes cuando: - No se cuente con la fecha de diagnóstico histopatológico o con la fecha de inicio de tratamiento por cualquiera de las modalidades. - El tipo de conducta del resultado histopatológico sea diferente a "malignos". - La fecha del inicio de tratamiento por cualquier modalidad sea anterior a la fecha del diagnóstico histopatológico con tipo de conducta "malignos"				



CACU 03 - Tiempo promedio para el inicio del tratamiento en cáncer cérvico uterino.	
Interpretación y Observaciones	▪ El tiempo transcurrido entre la fecha del diagnóstico histopatológico con tipo de conducta “maligno” y el inicio de tratamiento por cualquiera de las modalidades sea mayor a 365 días. ▪ Los registros sean duplicados.

CACU 04 - 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)	$\frac{\text{Total de dictámenes de invalidez iniciales (primera vez) aceptados con diagnóstico de cáncer cérvico uterino, según OOAD de origen acumulados al trimestre del reporte}}{\text{Promedio de trabajadoras aseguradas en invalidez y vida en el OOAD de origen, al trimestre del reporte.}} \times 100,000$			
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: : SIST - Sistema Integral de Salud en el Trabajo. (Dictámenes iniciales de sí invalidez, elaborada en la Coordinación de Salud en el Trabajo, de manera trimestral) Denominador: Archivo denominado “Población Adscrita por Unidad” elaborado con la Base de datos de la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR), publicada por la Coordinación de Salud en el Trabajo en la página de la Comunidad de Salud en el Trabajo en la Biblioteca de Bases de datos. http://comunidades.imss.gob.mx:106/sites/cc/dpm/cst/cst/bd/Forms/AllItems.aspx			
Valor de la meta	Marzo	Junio	Septiembre	Diciembre
	<= 0.00	<= 0.00	<= 1.25	<= 1.44
Unidad de medida	Tasa por 100,000 trabajadoras aseguradas		Ponderación	4 puntos
Periodicidad	Trimestral acumulado		Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Periodo	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Ene - Mar	<= 0.00	> 0.00 a <= 1.52	> 1.52
	Ene - Jun	<= 0.00	> 0.00 a <= 2.37	> 2.37
	Ene - Sep	<= 1.25	> 1.25 a <= 3.01	> 3.01
	Ene – Dic	<= 1.44	> 1.44 a <= 4.32	> 4.32
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define, calcula y le da seguimiento la Coordinación de Salud en el Trabajo de la Unidad de Prestaciones Económicas y Salud en el Trabajo. Indicador publicado por la División de Análisis en Salud. El cálculo lo realizará la DAS cuando se otorgue acceso a las fuentes de información.			
Dimensión	Eficacia		Tipo de indicador	Estratégico
Interpretación y Observaciones	Para el cálculo del indicador: • Se excluyen para el numerador: las revaloraciones. • Se incluye en el numerador y denominador a las trabajadoras IMSS. • La población para considerar será la publicada en la Página de la Comunidad de Salud en el Trabajo.			



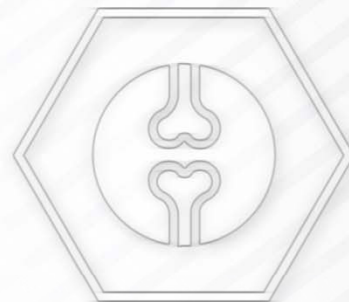
CACU 04 - Tasa de incidencia de invalidez por cáncer cérvico uterino por cada 100,000 trabajadoras aseguradas, según unidad médica de adscripción de la trabajadora.	
Interpretación y Observaciones	- Los códigos CIE-10 que se utilizarán para Cáncer Cérvico Uterino, serán: - C53 Tumor maligno del cuello 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. Indicador que calcula la Coordinación de Salud en el Trabajo para la toma de decisiones oportunas con el fin de evitar daños a la salud, visualizando la importancia en el impacto económico de los recursos que administra la Institución para proveer de las pensiones futuras para los trabajadores asegurados que las requieran. <u>Unidades sin población:</u> Existen unidades que no aparecen con población en lo publicado por la DIR, ni en el CUUMSP, pero que cuentan con casos elaborados de invalidez, por lo que se colocan en el indicador a nivel unidad con población cero. <u>Diferencia entre el promedio por OOAD y por unidad:</u> Existe una diferencia entre el denominador total por OOAD y por unidades, debido a que hay unidades que van apareciendo a lo largo del año, por lo que al obtener el promedio por unidad difiere con el promedio por OOAD. El resultado de este indicador es consecuencia de las acciones que se realizan entre los diferentes niveles de atención médica.



III.

Procesos Salud-Enfermedad en población derechohabiente

5. Atención materna integral



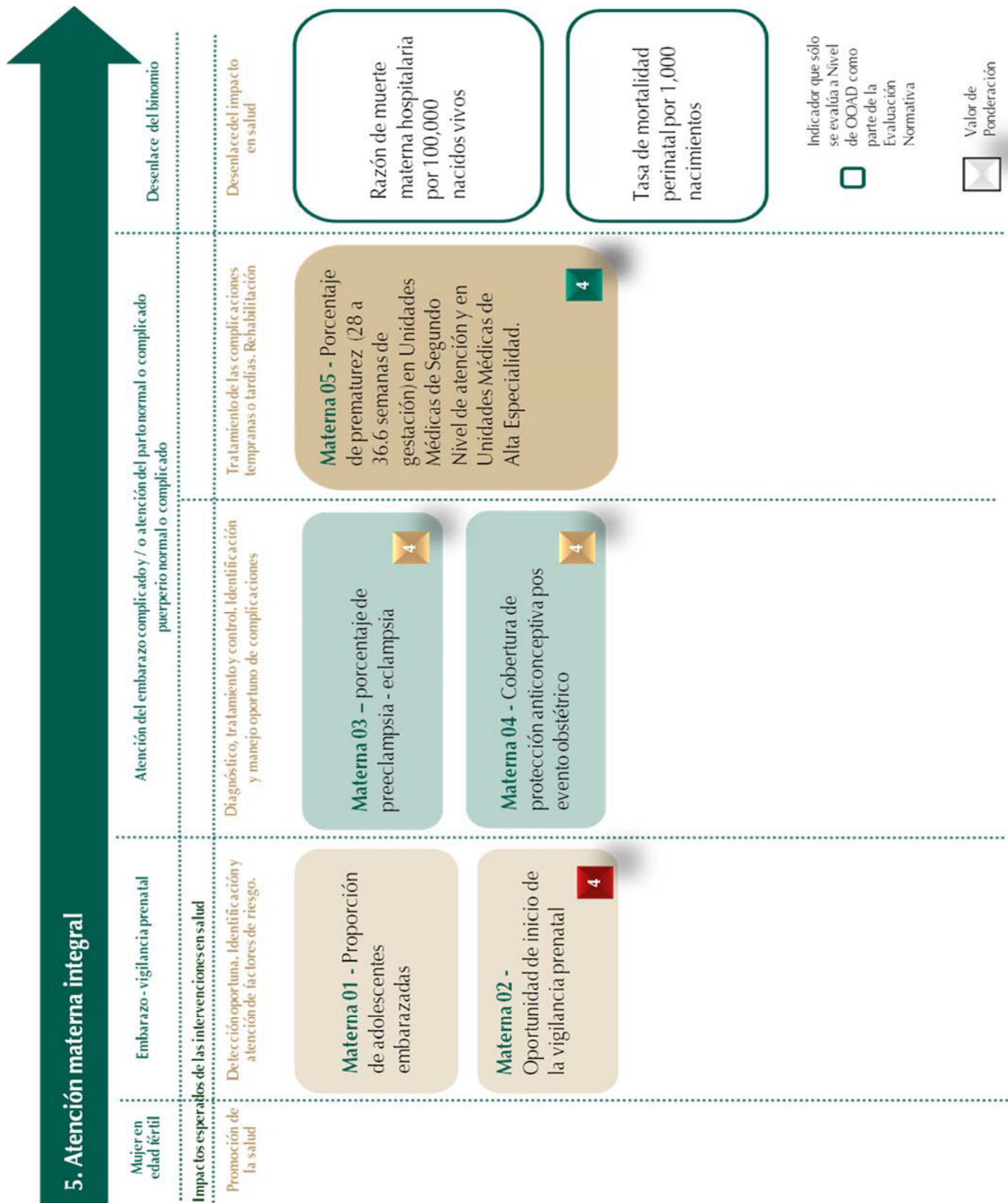
El embarazo y el parto son eventos fisiológicos que en la mayoría de los casos transcurren sin complicaciones; no obstante, existen condiciones que, de no detectarse a tiempo, incrementan el riesgo de enfermar o morir de la madre y/o del recién nacido.

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. La meta de la Agenda de Desarrollo Sostenible es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100,000 nacidos vivos entre 2016 y 2030.

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

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

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



Materna 01 - Porcentaje de adolescentes embarazadas.			
Objetivo del indicador	Medir la proporción de mujeres derechohabientes de 10 a 19 años que se embarazan, grupo vulnerable de alto riesgo para su salud y la supervivencia, así como el desarrollo del binomio madre-hijo.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de embarazadas adolescentes de 10 a 19 años		X 100
	Total de embarazadas		
Fuentes oficiales	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”/ Sistema de Información Médica Operativa Central (SIMOC) y sus actualizaciones.		
Valor de la meta	<= 8.5	Periodicidad	Mensual y mensual acumulado
Unidad de medida	Porcentaje	Contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	<= 8.5	> 8.5 a < 9.1	>= 9.1
Dimensión	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define y le da seguimiento la Coordinación de Unidades de Primer Nivel. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud		
Interpretación y Observaciones	Una proporción mayor al valor de referencia se traduce como la falta de impacto en las actividades de comunicación educativa en salud sexual y reproductiva en las y los adolescentes y la no adopción de métodos anticonceptivos, incrementando el embarazo no deseado, el riesgo obstétrico y perinatal, y por consiguiente, la morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal. 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 a la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente ENAPEA, de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) y de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).		
	- La información del numerador y denominador proveniente del SIAIS es integrada por la División de Información en Salud (DIS). - Para el cálculo 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. - Mensual y mensual acumulado por OOAD y por Unidad de Medicina Familiar. Los criterios de cálculo de este indicador aplicarán a partir de la disposición de los datos en los sistemas de información estadísticos administrados por la División de Información en Salud. Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.		

Materna 02 - Oportunidad de inicio de la vigilancia prenatal.					
Objetivo del indicador	Medir el porcentaje de mujeres que acuden dentro del primer trimestre de gestación a la vigilancia prenatal en el servicio de medicina familiar, para identificar tempranamente factores de riesgo, otorgar tratamiento y prevenir complicaciones durante el embarazo; así como brindar educación para el cuidado de la salud en el beneficio del binomio madre-hijo.				
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Consultas prenatales con ocasión de servicio de primera vez, en el primer trimestre de la gestación}}{\text{Total de consultas prenatales con ocasión de servicio de primera vez}} \times 100$				
Fuentes oficiales	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”.				
Valor de la meta	>= 53.0	Periodicidad	Mensual y mensual acumulado	Contabilizado por	Adscripción
Unidad de medida	Porcentaje		Ponderación		4 puntos
Rangos de desempeño	Desempeño esperado		Desempeño medio		Desempeño bajo
	>= 53.0		> 50.0 a < 53.0		<= 50.0
Dimensión	Eficacia		Tipo de indicador		Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define y le da seguimiento la Coordinación de Unidades de Primer Nivel. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud				
Interpretación y Observaciones	Un porcentaje de 53 o más por cada 100 embarazadas, se traduce como eficacia en la cobertura con la finalidad de identificar factores que compliquen el embarazo y otorgar tratamiento oportuno en caso necesario 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 Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, “Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”. Para el cálculo del indicador: - La información del numerador y denominador es integrada por la División de Información en Salud (DIS) en el SIAIS. - Se incluyen las consultas de vigilancia prenatal que otorga el médico en el servicio de Medicina Familiar. - Se excluyen las consultas otorgadas a las embarazadas en los servicios de Atención Médica Continua o Urgencias, de las Unidades de Medicina Familiar. - Se excluyen las Unidades médicas de Primer Nivel de atención, que reportaron 24 o menos consultas prenatales de primera vez en el periodo de enero-diciembre del año previo. - Se excluye del numerador y denominador a población no derechohabiente. Los criterios de cálculo de este indicador aplicarán a partir de la disposición de los datos en los sistemas de información estadísticos administrados por la División de Información en Salud. Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.				

Materna 03 - Porcentaje 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 O11, O14 y O15)				
	Total de egresos obstétricos (CIE-10: Capítulo XV Embarazo, parto y puerperio, Códigos O00 a O99)		menos	Abortos (CIE-10: Códigos O00 a O08)	X 100
Fuentes oficiales	Numerador y denominador: Sistema de Información Médico Operativo Central (SIMOC), tabla SUI 13 Egresos hospitalarios.				
Valor de la meta	<=5.0 a <=8.0	Periodicidad	Mensual y mensual acumulado	Contabilizado por	Atención
Unidad de medida	Porcentaje		Ponderación		4 puntos
Rangos de desempeño	Desempeño esperado		Desempeño medio		Desempeño bajo
	<=5.0 a <=8.0		>3.9 a <5.0 o >8.0 a <10.0		<= 3.9 o >= 10.0
Dimensión	Eficacia		Tipo de indicador		Gestión
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define y le da seguimiento la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud				
Interpretación y Observaciones	Una cifra menor de 5% se traduce como inconsistencias en el registro de los diagnósticos motivo de atención y/o subestimación del diagnóstico en la nota médica de egreso hospitalario o inconsistencias en el establecimiento del diagnóstico durante la estancia hospitalaria y/o en la “Hoja de Alta Hospitalaria, Alta 1/21”. 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 y/o sobre registro del diagnóstico en las fuentes primarias como “hipertensión a clasificar” en la nota médica de alta y/o en la “Hoja de Alta Hospitalaria, Alta 1/21”. La información científica señala que la preeclampsia afecta entre el 5 al 12% de la población en países en vías de desarrollo. El personal directivo del servicio en las unidades hospitalarias de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas, deben capacitar y supervisar la calidad de los registros médicos durante la estancia hospitalaria y al egreso en las notas médicas, y “Hoja de Alta Hospitalaria, Alta 1/21”. 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: - Los códigos CIE-10 que se utilizarán para preeclampsia-eclampsia son: O11 Preeclampsia superpuesta a hipertensión preexistente. O14. Preeclampsia. O15. Eclampsia. - Se buscarán en el SUI-13 y se contabilizarán cuando se muestre en				

Materna 03 - Porcentaje de preeclampsia – eclampsia.	
	cualquiera de los campos siguientes: Diagnóstico principal de egreso, diagnóstico secundario 1, diagnóstico secundario 2, diagnóstico secundario 3, diagnóstico secundario 4 y diagnóstico secundario 5. Contabilizar los campos de diagnóstico secundario 3, diagnóstico secundario 4 y diagnóstico secundario 5, se efectuará en el momento en que se realicen los cambios necesarios a las salidas en los sistemas de información. ▪ El denominador contabiliza los egresos obstétricos excluyendo los abortos con código CIE-10, grupo 1, códigos: O00 a O08. ▪ Incluye población No derechohabiente. ▪ El indicador se obtendrá por hospitales de segundo nivel y su total, y tercer nivel y su total, así como la suma de los dos niveles. ▪ Se calculan por separado las cinco UMAE siguientes y su total: ○ 36A102142153 – HGO 3 CMN La Raza. ○ 37A401142153 – HGO 4 CMN SXXI San Ángel. ○ 14A602142153 – HGO s/n CMN Oblatos, Jalisco ○ 20A101142153 – HGO 23 CMN Monterrey ○ 11A121142153 – HGP 48 CMN León. Para la evaluación del desempeño se contabilizará: ▪ De manera independiente las unidades hospitalarias de los OOAD y las UMAE seleccionadas. ▪ Este indicador no aplica para las UMFH y UMAA Indicador del Programa presupuestario E-011, reporte a CONEVAL y a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Materna 04 - Cobertura de protección anticonceptiva posevento obstétrico.					
Objetivo del indicador	Medir la proporción de mujeres aceptantes de un método anticonceptivo, después de la interrupción del embarazo (parto eutócico, distócico vaginal, distócico abdominal o complicaciones de aborto) y antes del egreso hospitalario para concluir la fecundación o ampliar el periodo entre cada gestación.				
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Total de aceptantes de método anticonceptivo en parto eutócico, distócico vaginal, distócico abdominal y por complicaciones de aborto.}}{\text{Total de egresos de partos eutócicos, distócicos vaginales, distócicos abdominales y por complicaciones de aborto.}} \times 100$				
Fuentes oficiales	Numerador y Denominador: Sistema de Información Médica Operativa Central (SIMOC) y sus actualizaciones.				
Valor de la meta	>= 83.5	Periodicidad	Mensual y mensual acumulado	Contabilizado por	Atención
Unidad de medida	Porcentaje		Ponderación OOAD Ponderación para CUMAE	OOAD: 4 puntos Ver tabla CUMAE 7	
Rangos de desempeño	Desempeño esperado		Desempeño medio		Desempeño bajo
	>= 83.5		> 81.9 a < 83.5		<= 81.9
Dimensión	Eficacia		Tipo de indicador		Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que definen y le dan seguimiento, en las unidades bajo su responsabilidad, la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel y 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, OOAD y UMAE. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud				
Interpretación y Observaciones	Una cifra inferior al 80% traduce deficiencias en el impacto de las acciones de comunicación educativa proporcionada a las embarazadas o puérperas por el personal de salud capacitado y que tiene como finalidad que ellas acepten en forma libre, voluntaria e informada un método anticonceptivo, posterior a la atención obstétrica (parto 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. Para el cálculo del indicador: Se incluyen las siguientes claves de métodos anticonceptivos:				
	Clave de método anticonceptivo		Descripción del método anticonceptivo		
	9		Etonogestrel implante aceptante		
	11		DIU TCu estándar aceptante		
	13		DIU brazos estándar aceptante		
	15		DIU brazos nulíparas aceptante		
	17		TCu nulíparas aceptante		
	23		OTB aceptante		
	27		DIU medicado aceptante levonorgestrel 52 mg		
	45		DIU medicado aceptante levonorgestrel 19.5 mg		
	31		Inyectable trimestral aceptante		
	33		Implante con levonorgestrel aceptante		

Materna 04 - Cobertura de protección anticonceptiva posevento obstétrico.	
Interpretación y Observaciones	- Las claves que se incluyen por tipo de evento son: - Para parto eutócico, distócico vaginal, distócico abdominal: '9', '11', '13', '15', '17', '23', '27', '31', '33'. - Complicaciones de aborto: '9', '11', '13', '15', '17', '23', '27', '45', '31', '33'. - Se excluye los condones y pastilla de emergencia. - Se excluye en el numerador y denominador a la población no derechohabiente. - Indicador desagregado a nivel OOAD sin UMAE, UMAE y por unidad médica sin sumar UMAE, con periodicidad mensual y mensual acumulada según el periodo analizado. - En la publicación de los resultados de los indicadores se presentará una hoja exclusiva con los resultados de las UMAE - En el caso que el resultado rebase el 100%, deberán verificar los datos. - Se excluirán las unidades médicas que no cuenten con la infraestructura, servicio o personal cuando la Coordinación Normativa lo solicite a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.

Materna 05 - Porcentaje de prematuridad (26 a 36.6 semanas de gestación) en Unidades médicas de Segundo Nivel de atención o en Unidades Médicas de Alta Especialidad.				
Objetivo del indicador	Medir el porcentaje de recién nacidos vivos de 26 a 36.6 semanas de gestación, para establecer acciones preventivas y asistenciales que disminuyan la prematuridad, causa principal de morbilidad y mortalidad en los neonatos.			
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de recién nacidos vivos de 26 a 36.6 semanas de gestación, en un periodo y área geográfica determinada en Unidades médicas de Segundo Nivel de atención o en Unidades Médicas de Alta Especialidad Total de recién nacidos vivos en las Unidades médicas de Segundo Nivel o en Unidades Médicas de Alta Especialidad con atención obstétrica del IMSS régimen ordinario, en el mismo periodo y área geográfica. X 100			
Fuentes oficiales	Numerador y Denominador: Sistema de Información Médico Operativo Central (SIMOC), modulo hospital, tabla EGRNAC			
Valor de la meta	OOAD: HGO 23 Monterrey HGO 23 Monterrey HGP 48 León, Guanajuato HGP 48 León, Guanajuato UMAE: HGO 4 San Ángel, CDMX HGO 4 San Ángel, CDMX HGO CMN La Raza HGO CMN La Raza HGO Oblatos, Jalisco HGO Oblatos, Jalisco <= 9.7 <= 9.7 <= 9.7 <= 9.7 <= 9.7 <= 9.7 <= 9.7 <= 9.7			
Unidad de medida:	Porcentaje	Ponderación		4 puntos
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado	Indicador contabilizado por		Atención
Rangos de desempeño	Unidad	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	OOAD	<= 9.7	> 9.7 a < 10.7	>= 10.7
	HGO 23 Monterrey	<= 9.7	> 9.7 a < 10.7	>= 10.7
	HGP 48 León, Guanajuato	<= 9.7	> 9.7 a < 10.7	>= 10.7
	HGO 4 San Ángel, CDMX	<= 9.7	> 9.7 a < 10.7	>= 10.7
	HGO CMN La Raza	<= 9.7	> 9.7 a < 10.7	>= 10.7
	HGO Oblatos, Jalisco	<= 9.7	> 9.7 a < 10.7	>= 10.7
Dimensión	Calidad	Tipo de indicador		Gestión
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que definen y le dan seguimiento, en las unidades bajo su responsabilidad, la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel y 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, OOAD y UMAE. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud			
Interpretación y Observaciones	Cifras superiores del valor de referencia reflejan inconsistencias en la vigilancia prenatal, para la detección de infección genitourinaria, su tratamiento y seguimiento, así como para la identificación y tratamiento de las complicaciones preexistentes o concomitantes durante el embarazo y el parto.			

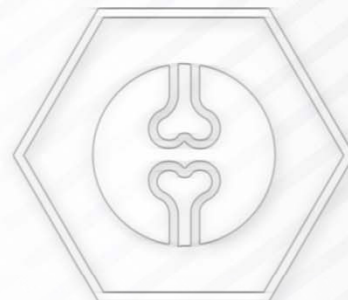
Materna 05 - Porcentaje de prematuridad (26 a 36.6 semanas de gestación) en Unidades médicas de Segundo Nivel de atención o en Unidades Médicas de Alta Especialidad.	
Interpretación y Observaciones	Se analizaron las bases de datos de 2013 a junio 2019 para obtener el valor de referencia o meta Para la publicación del indicador se mostrarán por separado los hospitales de segundo nivel y el total. Para el cálculo del indicador: • Se excluirán las unidades médicas que no cuenten con la infraestructura, servicio o personal cuando la Coordinación Normativa lo solicite a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. • En los resultados de los indicadores se presentará una hoja exclusiva por OOAD, una hoja con los resultados de las UMAE y otra con el total de OOAD más UMAE ○ 36A102142153 – HGO 3 CMN La Raza. ○ 37A401142153 – HGO 4 CMN SXXI San Ángel. ○ 14A602142153 – HGO s/n CMN Oblatos, Jalisco. ○ 20A101142153 – HGO 23 CMN Monterrey. ○ 11A121142153 – HGP 48 CMN León, Guanajuato. • Este indicador no aplica para las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA). Para la Evaluación del Desempeño por OOAD se contabilizará solamente los hospitales de segundo nivel. Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.



III.

**Procesos Salud–Enfermedad en
población derechohabiente**

6. Atención integral neonatal





El periodo neonatal comprende desde el nacimiento hasta antes de alcanzar los 28 días de vida, representa la etapa de mayor riesgo para la supervivencia infantil. De estas, aproximadamente un tercio ocurrió el mismo día del nacimiento y cerca de tres cuartas partes durante la primera semana de vida.

Las principales causas de muerte neonatal son complicaciones relacionadas con el parto prematuro, la asfixia perinatal y las infecciones, todas asociadas a la falta de atención de calidad durante el nacimiento y a la ausencia de personal capacitado o tratamiento oportuno en los primeros días de vida. Estas causas alrededor del 80% de los fallecimientos en esta etapa.¹

En México, datos del Banco Mundial muestran una tendencia a la baja en la mortalidad neonatal, pasando de 21 defunciones por cada 1,000 nacimientos en 1990, a 9 de cada 1,000, en 2019.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), cada año fallecen aproximadamente 4,000 recién nacidos. Para 2019, la tasa de mortalidad neonatal en esta institución fue de 5.9 muertes por cada 1,000 nacidos vivos, una cifra inferior al promedio nacional, mencionado anteriormente.

Este panorama, invita a reflexión sobre la importancia de garantizar la continuidad y la calidad de la atención brindada tanto a la mujer embarazada, como al recién nacido. En este sentido, la OMS establece como principio fundamental la “continuidad de la atención” en los programas de salud dirigidos a la madre, el recién nacido y el niño. Este concepto tiene dos dimensiones: por un lado, la continuidad a lo largo del ciclo de vida (desde la adolescencia, el período preconcepcional, el embarazo, el parto y el período neonatal); por el otro, la continuidad en los niveles de prestación de servicios (desde el hogar y la comunidad, hasta el primer nivel de atención, el hospital y nuevamente de regreso al hogar y la comunidad).

Interrumpir esta continuidad en cualquiera de sus dimensiones puede derivar en desenlace adversos, e incluso, comprometer la supervivencia del recién nacido.

En este contexto, el monitoreo de la atención neonatal resulta fundamental para evaluar la calidad de los cuidados proporcionados tanto al recién nacido sano, como al que se encuentra en estado crítico, así como para identificar las necesidades de capacitación del personal de salud responsable de su atención.

¹ Mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos [Internet]. [citado el 12 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>

Curso clínico típico	Impactos esperados de las intervenciones en salud	Padecimientos durante el embarazo, parto o puerperio	Atención del parto, condición del recién nacido, reanimación, complicaciones	Desenlace del impacto en salud.
Promoción de la salud.	Neonatal01 - Seguimiento epidemiológico de casos probables de enfermedades metabólicas congénitas (EMC) 4	Diagnóstico, tratamiento y control. Identificación y manejo oportuno de complicaciones.	Neonatal02 - Porcentaje de personas recién nacidas de término (con 37 semanas o más de gestación), que son alimentadas mediante lactancia materna exclusiva al egreso de la Unidad de Segundo o Tercer Nivel de atención 4	Neonatal06 - Tasa de mortalidad por síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido (Tipo I) y sus complicaciones 4
			Neonatal03 - Proporción de prematuros (menores de 37 semanas) con peso menor o igual a 1,000 g 4	
			Neonatal04 - Porcentaje de sobrevivida a 28 días de recién nacidos prematuros con peso menor o igual a 1,200 g al nacimiento	
			Neonatal05 - Letalidad relacionada a Infección Asociada a la Atención de 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 4	
			Tasa de mortalidad perinatal por 1,000 nacimientos	Indicador que sólo se evalúa a Nivel de OOAD como parte de la Evaluación Normativa Valor de Ponderación

Neonatal 01 - 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)	$\frac{\text{Número de casos probables de EMC (hipotiroidismo congénito, hiperplasia suprarrenal congénita, deficiencia de biotinidasa, galactosemia) con más de 30 días de vida a la fecha de corte y Fibrosis Quística (FQ) con más de 90 días de vida, acumulados al mes evaluado, con seguimiento epidemiológico}}{\text{Número de casos probables de EMC (hipotiroidismo congénito, hiperplasia suprarrenal congénita, deficiencia de biotinidasa, galactosemia) con más de 30 días de vida y Fibrosis Quística (FQ) con más de 90 días de vida a la fecha de corte (90 días para FQ), acumulados al mes evaluado}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Sistema de Información de Tamiz Metabólico Neonatal.	Valor de la meta	≥ 96.0
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación	4 puntos
Periodicidad	Mensual anualizado	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 96.0	> 94.9 a < 96.0	≤ 94.9
Dimensión	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define y le da seguimiento la Coordinación de Unidades de Primer Nivel. Indicador publicado por la División de Análisis en Salud.		
Interpretación y Observaciones	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 los OOAD y estándares internacionales. Para el cálculo del indicador: - Se excluirán las unidades médicas que no cuenten con la infraestructura, servicio o personal cuando la Coordinación Normativa lo solicite a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. - El cálculo del indicador se va a transferir a la DAS cuando se tenga acceso a las fuentes de información Para el cálculo del indicador se incluyen: - En el numerador: todos los casos de EMC con más de 30 días de vida a la fecha de corte y de FQ con más de 90 días a la fecha de corte que hayan sido notificados como probables y que tengan diagnóstico final (celda de clasificación, como: descartado, confirmado, no confirmado e incierto, así como la fecha en que se establece la clasificación). - En el denominador: todos los casos notificados como probables de EMC con más de 30 días de vida a la fecha de corte (día 25 de cada mes) y con más de 90 días para FQ.		

Neonatal 02 - Porcentaje de personas recién nacidas de término (con 37 semanas o más de gestación), que son alimentadas mediante lactancia materna exclusiva al egreso de la Unidad de Segundo o de Tercer Nivel de atención.			
Objetivo del indicador	Conocer el porcentaje de personas recién nacidas de término (con 37 semanas o más de gestación), que nacen en las Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de atención y que son alimentados al egreso mediante lactancia materna exclusiva.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Total de personas recién nacidas de término (con 37 semanas o más de gestación), alimentadas mediante lactancia materna exclusiva al egreso de la unidad, durante el periodo a evaluar}}{\text{Total de personas recién nacidas de término (con 37 semanas o más de gestación), egresadas de unidades de segundo o de tercer nivel de atención, durante el periodo a evaluar.}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Sistema Medico Operativo Central (SIMOC) hospitalización. Denominador: SIMOC, tabla EGRNAC.	Valor de la meta	≥ 90.0
Unidad de medida	Porcentaje	Peso marginal en la Evaluación del Desempeño por UMAE	Según tipo de hospital (Ver tabla CUMAE 7)
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado	Indicador contabilizado por	Atención
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 90.0	> 80.0 a < 90.0	≤ 80.0
Dimensión	Eficacia	Tipo de indicador	Gestión
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define y le dan seguimiento en las unidades bajo su responsabilidad la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel y 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, OOAD y UMAE. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud.		
Interpretación y Observaciones	Refleja la prevalencia de la alimentación mediante la lactancia materna exclusiva en nacidos vivos de término (con 37 semanas o más de gestación) en las unidades médicas de segundo o de tercer nivel de atención como resultado del impacto de las estrategias de prevención del equipo de salud en la promoción apoyo y protección a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia y sus recién nacidos recomendadas por la OMS, incluidos los 10 pasos y los 3 anexos de la “Iniciativa hospital amigo del niño y la niña”, que se traduce en una reducción de la morbilidad perinatal, neonatal e infantil, para favorecer el crecimiento y desarrollo armónico del lactante. Un resultado por debajo de lo esperado significa que en la unidad no se están llevando a cabo las acciones recomendadas, por lo que se deben verificar las estrategias preventivas para la salud infantil, relacionadas con nutrición, prevención de enfermedades infecciosas y metabólicas, corroborar si existe apego a los criterios de ingreso de las personas recién nacidas de término a los cueros patológicos, si se está utilizando el alojamiento conjunto en todos los casos en que sea posible, si existe apego a las “razones medicamente aceptadas para el uso de sucedáneos de la leche materna” y revisar el adecuado funcionamiento del lactario hospitalario.		

Neonatal 02 - Porcentaje de personas recién nacidas de término (con 37 semanas o más de gestación), que son alimentadas mediante lactancia materna exclusiva al egreso de la Unidad de Segundo o de Tercer Nivel de atención.	
Interpretación y Observaciones	Para el cálculo del indicador: ▪ Se excluirán las unidades médicas que no cuenten con la infraestructura, servicio o personal cuando la Coordinación Normativa lo solicite a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. ▪ Solo aplica para las unidades médicas con atención obstétrica, Hospitales de Gineco Obstetricia y Gineco Pediatría. ▪ No se deben incluir personas recién nacida prematuros o pretérmino (menores de 37 semanas), aun cuando sean egresados con el criterio del indicador. ▪ Del formato 4-30-6b partos, productos y abortos, se origina la información del SIMOC y se deben tomar a las personas recién nacidas registradas como de término y postérmino. ▪ Línea base de los OOAD: 81.7% ▪ Dado el comportamiento heterogéneo en la proporción de cesáreas (que incrementa la probabilidad de ingreso a cunero) y el tipo de población que atienden, los esfuerzos por implementar la iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Niña, así como las características de cada unidad, cada UMAE cuenta con una línea base: ○ UMAE HGO CMN Occidente, Jalisco: 56.1% ○ UMAE HGO 3 CMN La Raza, CDMX Norte: 59.5% ○ UMAE HGO 4 CMN SXXI, CDMX Sur: 86.9% ○ UMAE HGO 23 CMN NE, Nuevo León: 87.2% ○ UMAE HGP No. 48 CMN del Bajío, Guanajuato: 87.7%

Neonatal 03 - Proporción de prematuros (menores a 37 semanas) con peso menor o igual a 1,000 g.				
Objetivo del indicador	Medir el porcentaje de recién nacidos prematuros (menores de 37 semanas), con peso menor o igual a 1,000 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)	$\frac{\text{Total de recién nacidos vivos prematuros (menor de 37 semanas), con peso menor o igual a 1,000 g en un periodo y área geográfica determinados}}{\text{Total de recién nacidos vivos en un periodo y área geográfica determinados}} \times 100$			
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y Denominador: Sistema de Información Médico Operativo Central (SIMOC), modulo hospital, tabla EGRNAC.			
Valor de la meta	OOAD: ≤ 1.4 HGP 48 León, Guanajuato ≤ 1.4 HGO Oblatos, Jalisco ≤ 1.4 UMAE: HGO 23 Monterrey ≤ 1.4 HGO CMN La Raza ≤ 1.4 HGO 4 San Ángel, CDMX ≤ 1.4			
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación		4 puntos
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado	Indicador contabilizado por		Atención
Rangos de desempeño	Unidad	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	OOAD	≤ 1.4	$> 1.4 \text{ a } < 2.5$	≥ 2.5
	HGP 48 León, Guanajuato	≤ 1.4	$> 1.4 \text{ a } < 2.5$	≥ 2.5
	HGO Oblatos, Jalisco	≤ 1.4	$> 1.4 \text{ a } < 2.5$	≥ 2.5
	HGO 23 Monterrey	≤ 1.4	$> 1.4 \text{ a } < 2.5$	≥ 2.5
	HGO CMN La Raza	≤ 1.4	$> 1.4 \text{ a } < 2.5$	≥ 2.5
	HGO 4 San Ángel, CDMX	≤ 1.4	$> 1.4 \text{ a } < 2.5$	≥ 2.5
Dimensión	Calidad	Tipo de Indicador		Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define y le dan seguimiento en las unidades bajo su responsabilidad la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel y 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, OOAD y UMAE. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud.			
Interpretación y Observaciones	Una cifra superior al valor de referencia traduce inconsistencias en el proceso de vigilancia del embarazo, trabajo del parto y parto en la identificación, diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades, como: infección del tracto genitourinario, infecciones cervicovaginales y preeclampsia-eclampsia, en Medicina Familiar y hospitales de segundo nivel, las cuales son las causas principales del parto pretérmino; así como, deficiencias en la comunicación educativa dirigida a las embarazadas y su familia. El valor de referencia de este indicador se calculó con base en la media nacional de los años 2022, 2023 y 2024. Para la construcción del indicador: No aplica el indicador para las UMAA.			



Neonatal 03 - Proporción de prematuros (menores a 37 semanas) con peso menor o igual a 1,000 g.	
Interpretación y Observaciones	Para la publicación de los resultados: ▪ Se desagregarán por nivel de atención (Unidades de Segundo Nivel y Unidades Médicas de Alta Especialidad).

Neonatal 04 - Porcentaje de sobrevida a 28 días de recién nacidos prematuros con peso menor o igual a 1,200 g al nacimiento.				
Objetivo del Indicador	Medir el porcentaje de sobrevida de los recién nacidos prematuros (menor de 37 semanas), con peso menor o igual a 1,200 g. al nacimiento, para establecer acciones de atención integral que incrementen la sobrevida a 28 días de recién nacidos con peso extremadamente bajo, principal causa de morbilidad y mortalidad en los neonatos.			
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Total de recién nacidos prematuros vivos (menor de 37 semanas), con peso menor o igual a 1,200 g, al nacimiento en un periodo y área geográfica determinados} \text{ menos } \text{Total de defunciones de recién nacidos prematuros (menor de 37 semanas), con peso menor o igual a 1,200 g, al nacimiento en un periodo y área geográfica determinados}}{\text{Total de recién nacidos vivos prematuros (menor de 37 semanas), con peso menor o igual a 1,200 g al nacimiento en un periodo y área geográfica determinados}} \times 100$			
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Sistema de Información Médico Operativo Central (SIMOC), modulo hospital, tabla EGRNAC y SEED. Denominador: Sistema de Información Médico Operativo Central (SIMOC), modulo hospital, tabla EGRNAC.			
Valor de la meta	OOAD: ≥ 75.0		Unidad de medida	Porcentaje
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado		Indicador contabilizado por	Atención
Rangos de desempeño	Unidad	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	OOAD UMAE	≥ 75.0	> 64.9 a < 75.0	≤ 64.9
Dimensión	Eficacia		Tipo de indicador	Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define y le dan seguimiento en las unidades bajo su responsabilidad la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel y 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, OOAD y UMAE. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud			
Interpretación y Observaciones	Una cifra menor al valor de referencia se traduce como mayor morbilidad asociada (complicaciones) en el manejo del recién nacido prematuro con peso menor o igual a 1,200g al nacimiento. El valor de referencia de este indicador se calculó con base en el comportamiento histórico de los años 2019, 2020 y 2021. Un resultado negativo refiere mayor número de muertes de recién nacidos que número de nacidos vivos en ese mismo periodo; se traduce como inconsistencia en el registro en fuentes primarias. Para la construcción del indicador: - Se excluirán las unidades médicas que no cuenten con la infraestructura, servicio o personal cuando la Coordinación Normativa lo solicite a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. - No aplica el indicador para las UMAA			

Neonatal 05 - Letalidad relacionada a Infección Asociada a la Atención de 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 por Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud, en las unidades médicas de segundo nivel de atención (con 20 o más camas censables), o en Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE).				
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de defunciones por infecciones asociadas a la atención de la salud en recién nacidos hasta antes de los 28 días de vida en unidades médicas de segundo nivel de atención con 20 o más camas censables, o en Unidades Médicas de Alta Especialidad				X 100
	Número de recién nacidos hasta antes de los 28 días de vida, que desarrollaron una o más infecciones asociadas a la atención de la salud en unidades médicas de segundo nivel de atención con 20 o más camas censables, o en Unidades Médicas de Alta Especialidad				
Fuentes oficiales	Numerador y denominador: Informe nominal de “infecciones y microorganismos” de la plataforma en línea de las IAAS http://172.22.235.16/inoso/acceso				
Valor de la meta	>=0.5 a <5.0	Periodicidad	Mensual y mensual acumulado	Contabilizado por	Atención
Unidad de medida	Tasa de Letalidad		Ponderación		4 puntos
Rangos de desempeño	Desempeño esperado		Desempeño medio		Desempeño bajo
	>=0.5 a <=5.0		>5.0 a <=9.0		< 0.5 o > 9.0
Dimensión	Calidad		Tipo de indicador		Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define y dan seguimiento la División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica en conjunto con la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel y la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad de acuerdo con el ámbito de competencia, de los procesos. Publicado por la División de Análisis en Salud. El cálculo lo realizará la DAS cuando se otorgue acceso a las fuentes de información.				
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 de 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 (GPC) 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 de la Salud en recién nacidos hasta antes de los 28 días de vida, en los OOAD 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				

Neonatal 05 - Letalidad relacionada a Infección Asociada a la Atención de 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.	
	asociadas a Infección Asociada a la Atención de 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 bajo con valor > 9.0, puede ser ocasionado por un incremento de la letalidad de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud en menores de 28 días Si el valor se encuentra con desempeño bajo, con valor de < 0.5, puede ser secundario a un subregistro o baja notificación. ▪ 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 de la Salud, dada la utilización de procedimientos invasivos y la gravedad de su estado de salud. Para la construcción del indicador: ▪ Se incluyen, tanto en el numerador como en el denominador, las unidades hospitalarias que cuenten con cunas o incubadoras, de acuerdo con el Inventario Físico de Unidades (IFU) del año en curso (vigente). ▪ El cálculo del indicador se contabiliza por unidad Médica y la evaluación se elabora por OOAD (incluyendo solamente las unidades médicas de segundo nivel de atención) y por separado las UMAE. ▪ Para el numerador se excluyen las defunciones en recién nacidos hasta antes de los 28 días de vida, que no son atribuidas a la infección. El seguimiento de este indicador epidemiológico a nivel estratégico implica la observación sistemática y la dinámica de los patrones de la letalidad en menores de 28 días por Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud.

Neonatal 06 - Tasa de mortalidad hospitalaria por síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido (Tipo I) y sus complicaciones.				
Objetivo del indicador	Muestra la oportunidad, calidad y la estructura disponible de los servicios de salud para la atención del prematuro menor de 28 días, con diagnóstico de Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido y sus complicaciones.			
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Defunciones de recién nacidos vivos sucedidas desde el nacimiento hasta antes de los 28 días de vida, por Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido y sus complicaciones (CIE 10: P22.0, P22.8, P22.9, P25, P26, P52.0, P52.1, P52.2, P52.3)			X 1, 000
	Total de recién nacidos vivos			
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED) IMSS Denominador: Sistema de Información Médico Operativo Central (SIMOC), modulo hospital, tabla EGRNAC.			
Valor de la meta	OOAD: <= 3.0 HGP 48 León, Guanajuato <= 3.0 HGO Oblatos, Jalisco <= 3.0 UMAE: HGO 23 Monterrey <= 3.0 HGO CMN La Raza <= 3.0 HGO 4 San Ángel, CDMX <= 3.0			
Unidad de medida	Tasa por 1,000 nacidos vivos	Ponderación		4 puntos
Periodicidad	Mensual anualizado	Indicador contabilizado por		Atención
Rangos de desempeño	Unidad	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	OOAD	<= 3.0	> 3.0 a < 5.0	>= 5.0
	HGP 48 León, Guanajuato	<= 3.0	> 3.0 a < 5.0	>= 5.0
	HGO Oblatos, Jalisco	<= 3.0	> 3.0 a < 5.0	>= 5.0
	HGO 23 Monterrey	<= 3.0	> 3.0 a < 5.0	>= 5.0
	HGO CMN La Raza	<= 3.0	> 3.0 a < 5.0	>= 5.0
	HGO 4 San Ángel, CDMX	<= 3.0	> 3.0 a < 5.0	>= 5.0
Dimensión	Eficacia	Tipo de indicador		Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define y le dan seguimiento en las unidades bajo su responsabilidad la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel y 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, OOAD y UMAE. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud			
Interpretación y Observaciones	Un comportamiento mayor al valor de referencia traduce problemas o limitaciones en el proceso de atención médica durante el periodo neonatal, así como en la educación de la población para participar en el cuidado de la salud del recién nacido. El rango esperado para OOAD, corresponde al porcentaje medio nacional de mortalidad por síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido (CIE 10 P220) y sus complicaciones en el IMSS en los años 2021, 2022 y 2023. El rango esperado para UMAE, corresponde al porcentaje medio nacional de mortalidad por síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido (CIE 10 P220) y sus complicaciones en Unidades Médicas de Alta Especialidad del IMSS en los años 2019, 2020, 2021, 2022 y 2023.			

Neonatal 06 - Tasa de mortalidad hospitalaria por síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido (Tipo I) y sus complicaciones.

Periodo Neonatal: es la etapa que comprende desde el nacimiento hasta antes de los 28 días.

Para el cálculo del indicador:

- Se excluirán las unidades médicas que no cuenten con la infraestructura, servicio o personal cuando la Coordinación Normativa lo solicite a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.

Para el cálculo del numerador se incluyen:

- Los códigos CIE-10 siguientes en DECAUSABAS y CAUSA1 a CAUSA6:

P22.0 Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	P25 Enfisema intersticial y afecciones relacionadas, originadas en el periodo perinatal	P52.1 Hemorragia intraventricular (no traumática) grado 2, del feto y del recién nacido
P22.8 Otras dificultades respiratorias del recién nacido	P26 Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal	P52.2 Hemorragia intraventricular (no traumática) grado 3, del feto y del recién nacido
P22.9 Dificultad respiratoria del recién nacido, no especificada	P52.0 Hemorragia intraventricular (no traumática) grado I, del feto y del recién nacido	P52.3 Hemorragia intraventricular (no traumática), del feto y del recién nacido, sin otra especificación

Para el cálculo del indicador se excluye:

- La población no derechohabiente.
- Defunción o egreso por infección nosocomial CIE-10 P36, P37, P38 y P39, en DECAUSABAS y CAUSA1 a CAUSA6.
- Las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA).

Para la publicación de los resultados:

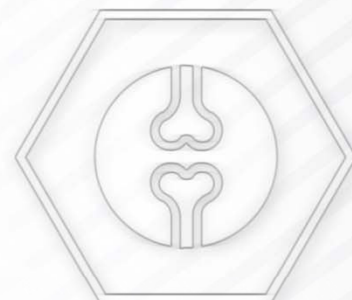
Se desagregarán por nivel de atención (Unidades de Segundo Nivel y Unidades Médicas de Alta Especialidad)



III.

Procesos Salud–Enfermedad en población derechohabiente

7. Atención integral del sobrepeso y obesidad, en población derechohabiente





La obesidad es una enfermedad metabólica caracterizada por la acumulación excesiva de grasa corporal que ocasiona hiperplasia de los adipocitos cuando se rebasa su capacidad de almacenamiento, origina depósitos anormales en otros órganos y tejidos, a nivel intraabdominal o visceral, muscular, hepático y circulatorio (triglicéridos y colesterol), genera un proceso inflamatorio crónico con afectación sistémica, es de evolución crónica, progresiva y de génesis multifactorial.

El sobrepeso y la obesidad tienen un origen multifactorial: causas intrínsecas genéticas o de tipo hormonal, factores externos determinados socialmente por el entorno y el comportamiento, que condicionan tanto el exceso de la ingesta, como la poca actividad física conocido como un ambiente obesogénico, lo que principalmente explican la epidemia actual de obesidad.

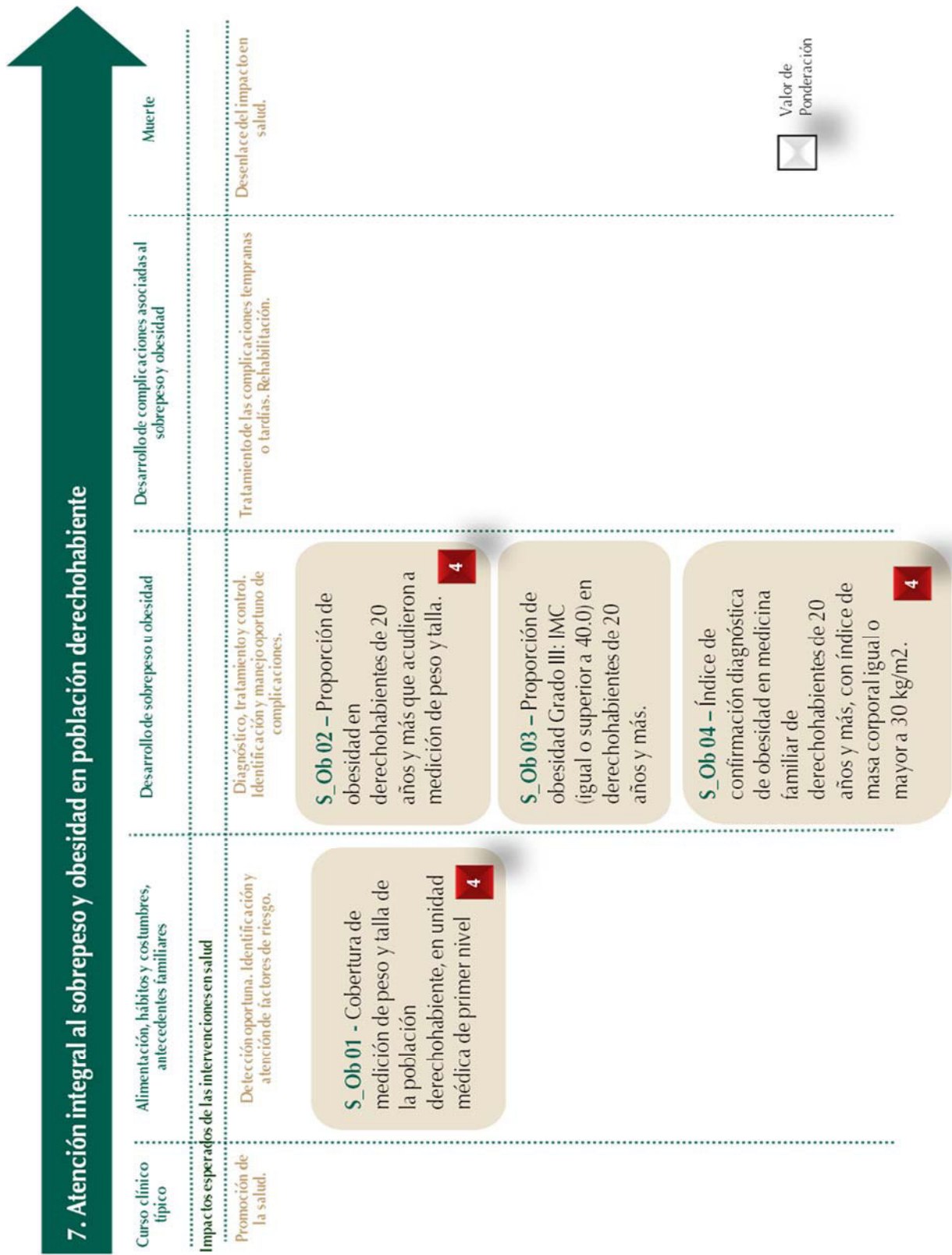
Desde una perspectiva de proceso salud-enfermedad, el sobrepeso y la obesidad son la plataforma ideal para el desarrollo de enfermedades crónicas y sus complicaciones como la Diabetes tipo 2, las enfermedades hipertensivas, enfermedades cardiovasculares, entre otras. Además, las implicaciones a nivel personal y social son diversas.

A nivel mundial, en 2022, el 43% de las personas adultas de 18 o más años presentaban sobrepeso y el 16% obesidad. En niños y adolescentes de 5 a 19 años, el 20% tenían sobrepeso y obesidad. La federación mundial de la obesidad, en la región de las américas, estima que para el año 2030, 1 de cada 3 hombres (34,41%) y casi dos quintas partes de las mujeres (39,72%) tengan un Índice de Masa Corporal ≥ 30 kg/m². La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2022 reporta que el indicador de exceso de peso, que suma las categorías de sobrepeso más obesidad se encontró prevalente en 7.7% de los preescolares, la prevalencia de obesidad se encontró en 18.1% de los escolares y en adolescentes fue de 17.2%. Se muestra que la prevalencia de sobrepeso y obesidad (IMC ≥ 25 kg/m²) fue de 76.8% en mujeres, y 73.5% en hombres.

La publicación de ENSANUT que en México, en las últimas dos décadas, algunas de las comorbilidades asociadas a la obesidad contribuyen a un gran porcentaje de mortalidad, discapacidad y muerte prematura en la población. Debido a esto, actualmente la obesidad es considerada uno de los principales problemas de salud pública en el país. En México, en la población adulta se prevé un incremento de obesidad en mujeres de 16% y en hombres de 12%, 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). Si bien las prevalencias más altas se encuentran en la población adulta, la vigilancia del estado de nutrición se debe realizar desde etapas tempranas de la vida.

En el IMSS se observa un incremento de la prevalencia de obesidad desde la infancia y aumenta según se incrementa la edad; en 2023, la prevalencia de obesidad en menores de 5 años fue de **6.7%**, en los menores de 5 a 9 años de **14.0%**, y en adolescentes de **13.2%**. El grupo etario de 5 a 9 años es un grupo crítico que debe vigilarse.

Definitivamente, se requiere de políticas públicas nacionales de salud que vinculen diferentes sectores para favorecer la alimentación saludable. A nivel del sector salud y en particular del IMSS, es necesario incrementar esfuerzos para favorecer hábitos saludables, así como 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.





S_Ob 01 - Cobertura de medición de peso y talla de la población derechohabiente, en unidad médica de primer nivel.			
Objetivo del indicador	Medir el porcentaje de población derechohabiente con medición de peso y talla para identificar peso bajo, peso normal, sobrepeso y obesidad a través del Índice de Masa Corporal (IMC).		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Número de derechohabientes con medición de peso y talla acumulado al mes evaluado}}{\text{Población derechohabiente adscrita a médico familiar}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).	Valor de la meta	≥ 65.0
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación	4 puntos
Periodicidad	Mensual acumulado	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 65.0	> 54.9 a < 65.0	≤ 54.9
Dimensión	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define y le da seguimiento la Coordinación de Unidades de Primer Nivel. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud.		
Interpretación y Observaciones	Su comportamiento permite conocer: Directamente, la proporción de derechohabientes con medición de peso y talla en la unidad médica. El desempeño esperado de al menos 65%, se estableció con base en el comportamiento histórico de este indicador. Lograr una cobertura igual o mayor de 65%, permite identificar el comportamiento del sobrepeso y la obesidad en derechohabientes, principales factores de riesgo para la presentación de enfermedades crónicas no transmisibles y algunos tipos de cáncer. Para el cálculo del indicador: - La información del numerador y denominador es integrada por la División de Información en Salud (DIS) en el SIAIS. - La información es acumulada al mes del reporte de todos los grupos de edad de la población derechohabiente adscrita a unidad médica de primer nivel. - En derechohabientes con más de dos mediciones de peso y talla solo considerar el último registrado y excluir los otros registros. - Excluir todas las unidades médicas que no cuenten con población adscrita. Los criterios de cálculo de este indicador aplicarán a partir de la disposición de los datos en los sistemas de información estadísticos administrados por la División de Información en Salud. Indicador comprometido para su registro en el Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda (PASH).		

Tabla S_Ob 01 - Cobertura de medición de peso y talla de la población derechohabiente, en unidad médica de primer nivel.

Mes	Valor de referencia o meta del período	Rangos de desempeño	
Enero	≥ 5.4	Esperado	≥ 5.4
		Medio	> 4.5 a < 5.4
		Bajo	≤ 4.5
Febrero	≥ 10.8	Esperado	≥ 10.8
		Medio	> 9.1 a < 10.8
		Bajo	≤ 9.1
Marzo	≥ 16.2	Esperado	≥ 16.2
		Medio	> 13.7 a < 16.2
		Bajo	≤ 13.7
Abril	≥ 21.6	Esperado	≥ 21.6
		Medio	> 18.2 a < 21.6
		Bajo	≤ 18.2
Mayo	≥ 27.0	Esperado	≥ 27.0
		Medio	> 22.8 a < 27.0
		Bajo	≤ 22.8
Junio	≥ 32.4	Esperado	≥ 32.4
		Medio	> 27.4 a < 32.4
		Bajo	≤ 27.4
Julio	≥ 37.8	Esperado	≥ 37.8
		Medio	> 31.9 a < 37.8
		Bajo	≤ 31.9
Agosto	≥ 43.2	Esperado	≥ 43.2
		Medio	> 38.0 a < 43.2
		Bajo	≤ 38.0
Septiembre	≥ 48.6	Esperado	≥ 48.6
		Medio	> 41.1 a < 48.6
		Bajo	≤ 41.1
Octubre	≥ 54.0	Esperado	≥ 54.0
		Medio	> 45.7 a < 54.0
		Bajo	≤ 45.7
Noviembre	≥ 59.4	Esperado	≥ 59.4
		Medio	> 50.2 a < 59.4
		Bajo	≤ 50.2
Diciembre	≥ 65.0	Esperado	≥ 65.0
		Medio	> 54.9 a < 65.0
		Bajo	≤ 54.9

S_Ob 02 - Proporción de obesidad en derechohabientes de 20 años y más que acudieron a medición de peso y talla.			
Objetivo del indicador	Medir el porcentaje de derechohabientes de 20 años y más con obesidad, para identificar un factor de riesgo para desarrollar enfermedades crónicas.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Número de derechohabientes de 20 años y más, con obesidad en el mes evaluado}}{\text{Total, de población derechohabiente de 20 años y más, adscrita a médico familiar con medición de peso y talla en el mes evaluado}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).	Unidad de medida	Porcentaje
Valor de la meta	≤ 35.0	Ponderación	4 puntos
Periodicidad	Mensual	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤ 35.0	> 35.0 a < 38.0	≥ 38.0
Dimensión	Eficacia	Tipo de Indicador	Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define y le da seguimiento la Coordinación de Unidades de Primer Nivel. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud		
Interpretación y Observaciones	Indicador que permite conocer el porcentaje de derechohabientes de 20 años y más con obesidad y que tuvieron medición de peso y talla en el mes evaluado. Para evaluar se consideró como desempeño bajo el valor superior a lo reportado por ENSANUT 2021 (36.7%) de prevalencia de obesidad en población de 20 o más años y en el IMSS de 38.7%. Contener o reducir la prevalencia de obesidad en población derechohabiente de 20 años, permitirá contribuir a la disminución del riesgo de enfermedades crónicas degenerativas y cáncer asociado. Para el cálculo del numerador: Excluir todas las unidades médicas que no cuenten con población adscrita.		

S_Ob 03 - Proporción de derechohabientes de 20 años y más con obesidad grado III (IMC igual o superior a 40.0).			
Objetivo del indicador	Medir el porcentaje de derechohabientes de 20 años y más con obesidad grado III (IMC igual o superior a 40.0), como factor de riesgo de desarrollo de enfermedades crónicas.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Número de derechohabientes de 20 años y más con obesidad grado III (IMC igual o superior a 40.0), en el periodo evaluado}}{\text{Total, de población derechohabiente de 20 años y más años, adscrita a Médico Familiar con medición de peso y talla en periodo evaluado}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).		
Unidad de medida	Porcentaje	Valor de la meta	≤ 4.0
Periodicidad	Mensual	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤ 4.0	> 4.0 a < 6.0	≥ 6.0
Dimensión	Eficacia	Tipo de Indicador	Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define y le da seguimiento la Coordinación de Unidades de Primer Nivel. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud		
Interpretación y Observaciones	El indicador permite conocer el porcentaje de derechohabientes de 20 años y más con obesidad grado III (IMC igual o superior a 40.0) en el periodo evaluado. En la ENSANUT se reportó en el año 2023, la prevalencia de obesidad en adultos de 20 años y más es de 37.1%, de la cual el 10.5% corresponde a obesidad grado III (prevalencia de 3.9 %). En el IMSS en el 2024, la prevalencia de obesidad en adultos de 20 años y más es de 39.1%, y calculando el 10.5%, la prevalencia de obesidad grado III sería aproximadamente de 4.1%. El valor de referencia se establece en 4% Contribuir a contener la prevalencia de obesidad en población, permitirá disminución del riesgo de enfermedades crónicas degenerativas y cáncer asociado. Para el cálculo del indicador: - La información del numerador y denominador es integrada por la División de Información en Salud (DIS) en el SIAIS. - Excluir todas las unidades médicas que no cuenten con población adscrita. Los criterios de cálculo de este indicador aplicarán a partir de la disposición de los datos en los sistemas de información estadísticos administrados por la División de Información en Salud.		

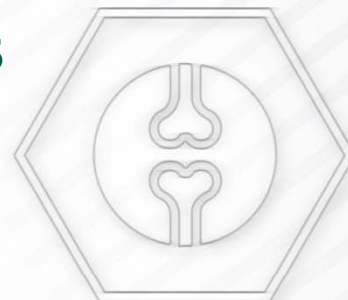


S_Ob 04 - Porcentaje de confirmación diagnóstica de obesidad en Medicina Familiar de derechohabientes de 20 años y más, con índice de masa corporal igual o mayor a 30 kg/m2.			
Objetivo del indicador	Medir el porcentaje de derechohabientes de 20 años y más a los que se les confirmó Obesidad, una vez que se le realizó una prueba de detección con Índice de masa corporal con datos de obesidad.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Número de derechohabientes de 20 años y más con UP161 en Módulos PrevenIMSS a quienes se les confirmó un diagnóstico de Obesidad en Medicina Familiar (CIE 10: E66X, E66.1, E66.2, E66.8, E66.9, E66.0)}}{\text{Número de derechohabientes de 20 años y más con UP 161 en Módulos PrevenIMSS}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).	Unidad de medida	Porcentaje
Valor de la meta	≥ 10	Ponderación	4 puntos
Periodicidad	Mensual anualizado	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 10.0	> 5.0 a < 10.0	≤ 5.0
Dimensión	Eficacia	Tipo de Indicador	Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define y le da seguimiento la Coordinación de Unidades de Primer Nivel. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud		
Interpretación y Observaciones	El desempeño esperado representa la proporción de derechohabientes con sospecha de Obesidad a quienes se les confirmó Obesidad en Medicina familiar (CIE 10: E66). Para el cálculo del indicador: - La información del numerador y denominador es integrada por la División de Información en Salud (DIS) en el SIAIS. - Excluir todas las unidades médicas que no cuenten con población adscrita. Los criterios de cálculo de este indicador aplicarán a partir de la disposición de los datos en los sistemas de información estadísticos administrados por la División de Información en Salud.		

IV.

INDICADORES POR COORDINACIÓN NORMATIVA

Manual Metodológico de Indicadores Médicos, 2025



IV. Indicadores por Coordinación Normativa



Las siguientes secciones contienen las fichas técnicas de los indicadores por Coordinación Normativa de interés particular para evaluar de forma directa o indirecta planes, programas, proyectos y servicios de atención médica que tienen a su encargo cada una de ellas.

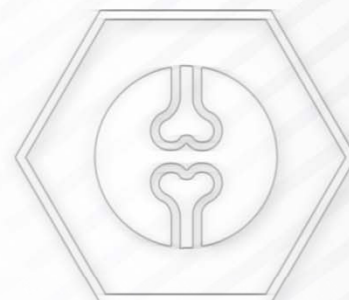
Los indicadores médicos se presentan en subgrupos para cada una de las Coordinaciones Normativas siguientes:

Indicadores por Coordinaciones Normativas			Número
1	CUPN	Coordinación de Unidades de Primer Nivel	7
2	CUSN	Coordinación de Unidades de Segundo Nivel	2
3	CE	Coordinación de Enfermería	2
4	CVE	Coordinación de Vigilancia Epidemiológica	3
5	CES	Coordinación de Educación en Salud	4
6	CIS	Coordinación de Investigación en Salud	7
7	CDTOTC	Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células	2
8	CUMAE	Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad	1
TOTAL			28

IV.

Indicadores por Coordinación Normativa

1. Coordinación de Unidades de Primer Nivel



CUPN 01 - Cobertura de acciones preventivas PrevenIMSS en población derechohabiente.					
Objetivo del indicador	Medir la proporción de población derechohabiente que recibió, en el último año, acciones preventivas de acuerdo con su grupo de edad y sexo, para conocer la población beneficiada con PrevenIMSS.				
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de derechohabientes a los que se les otorgó acciones preventivas en los últimos 12 meses				X 100
	Total de población derechohabiente adscrita a médico familiar				
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS). Denominador: Población derechohabiente adscrita a médico familiar. Dirección de Incorporación y Recaudación, incluida en el Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).				
Valor de la meta	>= 63.0	Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación	4 puntos
Periodicidad	Mensual acumulado		Indicador contabilizado por		Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado		Desempeño medio		Desempeño bajo
	>= 63.0		> 58.0 a < 63.0		<= 58.0
Dimensión	Eficacia		Tipo de indicador		Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define y le da seguimiento la Coordinación de Unidades de Primer Nivel. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud				
Interpretación y Observaciones	El logro esperado permite evaluar la cobertura de población derechohabiente beneficiada con acciones preventivas, de acuerdo con el grupo de edad y sexo, así como identificar a la proporción de derechohabientes que fueron captados en los últimos doce meses para recibir acciones PrevenIMSS. Para garantizar la idoneidad de los valores de desempeño esperados ^{1/} , se utilizó el método estadístico incremental ^{2/} , basado en las variaciones promedio de logros en periodos anteriores respecto a la productividad de atención preventiva integrada, que indirectamente también involucra el balance de la infraestructura y recursos disponibles para el otorgamiento de atenciones preventivas. Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Para el cálculo del indicador:				
	- La información del numerador y denominador es integrada por la División de Información en Salud (DIS) en el SIAIS. - El numerador integra a todos los derechohabientes que hayan recibido acciones preventivas en los últimos doce meses y considera todos los servicios que otorgan y registran acciones preventivas en SIAIS, sin excluir categorías del personal responsable ni el lugar en donde se otorgan. - Para efectos de cobertura, el numerador sólo contabiliza a la persona derechohabiente una vez al año (sin duplicidad), con independencia del total de acciones preventivas que correspondan realizar en el periodo de 12 meses. - Al ser un indicador con medición acumulada, los valores de referencia de los rangos de desempeño se actualizan mensualmente (ver Tabla Cobertura de acciones preventivas PrevenIMSS en población derechohabiente). 1/ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Manual para el Diseño y la Construcción de Indicadores. Instrumentos principales para el monitoreo de programas sociales de México, CONEVAL, Ciudad de México, 2013 2/ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Guía para el establecimiento y cálculo de líneas base y metas. CONEVAL. Ciudad de México, 2019.				

Tabla CUPN 01 – Cobertura de acciones preventivas PrevenIMSS en población derechohabiente

Mes	Rangos de desempeño	2025
Enero	Esperado	≥ 5.3
	Medio	$> 4.8 \text{ a } < 5.3$
	Bajo	≤ 4.8
Febrero	Esperado	≥ 10.5
	Medio	$> 9.7 \text{ a } < 10.5$
	Bajo	≤ 9.7
Marzo	Esperado	≥ 15.8
	Medio	$> 14.5 \text{ a } < 15.8$
	Bajo	≤ 14.5
Abril	Esperado	≥ 21.0
	Medio	$> 19.3 \text{ a } < 21.0$
	Bajo	≤ 19.3
Mayo	Esperado	≥ 26.3
	Medio	$> 24.2 \text{ a } < 26.3$
	Bajo	≤ 24.2
Junio	Esperado	≥ 31.5
	Medio	$> 29.0 \text{ a } < 31.5$
	Bajo	≤ 29.0
Julio	Esperado	≥ 36.8
	Medio	$> 33.8 \text{ a } < 36.8$
	Bajo	≤ 33.8
Agosto	Esperado	≥ 42.0
	Medio	$> 38.7 \text{ a } < 42.0$
	Bajo	≤ 38.7
Septiembre	Esperado	≥ 47.3
	Medio	$> 43.5 \text{ a } < 47.3$
	Bajo	≤ 43.5
Octubre	Esperado	≥ 52.5
	Medio	$> 48.3 \text{ a } < 52.5$
	Bajo	≤ 48.3
Noviembre	Esperado	≥ 57.8
	Medio	$> 53.2 \text{ a } < 57.8$
	Bajo	≤ 53.2
Diciembre	Esperado	≥ 63.0
	Medio	$> 58.0 \text{ a } < 63.0$
	Bajo	≤ 58.0

CUPN 02 - Cobertura con esquemas completos de vacunación en niñas y niños de un año de edad.			
Objetivo del Indicador	Medir la cobertura de niñas y niños (NN) 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)	$\frac{\text{Número de NN de un año de edad que tienen completo su esquema básico de vacunación en el año operativo actual}}{\text{Población de NN de un año de edad bajo responsabilidad institucional en el año operativo actual}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Registro de Dosis Aplicadas (RDA), Sistema de Información establecido en el Sistema Nacional de Salud. Denominador: Población de responsabilidad institucional de acuerdo con los "Lineamientos para la distribución de población de responsabilidad institucional del Programa de Vacunación Universal en el Sistema Nacional de Salud".		
Valor de la meta	≥ 95.0	Unidad de medida	Porcentaje
Periodicidad	Trimestral anualizado	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos del Desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 95.0	> 89.9 a < 94.9	≤ 89.9
Dimensión	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define, calcula y le da seguimiento la Coordinación de Unidades de Primer Nivel. Indicador publicado por la División de Análisis en Salud. El cálculo lo realizará la DAS cuando se otorgue acceso a las fuentes de información.		
Interpretación y Observaciones	El indicador refleja la proporción de NN de un año de edad que está cubierto con el Esquema Básico de Vacunación. Cuando el OOAD no cuente con datos en el numerador o denominador o estos sean ceros, el cálculo se definirá como SIN DATO (SD) y se considerará como desempeño bajo. Para el cálculo: - Se toma como valor de referencia el publicado a nivel sectorial. - Con fundamento en los "Lineamientos para la distribución de población de responsabilidad institucional del Programa de Vacunación Universal en el Sistema Nacional de Salud", en el denominador se incluyen los niños de un año de edad derechohabientes y no derechohabientes bajo responsabilidad institucional. - Por acuerdo sectorial y al tratarse de un indicador con periodicidad trimestral anualizado, para el cálculo de cobertura se considera el ajuste de la población total del año, de acuerdo al trimestre a evaluar, como se describe a continuación: - Primer trimestre: 25% de la población total del año a evaluar. - Segundo trimestre: 50% de la población total del año a evaluar. - Tercer trimestre: 75% de la población total del año a evaluar. - Cuarto Trimestre: 100% de la población total del año a evaluar. Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Nota. El Programa de Vacunación, en su carácter de universal, debe vacunar a todo menor de ocho años de edad que solicite la aplicación de biológicos, independientemente de su derechohabiencia, religión, grupo étnico o nacionalidad, lo que puede dar como resultado una cobertura mayor al 100%.		

CUPN 03 - Logro de aceptantes de primera vez de métodos anticonceptivos, en relación con la meta programada en consulta externa.					
Objetivo del indicador	Medir la proporción de mujeres en edad fértil aceptantes de métodos anticonceptivos que fueron otorgados por primera vez, respecto a la meta programada por cubrir en un período determinado.				
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: Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS) (Aceptantes de primera vez de métodos anticonceptivos en población derechohabiente, población abierta), área laboral y parteras rurales, reporte complementario de SIAIS ¹ y Sistema de Información Médico Operativo Central (SIMOC con sus actualizaciones) aceptantes de primera vez de métodos anticonceptivos en población derechohabiente en consulta externa en segundo y tercer nivel. Denominador: Meta establecida en el Instructivo para la programación de actividades, insumos y gastos. Programa Operativo Anual (POA) de la Coordinación de Unidades de Primer Nivel de los servicios de Planificación Familiar. Metas Mensuales (Metmes) ² con la distribución mensual. Instructivo para la programación de actividades e insumos.				
Valor de la meta	>= 90.0	Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación	4 puntos
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado		Indicador contabilizado por		Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado		Desempeño medio		Desempeño bajo
	>= 90.0		> 69.9 a < 90.0		<= 69.9
Dimensión	Eficacia		Tipo de indicador		Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define y le da seguimiento la Coordinación de Unidades de Primer Nivel. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud				
Interpretación y Observaciones	Una cifra igual o superior al 90 por ciento traduce el impacto de las acciones de comunicación educativa proporcionada a las mujeres en edad fértil por el personal de salud, y que tiene como finalidad que ellas acepten en forma libre, voluntaria e informada un método anticonceptivo moderno. Esta meta se estimará para el ámbito urbano (métodos otorgados en áreas de consulta externa a población derechohabiente y población abierta) y se calculará para las unidades médicas de adscripción.				
	Para el cálculo del indicador:				
	- La información del numerador proveniente del SIAIS es integrada por la División de Información en Salud (DIS). - Se incluyen los métodos siguientes:				
	Del Sistema de Información SIMOC se incluyen los siguientes métodos:				
	Clave de método		Descripción del método anticonceptivo		
	1		Levonorgestrel oral aceptante		
3		Desogestrel oral aceptante			
5		Medroxiprogesterona aceptante			

CUPN 03 - Logro de aceptantes de primera vez de métodos anticonceptivos, en relación con la meta programada en consulta externa.

Interpretación y Observaciones		Clave de método	Descripción del método anticonceptivo
		7	Noretisterona iny. Aceptante
		9	Etonogestrel implante aceptante
		11	DIU TCu estándar aceptante
		13	DIU brazos estándar aceptante
		15	DIU brazos nulíparas aceptante
		17	TCu nulíparas aceptante
		25	Parche anticonceptivo aceptante
		27	DIU medicado aceptante levonorgestrel 52 mg
		6160	DIU medicado aceptante levonorgestrel 19.5 mg
		31	Inyectable trimestral aceptante
		33	Implante con levonorgestrel aceptante
		Del Sistema de Información SIAIS se incluyen los siguientes métodos:	
		Clave de método	Descripción del método anticonceptivo
		1	Levonorgestrel oral aceptante
		3	Desogestrel oral aceptante
		5	Medroxiprogesterona aceptante
		7	Noretisterona iny. aceptante
		9	Etonogestrel implante aceptante
		11	DIU TCu estándar aceptante
		13	DIU brazos estándar aceptante
		15	DIU brazos nulíparas aceptante
		17	TCu nulíparas aceptante
		25	Parche anticonceptivo aceptante
		27	DIU medicado aceptante levonorgestrel 52 mg
		31	Inyectable trimestral aceptante
		39	Implante hormonal subdérmico Aceptante
		41	Parche norelgestromina y etinilestradiol Aceptante
		43	DIU liberador de levonorgestrel Aceptante
		47	Levonorgestrel implante Aceptante
		49	DIU medicado para nulípara Aceptante
		- Se excluyen condones y pastillas de emergencia. ¹Reportes complementarios para unidades hospitalarias con Medicina Familiar se obtendrán a través de SIAIS en el reporte de subsistema 31, RCV 106 y 108 según aplique. ²Metas Mensuales (Metmes) archivos que son enviados vía correo electrónico a los OOAD de forma anual por la División de Atención Prenatal, Planificación Familiar y Control del Niño (DAPFCN). - Indicador desagregado a nivel de OOAD, mensual y mensual acumulado según el periodo analizado. - Aceptantes de primera vez: persona en edad fértil a quien se le prescribe, aplica o realiza un método anticonceptivo moderno por primera vez por el personal de salud del IMSS, o bien, por partera rural. Incluye a la persona que cambia de un método anticonceptivo y a las que se les prescribe, aplica o realiza un método anticonceptivo nuevamente, tanto a derechohabiente como no derechohabientes.	
		Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.	

CUPN 04 - 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 resolutive de las Unidades de Medicina Familiar.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de derechohabientes referidos al segundo nivel de atención con ocasión de servicio de primera vez, por las Unidades de Medicina Familiar		X 100
	Número de consultas otorgadas en Medicina Familiar		
Fuentes oficiales para el cálculo	Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF) / Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).		
Unidad de medida	Porcentaje	Valor de la meta	$\leq 7.0 \%$
Periodicidad	Mensual	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤ 7.0	> 7.0 a < 8.1	≥ 8.1
Dimensión	Eficacia	Tipo de indicador	Gestión
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define y le da seguimiento la Coordinación de Unidades de Primer Nivel. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud		
Interpretación y Observaciones	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. Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Para el cálculo del indicador: - La información del numerador y denominador es integrada por la División de Información en Salud (DIS) en el SIAIS. - 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).		

CUPN 05 - 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 (servicio 04)		
	Número de horas trabajadas por los médicos familiares (servicio 04)		
Fuentes oficiales para el cálculo	Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF)/Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).		
Unidad de medida	Promedio	Valor de la meta	≥ 4.0
Periodicidad	Mensual y Mensual acumulado	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 4.0	> 3.1 a < 4.0	≤ 3.1
Dimensión	Eficacia	Tipo de indicador	Gestión
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define y le da seguimiento la Coordinación de Unidades de Primer Nivel. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud		
Interpretación y Observaciones	El resultado igual o mayor al valor de referencia traduce una sobredemanda de la atención médica que puede estar condicionada por la organización de la consulta y/o por un incremento en la demanda de atención o el número de derechohabientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar. La meta se estimó con base en el comportamiento histórico de la atención del médico familiar durante su turno laboral. Para el cálculo del indicador: La información del numerador y denominador es integrada por la División de Información en Salud (DIS) en el SIAIS.		

CUPN 06 - Porcentaje de niños de 6 meses alimentados con lactancia materna exclusiva.			
Objetivo del indicador	Conocer la prevalencia de alimentación con 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 alimentación con lactancia materna exclusiva.		
	Número de niños vivos de 6 meses de edad al mes del reporte. (recién nacidos vivos de término, 6 meses previos a la fecha de reporte).	Defunciones de lactantes clasificados como muerte neonatal e infantil del grupo de edad 0 - 6 meses, durante el periodo de 6 meses anteriores a la fecha del reporte.	$\times 100$
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS) Denominador: Reporte de Nacidos vivos SIMOC, módulo hospital, EGRNAC y Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED)		
Valor de la meta	≥ 50.0	Unidad de medida	Porcentaje
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 50.0	≥ 30.0 a < 50.0	< 30.0
Dimensión	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define y le da seguimiento la Coordinación de Unidades de Primer Nivel. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud		
Interpretación y Observaciones	Refleja prevalencia del tipo de alimentación como es la lactancia materna exclusiva en lactantes de 0 - 6 meses de edad, como resultado del impacto de las acciones del equipo de salud en la promoción, apoyo y protección a las mujeres embarazadas y madres en periodo de lactancia, lo que se traduce en reducción de morbilidad y mortalidad infantil, con crecimiento y desarrollo armónico del lactante. Para el cálculo del numerador: - La información del numerador es integrada por la División de Información en Salud (DIS) en el SIAIS. - Se contabiliza como lactancia materna exclusiva a los registros en formato fuente Hoja RAIS y expediente electrónico (SIMF) referente a los niños de 0 - 6 meses de edad con registro de clave UP 64.1. Para el cálculo del denominador: - Se contabilizan los recién nacidos vivos de término (de 37 semanas y más de gestación) de SIMOC EGRNAC, seis meses previos al periodo de reporte. - Se contabilizan las defunciones de lactantes clasificados como muerte neonatal e infantil del grupo de edad 0 - 6 meses obtenidas en el Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED), que hayan ocurrido durante los 6 meses previos al periodo de reporte. - Para el denominador se excluyen los nacidos vivos prematuros o pretérmino (de menos de 37 semanas de gestación) - Los responsables de las estrategias de mejora implementadas son los Órganos Normativos y Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada		

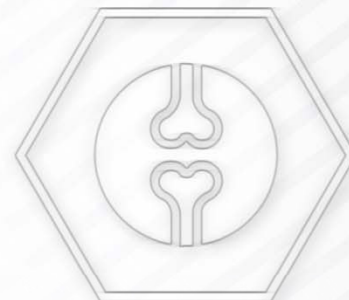
CUPN 07 - Promedio de consultas de los servicios de Estomatología asistencial por hora estomatólogo.

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 Atención Integral a la Salud (SIAIS) Informe "PU01 Informe mensual de los servicios médicos (Por médicos) Parte 1"		
Valor de la meta	≥ 2.8		
Unidad de medida	Promedio	Ponderación	3 puntos
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 2.8	> 2.0 a < 2.8	≤ 2.0
Dimensión	Eficiencia	Tipo de indicador	Gestión
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define y le da seguimiento la Coordinación de Unidades de Primer Nivel. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud		
Interpretación y Observaciones	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. Para el cálculo del indicador: La información del numerador y denominador es integrada por la División de Información en Salud (DIS) en el SIAIS.		

IV.

Indicadores por Coordinación Normativa

2. Coordinación de Unidades de Segundo Nivel





La rapidez con la que evoluciona la sociedad y la economía contemporánea impone la necesidad de renovar la estructura y los esquemas de funcionamiento de las organizaciones con mayor frecuencia que en el pasado, para el IMSS esto no es la excepción, lo que representa retos para generar respuestas innovadoras acordes con las necesidades de salud que la población derechohabiente requiere.

Al respecto se han implementado nuevos programas y estrategias dirigidas a incrementar la calidad y seguridad de la atención que, incluye la eficiencia de sus procesos en el otorgamiento de servicios, la ejecución de sus sistemas de información, así como la evaluación de los resultados de la operación; aplicables a todos los ámbitos de responsabilidad institucionales, al mismo tiempo, fortalecer la capacidad de gestión de los recursos necesarios para las unidades prestadoras de servicios, mediante la desconcentración de facultades y procesos operativos.

De esta manera las unidades médicas hospitalarias del segundo nivel de atención se convierten en el canal de comunicación directo para coordinar, atender y apoyar las necesidades que surgen para los pacientes que son referidos de las unidades de medicina familiar, que en conjunto complementan la atención médica.

En 2024, se contabilizan 254 unidades de atención médica de segundo nivel, donde 245 corresponden a unidades médicas hospitalarias, 34 unidades médicas de atención ambulatoria (UMAA) y 11 unidades para la detección de cáncer de mama.

La red integrada de atención, como los convenios de colaboración para el intercambio de servicios en los tres niveles de atención, con enfoque resolutivo, permite la continuidad de la atención entre niveles, las 24 horas y los 7 días de la semana; permitiendo coordinar acciones oportunas, eficientes y seguras en las patologías de mayor incidencia.

La condición médica de salud-enfermedad de los derechohabientes conlleva a realizar actividades particulares en los OOAD con la adopción de un modelo transversal que permita impulsar la organización de los servicios, la gestión directiva, la transformación digital, la accesibilidad y oportunidad en el diagnóstico y tratamiento; fortaleciendo la identificación de riesgos de operación y uso eficiente de la infraestructura.

Así mismo, es indispensable catalizar un cambio en la cultura hospitalaria, ajustando la estancia al mínimo necesario, contribuyendo de esto modo a una mayor eficiencia y sostenibilidad de las estructuras hospitalarias, además mejorar la intervención de medicina de rehabilitación, desde un enfoque integral, que aborda la prevención, la atención diagnóstica y terapéutica, así como las acciones para la reintegración del individuo a sus actividades de la vida diaria.

Contribuir a mejorar la calidad de la atención, se asocia a mejorar la información, especialmente la relacionada con el diagnóstico, comorbilidades, complicaciones, procedimientos médicos y quirúrgicos que se registran en el expediente clínico y en las fuentes oficiales, ubicarán al Instituto Mexicano de Seguro Social a la vanguardia, permitiendo el óptimo aprovechamiento de la información y la capacidad instalada para la prestación de servicios.

El seguimiento y control de los servicios se realiza a través de indicadores médicos, podemos decir que estas herramientas nos permiten la estandarización de los procesos de atención médica y facilitan la toma de decisiones sobre la calidad, eficiencia y oportunidad con la que se brindan los servicios de salud en el Instituto.

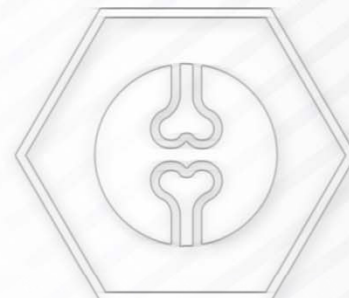
CUSN 01 - Razón de muerte materna hospitalaria por 100,000 nacidos vivos.			
Objetivo del indicador	Medir el riesgo de morir por complicaciones obstétricas (directa) y no obstétricas (indirecta) que complican el embarazo, el parto y el puerperio (42 días siguientes a la terminación del embarazo), en 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)	$\frac{\text{Defunciones maternas directas e indirectas, en población derechohabiente, ocurridas en unidades médicas del régimen obligatorio del IMSS, por lugar de adscripción, en un periodo y área geográfica determinado}}{\text{Recién nacidos vivos, de población derechohabiente en unidades médicas del IMSS del régimen obligatorio, distribuidos por lugar de adscripción, en el mismo periodo y área geográfica}} \times 100,000$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Comités Institucionales de Estudios en Mortalidad Materna (CIEMM). Denominador: Sistema de Información Médico Operativo Central (SIMOC), modulo hospital, tabla EGRNAC.		
Valor de la meta	$\leq 25.0 \times 100,000$ nacidos vivos		
Unidad de medida	Razón	Ponderación	4 puntos
Periodicidad	Mensual anualizado	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≤ 25.0	> 25.0 a < 30.0	≥ 30.0
Dimensión	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento,	Indicador que define y le da seguimiento la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel. Indicador publicado por la División de Análisis en Salud. El cálculo lo realizará la DAS cuando se otorgue acceso a las fuentes de información.		
Interpretación y Observaciones	Una tasa mayor a la meta, muestra posibles problemas relacionados con la calidad de la atención obstétrica ambulatoria y hospitalaria, la insuficiencia de los recursos disponibles para la atención de la demanda 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 es pequeño en relación con el denominador, lo que ocasiona variaciones cuando se pretende analizar las cifras en lapsos menores. El Grupo Técnico del Comité Institucional de Estudios en Mortalidad Materna del IMSS (CIEMM-IMSS), proporciona información referente a defunciones maternas directas e indirectas, por adscripción. Para el cálculo 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" (suceden entre el 43avo día posterior a la interrupción del embarazo y hasta antes del año) por el CIEMM-IMSS, en apego a los criterios de la SS y de la OMS.		

CUSN 02 - 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), para evaluar el resultado de las acciones asistenciales y educativas realizadas durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y la atención a la persona recién nacida.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Nacidos muertos de 28 semanas o más de gestación o de 1,000 gramos y más de peso} + \text{Las defunciones de recién nacidos vivos que ocurran entre el momento del nacimiento y los primeros 6 días, 23 horas y 59 minutos}}{\text{Total de nacimientos de población derechohabiente en unidades médicas del IMSS régimen obligatorio, distribuidos por adscripción en el mismo periodo y área geográfica}} \times 1,000$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Certificados de muerte fetal y Certificados de defunción impactados en el Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED) IMSS. Denominador: Sistema de Información Médico Operativo Central (SIMOC), modulo hospital, tabla EGRNAC.		
Valor de la meta	<= 9.4 defunciones por 1,000 nacimientos		
Unidad de medida	Tasa por 1,000 nacimientos	Ponderación	4 puntos
Periodicidad	Mensual anualizado	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	<= 9.4	> 9.4 a < 10.4	>= 10.4
Dimensión	Calidad	Tipo de indicador	Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento.	Indicador que define, calcula y le da seguimiento la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel. Indicador publicado por la División de Análisis en Salud. El cálculo lo realizará la DAS cuando se otorgue acceso a las fuentes de información.		
Interpretación y Observaciones	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 determinó con base en el comportamiento histórico institucional Para el cálculo: La mortalidad perinatal, incluye a los nacidos muertos de 28 semanas o más de gestación o de 1,000 gramos y más de peso, más las defunciones del recién nacido vivo que ocurran entre el momento del nacimiento y hasta los 6 días, 23 horas y 59 minutos. Para el cálculo del indicador: - El indicador será contabilizado por OOAD de adscripción - Se excluyen del numerador y denominador, no derechohabientes al IMSS.		

IV.

Indicadores por Coordinación Normativa

3. Coordinación de Enfermería



CE 01 - Promedio de atenciones preventivas por personal de enfermería.			
Objetivo del indicador	Medir la productividad diaria del personal auxiliar de enfermería en salud pública que proporciona atenciones preventivas (80).		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de atenciones preventivas otorgadas del personal auxiliar de enfermería en salud pública (servicio 80) en el periodo evaluado		
	Días laborados del personal auxiliar de enfermería en salud pública (servicio 80) durante el periodo evaluado		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).		
Valor de la meta	>= 16 atenciones	Unidad de medida	Promedio
Periodicidad	Mensual	Indicador contabilizado por	Adscripción
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	>= 16	> 12 a < 16	<= 12
Dimensión	Eficiencia	Tipo de indicador	Gestión
Encargados de la definición y seguimiento.	Indicador que define y le da seguimiento la Coordinación de Enfermería. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud		
Interpretación y Observaciones	Permite conocer las atenciones preventivas que el personal auxiliar de enfermería en salud pública otorga a los derechohabientes y no derechohabientes en la unidad médica y extramuros (atenciones preventivas otorgadas en un solo momento respecto a los cinco grupos de edad: niño, adolescente, mujer, hombre, adulto mayor), en los componentes de promoción a la salud, nutrición, prevención y control de enfermedades, detección de enfermedades y en su caso salud sexual y reproductiva. Este indicador aplicará a las Unidades de Medicina Familiar que en la plantilla de personal cuenten con la categoría de auxiliar de enfermería en salud pública asignado al servicio 80. El servicio 80 corresponde a las acciones preventivas proporcionadas exclusivamente por el personal auxiliar de enfermería en salud pública. Los resultados de este indicador aplicarán a partir de la disposición de los datos en los sistemas de información estadísticos administrados por la División de Información en Salud. Para el cálculo del indicador: - La información del numerador y denominador es integrada por la División de Información en Salud (DIS) en el SIAIS. - Se excluirán las unidades médicas que no cuenten con la infraestructura, servicio o personal cuando la Coordinación Normativa lo solicite a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.		

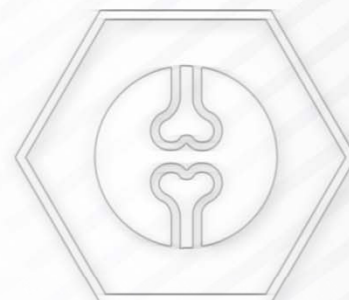
CE 02 - Promedio de atenciones integrales por personal de enfermería especialista en medicina de familia.			
Objetivo del indicador	Medir la productividad diaria del personal de enfermería especialista en medicina de familia que proporciona atenciones integrales.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de atenciones integrales otorgadas del personal de enfermería especialista en medicina de familia (servicio 87) en el periodo evaluado		
	Días laborados del personal de enfermería especialista en medicina de familia (servicio 87) durante el periodo evaluado		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).		
Periodicidad	Mensual	Indicador contabilizado por	Adscripción
Valor de la meta	≥ 16 atenciones	Unidad de medida	Promedio
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 16	> 12 a < 16	≤ 12
Dimensión	Eficiencia	Tipo de indicador	Gestión
Encargados de la definición y seguimiento.	Indicador que define y le da seguimiento la Coordinación de Enfermería. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud.		
Interpretación y Observaciones	La productividad esperada de este indicador representa: ▪ Eficiencia del personal de enfermería en la atención integral otorgada a los derechohabientes. ▪ La disponibilidad de recursos materiales y humanos necesarios para la realización de las atenciones preventivas e integrales. ▪ Adecuada derivación de los derechohabientes por el equipo de salud para la realización de atenciones integrales. ▪ Este indicador aplicará a las Unidades de Medicina Familiar que en la plantilla de personal cuenten con la categoría de enfermera especialista en medicina de familia asignado al servicio 87. Las atenciones integrales se consideran aquellas de control: mujer embarazada de bajo riesgo, planificación familiar, climaterio y menopausia, control de diabetes mellitus e hipertensión arterial, control al niño y la niña sano, acciones preventivas a niño, niña adolescente, mujer, hombre y adulto mayor, y seguimiento de pacientes a través de la visita domiciliaria y se codifican con los códigos de acceso: Z340, Z348, Z349, Z300, Z304, Z305, N951, E109, E119, E149, I10X, R730, Z001, Z762, Z003, Z758, Z711, Z631, Z742 Para el cálculo del indicador: • La información del numerador y denominador es integrada por la División de Información en Salud (DIS) en el SIAIS. • Se excluirán las unidades médicas que no cuenten con la infraestructura, servicio o personal cuando la Coordinación Normativa lo solicite a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.		



IV.

**Indicadores por
Coordinación Normativa**

4. Coordinación de Vigilancia Epidemiológica



CVE 01 - Índice de la notificación inmediata de casos nuevos sujetos a vigilancia epidemiológica y brotes.	
Objetivo del indicador	Medir el cumplimiento en la notificación inmediata, en los OOAD y UMAE, de casos probables de parálisis flácida aguda (PFA), enfermedad febril exantemática (EFE), síndrome coqueluchoide (SCL), cólera e infección respiratoria aguda grave (IRAG), así como de los brotes que se presentan, en guarderías y en las unidades hospitalarias, que afectan o ponen en riesgo la salud de la población. A fin de conocer el porcentaje de cumplimiento en la notificación inmediata de padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica con base en la NOM-017-SSA2-2012.
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Se calcula con el promedio de los valores obtenidos de la notificación inmediata de cada enfermedad, brotes hospitalarios y en guarderías de acuerdo con lo siguiente: Índice = (PFA + EFE + SCL + IRAG + brotes + casos probables de cólera) / 6
	<u>Para PFA:</u> Número de casos de PFA menores de 15 años notificados a la jurisdicción sanitaria dentro de las primeras 24 horas, considerando la diferencia entre la fecha del primer contacto con el servicio de salud institucional y la fecha de notificación a la jurisdicción sanitaria registrada en el sistema de notificación en línea correspondiente; se incluyen los casos de los últimos doce meses, considerando la fecha de inicio de la parálisis flácida X 100
	Total de casos de PFA menores de 15 años registrados en el sistema de notificación en línea correspondiente de los últimos doce meses, considerando la fecha de inicio de la Parálisis Flácida
	<u>Para EFE:</u> Número de casos probables de sarampión o rubeola notificados a la jurisdicción sanitaria correspondiente, dentro de las primeras 24 horas, considerando la diferencia entre la fecha del primer contacto con el servicio de salud institucional y la fecha de notificación a la jurisdicción sanitaria registrada en el sistema de notificación en línea correspondiente; 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 Nota: Se excluyen los casos probables de síndrome de rubeola congénita.
	<u>Para SCL:</u> Número de casos de SCL o probables de tos ferina notificados a la jurisdicción sanitaria correspondiente, dentro de las primeras 24 horas, considerando la diferencia entre la fecha del primer contacto con el servicio de salud institucional y la fecha de notificación a la jurisdicción sanitaria registrada en el sistema especial de vigilancia institucional; se incluyen los casos de los últimos doce meses, considerando la fecha de inicio de la tos X 100
	Total de casos de SCL o probables de tos ferina registrados en el sistema especial de vigilancia institucional de los últimos doce meses, considerando la fecha de inicio de la tos.

CVE 01 - Índice de la notificación inmediata de casos nuevos sujetos a vigilancia epidemiológica y brotes.			
Precisión del método de cálculo (fórmula)	<u>Para IRAG:</u> Número de casos IRAG, notificados en el Sistema de Notificación en Línea para la Vigilancia Epidemiológica (SINOLAVE), dentro de las primeras 24 horas, considerando la diferencia entre la fecha de ingreso y la fecha de notificación. Se incluyen los casos de los últimos doce meses, considerando la fecha de inicio del cuadro clínico.		
	Total de casos IRAG registrados por OOAD notificante en el Sistema de Notificación en Línea para la Vigilancia Epidemiológica (SINOLAVE)		X 100
	Nota: Si se obtienen valores inconsistentes en el producto de la sustracción entre las fechas, quedan excluidos del numerador		
	<u>Para brotes:</u> Número de brotes hospitalarios y en guarderías notificados al sistema especial de vigilancia institucional dentro de las primeras 24 horas considerando la diferencia entre la fecha de detección del brote y la fecha de notificación a la jurisdicción sanitaria registrada en el sistema de vigilancia institucional. Se incluyen los brotes de los últimos doce meses, considerando la fecha de inicio del brote.		
	Total de brotes hospitalarios y en guarderías notificados en los últimos doce meses registrados en el sistema de Vigilancia institucional, considerando la fecha de inicio del brote		X 100
Fuentes oficiales para el cálculo	<u>Para casos probables de cólera:</u> Número de casos probables de cólera notificados a la jurisdicción sanitaria correspondiente y capturados en plataforma SINAVE-EDA dentro de las primeras 24 horas del primer contacto con el servicio de salud. Se incluyen los casos de los últimos doce meses, considerando la fecha de captura de los casos en plataforma SINAVE-EDA.		
	Total de casos probables de cólera notificados a la jurisdicción sanitaria a través de su captura en la plataforma SINAVE-EDA. Se incluyen los casos de los últimos doce meses, considerando la fecha de captura de los casos en SINAVE-EDA.		X 100
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica: - PFA y EFE: Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica en línea de PFA y EFE. - SCL y brotes en guarderías: Sistema Especial de Vigilancia Institucional (bases de datos). - Casos probables de cólera: Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de EDA.		
Valor de la meta	≥ 90.0 a ≤ 100.0		
Unidad de medida	Proporción	Ponderación	4 puntos
Periodicidad	Mensual anualizado	Indicador contabilizado por	Atención
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 90.0 a ≤ 100.0	≥ 80.0 a <90.0	< 80.0

CVE 01 - Índice de la notificación inmediata de casos nuevos sujetos a vigilancia epidemiológica y brotes.			
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define, calcula y le da seguimiento la División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Indicador publicado por la División de Análisis en Salud El cálculo lo realizará la DAS cuando se otorgue acceso a las fuentes de información.		
Dimensión	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico
Interpretación y Observaciones	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 o brotes en las unidades médicas de acuerdo con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica), al Distrito de Salud para el Bienestar o a la jurisdicción sanitaria y OOAD correspondiente. Si el valor de referencia se encuentra entre 90.0 a 100%, indica que el proceso se está llevando correctamente. Si el valor de referencia se encuentra entre 80.0 y < 90.0%, 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 epidemiológica especial. Si el valor de referencia se encuentra con un valor < 80.0%, indica que no se está cumpliendo con la notificación inmediata de casos o brotes, por lo que se deberá realizar la difusión a los médicos tratantes de las definiciones operacionales de caso de estos padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica especial. Para el cálculo del indicador se excluyen del numerador y denominador: ▪ Para PFA casos reportados en población no derechohabiente ▪ Para EFE población no derechohabiente. ▪ Para SCL y tos ferina población no derechohabiente. ▪ Para IRAG: Las unidades del Programa IMSS-Bienestar. Si los OOAD tienen cero debido a que los casos o brotes que notificaron fueron inoportunos se incluirá el cero en el promedio. Los OOAD que reporten cero casos y brotes, serán evaluadas con cero en el componente correspondiente, de acuerdo con los criterios siguientes: ▪ Cero casos en los últimos doce meses. ▪ Cero brotes en guarderías en los últimos seis meses. ▪ Cero brotes hospitalarios en los últimos tres meses. ▪ Para los casos y brotes, el logro nacional es el promedio de los 35 OOAD. Para los casos: ▪ 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 y/o sistema de notificación en línea o sistema de vigilancia institucional correspondiente, bajo ese concepto. ▪ La fecha de notificación corresponde al día que se informa al Distrito de Salud para el Bienestar o a la jurisdicción sanitaria, y ese dato se registra en el estudio epidemiológico, o bien, la generada en el sistema de notificación en línea o plataforma en el momento de registrar el caso o la que se registra en el sistema		



CVE 01 - Índice de la notificación inmediata de casos nuevos sujetos a vigilancia epidemiológica y brotes.	
Interpretación y Observaciones	de vigilancia institucional. Entre ambas fechas no deben transcurrir más de 24 horas. Para brotes: La fecha de detección del brote se considera a partir del conocimiento por la unidad médica de un segundo caso asociado epidemiológicamente o el incremento inusual de casos en el mismo día, o ante la presencia de un caso de cualquier padecimiento de notificación inmediata y se registra en el formato de estudio de brote SUIVE-3. La fecha de notificación corresponde al día que se informa al Distrito de Salud para el Bienestar o a la jurisdicción sanitaria y ese dato se registra en el formato de estudio de brote y se captura en el sistema de vigilancia institucional. Entre ambas fechas, no deben transcurrir más de 24 horas.

CVE 02 - Oportunidad de registro de los servicios otorgados por OOAD para los cierres mensuales de información.			
Objetivo del indicador	Determinar la oportunidad del registro de información en los sistemas de información en salud para los cierres mensuales de información en cada OOAD.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Se calcula con la suma de las ponderaciones de los sistemas de información en salud por OOAD (SIAIS, SIMO Central módulo Cifras Complementarias, SIMO Central módulo Hospitalización, INDOCE y SIMO Central módulo Consulta Externa de Especialidades)		
	• Para el cálculo en SIAIS, SIMO Central módulo Cifras Complementarias e INDOCE*: $\text{Días de retraso en los sistemas} = \frac{\text{Fecha de notificación por el OOAD de conclusión de cierre} - \text{Fecha de cierre mensual definido en el calendario}}{\text{menos}}$ • Para el cálculo en SIMO Central módulo Hospitalización y SIMO Central módulo Consultas Externa de Especialidades*: $\text{Porcentaje de unidades con registro completo del cierre mensual evaluado} = \frac{\text{Número de Unidades médicas de Segundo Nivel de atención con registro completo del cierre mensual evaluado}}{\text{Número total de Unidades de Segundo Nivel de atención que deben reportar}} \times 100$ * Los resultados de estas fórmulas servirán para ponderar cada uno de los sistemas por OOAD. La mecánica de ponderación se encuentra en el criterio de observaciones.		
Fuentes oficiales para el cálculo	Sistema Integral de Información en Salud (SIAIS) Sistema de Información Médico Operativo Central (SIMOC) Indicador de Oportunidad de la Consulta de Especialidades (INDOCE)		
Unidad de medida	Suma ponderada	Ponderación	4 puntos
Periodicidad	Mensual	Indicador contabilizado por	OOAD
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 90.0 a ≤ 100.0	≥ 70.0 a < 90.0	< 70.0
Dimensión	Calidad	Tipo de indicador	Gestión
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define, calcula y le da seguimiento la División de Información en Salud de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Indicador publicado por la División de Análisis en Salud. El cálculo lo realizará la DAS cuando se otorgue acceso a las fuentes de información.		
Interpretación y Observaciones	El indicador refleja el grado de oportunidad en la entrega de la información del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) a la División de Información en Salud (DIS). Calendario de cierres mensuales de información: establecimiento anual de fechas para las actividades de los cierres mensuales de información para cada sistema de información en salud (en caso de ajuste se notifica vía correo electrónico).		

CVE 02 - Oportunidad de registro de los servicios otorgados por OOAD para los cierres mensuales de información.
Interpretación y Observaciones

Cierre mensual de los sistemas de información: se refiere a la actividad de recopilar y validar mensualmente los datos que generan las unidades médicas que conforman el OOAD/UMAE a través de sus respectivos sistemas en salud.

SIAIS: Sistema de Información de Atención Integral de la Salud

INDOCE: Indicador de Oportunidad en la Consulta Externa

SIMOC: Sistema de Información Médico Operativo Central

OOAD: Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada

Para el cálculo del indicador se incluyen:

- Para el cálculo de la oportunidad en el SIAIS se considera el total de unidades médicas que tiene autorizado el servicio de Medicina Familiar por OOAD.
- Para el cálculo de la oportunidad en el SIMO Central Hospitalización e INDOCE se consideran las Unidades médicas hospitalarias del Segundo Nivel de atención.
- Para el cálculo de la oportunidad en el SIMO Central Cifras Complementarias se consideran todas las Unidades médicas de Primero y Segundo Nivel de atención.
- Para la Consulta Externa de Especialidades se consideran los registros de los días hábiles y no festivos del cierre mensual para las Unidades de Segundo Nivel de atención.
- Para el cálculo dentro de SIMO Central módulo Hospitalización, se consideran los registros de los días calendario del cierre mensual para las Unidades de Segundo Nivel de atención.
- Para el cálculo de días de retraso a considerar en la evaluación del SIMO Central módulo Cifras Complementarias, se tomará la fecha de cierre del OOAD notificado, adicionando los días por retrocesos solicitados y aplicados.
- Para determinar los días de retraso en la evaluación del SIAIS, se tomará la fecha más reciente en la que se depositen los 52 archivos definitivos de Excel en el FTP designado considerando la fecha del cierre mensual.
- Para determinar los días de retraso en la evaluación del INDOCE, se tomará la fecha más reciente en la que se depositen sus archivos de enlace en el FTP designado considerando la fecha del cierre mensual.
- El valor nacional es el promedio de los resultados obtenidos de cada OOAD.

Ponderaciones por sistema de información:

- SIAIS y SIMO Central módulo Cifras Complementarias

Días de retraso	Ponderación
≤ 0	25 puntos
≥ 1 a ≤ 2	15 puntos
> 2	0 puntos



CVE 02 - Oportunidad de registro de los servicios otorgados por OOAD para los cierres mensuales de información.

Interpretación y Observaciones

INDOCE

Días de retraso	Ponderación
<= 0	10 puntos
>= 1 a <= 2	5 puntos
> 2	0 puntos

SIMO Central módulo Hospitalización y SIMO Central módulo Consulta Externa de Especialidades

Porcentaje de unidades con registro completo	Ponderación
>= 90 a <= 100	20 puntos
>= 70 a < 90	10 puntos
< 70	0 puntos

CVE 03 - Oportunidad de registro de los servicios otorgados por las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) para los cierres mensuales de información.					
Objetivo del indicador	Determinar la oportunidad del registro de información en los sistemas de información en salud para los cierres mensuales de información.				
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Se calcula con la suma de las ponderaciones de los sistemas de información en salud por UMAE (SIMO Central módulo Cifras Complementarias, SIMO Central módulo Hospitalización, INDOCE, SIMO Central módulo Consulta Externa de Especialidades)				
	- Para el cálculo en SIMO Central módulo Cifras Complementarias e INDOCE*: Días de retraso en los sistemas = $\frac{\text{Fecha de notificación por UMAE de conclusión de cierre} - \text{Fecha de cierre mensual definido en el calendario}}{\text{menos}}$ - Para el cálculo en SIMO Central módulo Hospitalización y SIMO Central módulo Consultas Externa de Especialidades*: Porcentaje de unidades con registro completo del cierre mensual evaluado = $\frac{\text{Número de Unidades Médicas de Alta Especialidad con registro completo del cierre mensual evaluado}}{\text{Número total de Unidades Médicas de Alta Especialidad que deben reportar}} \times 100$				
	* Los resultados de estas fórmulas servirán para ponderar cada uno de los sistemas por UMAE. La mecánica de ponderación se encuentra en el criterio de observaciones.				
Fuentes oficiales para el cálculo	Sistema de Información Médico Operativo Central (SIMOC). Indicador de Oportunidad de la Consulta de Especialidades (INDOCE).				
Unidad de medida	Suma ponderada	Periodicidad	Mensual	Indicador contabilizado por	UMAE
Rangos de desempeño	Desempeño esperado		Desempeño medio		Desempeño bajo
	>= 90.0 a <= 100.0		>= 70.0 a < 90.0		< 70.0
Dimensión	Calidad		Tipo de indicador		Gestión
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define, calcula y le da seguimiento la División de Información en Salud de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Indicador publicado por la División de Análisis en Salud. El cálculo lo realizará la DAS cuando se otorgue acceso a las fuentes de información.				
Interpretación y Observaciones	El indicador refleja el grado de oportunidad en la entrega de la información entre la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) y la División de Información en Salud (DIS). Calendario de cierres mensuales de información: establecimiento anual de fechas para las actividades de los cierres mensuales de información para cada sistema de información en salud (en caso de ajuste se notifica vía correo electrónico). Cierre mensual de los sistemas de información: se refiere a la actividad de recopilar y validar mensualmente los datos que generan las unidades médicas que conforman el OOAD/UMAE a través de sus respectivos sistemas de información en salud.				

CVE 03 - Oportunidad de registro de los servicios otorgados por las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) para los cierres mensuales de información.

Interpretación y
Observaciones

INDOCE: Indicador de Oportunidad en la Consulta Externa

SIMOC: Sistema de Información Médico Operativo Central

Para el cálculo del indicador se incluyen:

- Para la Consulta Externa de Especialidades se consideran los registros de los días hábiles y no festivos del cierre mensual para las Unidades Médicas de Alta Especialidad.
- Para el cálculo de días de retraso a considerar en la evaluación del SIMO Central módulo Cifras Complementarias, se tomará la fecha de cierre de la UMAE definitiva, considerando los días por retrocesos solicitados.
- Para el cálculo dentro de SIMO Central módulo Hospitalización, se consideran los registros de los días calendario del cierre mensual para las Unidades Médicas de Alta Especialidad.
- Para determinar los días de retraso en la evaluación del INDOCE, se tomará la fecha más reciente en la que se depositan sus archivos de enlace en el FTP designado.
- El valor nacional es el promedio de los resultados obtenidos de cada UMAE.

Para el cálculo de indicador se excluyen:

- La unidad titular y/o complementaria de la UMAE que notifiquen incidencias que afecten la conclusión de los cierres de su información valoradas por la División de Información en Salud.

Ponderaciones por sistema de información:

- SIMO Central módulo Cifras Complementarias

Días de retraso	Ponderación
≤ 0	30 puntos
≥ 1 a ≤ 2	15 puntos
> 2	0 puntos

- INDOCE

Días de retraso	Ponderación
≤ 0	10 puntos
≥ 1 a ≤ 2	5 puntos
> 2	0 puntos

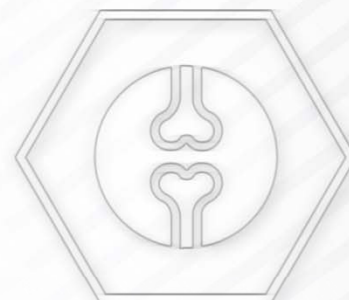
- SIMO Central módulo Hospitalización y SIMO Central módulo Consulta Externa de Especialidades

Porcentaje de unidades con registro completo	Ponderación
≥ 90 a ≤ 100	30 puntos
≥ 70 a < 90	10 puntos
< 70	0 puntos

IV.

Indicadores por Coordinación Normativa

5. Coordinación de Educación en Salud





La Educación en salud se conceptualiza como el conjunto de experiencias académicas de formación, educación continua y capacitación, favorecedoras de la superación individual y colectiva del personal técnico, profesional y directivo encargado del cuidado de la salud, a fin de contribuir a elevar la calidad de los servicios médicos que el Instituto otorga a los derechohabientes.

Las funciones de la Coordinación de Educación en Salud engloban tres procesos sustantivos: la formación de recursos humanos para la salud, la educación permanente en salud y el desarrollo del proceso educativo en salud.

Asimismo, como parte de las funciones conferidas en el Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas, se encuentra la de “Validar y vigilar los indicadores de desempeño de los procesos de formación de recursos humanos y educación permanente en salud y coordinar la intervención para su mejora.”

Es por ello que, en la presente sección se incorporan los indicadores estratégicos que facilitarán el seguimiento en el logro de las metas y objetivos planteados para los principales procesos de educación en salud, que buscan el mejoramiento de la capacidad y calidad de los servicios de atención médica, mediante la formación y profesionalización del personal de salud del Instituto.

En este contexto, los principales aspectos a medir se relacionan con la satisfacción de alumnos en programas de formación de recursos humanos para la salud, la eficiencia terminal de residencias médicas, la profesionalización docente, así como la cobertura de personal capacitado y cumplimiento de la programación de los cursos de educación permanente en salud.

CES 01 - Porcentaje de cumplimiento de estándares de calidad en ambientes académicos de programas de formación de recursos humanos para la salud.			
Objetivo del indicador	Medir el grado de satisfacción de los alumnos en programas de formación de recursos humanos para la salud, con relación al cumplimiento de estándares de calidad de los ambientes académicos dentro del IMSS, para implementar estrategias de mejora continua a nivel nacional.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Total de alumnos en programas de formación de recursos humanos para la salud que evalúan positivamente los ambientes académicos en la encuesta nacional}}{\text{Total de alumnos en programas de formación de recursos humanos para la salud que respondieron la encuesta nacional}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Registro de los resultados de las encuestas aplicadas a los alumnos en programas de formación de recursos humanos para la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social.		
Valor de la meta	≥ 90.0	Unidad de medida	Porcentaje
Periodicidad	Anual (diciembre)	Indicador contabilizado por	OOAD y UMAE
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 90.0	≥ 80.0 a < 90.0	< 80.0
Dimensión	Calidad	Tipo de indicador	Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento,	Indicador que define, calcula y le da seguimiento la Coordinación de Educación en Salud. Indicador publicado por la División de Análisis en Salud. El cálculo lo realizará la DAS cuando se otorgue acceso a las fuentes de información.		
Interpretación y Observaciones	Un valor inferior al 90% señalará áreas prioritarias de intervención, mientras que valores más altos servirán para consolidar buenas prácticas y fortalecer estándares institucionales, garantizando ambientes académicos de calidad para los alumnos de programas de formación de recursos humanos para la salud. - El indicador se calcula por OOAD y UMAE a partir de las encuestas aplicadas a los alumnos en programas de formación de recursos humanos para la salud de la Coordinación de Educación en Salud: - Internado médico de pregrado - Servicio social de áreas afines a la salud - Cursos y carreras de áreas afines a la salud - Cursos posttécnicos de enfermería - Licenciatura en enfermería escolarizada (escuelas de enfermería del IMSS) - Cursos de especialidades médicas y estomatológicas Se considera una evaluación positiva cuando el promedio de los ítems evaluados en la encuesta se ubica en "satisfecho o muy satisfecho".		

CES 02 - Eficiencia terminal del último grado de los cursos de residencias médicas.			
Objetivo del indicador	Evaluar la eficiencia terminal de los cursos de especialización médica a través del número de médicos residentes que culminan el curso de especialización, para determinar acciones de mejora de la calidad educativa.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Número de médicos residentes que obtienen diploma de egreso al final de su ciclo académico del último grado del curso en sedes de OOAD y UMAE}}{\text{Número de médicos residentes adscritos al inicio del ciclo académico del último grado del curso en las sedes de los OOAD y UMAE de cada especialidad} - \text{Bajas no atribuibles al proceso académico ocurridas durante el ciclo del último grado del curso en las sedes de los OOAD y UMAE de cada especialidad.}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y Denominador: Sistema Integral de Información de la Coordinación de Educación en Salud (SIICES).		
Valor de la meta	≥ 90.0	Unidad de medida	Porcentaje
Periodicidad	Anual (marzo)	Contabilizado por	Adscripción
Rangos de Desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 90.0	≥ 80.0 a < 90.0	< 80.0
Dimensión	Eficiencia	Tipo de Indicador	Gestión
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define, calcula y le da seguimiento la Coordinación de Educación en Salud. Indicador publicado por la División de Análisis en Salud El cálculo lo realizará la DAS cuando se otorgue acceso a las fuentes de información.		
Interpretación y Observaciones	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, con el objetivo de establecer estrategias de mejora en los procesos educativos que contribuyan al uso eficiente de los recursos institucionales y así brindar respuesta al compromiso social en la formación de médicos especialistas para mejorar la atención al derechohabiente. El índice fue construido a través de su comportamiento histórico y ante los resultados de desempeño, para determinar acciones de mejora. Para el cálculo del indicador se excluye: - Del denominador: bajas temporales, bajas por defunción, por rescisión laboral, por cuarta falta o calificación reprobatoria en el área formativa en los aspectos de valores y ética profesional. Otros aspectos necesarios para el cálculo: - La División de Formación de Recursos Humanos para la Salud activa la aplicación electrónica específica para la confirmación de vigencia de los médicos residentes en cada unidad, a través del profesor titular y a través del Área de posgrado solicita a los profesores la actualización en el SIICES - El periodo evaluado abarcará de marzo (año previo) a febrero (año actual).		

CES 03 – Porcentaje de personal de salud con actividades docentes vigentes que recibió capacitación en temas relacionados con la educación en OOAD y UMAE.

Objetivo del indicador	Determinar el número de personal de salud con actividades docentes vigentes que recibió capacitación en temas relacionados con la educación, en OOAD y UMAE con la finalidad de establecer estrategias de apoyo e impulso a la docencia para la mejora de los procesos formativos y de educación permanente en el IMSS.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Número de personas del área de la salud que tienen actividades docentes vigentes en OOAD y UMAE capacitadas en temas relacionados con la educación en el año que se reporta}}{\text{Número total de personas del área de la salud con actividades docentes vigentes en el año que se reporta}} \times 100$		
Fuentes oficiales	Numerador y denominador: Censo Docente Institucional		
Valor de la meta	≥ 40.0	Unidad de medida	Porcentaje
Periodicidad	Anual (diciembre)	Indicador contabilizado por	OOAD y UMAE
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 40.0	≥ 20.0 a < 40.0	< 20.0
Dimensión	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento.	Indicador que define, calcula y le da seguimiento la Coordinación de Educación en Salud. Indicador publicado por la División de Análisis en Salud. El cálculo lo realizará la DAS cuando se otorgue acceso a las fuentes de información.		
Interpretación y Observaciones	Representa el porcentaje de personal de salud con actividades docentes vigentes que recibió capacitación en temas relacionados con la educación en el año que se reporta en OOAD y UMAE Para la construcción del indicador, la capacitación en temas relacionados con la educación se entiende como el proceso educativo continuo, actualizado y activo que permite al personal de salud involucrado en actividades docentes, adquirir, reforzar, actualizar e incrementar los conocimientos y competencias necesarias para mejorar la docencia dentro del IMSS. Esto incluye cursos cortos, diplomados, maestrías o doctorados en temas relacionados con la educación. Para la construcción del numerador y denominador se incluyen: ▪ Número de personas del área de la salud con actividades docentes, vigentes en OOAD y UMAE durante el año que se reporta, capacitado en temas relacionados con la educación de forma interna a través de los Centros de Investigación Educativa y Formación Docente (CIEFD) o de formas externas en instituciones de educación superior o del sector. ▪ Número total de personas del área de la salud con actividades docentes vigentes registradas en el Censo Docente Institucional por OOAD y UMAE, durante el año que se reporta.		

CES 04 – Cobertura de capacitación a personal del área de la salud con contratación definitiva en temas prioritarios.					
Objetivo del indicador	Medir el porcentaje de personal del área de la salud con contratación definitiva actualizado en temas prioritarios a través de modalidad presencial y a distancia por unidad médica, por OOAD y por UMAE.				
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Personal del área de la salud con contratación definitiva que aprueba los cursos autorizados de educación permanente en salud, en modalidad presencial y a distancia en temas prioritarios por unidad médica por OOAD y por UMAE Número de personal del área de la salud con contratación definitiva adscrito por unidad médica por OOAD y por UMAE X 100				
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Sistema Informático de Programas de Educación Continua (SIPEC) Sistema Integral de Educación a Distancia (SIED) y el Sistema Integral de Microaprendizaje (SIMA) de la División de Educación Permanente en Salud y las fuentes oficiales del Sector Salud. Denominador: Plantilla de plazas ocupadas del personal del área de la salud de base con contratación definitiva de la unidad médica, por OOAD y por UMAE que proporciona la División de Servicios de Información para Administración de Personal dependiente de la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico.				
Valor de la meta	>= 25.0	Periodicidad	Trimestral acumulado	Contabilizado por	Adscripción
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación			4 puntos
Rangos de Desempeño	Trimestre	Desempeño esperado		Desempeño medio	Desempeño bajo
	Marzo	>= 6.25		>= 4.75 a < 6.25	< 4.75
	Junio	>= 12.50		>= 9.50 a < 12.50	< 9.50
	Septiembre	>= 18.75		>= 14.25 a < 18.75	< 14.25
	Diciembre	>= 25.00		>=19.00 a <25.00	< 19.00
Dimensión	Eficacia		Tipo de indicador		Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento.	Indicador que define, calcula y le da seguimiento la Coordinación de Educación en Salud. Indicador publicado por la División de Análisis en Salud. El cálculo lo realizará la DAS cuando se otorgue acceso a las fuentes de información.				
Interpretación y Observaciones	El resultado representa el porcentaje del personal del área de la salud de base con contratación definitiva, capacitado en temas prioritarios respecto a la plantilla laboral de la unidad médica, OOAD y UMAE. Para considerar como capacitado al personal de base con contratación definitiva, se requiere haber concluido el curso de capacitación presencial y en educación basada en simulación, registrado en el formato EC3 de SIPEC y en el caso de la modalidad a distancia en el Sistema Integral de Educación a Distancia (SIED), en el Sistema Integral de Microaprendizaje (SIMA) o los trabajadores del IMSS registrados como aprobados en las plataformas que se acuerden con el Sector Salud; en caso de no contar con la información del Sector Salud el cálculo del indicador se elaborará con la información disponible.				

CES 04 – Cobertura de capacitación a personal del área de la salud con contratación definitiva en temas prioritarios.

Interpretación y Observaciones	Personal del área de la salud: para el presente indicador se incluyen las siguientes categorías: Médico General; Médico Familiar; Médico No familiar; Auxiliar de Enfermería General; Auxiliar de Enfermería en Salud Pública; Enfermera General; Enfermera General Clínica; Enfermera Especialista; Enfermera Jefe de Piso. En Unidad de Medicina Familiar: Enfermera General; Enfermera Especialista; Enfermera Especialista en Medicina de Familia; Enfermera Jefe de Piso en Medicina de Familia. Coordinadora de Asistentes Médicas; Asistente Médica; Citotecnólogo; Histotecnólogo; Fonoaudiólogo; Inhaloterapeuta; Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y No Médicas; Ayudante de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y No Médicas; Auxiliar de Laboratorio; Laboratorista; Químico Clínico; Químico Clínico Jefe de Sección; Nutricionista Dietista; Especialista en Nutrición y Dietética; Nutriólogo Clínico Especializado; Manejador de Alimentos; Psicólogo; Psicólogo Clínico; Trabajadora Social; Trabajador Social Clínico; Técnico Radiólogo; Técnico en Medicina Nuclear; Técnico en el Manejo de Aparatos para Electrodiagnóstico; Radioterapeuta; Camillero en Unidades Hospitalarias; Terapeuta Físico; Terapeuta Ocupacional; Estomatólogo y Cirujano Maxilofacial. Se contabiliza al personal del área de la salud de base con contratación definitiva de manera nominal y única, aún y cuando apruebe dos o más cursos en modalidad presencial, a distancia o estar registrado como aprobado en las plataformas que se acuerden con el Sector Salud, en el periodo establecido de manera acumulada. Se informará como No Aplica (NA), en el caso de desastres naturales, donde la unidad médica sede del curso tenga daño estructural y aquellos casos que se acuerden con la Comisión Nacional Mixta de Capacitación y Adiestramiento. El denominador estará construido con la información que proporciona la División de Servicios de Información para Administración de Personal dependiente de la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico, considerando los siguientes elementos: • Plantilla de plazas ocupadas del personal del área de la salud. • Contratación base definitiva y categoría contractual. • Por unidad médica, OOAD y UMAE, identificadas por la clave de la unidad. Modalidad presencial: son los cursos del programa semestral, educación basada en simulación y los cursos extemporáneos, validados y autorizados y la Modalidad a distancia: son los cursos en línea y las micro lecciones. Para los trabajadores registrados y aprobados en temas prioritarios del IMSS, en la plataforma electrónica del Sector Salud, la información se debe entregar al IMSS en los siguientes periodos conforme a las fechas de corte de este indicador: ○ Primer trimestre: del 24 al 28 de marzo. ○ Segundo trimestre: del 23 al 27 de junio. ○ Tercer trimestre: 22 al 26 de septiembre. ○ Cuarto trimestre: 01 al 5 de diciembre.
--------------------------------	--



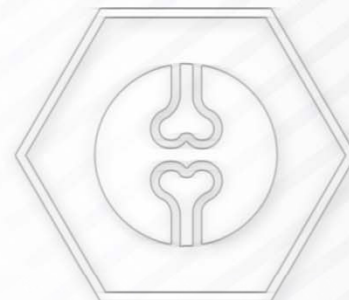
CES 04 – Cobertura de capacitación a personal del área de la salud con contratación definitiva en temas prioritarios.

Interpretación y Observaciones	Los temas prioritarios son: enfermedades cardiovasculares y circulatorias, diabetes, traumatología y ortopedia (musculoesqueléticas), neoplasias malignas, enfermedades de los órganos de los sentidos, enfermedades digestivas, enfermedades respiratorias crónicas, donación y trasplantes, nefropatías, enfermedades de vigilancia epidemiológica, salud reproductiva, atención materna integral, condiciones neonatales y anomalías congénitas, desórdenes mentales y de comportamiento, condiciones neurológicas, enfermedad por SARS-CoV-2, sobrepeso y obesidad, VIH/SIDA y aquellos temas que solicite la Dirección de Prestaciones Médicas.
--------------------------------	--

IV.

**Indicadores por
Coordinación Normativa**

6. Coordinación de Investigación en Salud





El Instituto Mexicano del Seguro Social, instrumenta el Programa presupuestario E004 (Pp E004) Investigación y desarrollo tecnológico en salud en apego al Artículo 251 - Fracción XXIV de la Ley del Seguro Social, de la que se derivan los siguientes procesos sustantivos que están vinculados con los indicadores que la Coordinación de Investigación en Salud incluye en el presente documento normativo:

1. Consolidar el capital humano institucional que realiza actividades de investigación científica y desarrollo tecnológico en salud (IC-DT), mediante la promoción de la capacitación, formación y calificación curricular del personal.
 - o **CIS 03** - Personal IMSS formado en maestrías y doctorados en ciencias de la salud e investigación clínica.
 - o **CIS 04** - Investigadores del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que pertenecen al Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (SNII) (Indicador incluido en matriz de indicadores de resultados del Programa presupuestario E004 investigación y desarrollo tecnológico en salud).
 - o **CIS 07** – Porcentaje de residentes que culminan cursos de adiestramiento de especialización, con protocolo de investigación en salud terminado.
2. Promover y propiciar la realización de IC-DT, que generen y trasladen nuevos conocimientos, a fin de coadyuvar en la mejora de la calidad de atención a la población derechohabiente.
 - o **CIS 01** - Número de publicaciones científicas generadas por personal del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
 - o **CIS 02** - Porcentaje de publicaciones científicas con factor de impacto en cuartiles 1 y 2 (indicador incluido en matriz de indicadores de resultados del programa presupuestario E004 investigación y desarrollo tecnológico en salud).
 - o **CIS 05** - Protocolos de investigación en salud relacionados a temas prioritarios del Instituto Mexicano del Seguro Social (indicador incluido en matriz de indicadores de resultados del programa presupuestario E004 investigación y desarrollo tecnológico en salud).
 - o **CIS 06** - Porcentaje de protocolos de investigación en salud con dictamen emitido por los Comités Locales de Investigación en Salud (CLIS) en < 30 días.

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 publicadas 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 del Desempeño, de la División de Desarrollo de la Investigación en Salud de la Coordinación de Investigación en Salud.			
Valor de la meta	Nacional ¹		Anual >= 1,628; Trimestral acumulado: Marzo >= 407; Junio >= 814; Septiembre >= 1,221; Diciembre >= 1,628	
	OOAD ²		Anual >= 935; Trimestral acumulado: Marzo >= 233; Junio >= 466; Septiembre >= 699; Diciembre >= 935	
	UMAE ³	Integral (clínicos e investigadores)	Anual >= 869; Trimestral acumulado: Marzo >= 217; Junio >= 434; Septiembre >= 651; Diciembre >= 869	
		Personal clínico	Anual >=715; Trimestral acumulado: Marzo >= 178; Junio >= 356; Septiembre >= 534; Diciembre >= 715	
Unidad de medida	Número absoluto de publicaciones médico científicas			
Periodicidad	Anual y trimestral acumulado		Indicador contabilizado por	Nacional, OOAD y UMAE
Rangos de desempeño	Tabla CIS 01 (OOAD) "Número de publicaciones científicas generadas por personal del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) por OOAD" Tabla CIS 01 (UMAE Integral – “Número de publicaciones científicas generadas por personal (clínico e investigadores de tiempo completo) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) por UMAE” Tabla CIS 01 (UMAE Clínicos) – “Número de publicaciones científicas generadas por personal (clínico) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) por UMAE”			
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define, calcula y le da seguimiento el Área de Evaluación del Desempeño, de la División de Desarrollo de la Investigación en Salud de la Coordinación de Investigación en Salud. Indicador publicado por la División de Análisis en Salud El cálculo lo realizará la DAS cuando se otorgue acceso a las fuentes de información.			
Dimensión	Eficacia		Tipo de indicador	Estratégico
Interpretación y Observaciones	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 de la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI) e internacionalmente, de la Red de Indicadores de Ciencia y Tecnología (RICyT).			


CIS 01 - Número de publicaciones científicas generadas por personal del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
Interpretación y Observaciones

Cada OOAD y UMAE cuenta con metas particulares, según el grupo de productividad al que pertenece; esa distribución puede consultarse en la página electrónica de la Coordinación de Investigación en Salud.

Se incluyen los artículos científicos:

- Publicados en revistas médico-científicas arbitradas.
- Identificados como artículo original, reporte corto, revisión, caso (s) clínico (s), guía clínica o carta científica.
- Resúmenes publicados en revistas médico científicas arbitradas.
- Que son generados en el año inmediato anterior al año que se evalúa.
- Que son generados por personal adscrito, según corresponda:
 - Indicador específico OOAD: unidades de atención médica, unidades administrativas, centros y unidades de investigación en salud.
 - Indicador específico UMAE integral: Unidades Médicas de Alta Especialidad y sus unidades de investigación en salud.
 - Indicador específico UMAE clínico: Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Se excluyen los artículos científicos:

- Publicados en revistas de divulgación científica, en revistas no arbitradas.
- Identificados como Editorial o Carta al Editor.
- Resumen publicado en Revista de divulgación científica.
- Que NO especifican la adscripción IMSS de los autores.

¹ Aplica exclusivamente para el indicador institucional a nivel nacional (OOAD y UMAE).

² Aplica exclusivamente para el indicador institucional correspondiente al conjunto de OOAD (Los OOAD desagregados manejan un rango distinto).

³ Aplica exclusivamente para el indicador institucional correspondiente al conjunto de UMAE (Las UMAE desagregadas manejan un rango distinto, según la especificación "UMAE integral" o "UMAE clínico").

Manual Metodológico de Indicadores Médicos, 2025
IV. Indicadores por Coordinación Normativa
6. Coordinación de Investigación en Salud



Tabla CIS 01 (OOAD) - Número de publicaciones científicas generadas por personal del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) por OOAD

OOAD	Enero - Marzo				Enero - Junio				Enero - Septiembre				Enero - Diciembre			
Rangos de desempeño	META	Esperado >=	Medio	Bajo <=	META	Esperado >=	Medio	Bajo <=	META	Esperado >=	Medio	Bajo <=	META	Esperado >=	Medio	Bajo <=
Nacional ¹	407	366	>326 a <366	326	814	733	>651 a <733	651	1221	1099	>977 a <1099	977	1628	1465	>1302 a <1465	1302
Total OOAD ²	233	210	>186 a <210	186	466	419	>373 a <419	373	699	629	>559 a <629	559	935	842	>748 a <842	748
Aguascalientes	3	3	N.A.	2	6	5	>3 a <5	3	9	8	>6 a <8	6	13	12	>10 a <12	10
Baja California	9	8	>6 a <8	6	18	16	>14 a <16	14	27	24	>22 a <24	22	38	34	>30 a <34	30
Baja California Sur	3	3	N.A.	2	6	5	>3 a <5	3	9	8	>6 a <8	6	13	12	>10 a <12	10
Campeche	2	2	N.A.	1	4	4	N.A.	3	6	5	>3 a <5	3	8	7	>5 a <7	5
Coahuila	4	4	N.A.	3	8	7	>5 a <7	5	12	11	>9 a <11	9	19	17	>15 a <17	15
Colima	9	8	>6 a <8	6	18	16	>14 a <16	14	27	24	>22 a <24	22	37	33	>30 a <33	30
Chiapas	4	4	N.A.	3	8	7	>5 a <7	5	12	11	>9 a <11	9	17	15	>13 a <15	13
Chihuahua	13	12	>10 a <12	10	26	23	>21 a <23	21	39	35	>31 a <35	31	53	48	>42 a <48	42
Durango	6	5	>3 a <5	3	12	11	>9 a <11	9	18	16	>14 a <16	14	24	22	>19 a <22	19
Guanajuato	19	17	>15 a <17	15	38	34	>30 a <34	30	57	51	>46 a <51	46	76	68	>61 a <68	61
Guerrero	3	3	N.A.	2	6	5	>3 a <5	3	9	8	>6 a <8	6	14	13	>11 a <13	11
Hidalgo	2	2	N.A.	1	4	4	N.A.	3	6	5	>3 a <5	3	11	10	>8 a <10	8
Jalisco	30	27	>24 a <27	24	60	54	>48 a <54	48	90	81	>72 a <81	72	120	108	>96 a <108	96
México Oriente	17	15	>13 a <15	13	34	31	>27 a <31	27	51	46	>41 a <46	41	68	61	>54 a <61	54
México Poniente	7	6	>4 a <6	4	14	13	>11 a <13	11	21	19	>17 a <19	17	28	25	>22 a <25	22
Michoacán	8	7	>5 a <7	5	16	14	>12 a <14	12	24	22	>19 a <22	19	33	30	>26 a <30	26
Morelos	15	14	>12 a <14	12	30	27	>24 a <27	24	45	41	>36 a <41	36	60	54	>48 a <54	48
Nayarit	3	3	N.A.	2	6	5	>3 a <5	3	9	8	>6 a <8	6	13	12	>10 a <12	10
Nuevo León	18	16	>14 a <16	14	36	32	>29 a <32	29	54	49	>43 a <49	43	72	65	>58 a <65	58
Oaxaca	3	3	N.A.	2	6	5	>3 a <5	3	9	8	>6 a <8	6	12	11	>9 a <11	9
Puebla	28	25	>22 a <25	22	56	50	>45 a <50	45	84	76	>67 a <76	67	115	104	>92 a <104	92
Querétaro	7	6	>4 a <6	4	14	13	>11 a <13	11	21	19	>17 a <19	17	29	26	>23 a <26	23
Quintana Roo	4	4	N.A.	3	8	7	>5 a <7	5	12	11	>9 a <11	9	17	15	>13 a <15	13
San Luis Potosí	3	3	N.A.	2	6	5	>3 a <5	3	9	8	>6 a <8	6	14	13	>11 a <13	11
Sinaloa	2	2	N.A.	1	4	4	N.A.	3	6	5	>3 a <5	3	9	8	>6 a <8	6
Sonora	7	6	>4 a <6	4	14	13	>11 a <13	11	21	19	>17 a <19	17	28	25	>22 a <25	22
Tabasco	3	3	N.A.	2	6	5	>3 a <5	3	9	8	>6 a <8	6	14	13	>11 a <13	11
Tamaulipas	8	7	>5 a <7	5	16	14	>12 a <14	12	24	22	>19 a <22	19	32	29	>26 a <29	26
Tlaxcala	5	5	>3 a <5	3	10	9	>7 a <9	7	15	14	>12 a <14	12	22	20	>18 a <20	18
Veracruz Norte	4	4	N.A.	3	8	7	>5 a <7	5	12	11	>9 a <11	9	16	14	>12 a <14	12
Veracruz Sur	14	13	>11 a <13	11	28	25	>22 a <25	22	42	38	>34 a <38	34	56	50	>45 a <50	45
Yucatán	4	4	N.A.	3	8	7	>5 a <7	5	12	11	>9 a <11	9	18	16	>14 a <16	14
Zacatecas	8	7	>5 a <7	5	16	14	>12 a <14	12	24	22	>19 a <22	19	34	31	>27 a <31	27
CDMX Norte	12	11	>9 a <11	9	24	22	>19 a <22	19	36	32	>29 a <32	29	50	45	>40 a <45	40
CDMX Sur	31	28	>25 a <28	25	62	56	>50 a <56	50	93	84	>74 a <84	74	125	113	>100 a <113	100



Tabla CIS 01 (UMAE Integral) - Número de publicaciones científicas generadas por personal (clínico e investigadores de tiempo completo) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) por UMAE

UMAE	Enero - Marzo				Enero - Junio				Enero - Septiembre				Enero - Diciembre			
Rangos de desempeño	META	Esperado ≥	Medio	Bajo ≤	META	Esperado ≥	Medio	Bajo ≤	META	Esperado ≥	Medio	Bajo ≤	META	Esperado ≥	Medio	Bajo ≤
Total UMAE¹	217	195	>174 a <195	174	434	391	>347 a <391	347	651	586	>521 a <586	521	869	782	>695 a <782	695
HC CMN Siglo XXI	13	12	>10 a <12	10	26	23	>21 a <23	21	39	35	>31 a <35	31	52	47	>42 a <47	42
HC 34 Monterrey	7	6	>4 a <6	4	14	13	>11 a <13	11	21	19	>17 a <19	17	28	25	>22 a <25	22
HE CMN Siglo XXI	62	56	>50 a <56	50	124	112	>99 a <112	99	186	167	>149 a <167	149	249	224	>199 a <224	199
HE CMN Puebla	15	14	>12 a <14	12	30	27	>24 a <27	24	45	41	>36 a <41	36	61	55	>49 a <55	49
HE CMN La Raza	37	33	>30 a <33	30	74	67	>59 a <67	59	111	100	>89 a <100	89	150	135	>120 a <135	120
HE CMN Yucatán	6	5	>3 a <5	3	12	11	>9 a <11	9	18	16	>14 a <16	14	26	23	>21 a <23	21
HE 14 Veracruz	13	12	>10 a <12	10	26	23	>21 a <23	21	39	35	>31 a <35	31	53	48	>42 a <48	42
HE 2 CMN Noroeste Obregón	8	7	>5 a <7	5	16	14	>12 a <14	12	24	22	>19 a <22	19	34	31	>27 a <31	27
HE71 Coahuila	4	4	N.A.	3	8	7	>5 a <7	5	12	11	>9 a <11	9	17	15	>13 a <15	13
HE 25 Monterrey	8	7	>5 a <7	5	16	14	>12 a <14	12	24	22	>19 a <22	19	34	31	>27 a <31	27
HE 1 CMN del Bajío	19	17	>15 a <17	15	38	34	>30 a <34	30	57	51	>46 a <51	46	76	68	>61 a <68	61
HE CMN Occidente	28	25	>22 a <25	22	56	50	>45 a <50	45	84	76	>67 a <76	67	112	101	>90 a <101	90
HGO 3 La Raza	7	6	>4 a <6	4	14	13	>11 a <13	11	21	19	>17 a <19	17	31	28	>25 a <28	25
HGO 4 Castelazo Ayala	6	5	>3 a <5	3	12	11	>9 a <11	9	18	16	>14 a <16	14	24	22	>19 a <22	19
HGO Occidente	3	3	N.A.	2	6	5	>3 a <5	3	9	8	>6 a <8	6	12	11	>9 a <11	9
HGO 23 Monterrey	3	3	N.A.	2	6	5	>3 a <5	3	9	8	>6 a <8	6	12	11	>9 a <11	9
HGP 48 CMN del Bajío	7	6	>4 a <6	4	14	13	>11 a <13	11	21	19	>17 a <19	17	30	27	>24 a <27	24
HO CMN Siglo XXI	15	14	>12 a <14	12	30	27	>24 a <27	24	45	41	>36 a <41	36	62	56	>50 a <56	50
HP CMN Occidente	6	5	>3 a <5	3	12	11	>9 a <11	9	18	16	>14 a <16	14	25	23	>20 a <23	20
HP CMN Siglo XXI	27	24	>22 a <24	22	54	49	>43 a <49	43	81	73	>65 a <73	65	110	99	>88 a <99	88
HTO Puebla	3	3	N.A.	2	6	5	>3 a <5	3	9	8	>6 a <8	6	14	13	>11 a <13	11
HTO Dr. Victorio de la Fuente N.	5	5	>3 a <5	3	10	9	>7 a <9	7	15	14	>12 a <14	12	21	19	>17 a <19	17
HTO Lomas Verdes	3	3	N.A.	2	6	5	>3 a <5	3	9	8	>6 a <8	6	12	11	>9 a <11	9
HTO 21 Monterrey	6	5	>3 a <5	3	12	11	>9 a <11	9	18	16	>14 a <16	14	24	22	>19 a <22	19
HG CMN La Raza	17	15	>13 a <15	13	34	31	>27 a <31	27	51	46	>41 a <46	41	68	61	>54 a <61	54



Tabla CIS 01(UMAE Clínicos) - Número de publicaciones científicas generadas por personal (clínico) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) por UMAE

UMAE	Enero - Marzo				Enero - Junio				Enero - Septiembre				Enero - Diciembre			
Rangos de desempeño	META	Esperado >=	Medio	Bajo <=	META	Esperado >=	Medio	Bajo <=	META	Esperado >=	Medio	Bajo <=	META	Esperado >=	Medio	Bajo <=
Total UMAE³	178	160	>142 a <160	142	356	320	>285 a <320	285	534	481	>427 a <481	427	715	644	>572 a <644	572
HC CMN Siglo XXI	11	10	>8 a <10	8	22	20	>18 a <20	18	33	30	>26 a <30	26	44	40	>35 a <40	35
HC 34 Monterrey	7	6	>4 a <6	4	14	13	>11 a <13	11	21	19	>17 a <19	17	28	25	>22 a <25	22
HE CMN Siglo XXI	48	43	>38 a <43	38	96	86	>77 a <86	77	144	130	>115 a <130	115	194	175	>155 a <175	155
HE CMN Puebla	15	14	>12 a <14	12	30	27	>24 a <27	24	45	41	>36 a <41	36	61	55	>49 a <55	49
HE CMN La Raza	30	27	>24 a <27	24	60	54	>48 a <54	48	90	81	>72 a <81	72	120	108	>96 a <108	96
HE CMN Yucatán	4	4	N.A.	3	8	7	>5 a <7	5	12	11	>9 a <11	9	17	15	>13 a <15	13
HE 14 Veracruz	13	12	>10 a <12	10	26	23	>21 a <23	21	39	35	>31 a <35	31	53	48	>42 a <48	42
HE 2 CMN Noroeste Obregón	8	7	>5 a <7	5	16	14	>12 a <14	12	24	22	>19 a <22	19	34	31	>27 a <31	27
HE71 Coahuila	4	4	N.A.	3	8	7	>5 a <7	5	12	11	>9 a <11	9	17	15	>13 a <15	13
HE 25 Monterrey	8	7	>5 a <7	5	16	14	>12 a <14	12	24	22	>19 a <22	19	34	31	>27 a <31	27
HE 1 CMN del Bajío	16	14	>12 a <14	12	32	29	>26 a <29	26	48	43	>38 a <43	38	65	59	>52 a <59	52
HE CMN Occidente	21	19	>17 a <19	17	42	38	>34 a <38	34	63	57	>50 a <57	50	85	77	>68 a <77	68
HGO 3 La Raza	7	6	>4 a <6	4	14	13	>11 a <13	11	21	19	>17 a <19	17	31	28	>25 a <28	25
HGO 4 Castelazo Ayala	4	4	N.A.	3	8	7	>5 a <7	5	12	11	>9 a <11	9	17	15	>13 a <15	13
HGO Occidente	3	3	N.A.	2	6	5	>3 a <5	3	9	8	>6 a <8	6	12	11	>9 a <11	9
HGO 23 Monterrey	3	3	N.A.	2	6	5	>3 a <5	3	9	8	>6 a <8	6	12	11	>9 a <11	9
HGP 48 CMN del Bajío	7	6	>4 a <6	4	14	13	>11 a <13	11	21	19	>17 a <19	17	30	27	>24 a <27	24
HO CMN Siglo XXI	13	12	>10 a <12	10	26	23	>21 a <23	21	39	35	>31 a <35	31	55	50	>44 a <50	44
HP CMN Occidente	6	5	>3 a <5	3	12	11	>9 a <11	9	18	16	>14 a <16	14	25	23	>20 a <23	20
HP CMN Siglo XXI	18	16	>14 a <16	14	36	32	>29 a <32	29	54	49	>43 a <49	43	73	66	>58 a <66	58
HTO Puebla	3	3	N.A.	2	6	5	>3 a <5	3	9	8	>6 a <8	6	14	13	>11 a <13	11
HTO Dr. Victorio de la Fuente N.	5	5	>3 a <5	3	10	9	>7 a <9	7	15	14	>12 a <14	12	21	19	>17 a <19	17
HTO Lomas Verdes	3	3	N.A.	2	6	5	>3 a <5	3	9	8	>6 a <8	6	12	11	>9 a <11	9
HTO 21 Monterrey	6	5	>3 a <5	3	12	11	>9 a <11	9	18	16	>14 a <16	14	24	22	>19 a <22	19
HG CMN La Raza	13	12	>10 a <12	10	26	23	>21 a <23	21	39	35	>31 a <35	31	55	50	>44 a <50	44

CIS 02 - Porcentaje de publicaciones científicas con factor de impacto en cuartiles 1 y 2.				
Objetivo del indicador	Cuantificar las publicaciones científicas con factor de impacto que genera el personal de salud del IMSS, para conocer la producción científica institucional que cumple con altos estándares de calidad internacional según su ubicación por cuartiles por áreas de conocimiento.			
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Sumatoria de artículos científicos generados por personal del IMSS y que han sido publicados en revistas incorporadas al Journal Citation Reports y que están ubicadas en Cuartiles 1 o 2, según área de conocimiento}}{\text{Sumatoria de artículos científicos generados por personal del IMSS y que han sido publicados en revistas incorporadas al Journal Citation Reports}} \times 100$			
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 del Desempeño, de la División de Desarrollo de la Investigación en Salud de la Coordinación de Investigación en Salud.			
Valor de la meta	Nacional ¹ Total OOAD ² Total UMAE ³	70.0		
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación		4 puntos
Periodicidad	Anual y trimestral acumulado	Indicador contabilizado por		Nacional, OOAD y UMAE
Rangos de desempeño	Nivel	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Nacional ¹ Total OOAD ² Total UMAE ³	>= 63.0	>= 56.0 a < 63.0	< 56.0
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define, calcula y le da seguimiento el Área de Evaluación del Desempeño, de la División de Desarrollo de la Investigación en Salud de la Coordinación de Investigación en Salud. Indicador publicado por la División de Análisis en Salud El cálculo lo realizará la DAS cuando se otorgue acceso a las fuentes de información.			
Dimensión	Calidad	Tipo de indicador		Estratégico
Interpretación y Observaciones	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 con el 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.			

CIS 02 - Porcentaje de publicaciones científicas con factor de impacto en cuartiles 1 y 2.

Interpretación y
Observaciones

Se incluyen los artículos científicos:

Numerador:

- Publicados en revistas indizadas que cuentan con factor de impacto incluido en el Journal Citation Reports ubicadas en Cuartiles 1 o 2 según área de conocimiento.
- Identificados como artículo original, reporte corto, revisión, caso (s) clínico (s), guía clínica, carta científica o resumen.
- Que son generados en el año inmediato anterior al año que se evalúa.
- Que son generados por personal adscrito, según corresponda:
 - Unidades de atención médica, unidades administrativas, centros y unidades de investigación en salud en OOAD.
 - Unidades Médicas de Alta Especialidad y sus unidades de investigación en salud.

Denominador:

- Publicaciones científicas incluidas en revistas indizadas en el Journal Citation Reports y que cuentan con factor de impacto.
- Identificados como artículo original, reporte corto, revisión, caso (s) clínico (s), guía clínica, carta científica o resumen.
- Que son generados en el año inmediato anterior al año que se evalúa.
- Que son generados por personal adscrito, según corresponda:
 - Unidades de atención médica, centros y unidades de investigación en salud en OOAD.

Unidades Médicas de Alta Especialidad y sus unidades de investigación en salud.

Se excluyen artículos científicos:

Numerador:

- 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.
- 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.

¹ Aplica exclusivamente para el indicador institucional a nivel nacional (OOAD y UMAE).

² Aplica exclusivamente para el indicador institucional correspondiente al conjunto de OOAD.

³ Aplica exclusivamente para el indicador institucional correspondiente al conjunto de UMAE.

CIS 03 - Personal IMSS formado en maestrías y doctorados en ciencias de la salud e investigación clínica.					
Objetivo del indicador	Cuantificar al personal institucional que completan su formación académica en, maestrías y doctorados en Ciencias de la salud o Investigación clínica, para conocer el capital humano formado para desarrollar investigación científica y desarrollo tecnológico de calidad.				
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Sumatoria de personal institucional que completa su formación académica en, maestrías y doctorados en ciencias de la salud o investigación clínica, adscritos a OOAD o UMAE en el IMSS, del ejercicio que se evalúa				
Fuentes oficiales para el cálculo	Informe Oficial de personal institucional que completa su formación académica en, maestrías y doctorados en ciencias de la salud o investigación clínica, generado a través del Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS) administrado por: i) Programa para formación de investigadores y ii) Programa de capacitación en investigación clínica, de la División de Investigación Clínica de la Coordinación de Investigación en Salud.				
Valor de la meta	Maestría y Doctorados	Nacional ¹	Semestral acumulado: junio >= 30; diciembre >= 60		
		Total OOAD ²	Semestral acumulado: junio >= 20; diciembre >= 40		
		Cada OOAD	Semestral acumulado: junio y diciembre >= 1		
		Total UMAE ³	Semestral acumulado: junio >= 10; diciembre >= 20		
		Cada UMAE	Semestral acumulado: junio y diciembre >= 1		
Unidad de medida	Número absoluto				
Periodicidad	Anual y semestral acumulado		Indicador contabilizado por		Nacional, OOAD y UMAE
Rangos de Desempeño	Nivel		Desempeño esperado	Desempeño Medio	Desempeño Bajo
	Maestría y Doctorado	Nacional ¹	>= 54.0	>= 48.0 a < 54.0	< 48.0
		Total OOAD ²	>= 36.0	>= 32.0 a < 36.0	< 32.0
		Cada OOAD	>= 0.90	>= 0.80 a < 0.90	< 0.80
		Total UMAE ³	>= 18.0	>= 16.0 a < 18.0	< 16.0
		Cada UMAE	>= 0.90	>= 0.80 a < 0.90	< 0.80
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define, calcula y le da seguimiento la División de Investigación Clínica de la Coordinación de Investigación en Salud. Indicador publicado por la División de Análisis en Salud El cálculo lo realizará la DAS cuando se otorgue acceso a las fuentes de información.				
Dimensión	Eficacia		Tipo de Indicador		Gestión
Interpretación y Observaciones	Los OOAD y UMAE que cumplen con las metas propuestas, tienen capital humano institucional con la formación necesaria para desarrollar actividades de investigación científica y desarrollo tecnológico de calidad.				


CIS 03 - Personal IMSS formado en maestrías y doctorados en ciencias de la salud e investigación clínica.

Interpretación y Observaciones	Se incluye al personal institucional (personal de base, de confianza o estatuto A) y alumnos becarios con matrícula institucional, que completan su formación académica en cursos de maestrías y doctorados en Ciencias de la salud o Investigación clínica, cuya adscripción se encuentra en: • Unidades de atención médicas, unidades administrativas, centros y unidades de investigación en salud en OOAD. • Unidades Médicas de Alta Especialidad y sus unidades de investigación en salud. Criterios de exclusión: • Alumnos que culminan su formación en cursos de maestrías y doctorados en ciencias de la salud o Investigación clínica, que NO son trabajadores del IMSS y NO son becarios del IMSS. • Alumnos que culminan su formación en programas de maestría o doctorados de tipo profesionalizante. ¹ Aplica exclusivamente para el indicador institucional a nivel nacional (OOAD y UMAE). ² Aplica exclusivamente para el indicador institucional correspondiente al conjunto de OOAD (Los OOAD desagregados manejan un rango distinto). ³ Aplica exclusivamente para el indicador institucional correspondiente al conjunto de UMAE (Las UMAE desagregadas manejan un rango distinto).
--------------------------------	---

CIS 04 - Investigadores del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que pertenecen al Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (SNII).				
Objetivo del Indicador	Cuantificar la pertenencia de investigadoras e investigadores institucionales al SNII, para conocer la calidad de su desempeño, de acuerdo con estándares nacionales.			
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Global	$\frac{\text{Sumatoria de investigadores del IMSS, que cuentan con nombramiento vigente otorgado por el SNII}}{\text{Sumatoria de investigadores del IMSS que cuentan con calificación curricular como investigador institucional vigente}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Informe oficial de la calificación curricular del personal que incorpora los resultados de la convocatoria anual del SNII de la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI); informe que administra el Área de Evaluación del Desempeño, de la División de Desarrollo de la Investigación en Salud de la Coordinación de investigación en salud. Denominador: Informe oficial de la calificación curricular del personal IMSS, que administra el Área de Evaluación del Desempeño, de la División de Desarrollo de la Investigación en Salud de la Coordinación de Investigación en Salud.			
Unidad de medida	Porcentaje			
Valor de la meta	Global	Nacional ¹ Total OOAD ² Total UMAE ³		75 .0
Periodicidad	Anual	Indicador contabilizado por		Nacional, OOAD y UMAE
Rangos de desempeño	Nivel	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Nacional Total OOAD Total UMAE	>= 67.5	>= 60.0 a < 67.5	< 60.0
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define, calcula y le da seguimiento el Área de Evaluación del Desempeño, de la División de Desarrollo de la Investigación en Salud de la Coordinación de Investigación en Salud. Indicador publicado por la División de Análisis en Salud. El cálculo lo realizará la DAS cuando se otorgue acceso a las fuentes de información.			
Dimensión	Calidad		Tipo de indicador	Estratégico
Interpretación y Observaciones	El indicador refleja la proporción de investigadoras e investigadores del IMSS cuyo desempeño de calidad que es reconocido por la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI), a través del SNII, mediante el nombramiento de investigadora e investigador nacional, que se otorga de acuerdo con una evaluación por pares con sustento en el desempeño.			

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

Interpretación y Observaciones	Para el cálculo del indicador se incluye: Numerador: Investigadoras e investigadores que cuentan con calificación curricular institucional de investigador vigente y nombramiento del SNII vigente, cuya adscripción se encuentra en: • Unidades de atención médica en OOAD. • Unidades Administrativas en OOAD. • Unidades Médicas de Alta Especialidad. • Centros y Unidades de Investigación en Salud en OOAD. • Unidades de Investigación en Salud incluidas en Unidades Médicas de Alta Especialidad. Denominador: Investigadoras e investigadores que cuentan con calificación curricular institucional de investigador vigente, cuya adscripción se encuentra en: • Unidades de atención médica en OOAD. • Unidades Administrativas en OOAD. • Unidades Médicas de Alta Especialidad. • Centros y Unidades de Investigación en Salud en OOAD. • Unidades de Investigación en Salud incluidas en Unidades Médicas de Alta Especialidad. Para el cálculo del indicador se excluyen: • Numerador: Investigadoras e investigadores con calificación curricular institucional de investigador que NO pertenecen al SNII. • Denominador: Personal Institucional con calificación curricular institucional de investigador NO vigente.
---------------------------------------	---

CIS 05 – Porcentaje de protocolos de investigación en salud relacionados a temas prioritarios del Instituto Mexicano del Seguro Social.				
Objetivo del indicador	Obtener el porcentaje de los protocolos de investigación en salud registrados para su desarrollo en el Instituto Mexicano del Seguro Social según su orientación a los temas prioritarios del Instituto Mexicano del Seguro Social.			
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Sumatoria de protocolos de investigación en salud con registro institucional, generados por el personal del IMSS; relacionados a temas prioritarios del Instituto Mexicano del Seguro Social			X 100
	Sumatoria de protocolos de investigación en salud con registro institucional generados por el personal del IMSS			
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Informe oficial de protocolos de investigación en salud con registro institucional, generado a través del Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS) administrado por el Área de Evaluación del Desempeño, de la División de Desarrollo de la Investigación en Salud de la Coordinación de Investigación en Salud.			
Valor de la meta	Nacional OOAD UMAE	80.0		
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación		4 puntos
Periodicidad	Anual y trimestral acumulado	Indicador contabilizado por		Nacional, OOAD, UMAE
Rangos de Desempeño	Nivel	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Nacional OOAD UMAE	>= 72.0	>=64.4 a <72.0	< 64.4
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define, calcula y le da seguimiento el Área de Evaluación del Desempeño, de la División de Desarrollo de la Investigación en Salud de la Coordinación de Investigación en Salud. Indicador publicado por la División de Análisis en Salud El cálculo lo realizará la DAS cuando se otorgue acceso a las fuentes de información.			
Dimensión	Eficacia	Tipo de indicador		Gestión
Interpretación y Observaciones	Los OOAD y Unidad Médica de Alta Especialidad que cumplen con las metas propuestas orientan sus actividades de investigación en salud a los temas prioritarios del Instituto Mexicano del Seguro Social. Para el cálculo del numerador se incluyen: • Protocolos de investigación en salud con registro institucional relacionado a temas prioritarios del IMSS¹, documentados en SIRELCIS al último día hábil del periodo de reporte. • Protocolos de investigación en salud generados por personal adscrito en: ◦ Unidades médicas, unidades administrativas, centros y unidades de investigación en salud en OOAD y UMAE.			

CIS 05 – Porcentaje de protocolos de investigación en salud relacionados a temas prioritarios del Instituto Mexicano del Seguro Social.
Interpretación y Observaciones

Para el cálculo de 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, unidades administrativas, centros y unidades de investigación en salud en OOAD y UMAE.

Para el cálculo del numerador se excluyen:

- Protocolo de investigación en salud, identificado en SIRELCIS como NO relacionado a prevención primaria a la salud.
- Protocolos de investigación en salud que no documentaron oportunamente su registro antes del último día hábil del periodo de reporte.

Para el cálculo del denominador 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:
 - El Comité Local de Investigación en Salud.
 - El Comité Nacional de Investigación Científica.

¹ La lista de temas prioritarios de investigación en salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social es publicada en el micrositio de Investigación en Salud ubicado en el Portal Oficial del IMSS: <http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/investigacion>

CIS 06 - Porcentaje de protocolos de investigación en salud con dictamen emitido por los Comités Locales de Investigación en Salud (CLIS) en ≤ 30 días.				
Objetivo del indicador	Estimar el funcionamiento de los Comités Locales de Investigación en Salud (CLIS) mediante el porcentaje de solicitudes de evaluación de protocolos de investigación en salud que son dictaminadas en ≤ 30 días.			
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Número de protocolos de investigación en salud dictaminados por los CLIS en } \leq 30 \text{ días}}{\text{Número de protocolos de investigación en salud que son recibidos para su evaluación en los CLIS}} \times 100$			
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 del Desempeño, de la División de Desarrollo de la Investigación en Salud de la Coordinación de Investigación en Salud.			
Unidad de medida	Porcentaje	Valor de la meta	Nacional, OOAD y UMAE	100.0
Periodicidad	Trimestral y anual	Indicador contabilizado por		Nacional, OOAD y UMAE
Rangos de desempeño	Nivel	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Nacional OOAD UMAE	≥ 90.0	≥ 80.0 a < 90.0	< 80.0
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define y le da seguimiento la División de Innovación y Regulación de Investigación en Salud; y calcula el Área de Evaluación del Desempeño, de la División de Desarrollo de la Investigación en Salud, ambas de la Coordinación de Investigación en Salud. Indicador publicado por la División de Análisis en Salud El cálculo lo realizará la DAS cuando se otorgue acceso a las fuentes de información.			
Dimensión	Eficacia	Tipo de indicador		Estratégico
Interpretación y Observaciones	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). Para el cálculo del indicador: - Se considera el periodo de tiempo de evaluación hasta la documentación del dictamen de las solicitudes de evaluación de protocolos de investigación en salud recibidas en CLIS; por tanto, son contabilizados el número de días comprendidos entre: - Fecha de envío a CLIS de las solicitudes para evaluación de protocolos de investigación en salud documentadas en SIRELCIS			

CIS 06 - Porcentaje de protocolos de investigación en salud con dictamen emitido por los Comités Locales de Investigación en Salud (CLIS) en ≤ 30 días.

Interpretación y Observaciones	○ Fecha en que se concluye la documentación en SIRELCIS, acerca del proceso de dictamen de una solicitud de evaluación de protocolos de investigación en salud • Se contabilizan los días laborales; no incluye días festivos, ni fines de semana. • Se incluyen CLIS que cuentan con registro vigente ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. • Se incluyen CLIS activos ubicados en: ○ Unidades de atención médica y Centros de Investigación Biomédica en OOAD. ○ Unidades Médicas de Alta Especialidad. Para el cálculo del numerador se incluyen: • Protocolos de investigación en salud con dictamen institucional [(i) aprobado, ii) modificar y volver a presentar y iii) no aprobado] documentado y emitido en SIRELCIS por cada CLIS, con periodo de evaluación menor o igual a 30 días; al último día hábil del periodo de reporte. Para el cálculo del denominador de incluyen: • Protocolos de investigación en salud con número de folio institucional asignado en el año que se evalúa por CLIS, documentados en SIRELCIS al último día hábil del periodo de reporte. • Protocolos de investigación en salud con dictamen institucional [(i) aprobado, ii) modificar y volver a presentar y iii) no aprobado] documentado y emitido en SIRELCIS por cada CLIS; al último día hábil del periodo de reporte.
--------------------------------	--

CIS 07 - Porcentaje de residentes que culminan cursos de adiestramiento de especialización, con protocolo de investigación en salud terminado.				
Objetivo del indicador	Estimar la eficacia en la terminación de protocolos de investigación en salud desarrollados por residentes que cursan el último año de adiestramiento de especialidad en el Instituto Mexicano del Seguro Social.			
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Número de residentes que cursan el último año de adiestramiento de especialidad en el IMSS, con protocolos de investigación en salud, documentados como terminados en el Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS)			
	$\frac{\text{Número de residentes que cursan el último año de adiestramiento de especialidad en el IMSS, registrados en el Sistema Integral de Información de la Coordinación de Educación en Salud (SIICES) e incorporado al Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS)}}{\text{Número de residentes que cursan el último año de adiestramiento de especialidad en el IMSS, con protocolo de investigación en salud, documentados como terminados, generado a través del Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS); administrado por la División de Innovación y Regulación de la Investigación en Salud y consultado por el Área de Evaluación del Desempeño, de la División de Desarrollo de la Investigación en Salud de la Coordinación de Investigación en Salud.}} \times 100$			
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Informe oficial de residentes que cursan el último año de adiestramiento de especialidad en el IMSS, con protocolo de investigación en salud, documentados como terminados, generado a través del Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS); administrado por la División de Innovación y Regulación de la Investigación en Salud y consultado por el Área de Evaluación del Desempeño, de la División de Desarrollo de la Investigación en Salud de la Coordinación de Investigación en Salud. Denominador: Informe oficial de residentes que cursan el último año de adiestramiento de especialidad en el IMSS, generado a través del Sistema Integral de Información de la Coordinación de Educación en Salud (SIICES) e incorporado al Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS) que es administrado por la División de Innovación y Regulación de la Investigación en Salud, y consultado por el Área de Evaluación del Desempeño, de la División de Desarrollo de la Investigación en Salud de la Coordinación de Investigación en Salud.			
Valor de la meta	Nacional OOAD UMAE	Anual = 100; Trimestral acumulado: Marzo >= 12; Junio >= 60; Septiembre = 100; Diciembre = 100		
Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación		4 puntos
Periodicidad	Trimestral acumulado y anual	Indicador contabilizado por		Nacional, OOAD y UMAE
Rangos de desempeño	Trimestre de reporte	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	Marzo	>= 11.4	>= 10.8 a < 11.4	< 10.8
	Junio	>= 57.0	>= 54.0 a < 57.0	< 54.0
	Septiembre y Diciembre	>= 95.0	>= 90.0 a < 95.0	< 90.0
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define, calcula y le da seguimiento la División de Innovación y Regulación de la Investigación en Salud; y consultado por el Área de Evaluación del Desempeño, de la División de Desarrollo de la Investigación en Salud de la Coordinación de Investigación en Salud. Indicador publicado por la División de Análisis en Salud. El cálculo lo realizará la DAS cuando se otorgue acceso a las fuentes de información.			

CIS 07 - Porcentaje de residentes que culminan cursos de adiestramiento de especialización, con protocolo de investigación en salud terminado.

Dimensión	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico
Interpretación y Observaciones	Los residentes que cursan el último año de adiestramiento de especialidad en el IMSS, deben documentar la terminación de un protocolo de investigación en salud para acreditar el área formativa de Investigación Clínica y Científica de su especialización; con ello, además de haber aprobado satisfactoriamente el último grado académico de la especialidad, tendrán la posibilidad de obtener el diploma institucional del curso de especialidad que le faculte para participar en los procesos Institucionales para su contratación como especialista. Para el cálculo del numerador se incluye: - Número de residentes que cursan el último año de adiestramiento de especialidad en el IMSS, con protocolos de investigación en salud, documentados como terminados en el Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS). - Los residentes que cursan el último año de adiestramiento de especialidad en el IMSS cumplen con las siguientes características: - Cuenta con un protocolo de investigación en salud evaluado por Comités de Investigación en Salud del IMSS, con dictamen de aprobado y documentados con número de registro (R-Año-No. Comité-Consecutivo). - En el protocolo de investigación en salud se identifica la participación del residente. - Cuenta con informe de seguimiento del protocolo de investigación en salud, en donde documenta la culminación del trabajo de investigación, que es motivo de la tesis del residente. Para el cálculo del denominador se incluye: - Residentes que cursan el último año de adiestramiento de especialidad en el IMSS - Cumpla con las siguientes características: - Profesional de medicina, estomatología, odontología y otras carreras afines al campo de la salud, que ingresa al IMSS bajo la figura de médico residente en período de adiestramiento en una especialidad, para participar como alumno de tiempo completo en los Curso de Especialización Médica (CEME) del IMSS, en la sede académica asignada durante el proceso selectivo correspondiente. - Residentes que cursan el último año de adiestramiento de especialidad en el IMSS, generado a través del Sistema Integral de Información de la Coordinación de Educación en Salud (SIICES) e incorporado al Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS). Para el cálculo del numerador se excluyen: - Residentes sin Informe de Seguimiento Técnico que acredite la culminación de su Protocolo de Investigación en Salud. Para el cálculo del denominador se excluyen: - Residentes que causan baja el último año de adiestramiento de especialidad en el IMSS. (renuncias, defunciones, bajas académicas).		



IV.

**Indicadores por
Coordinación Normativa**

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



La creciente incidencia y prevalencia de patologías crónico-degenerativas como la diabetes mellitus e hipertensión arterial, incrementa la posibilidad de pérdida de la función de un órgano o tejido en los pacientes. En estos casos, el tratamiento para mejorar la calidad de vida e incrementar la sobrevivencia es el trasplante, el cual además disminuye significativamente los costos en la atención de estos pacientes.

El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene el mayor porcentaje de pacientes inscritos en el Registro Nacional de Trasplantes (RNT) en la espera de un órgano o tejido, por lo que el Programa de Donación y Trasplantes, es prioritario para la Dirección de Prestaciones Médicas y tiene como objetivo cubrir la demanda de trasplantes en los derechohabientes que lo requieren, con alta eficiencia y calidad. El mayor porcentaje de trasplantes en el país, también son realizados en el IMSS.

Dentro de las funciones que tiene la Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células, se encuentra la de analizar y evaluar los resultados en materia de donación y trasplantes, con el objetivo de identificar áreas de oportunidad y de mejora para que el Instituto continúe siendo líder en esta materia, por lo que se decide integrar dos indicadores médicos para evaluar el desempeño de los Programas de donación y trasplante de las unidades médicas del Instituto.

Tabla 1 CDTOTC 01

GRUPO	TIPO DE HOSPITAL	1. Porcentaje de pacientes con trasplante renal de donador vivo exitoso a un año, en Unidades Médicas de Alta Especialidad		
		Esperado	Intermedio	Bajo
ESPECIALIDADES	HE LR DF	≥ 90.0	≥ 85.0 a < 90.0	< 85.0
	HE SXXI DF	≥ 90.0	≥ 85.0 a < 90.0	< 85.0
	HE OCC GDL	≥ 90.0	≥ 85.0 a < 90.0	< 85.0
	HE MTY	≥ 90.0	≥ 85.0 a < 90.0	< 85.0
	HE TORR	≥ 90.0	≥ 85.0 a < 90.0	< 85.0
	HE PUE	≥ 90.0	≥ 85.0 a < 90.0	< 85.0
	HE LEÓN	≥ 90.0	≥ 85.0 a < 90.0	< 85.0
	HE OBR	≥ 90.0	≥ 85.0 a < 90.0	< 85.0
	HE VER	≥ 90.0	≥ 85.0 a < 90.0	< 85.0
	HE MER	≥ 90.0	≥ 85.0 a < 90.0	< 85.0
PEDIATRÍA	HP SXXI DF	≥ 90.0	≥ 85.0 a < 90.0	< 85.0
	HP OCC GDL	≥ 90.0	≥ 85.0 a < 90.0	< 85.0
GENERAL	HG LR DF	≥ 90.0	≥ 85.0 a < 90.0	< 85.0
ZONA	HGZ 48 DF	≥ 90.0	≥ 85.0 a < 90.0	< 85.0
ZONA	HGZ 33 MTY	≥ 90.0	≥ 85.0 a < 90.0	< 85.0
ZONA	HGZ 50 SLP	≥ 90.0	≥ 85.0 a < 90.0	< 85.0
REGIONAL	HGR 1 TIJUANA	≥ 90.0	≥ 85.0 a < 90.0	< 85.0
REGIONAL	HGR 1 CUERNAVACA	≥ 90.0	≥ 85.0 a < 90.0	< 85.0
REGIONAL	HGR 1 CULIACÁN	≥ 90.0	≥ 85.0 a < 90.0	< 85.0

CDTOTC 01 - Porcentaje de pacientes con trasplante renal de donador vivo exitoso a un año, en Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel y 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 funcional con creatinina igual o menor a 2.5 mg/dl, como método de evaluación de la eficacia de los trasplantes renales.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Total de pacientes con injerto funcional y creatinina igual o menor a 2.5 mg/dl a un año del trasplante renal de donante vivo}}{\text{Total de pacientes trasplantados en el periodo evaluado del año inmediato anterior al reporte}} \times 100$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Cédula de Reporte Mensual de Trasplantes Exitosos administrado por la CDTOTC. Denominador: Reporte nominal de pacientes trasplantados obtenido del registro de la CDTOTC.		
Valor de la meta	≥ 90.0	Unidad de medida	Porcentaje
Periodicidad	Trimestral	Contabilizado por	Atención
Rango de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	≥ 90.0	≥ 85.0 a < 90.0	< 85.0
Dimensión	Calidad	Tipo de indicador	Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define, calcula y le da seguimiento la Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Celulas. Publicado por la División de Análisis en Salud. El cálculo lo realizará la DAS cuando se otorgue acceso a las fuentes de información.		
Interpretación y Observaciones	El resultado 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, falta de seguimiento adecuado a los pacientes, inadecuada técnica quirúrgica y rechazo del órgano trasplantado. Para el calculo se considera: - Trasplante renal exitoso: Pacientes con función renal sin manejo dialítico y creatinina sérica igual o menor a 2.5mg/dl. - Período de reporte: Corresponde al trimestre del año inmediato anterior (ej. el reporte del primer trimestre de 2024, se calculará con los pacientes trasplantados de enero a marzo de 2023), el reporte se debe entregar en las primeras 3 semanas del mes posterior al cierre del trimestre. - El denominador se construye con todos los trasplantes realizados de donante vivo en el mismo periodo de reporte (ej. la sobrevida en el primer trimestre de 2024, se calculará con los pacientes trasplantados de enero a marzo de 2023). - Se excluyen del numerador y denominador el retrasplante, pacientes sensibilizados, defunción con injerto funcional y pérdida de seguimiento.		



CDTOTC 01 - Porcentaje de pacientes con trasplante renal de donador vivo exitoso a un año, en Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel y Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Interpretación y Observaciones	▪ No aplica para las unidades que no cuenten con Programa de trasplante renal. ▪ 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. ▪ Fuentes de información administrados por la Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células (CDTOTC). ▪ Los responsables del proceso de la atención médica son los Órganos Normativos, OOAD y las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) y de establecer estrategias de mejora es la Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células (CDTOTC). ▪ Los resultados de las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel y las Unidades Médicas de Alta Especialidad que se marquen como No Aplica (NA) significa que no realizaron trasplantes por causas como: falta de cirujano de trasplante, cierre del programa, suspensión temporal de la Licencia Sanitaria, contraindicación por semáforo epidemiológico en pandemia, entre otras causas que se especificarán cuando sea el caso, no afectando la evaluación de la unidad. ▪ Las UMAE y OOAD que aparezcan en cero en el indicador y Sin Datos (SD) significa que no reportó a la Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Celulas ningún trasplante y deberá aplicar de inmediato las acciones correspondientes, ya que este tipo de resultado afecta la evaluación de la unidad. La base de datos de las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel y de las Unidades Médicas de Alta Especialidad que cuentan con Programa de trasplante renal activo se actualizará cada tres meses
--------------------------------	--

CDTOTC 02 – Tasa anualizada de donación cadavérica de órganos y tejidos por Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD).			
Objetivo del indicador	Medir la proporción de donaciones cadavéricas obtenidas de forma anualizada en el OOAD, por cada millón de población derechohabiente adscrita, para establecer la eficacia de la Red Institucional de Donación en cada OOAD, y crear acciones de mejora en caso de baja tasa de donación.		
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Total de donaciones cadavéricas obtenidas en un año en el OOAD}}{\text{Total de población derechohabiente adscrita al OOAD}} \times 1,000,000$		
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Reporte de donaciones cadavéricas en Unidades médicas hospitalarias del Segundo Nivel de atención (2G00-014-001). Denominador: Población Adscrita por OOAD de la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR).		
Valor de la meta	>=14.0 donaciones por millón derechohabientes	Unidad de medida	Tasa
Periodicidad	Trimestral anualizado	Contabilizado por	Atención
Rango de Desempeño	Desempeño Esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	>= 14.0	> 7.0 a < 14.0	<= 7.0
Dimensión	Eficacia	Tipo de indicador	Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que define, calcula y le da seguimiento la Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Celulas. Publicado por la División de Análisis en Salud. El cálculo lo realizará la DAS cuando se otorgue acceso a las fuentes de información.		
Interpretación y Observaciones	El resultado traduce la eficiencia del OOAD para integrar la Red Institucional de Donación, refleja 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. Para el cálculo: - Donación cadavérica: total de donaciones de órganos y/o tejidos, concretadas en un OOAD. - El numerador se construye con todas las donaciones cadavéricas obtenidas en el periodo evaluado de un año (ej. las donaciones en el primer trimestre de 2024 se calculará con las donaciones obtenidas de abril 2023 a marzo de 2024). - Para el cálculo del denominador se utilizará el reporte de Población Adscrita por OOAD del mes de diciembre del año inmediato anterior para los dos primeros trimestres del año a evaluar y el reporte de Población Adscrita por OOAD del mes de junio del año a evaluar para los dos últimos trimestres del año evaluado. - Para el periodo de evaluación se incluirá el trimestre considerando el mes calendario, el reporte se debe entregar en las primeras tres semanas del mes posterior al cierre del trimestre.		

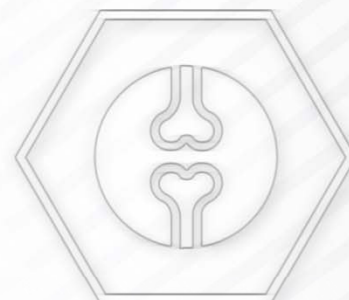
CDTOTC 02 – Tasa anualizada de donación cadavérica de órganos y tejidos por Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD).

Interpretación y Observaciones	▪ El Órgano Normativo responsable del proceso de la atención médica serán las Unidades Médicas Hospitalarias del Segundo Nivel de Atención que cuenten con el Programa de donación y de establecer estrategias de mejora es la CDTOTC. ▪ Los responsables del análisis de los resultados del indicador y del seguimiento a las estrategias de mejora implementadas son los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada. ▪ Todos los OOAD deberán reportar este indicador y se aplicarán los mismos rangos de evaluación, aun para aquellas que no consigan ninguna donación cadavérica en el periodo evaluado. ▪ Las unidades médicas hospitalarias en las que se aplica el indicador son de Segundo Nivel de Atención pertenecientes al OOAD. ▪ La marca como No Aplica (NA) significa que no realizaron donaciones por causas como falta de coordinador Hospitalario de Donación, cierre del programa de donación, suspensión temporal de la Licencia Sanitaria, contraindicación por semáforo epidemiológico en pandemia, entre otras causas que se especificarán cuando sea el caso, no afectando la evaluación de la unidad. ▪ Los OOAD que aparezcan en cero en el indicador y Sin Datos (SD), significa que no reportaron a la CDTOTC ninguna donación y deberá aplicar de inmediato las acciones que apliquen ya que este tipo de resultado afecta la evaluación del OOAD. ▪ La base de datos de los OOAD que cuentan con Programa de donación activo se actualizará cada tres meses. Se establece como criterio de Programa de donación activo, aquella Unidad médica hospitalaria de Segundo Nivel de atención, que cuente con Licencia Sanitaria para procuración y con un coordinador Hospitalario de Donación.
--------------------------------	---

IV.

**Indicadores por
Coordinación Normativa**

8. Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad





La salud en la población de cualquier nación, es elemento primordial y básico para iniciar y mantener un desarrollo sostenible. Sin educación ni salud no es posible elevar el nivel de vida de la ciudadanía y conseguir el desarrollo de cada país. México no escapa a esta realidad, y a través de los años ha intentado con una diversidad de proyectos llevar a la población, un esquema adecuado de salud.

La situación compleja en nuestro país es la presencia de la gran diversidad de culturas regionales, la extensión territorial, problemas específicos como pandemia, déficit de personal especializado, deficiencia de camas de hospitalización y consultorios, cambios sociales, económicos, epidemiológicos, demográficos, tecnológicos y ambientales que plantean enormes desafíos, por lo que es necesario reforzar continuamente los planes de salud.

Con la presencia de la pandemia por COVID-19 nos dimos cuenta que la infraestructura con el personal e instalaciones era insuficiente para hacer frente a este tipo de cambios bruscos, sin embargo la respuesta Institucional, fue adecuada para atender las necesidades de la población con esta situación crítica. Los planes del IMSS para recuperar la consulta y las cirugías rezagadas, fueron recuperadas con las jornadas extraordinarias.

Un factor importante que afecta la salud en México y por ende al Sistema Nacional de Salud que también enfrenta importantes retos, es el cambio producido en el perfil demográfico que ha originado un proceso de envejecimiento de la población mexicana, este cambio demográfico, con la consecuente modificación de la pirámide poblacional, a disminuido considerablemente los procesos infecciosos, e incrementando las enfermedades crónico degenerativas, que requieren adaptación continua del Programa Nacional de Salud, (PNS), para adaptar al personal, tecnología y medicamentos para poder atender esta variación con oportunidad.

Por tal motivo hay un compromiso explícito, por parte de la Dirección de Prestaciones Médicas y la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, de sumarse a los cambios que se presentan con las directrices que marcan impulsar una transformación del PNS.

Es necesario realizar modificaciones constantes para garantizar que los procesos médicos en las UMAE sean eficientes. Por ello, se requiere de un mecanismo de evaluación continua de su desempeño. Con este propósito, la CUMAE diseña indicadores para el seguimiento de los servicios médicos que se otorgan en la UMAE, dichos indicadores se incluyen en el Manual Metodológico de Indicadores Médicos de la Dirección de Prestaciones Médicas, el cual se actualiza periódicamente para que los indicadores se adapten a los cambios que surgen y sean de utilidad para la rendición de cuentas.

Esto hace que se reúna personal específico para facilitar los cambios que requieren los Indicadores de Desempeño para UMAE, coincidiendo en que se debe de realizar la Matriz de Indicadores de Resultado (MIR), herramienta que nos permite actualizar o modificar de acuerdo a las necesidades de la evolución de la Salud en nuestra población derechohabiente.

Este último año, por disposición de la CUMAE, se han reunido sus Divisiones de Evaluación y Rendición de Cuentas y la División de Atención Médica en UMAE con la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, para modificar y actualizar los indicadores que serán de utilidad en el año 2025, realizando reuniones de trabajo, con la finalidad de proporcionar y avanzar en información sobre los logros y cumplimiento de los objetivos trazados por la Dirección General del IMSS a través de la Dirección de Prestaciones Médicas y la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, en las UMAE y Unidades Complementarias en el desempeño de las UMAE.

En esta nueva versión del Manual Metodológico de Indicadores Médicos se incluyen 13 indicadores para las UMAE organizados en 7 áreas sustantivas, los cuales permiten medir, de manera mensual y acumulativa, el desempeño y la productividad de las UMAE. Estos indicadores funcionan como un



referente para establecer metas específicas, tanto en términos cuantitativos como cualitativos, que orienten los esfuerzos hacia el cumplimiento de objetivos estratégicos.

IMPORTANCIA DEL MONITOREO Y LA RETROALIMENTACIÓN

La Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad (CUMAE), es la normativa vigente que, enfatiza la importancia de contar con información sobre el desempeño de las UMAE, permitiendo evaluar el avance hacia los objetivos establecidos. Esta retroalimentación constante es esencial para ajustar las estrategias y garantizar que las metas se cumplan de manera eficiente, teniendo en cuenta el contexto inicial de cada institución.

VALIDACIÓN Y FUENTES DE LOS INDICADORES

Cada indicador incluido en el manual ha sido sometido a rigurosos procesos de evaluación para garantizar su relevancia, funcionalidad y capacidad de respuesta. Esto incluye:

- La validación de su diseño en relación con los procesos de atención médica.
- La determinación de su viabilidad mediante cálculos basados en fuentes oficiales.

Con esta actualización, el MMIM se posiciona como una herramienta estratégica para mejorar la calidad, productividad y eficiencia en las UMAE, fortaleciendo el cumplimiento de su misión de ofrecer atención médica especializada de excelencia.

INDICADORES CLAVE PARA LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

El diagrama de la figura 1 muestra los principales indicadores que contribuyen a una atención centrada en el paciente, en 6 áreas clave. Cada área está diferenciada por un color específico, que simboliza su función y características principales:

1. Urgencias (Rojo): Indica la respuesta inmediata y prioritaria en situaciones críticas de salud.
2. Consulta Externa (Amarillo): Resalta la oportunidad y productividad del servicio médico en consultas subsecuentes y nuevas.
3. Hospitalización (Verde Oscuro): Enfatiza la ocupación, estancia prolongada y el manejo de recursos en pacientes hospitalizados.
4. Cirugía (Naranja): Relaciona la cirugía oportuna, el uso eficiente de quirófanos y la programación en días hábiles y fines de semana.
5. Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) (Gris): Subraya la importancia de la prevención y control de infecciones dentro del entorno hospitalario.
6. Atención Materno-Infantil (AMI) (Lila): Reduce la morbi-mortalidad en salud materno-infantil, representando acciones integrales.
7. Investigación en Salud (Blanco): Mejora diagnósticos, tratamientos y políticas para una incrementar la calidad en la atención y la salud pública.

En el centro, se encuentra el núcleo del diagrama, Atención centrada en el paciente, que simboliza el enfoque principal de todos los servicios: garantizar el bienestar, la seguridad y la calidad de la atención brindada a los pacientes.

El diseño y la colorimetría del diagrama reflejan la armonización de los distintos servicios en un esfuerzo conjunto por priorizar las necesidades del paciente. Estos indicadores reflejan el desempeño y la calidad de los servicios médicos brindados en las UMAE. (Figura 1)

DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO DE ASIGNACIÓN MARGINAL DE PESOS A INDICADORES

El proceso de asignación de pesos marginales de indicadores se realizó mediante un consenso de expertos adscritos a la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad para evaluar el desempeño de las UMAE de manera equitativa, considerando la diversidad en complejidad y tipo de especialidad. Cada UMAE no necesariamente abarca todos los indicadores debido a diferencias en su cartera de servicios, por tanto, es fundamental diseñar una metodología flexible que permita asignar pesos específicos a cada indicador.

VALOR DE REFERENCIA

El valor de referencia (V.R.), no debe confundirse con una meta, ya que es determinado por el comportamiento de la recta en una tendencia. Es decir, la tendencia esperada es descrita mediante modelos de regresión lineal simple, basados en los valores históricos. Estos modelos son comparados con valores nacionales e internacionales, así como con la desviación estándar, lo que permite obtener un resultado final que representa el estimador esperado en cada periodo de tiempo. Esto implica que los valores obtenidos pueden no ser iguales para todos los hospitales. En el caso de las UMAE, cuyos comportamientos de tendencia resultan muy favorables, se genera la necesidad de escalar dichas unidades hacia mejores alcances hasta llegar a la excelencia. Este proceso es dinámico y está orientado hacia la mejora continua; sin embargo, todos los indicadores deben ser monitoreados y evaluados de manera periódica. Los indicadores que se consideran en la evaluación del desempeño están contenidos en el presente documento.

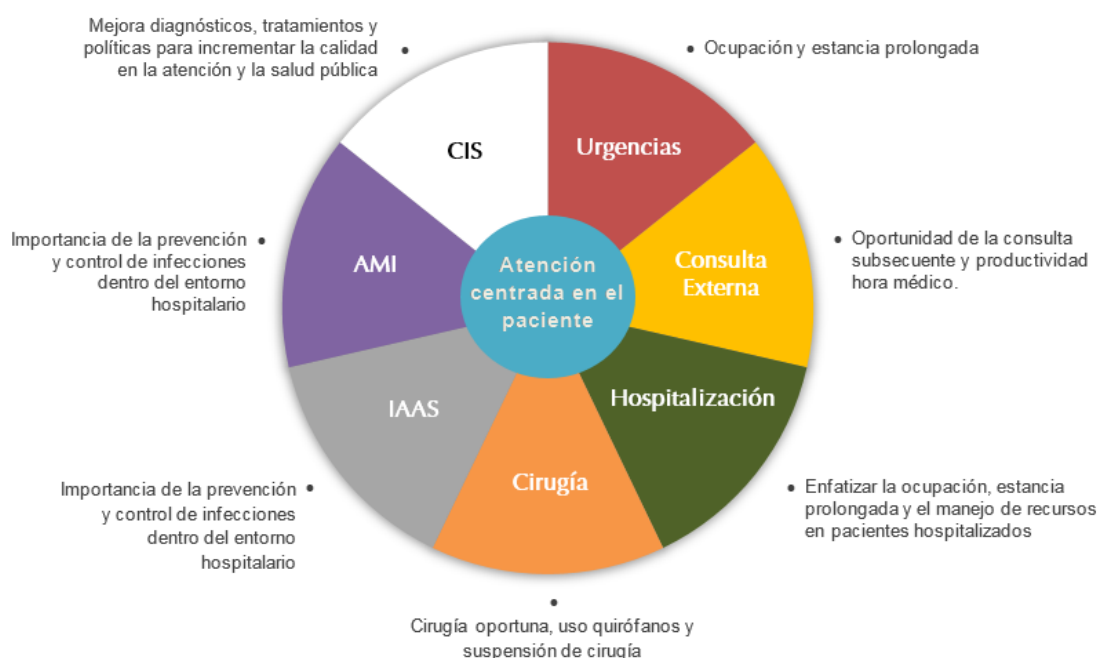


Figura 1. Distribución de los principales componentes de los indicadores centrados en la atención a la salud, estructurados en torno al eje fundamental de una atención centrada en el paciente. Cada segmento representa un ámbito clave del quehacer hospitalario: Urgencias, Consulta Externa, Hospitalización, Cirugía, IAAS (Infecciones Asociadas a la Atención en Salud) y Atención Materna Infantil (AMI), todos interrelacionados para garantizar una atención integral, oportuna, segura y de calidad.¹

IDENTIFICACIÓN DE INDICADORES Y CATEGORIZACIÓN

Los indicadores se agruparon en 7 categorías de especialidad según las áreas específicas de atención médica de las UMAE. Un total de 18 indicadores fueron seleccionados para representar el desempeño en estas categorías.

¹ Elaborado por la División de Evaluación y Rendición de Cuentas.

ASIGNACIÓN ESTÁNDAR DE PESOS MARGINALES (PONDERACIÓN) POR CATEGORÍA TEMÁTICA

Se adoptó un enfoque de asignación estándar para garantizar que los pesos reflejen la importancia relativa de cada indicador dentro de su categoría, manteniendo equidad entre las UMAE que comparten una misma temática de atención.

Paso 1. Se identificaron las categorías temáticas críticas, aquellas de mayor impacto en los objetivos institucionales y la calidad del servicio, en el siguiente orden: Cirugía, Hospitalización, Consulta Externa, Infecciones Asociadas a la Salud, Urgencias, Atención Materno Infantil e Investigación.

Paso 2. A cada categoría se le asignó un peso base proporcional a su relevancia institucional.

Paso 3. Dentro de cada categoría, los pesos marginales fueron distribuidos entre los indicadores, considerando su aplicabilidad general a la temática, sin hacer diferenciaciones entre unidades individuales de la misma especialidad.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN PARA INDICADORES NO APLICABLES

Los indicadores no aplicables a una UMAE no recibirán peso en su evaluación específica.

TABLAS CUMAE

En la evaluación del desempeño de las UMAE, se emplean tablas denominadas CUMAE, las cuales contienen información clave para medir y comparar resultados. Estas tablas incluyen elementos como el valor de referencia, que establece el estándar esperado para cada indicador; el peso marginal, que determina la importancia relativa de cada indicador en la evaluación global; y el rango, que define los límites dentro de los cuales se consideran aceptables los resultados. A través de estas tablas, es posible realizar un análisis integral del desempeño, identificando áreas de oportunidad y promoviendo la mejora continua en los servicios médicos en las UMAE.

Es importante destacar que no todos los indicadores aplican a todas las UMAE, estas están organizadas por temática para una mejor identificación, y las celdas en gris indican que un indicador específico no es aplicable a una UMAE determinada.

La cantidad de indicadores que se miden en las diferentes UMAE varía de 2 a 16.

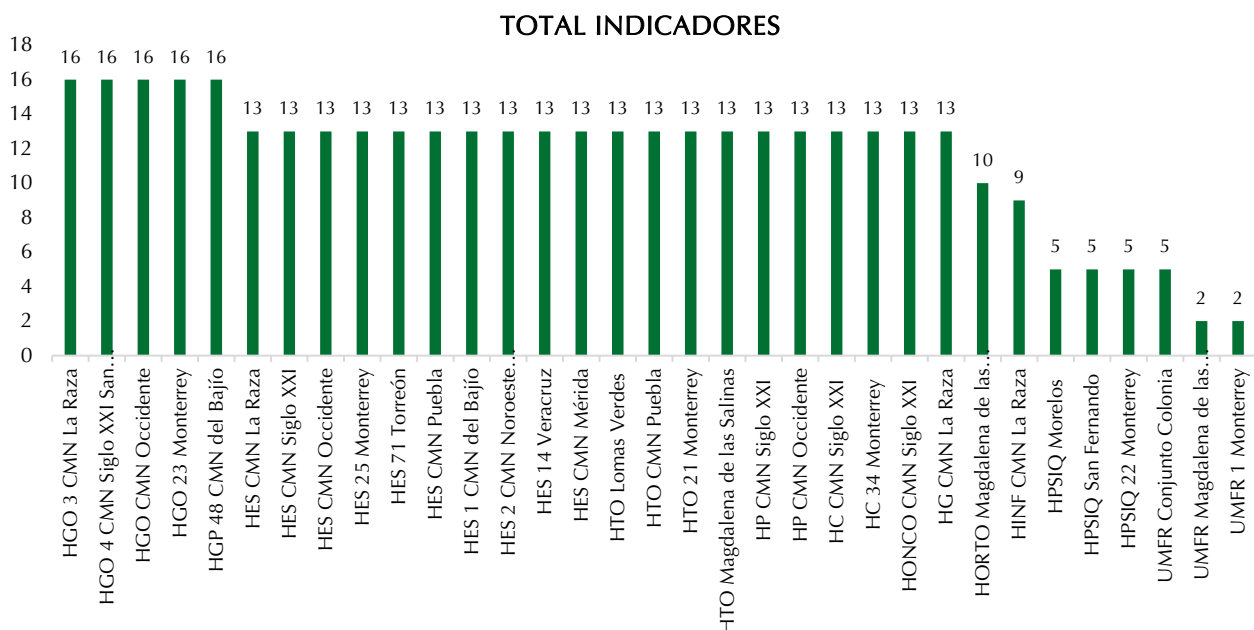


Tabla CUMAE 1

TIPO DE HOSPITAL	NOMBRE	Urgencias							
		HOSP 01 Porcentaje de ocupación en el área de Observación del servicio de Urgencias.				HOSP 02 Porcentaje de pacientes con estancia prolongada (más de 12 h) en el área de Observación.			
		Peso marginal	Valor de Referencia Rangos de desempeño			Peso marginal	Valor de Referencia Rangos de desempeño		
			Esperado	Medio	Bajo		Esperado	Medio	Bajo
ESPECIALIDADES	HES CMN La Raza	4	<= 85	>85 a <90	>=90	4	≤ 35	>35 a <46	>=46
	HES CMN Siglo XXI	4	<= 85	>85 a <90	>=90	4	≤ 35	>35 a <46	>=46
	HES CMN Occidente	4	<= 85	>85 a <90	>=90	4	≤ 35	>35 a <46	>=46
	HES 25 Monterrey	4	<=85	>85 a <90	>=90	4	≤ 35	>35 a <46	>=46
	HES 71 Torreón	4	<=85	>85 a <90	>=90	4	≤ 35	>35 a <46	>=46
	HES CMN Puebla	4	<=85	>85 a <90	>=90	4	≤ 35	>35 a <46	>=46
	HES 1 CMN del Bajío	4	<=85	>85 a <90	>=90	4	≤ 35	>35 a <46	>=46
	HES 2 CMN Noroeste Obregón	4	<=85	>85 a <90	>=90	4	≤ 35	>35 a <46	>=46
	HES 14 Veracruz	4	<=85	>85 a <90	>=90	4	≤ 35	>35 a <46	>=46
	HES CMN Mérida	4	<=85	>85 a <90	>=90	4	≤ 35	>35 a <46	>=46
GINECOLOGÍA	HGO 3 CMN La Raza	4	<=85	>85 a <90	>=90	4	≤ 35	>35 a <46	>=46
	HGO 4 CMN Siglo XXI San Ángel	4	<=85	>85 a <90	>=90	4	≤ 35	>35 a <46	>=46
	HGO CMN Occidente	4	<=85	>85 a <90	>=90	4	≤ 35	>35 a <46	>=46
	HGO 23 Monterrey	4	<=85	>85 a <90	>=90	4	≤ 35	>35 a <46	>=46
TRAUMATOLOGIA	HTO Lomas Verdes	4	<=85	>85 a <90	>=90	4	≤ 35	>35 a <46	>=46
	HTO CMN Puebla	4	<=85	>85 a <90	>=90	4	≤ 35	>35 a <46	>=46
	HTO 21 Monterrey	4	<=85	>85 a <90	>=90	4	≤ 35	>35 a <46	>=46
	HTO Magdalena de las Salinas	4	<=85	>85 a <90	>=90	4	≤ 35	>35 a <46	>=46
	HORTO Magdalena de las Salinas								
PEDIATRÍA	HP CMN Siglo XXI	4	<=85	>85 a <90	>=90	4	≤ 35	>35 a <46	>=46
	HP CMN Occidente	4	<=85	>85 a <90	>=90	4	≤ 35	>35 a <46	>=46
CARDIOLOGIA	HC CMN Siglo XXI	4	<=85	>85 a <90	>=90	4	≤ 35	>35 a <46	>=46
	HC 34 Monterrey	4	<=85	>85 a <90	>=90	4	≤ 35	>35 a <46	>=46
GINECO PEDIATRIA	HGP 48 CMN del Bajío	4	<=85	>85 a <90	>=90	4	≤ 35	>35 a <46	>=46
ONCOLOGÍA	HONCO CMN Siglo XXI	4	<=85	>85 a <90	>=90	4	≤ 35	>35 a <46	>=46
GENERAL	HG CMN La Raza	4	<=85	>85 a <90	>=90	4	≤ 35	>35 a <46	>=46
INFECTO	HINF CMN La Raza	4	<=85	>85 a <90	>=90	4	≤ 35	>35 a <46	>=46
PSIQUIÁTRICOS	HPSIQ Morelos								
	HPSIQ San Fernando								
	HPSIQ 22 Monterrey								
REHABILITACION	UMFR Conjunto Colonia								
	UMFR Magdalena de las Salinas								
	UMFR 1 Monterrey								

Tabla CUMAE 2

TIPO DE HOSPITAL	NOMBRE	Consulta Externa			
		HOSP 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.			
		Peso marginal	Valor de Referencia Rangos de desempeño		
			Esperado	Medio	Bajo
ESPECIALIDADES	HES CMN La Raza	5	>=95 a <= 100	>78 a <95	<=78 o >100
	HES CMN Siglo XXI	5	>=95 a <= 100	>78 a <95	<=78 o >100
	HES CMN Occidente	5	>=95 a <= 100	>78 a <95	<=78 o >100
	HES 25 Monterrey	5	>=95 a <= 100	>78 a <95	<=78 o >100
	HES 71 Torreón	5	>=95 a <= 100	>78 a <95	<=78 o >100
	HES CMN Puebla	5	>=95 a <= 100	>78 a <95	<=78 o >100
	HES 1 CMN del Bajío	5	>=95 a <= 100	>78 a <95	<=78 o >100
	HES 2 CMN Noroeste Obregón	5	>=95 a <= 100	>78 a <95	<=78 o >100
	HES 14 Veracruz	5	>=95 a <= 100	>78 a <95	<=78 o >100
	HES CMN Mérida	5	>=95 a <= 100	>78 a <95	<=78 o >100
GINECOLOGÍA	HGO 3 CMN La Raza	5	>=95 a <= 100	>78 a <95	<=78 o >100
	HGO 4 CMN Siglo XXI San Ángel	5	>=95 a <= 100	>78 a <95	<=78 o >100
	HGO CMN Occidente	5	>=95 a <= 100	>78 a <95	<=78 o >100
	HGO 23 Monterrey	5	>=95 a <= 100	>78 a <95	<=78 o >100
TRAUMATOLOGIA	HTO Lomas Verdes	5	>=95 a <= 100	>78 a <95	<=78 o >100
	HTO CMN Puebla	5	>=95 a <= 100	>78 a <95	<=78 o >100
	HTO 21 Monterrey	5	>=95 a <= 100	>78 a <95	<=78 o >100
	HTO Magdalena de las Salinas	5	>=95 a <= 100	>78 a <95	<=78 o >100
	HORTO Magdalena de las Salinas	5	>=95 a <= 100	>78 a <95	<=78 o >100
PEDIATRÍA	HP CMN Siglo XXI	5	>=95 a <= 100	>78 a <95	<=78 o >100
	HP CMN Occidente	5	>=95 a <= 100	>78 a <95	<=78 o >100
CARDIOLOGIA	HC CMN Siglo XXI	5	>=95 a <= 100	>78 a <95	<=78 o >100
	HC 34 Monterrey	5	>=95 a <= 100	>78 a <95	<=78 o >100
GINECO PEDIATRIA	HGP 48 CMN del Bajío	5	>=95 a <= 100	>78 a <95	<=78 o >100
ONCOLOGÍA	HONCO CMN Siglo XXI	5	>=95 a <= 100	>78 a <95	<=78 o >100
GENERAL	HG CMN La Raza	5	>=95 a <= 100	>78 a <95	<=78 o >100
INFECTO	HINF CMN La Raza	5	>=95 a <= 100	>78 a <95	<=78 o >100
PSIQUIÁTRICOS	HPSIQ Morelos	5	>=95 a <= 100	>78 a <95	<=78 o >100
	HPSIQ San Fernando	5	>=95 a <= 100	>78 a <95	<=78 o >100
	HPSIQ 22 Monterrey	5	>=95 a <= 100	>78 a <95	<=78 o >100
REHABILITACION	UMFR Conjunto Colonia	5	>=95 a <= 100	>78 a <95	<=78 o >100
	UMFR Magdalena de las Salinas	5	>=95 a <= 100	>78 a <95	<=78 o >100
	UMFR 1 Monterrey	5	>=95 a <= 100	>78 a <95	<=78 o >100

Tabla CUMAE 3

TIPO DE HOSPITAL	NOMBRE	Consulta Externa				Hospitalización			
		HOSP 04 Promedio de consultas diarias por consultorio de especialidad.				HOSP 05 Porcentaje de ocupación hospitalaria.			
		Peso marginal	Valor de referencia Rangos de desempeño			Peso marginal	Valor de referencia Rangos de desempeño		
			Esperado	Medio	Bajo		Esperado	Medio	Bajo
ESPECIALIDADES	HES CMN La Raza	4	≥24	≥15.9 a <24	<15.9	4	≥80 a ≤90	≥70 a <80	<70 o >90
	HES CMN Siglo XXI	4	≥24	≥15.9 a <24	<15.9	4	≥80 a ≤90	≥70 a <80	<70 o >90
	HES CMN Occidente	4	≥24	≥15.9 a <24	<15.9	4	≥80 a ≤90	≥70 a <80	<70 o >90
	HES 25 Monterrey	4	≥24	≥15.9 a <24	<15.9	4	≥80 a ≤90	≥70 a <80	<70 o >90
	HES 71 Torreón	4	≥24	≥15.9 a <24	<15.9	4	≥80 a ≤90	≥70 a <80	<70 o >90
	HES CMN Puebla	4	≥24	≥15.9 a <24	<15.9	4	≥80 a ≤90	≥70 a <80	<70 o >90
	HES 1 CMN del Bajío	4	≥24	≥15.9 a <24	<15.9	4	≥80 a ≤90	≥70 a <80	<70 o >90
	HES 2 CMN Noroeste Obregón	4	≥24	≥15.9 a <24	<15.9	4	≥80 a ≤90	≥70 a <80	<70 o >90
	HES 14 Veracruz	4	≥24	≥15.9 a <24	<15.9	4	≥80 a ≤90	≥70 a <80	<70 o >90
	HES CMN Mérida	4	≥24	≥15.9 a <24	<15.9	4	≥80 a ≤90	≥70 a <80	<70 o >90
GINECOLOGÍA	HGO 3 CMN La Raza	4	≥24	≥15.9 a <24	<15.9	4	≥80 a ≤90	≥70 a <80	<70 o >90
	HGO 4 CMN Siglo XXI San Ángel	4	≥24	≥15.9 a <24	<15.9	4	≥80 a ≤90	≥70 a <80	<70 o >90
	HGO CMN Occidente	4	≥24	≥15.9 a <24	<15.9	4	≥80 a ≤90	≥70 a <80	<70 o >90
	HGO 23 Monterrey	4	≥24	≥15.9 a <24	<15.9	4	≥80 a ≤90	≥70 a <80	<70 o >90
TRAUMATOLOGÍA	HTO Lomas Verdes	4	≥24	≥15.9 a <24	<15.9	4	≥80 a ≤90	≥70 a <80	<70 o >90
	HTO CMN Puebla	4	≥24	≥15.9 a <24	<15.9	4	≥80 a ≤90	≥70 a <80	<70 o >90
	HTO 21 Monterrey	4	≥24	≥15.9 a <24	<15.9	4	≥80 a ≤90	≥70 a <80	<70 o >90
	HTO Magdalena de las Salinas	4	≥24	≥15.9 a <24	<15.9	4	≥80 a ≤90	≥70 a <80	<70 o >90
	HORTO Magdalena de las Salinas	4	≥24	≥15.9 a <24	<15.9	4	≥80 a ≤90	≥70 a <80	<70 o >90
PEDIATRÍA	HP CMN Siglo XXI	4	≥24	≥15.9 a <24	<15.9	4	≥80 a ≤90	≥70 a <80	<70 o >90
	HP CMN Occidente	4	≥24	≥15.9 a <24	<15.9	4	≥80 a ≤90	≥70 a <80	<70 o >90
CARDIOLOGÍA	HC CMN Siglo XXI	4	≥24	≥15.9 a <24	<15.9	4	≥80 a ≤90	≥70 a <80	<70 o >90
	HC 34 Monterrey	4	≥24	≥15.9 a <24	<15.9	4	≥80 a ≤90	≥70 a <80	<70 o >90
GINECO PEDIATRÍA	HGP 48 CMN del Bajío	4	≥24	≥15.9 a <24	<15.9	4	≥80 a ≤90	≥70 a <80	<70 o >90
ONCOLOGÍA	HONCO CMN Siglo XXI	4	≥24	≥15.9 a <24	<15.9	4	≥80 a ≤90	≥70 a <80	<70 o >90
GENERAL	HG CMN La Raza	4	≥24	≥15.9 a <24	<15.9	4	≥80 a ≤90	≥70 a <80	<70 o >90
INFECTO	HINF CMN La Raza	4	≥24	≥15.9 a <24	<15.9	4	≥80 a ≤90	≥70 a <80	<70 o >90
PSIQUIÁTRICOS	HPSIQ Morelos	4	≥24	≥15.9 a <24	<15.9	4	≥30 a ≤70	≥27 a <30 o >70	<27
	HPSIQ San Fernando	4	≥24	≥15.9 a <24	<15.9	4	≥30 a ≤70	≥27 a <30 o >70	<27
	HPSIQ 22 Monterrey	4	≥24	≥15.9 a <24	<15.9	4	≥30 a ≤70	≥27 a <30 o >70	<27
REHABILITACION	UMFR Conjunto Colonia	4	≥24	≥15.9 a <24	<15.9	4	≥80 a ≤90	≥70 a <80	<70 o >90
	UMFR Magdalena de las Salinas	4	≥24	≥15.9 a <24	<15.9				
	UMFR 1 Monterrey	4	≥24	≥15.9 a <24	<15.9				

Tabla CUMAE 4

TIPO DE HOSPITAL	NOMBRE	Hospitalización							
		HOSP 06 Promedio de días estancia.				HOSP 07 Tasa de mortalidad hospitalaria.			
		Peso marginal	Valor de referencia Rangos de desempeño			Peso marginal	Valor de referencia Rangos de desempeño		
			Esperado	Medio	Bajo		Esperado	Medio	Bajo
ESPECIALIDADES	HES CMN La Raza	3	≤ 8.0	>8.0 a <8.8	≥ 8.8	5	≤ 5.0	> 5.0 a ≤ 5.5	> 5.5
	HES CMN Siglo XXI	3	≤ 8.0	>8.0 a <8.8	≥ 8.8	5	≤ 5.0	> 5.0 a ≤ 5.5	> 5.5
	HES CMN Occidente	3	≤ 8.0	>8.0 a <8.8	≥ 8.8	5	≤ 5.0	> 5.0 a ≤ 5.5	> 5.5
	HES 25 Monterrey	3	≤ 8.0	>8.0 a <8.8	≥ 8.8	5	≤ 5.0	> 5.0 a ≤ 5.5	> 5.5
	HES 71 Torreón	3	≤ 8.0	>8.0 a <8.8	≥ 8.8	5	≤ 5.0	> 5.0 a ≤ 5.5	> 5.5
	HES CMN Puebla	3	≤ 8.0	>8.0 a <8.8	≥ 8.8	5	≤ 5.0	> 5.0 a ≤ 5.5	> 5.5
	HES 1 CMN del Bajío	3	≤ 8.0	>8.0 a <8.8	≥ 8.8	5	≤ 5.0	> 5.0 a ≤ 5.5	> 5.5
	HES 2 CMN Noroeste Obregón	3	≤ 8.0	>8.0 a <8.8	≥ 8.8	5	≤ 5.0	> 5.0 a ≤ 5.5	> 5.5
	HES 14 Veracruz	3	≤ 8.0	>8.0 a <8.8	≥ 8.8	5	≤ 5.0	> 5.0 a ≤ 5.5	> 5.5
	HES CMN Mérida	3	≤ 8.0	>8.0 a <8.8	≥ 8.8	5	≤ 5.0	> 5.0 a ≤ 5.5	> 5.5
GINECOLOGÍA	HGO 3 CMN La Raza	3	≤ 5.0	>5.0 a <5.5	≥ 5.5	5	≤ 2.0	> 2.0 a ≤ 2.2	> 2.2
	HGO 4 CMN Siglo XXI San Ángel	3	≤ 5.0	>5.0 a <5.5	≥ 5.5	5	≤ 2.0	> 2.0 a ≤ 2.2	> 2.2
	HGO CMN Occidente	3	≤ 5.0	>5.0 a <5.5	≥ 5.5	5	≤ 2.0	> 2.0 a ≤ 2.2	> 2.2
	HGO 23 Monterrey	3	≤ 5.0	>5.0 a <5.5	≥ 5.5	5	≤ 2.0	> 2.0 a ≤ 2.2	> 2.2
TRAUMATOLOGÍA	HTO Lomas Verdes	3	≤ 7.0	>7.0 a <7.7	≥ 7.7	5	≤ 2.0	> 2.0 a ≤ 2.2	> 2.2
	HTO CMN Puebla	3	≤ 7.0	>7.0 a <7.7	≥ 7.7	5	≤ 2.0	> 2.0 a ≤ 2.2	> 2.2
	HTO 21 Monterrey	3	≤ 7.0	>7.0 a <7.7	≥ 7.7	5	≤ 2.0	> 2.0 a ≤ 2.2	> 2.2
	HTO Magdalena de las Salinas	3	≤ 7.0	>7.0 a <7.7	≥ 7.7	5	≤ 2.0	> 2.0 a ≤ 2.2	> 2.2
	HORTO Magdalena de las Salinas	3	≤ 7.0	>7.0 a <7.7	≥ 7.7	5	≤ 2.0	> 2.0 a ≤ 2.2	> 2.2
PEDIATRÍA	HP CMN Siglo XXI	3	≤ 10.0	>10.0 a <11	≥ 11	5	≤ 5.0	> 5.0 a ≤ 5.5	> 5.5
	HP CMN Occidente	3	≤ 10.0	>10.0 a <11	≥ 11	5	≤ 5.0	> 5.0 a ≤ 5.5	> 5.5
CARDIOLOGÍA	HC CMN Siglo XXI	3	≤ 9.4	>9.4 a <10.3	≥ 10.3	5	≤ 5.0	> 5.0 a ≤ 5.5	> 5.5
	HC 34 Monterrey	3	≤ 9.4	>9.4 a <10.3	≥ 10.3	5	≤ 5.0	> 5.0 a ≤ 5.5	> 5.5
GINECO PEDIATRÍA	HGP 48 CMN del Bajío	3	≤ 5.0	>5.0 a <5.5	≥ 5.5	5	≤ 2.0	> 2.0 a ≤ 2.2	> 2.2
ONCOLOGÍA	HONCO CMN Siglo XXI	3	≤ 8.0	>8.0 a <8.8	≥ 8.8	5	≤ 5.0	> 5.0 a ≤ 5.5	> 5.5
GENERAL	HG CMN La Raza	3	≤ 10.0	>10.0 a <11	≥ 11	5	≤ 5.0	> 5.0 a ≤ 5.5	> 5.5
INFECTO	HINF CMN La Raza	3	≥11.8 a ≤12.5	<11.8 o >12.5 a ≤13.8	>13.8	5	≤ 5.0	< 5.0 a ≤ 5.5	> 5.5
PSIQUIÁTRICOS	HPSIQ Morelos	3	< 20.0	>20.0 a <22	≥ 22.0	5	≤ 5.0	> 5.0 a ≤ 5.5	> 5.5
	HPSIQ San Fernando	3	< 20.0	>20.0 a <22	≥ 22.0	5	≤ 5.0	> 5.0 a ≤ 5.5	> 5.5
	HPSIQ 22 Monterrey	3	< 20.0	>20.0 a <22	≥ 22.0	5	≤ 5.0	> 5.0 a ≤ 5.5	> 5.5
REHABILITACION	UMFR Conjunto Colonia	3	< 20.0	>20.0 a <22	≥ 22.0	5	≤ 5.0	> 5.0 a ≤ 5.5	> 5.5
	UMFR Magdalena de las Salinas								
	UMFR 1 Monterrey								

Tabla CUMAE 5

TIPO DE HOSPITAL	NOMBRE	Hospitalización				Cirugía			
		CUMAE 01 Tasa de mortalidad de personas recién nacidas en Unidades Médicas de Alta Especialidad				HOSP 08 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.			
		Peso marginal	Valor de referencia Rangos de desempeño			Peso marginal	Valor de referencia Rangos de desempeño		
			Esperado	Medio	Bajo		Esperado	Medio	Bajo
ESPECIALIDADES	HES CMN La Raza					6	≥ 80.0	>72.0 a <80	≤72
	HES CMN Siglo XXI					6	≥ 80.0	>72.0 a <80	≤72
	HES CMN Occidente					6	≥ 80.0	>72.0 a <80	≤72
	HES 25 Monterrey					6	≥ 80.0	>72.0 a <80	≤72
	HES 71 Torreón					6	≥ 80.0	>72.0 a <80	≤72
	HES CMN Puebla					6	≥ 80.0	>72.0 a <80	≤72
	HES 1 CMN del Bajío					6	≥ 80.0	>72.0 a <80	≤72
	HES 2 CMN Noroeste Obregón					6	≥ 80.0	>72.0 a <80	≤72
	HES 14 Veracruz					6	≥ 80.0	>72.0 a <80	≤72
	HES CMN Mérida					6	≥ 80.0	>72.0 a <80	≤72
GINECOLOGÍA	HGO 3 CMN La Raza	6	≤ 21.0	>21.0 a ≤23.1	> 23.1	6	≥ 80.0	>72.0 a <80	≤72
	HGO 4 CMN Siglo XXI San Ángel	6	≤ 6.0	> 6.0 a ≤ 6.6	> 6.6	6	≥ 80.0	>72.0 a <80	≤72
	HGO CMN Occidente	6	≤ 21.0	>21.0 a ≤23.1	> 23.1	6	≥ 80.0	>72.0 a <80	≤72
	HGO 23 Monterrey	6	≤ 12.0	>12.0 a ≤13.2	> 13.2	6	≥ 80.0	>72.0 a <80	≤72
TRAUMATOLOGÍA	HTO Lomas Verdes					6	≥ 80.0	>72.0 a <80	≤72
	HTO CMN Puebla					6	≥ 80.0	>72.0 a <80	≤72
	HTO 21 Monterrey					6	≥ 80.0	>72.0 a <80	≤72
	HTO Magdalena de las Salinas					6	≥ 80.0	>72.0 a <80	≤72
	HORTO Magdalena de las Salinas					6	≥ 80.0	>72.0 a <80	≤72
PEDIATRÍA	HP CMN Siglo XXI					6	≥ 80.0	>72.0 a <80	≤72
	HP CMN Occidente					6	≥ 80.0	>72.0 a <80	≤72
CARDIOLOGÍA	HC CMN Siglo XXI					6	≥ 80.0	>72.0 a <80	≤72
	HC 34 Monterrey					6	≥ 80.0	>72.0 a <80	≤72
GINECO PEDIATRÍA	HGP 48 CMN del Bajío	6	≤ 7.0	> 7.0 a ≤ 7.7	> 7.7	6	≥ 80.0	>72.0 a <80	≤72
ONCOLOGÍA	HONCO CMN Siglo XXI					6	≥ 80.0	>72.0 a <80	≤72
GENERAL	HG CMN La Raza					6	≥ 80.0	>72.0 a <80	≤72
INFECTO	HINF CMN La Raza								
PSIQUIÁTRICOS	HPSIQ Morelos								
	HPSIQ San Fernando								
	HPSIQ 22 Monterrey								
REHABILITACION	UMFR Conjunto Colonia								
	UMFR Magdalena de las Salinas								
	UMFR 1 Monterrey								

Tabla CUMAE 6

TIPO DE HOSPITAL	NOMBRE	Cirugía				Cirugía			
		HOSP 09 Porcentaje de ocupación de las salas de quirófano en días hábiles en horario diurno				HOSP 10 Porcentaje de suspensión de cirugías electivas programadas.			
		Peso marginal	Valor de referencia Rangos de desempeño			Peso marginal	Valor de referencia Rangos de desempeño		
			Esperado	Medio	Bajo		Esperado	Medio	Bajo
ESPECIALIDADES	HES CMN La Raza	9	≥ 75.0	>55.0 a <75.0	≤ 55.0	7	≤ 5.0	> 5.0 a < 12	≥ 12
	HES CMN Siglo XXI	9	≥ 75.0	>55.0 a <75.0	≤ 55.0	7	≤ 5.0	> 5.0 a < 12	≥ 12
	HES CMN Occidente	9	≥ 75.0	>55.0 a <75.0	≤ 55.0	7	≤ 5.0	> 5.0 a < 12	≥ 12
	HES 25 Monterrey	9	≥ 75.0	>55.0 a <75.0	≤ 55.0	7	≤ 5.0	> 5.0 a < 12	≥ 12
	HES 71 Torreón	9	≥ 75.0	>55.0 a <75.0	≤ 55.0	7	≤ 5.0	> 5.0 a < 12	≥ 12
	HES CMN Puebla	9	≥ 75.0	>55.0 a <75.0	≤ 55.0	7	≤ 5.0	> 5.0 a < 12	≥ 12
	HES 1 CMN del Bajío	9	≥ 75.0	>55.0 a <75.0	≤ 55.0	7	≤ 5.0	> 5.0 a < 12	≥ 12
	HES 2 CMN Noroeste Obregón	9	≥ 75.0	>55.0 a <75.0	≤ 55.0	7	≤ 5.0	> 5.0 a < 12	≥ 12
	HES 14 Veracruz	9	≥ 75.0	>55.0 a <75.0	≤ 55.0	7	≤ 5.0	> 5.0 a < 12	≥ 12
	HES CMN Mérida	9	≥ 75.0	>55.0 a <75.0	≤ 55.0	7	≤ 5.0	> 5.0 a < 12	≥ 12
GINECOLOGÍA	HGO 3 CMN La Raza	9	≥ 75.0	>55.0 a <75.0	≤ 55.0	7	≤ 5.0	> 5.0 a < 12	≥ 12
	HGO 4 CMN Siglo XXI San Ángel	9	≥ 75.0	>55.0 a <75.0	≤ 55.0	7	≤ 5.0	> 5.0 a < 12	≥ 12
	HGO CMN Occidente	9	≥ 75.0	>55.0 a <75.0	≤ 55.0	7	≤ 5.0	> 5.0 a < 12	≥ 12
	HGO 23 Monterrey	9	≥ 75.0	>55.0 a <75.0	≤ 55.0	7	≤ 5.0	> 5.0 a < 12	≥ 12
TRAUMATOLOGÍA	HTO Lomas Verdes	9	≥ 75.0	>55.0 a <75.0	≤ 55.0	7	≤ 5.0	> 5.0 a < 12	≥ 12
	HTO CMN Puebla	9	≥ 75.0	>55.0 a <75.0	≤ 55.0	7	≤ 5.0	> 5.0 a < 12	≥ 12
	HTO 21 Monterrey	9	≥ 75.0	>55.0 a <75.0	≤ 55.0	7	≤ 5.0	> 5.0 a < 12	≥ 12
	HTO Magdalena de las Salinas	9	≥ 75.0	>55.0 a <75.0	≤ 55.0	7	≤ 5.0	> 5.0 a < 12	≥ 12
	HORTO Magdalena de las Salinas	9	≥ 75.0	>55.0 a <75.0	≤ 55.0	7	≤ 5.0	> 5.0 a < 12	≥ 12
PEDIATRÍA	HP CMN Siglo XXI	9	≥ 75.0	>55.0 a <75.0	≤ 55.0	7	≤ 5.0	> 5.0 a < 12	≥ 12
	HP CMN Occidente	9	≥ 75.0	>55.0 a <75.0	≤ 55.0	7	≤ 5.0	> 5.0 a < 12	≥ 12
CARDIOLOGÍA	HC CMN Siglo XXI	9	≥ 75.0	>55.0 a <75.0	≤ 55.0	7	≤ 5.0	> 5.0 a < 12	≥ 12
	HC 34 Monterrey	9	≥ 75.0	>55.0 a <75.0	≤ 55.0	7	≤ 5.0	> 5.0 a < 12	≥ 12
GINECO PEDIATRÍA	HGP 48 CMN del Bajío	9	≥ 75.0	>55.0 a <75.0	≤ 55.0	7	≤ 5.0	> 5.0 a < 12	≥ 12
ONCOLOGÍA	HONCO CMN Siglo XXI	9	≥ 75.0	>55.0 a <75.0	≤ 55.0	7	≤ 5.0	> 5.0 a < 12	≥ 12
GENERAL	HG CMN La Raza	9	≥ 75.0	>55.0 a <75.0	≤ 55.0	7	≤ 5.0	> 5.0 a < 12	≥ 12
INFECTO	HINF CMN La Raza								
PSIQUIÁTRICOS	HPSIQ Morelos								
	HPSIQ San Fernando								
	HPSIQ 22 Monterrey								
REHABILITACION	UMFR Conjunto Colonia								
	UMFR Magdalena de las Salinas								
	UMFR 1 Monterrey								

Tabla CUMAE 7

TIPO DE HOSPITAL	NOMBRE	AMI				AMI			
		Neonatal 02 Porcentaje de personas recién nacidas de término (con 37 semanas o más de gestación) que son alimentadas mediante lactancia materna exclusiva al egreso.				Materna 04. Cobertura de protección anticonceptiva posevento obstétrico.			
		Peso marginal	Valor de referencia Rangos de desempeño			Peso marginal	Valor de referencia Rangos de desempeño		
			Esperado	Esperado	Medio		Esperado	Medio	Bajo
ESPECIALIDADES	HES CMN La Raza								
	HES CMN Siglo XXI								
	HES CMN Occidente								
	HES 25 Monterrey								
	HES 71 Torreón								
	HES CMN Puebla								
	HES 1 CMN del Bajío								
	HES 2 CMN Noroeste Obregón								
	HES 14 Veracruz								
	HES CMN Mérida								
GINECOLOGÍA	HGO 3 CMN La Raza	5	≥ 90.0	> 80.0 a < 90.0	≤ 80.0	5	≥ 83.5	> 81.9 a < 83.5	≤ 81.9
	HGO 4 CMN Siglo XXI San Ángel	5	≥ 90.0	> 80.0 a < 90.0	≤ 80.0	5	≥ 83.5	> 81.9 a < 83.5	≤ 81.9
	HGO CMN Occidente	5	≥ 90.0	> 80.0 a < 90.0	≤ 80.0	5	≥ 83.5	> 81.9 a < 83.5	≤ 81.9
	HGO 23 Monterrey	5	≥ 90.0	> 80.0 a < 90.0	≤ 80.0	5	≥ 83.5	> 81.9 a < 83.5	≤ 81.9
TRAUMATOLOGÍA	HTO Lomas Verdes								
	HTO CMN Puebla								
	HTO 21 Monterrey								
	HTO Magdalena de las Salinas								
	HORTO Magdalena de las Salinas								
PEDIATRÍA	HP CMN Siglo XXI								
	HP CMN Occidente								
CARDIOLOGÍA	HC CMN Siglo XXI								
	HC 34 Monterrey								
GINECO PEDIATRÍA	HGP 48 CMN del Bajío	5	≥ 90.0	> 80.0 a < 90.0	≤ 80.0	5	≥ 83.5	> 81.9 a < 83.5	≤ 81.9
ONCOLOGÍA	HONCO CMN Siglo XXI								
GENERAL	HG CMN La Raza								
INFECTO	HINF CMN La Raza								
PSIQUIÁTRICOS	HPSIQ Morelos								
	HPSIQ San Fernando								
	HPSIQ 22 Monterrey								
REHABILITACION	UMFR Conjunto Colonia								
	UMFR Magdalena de las Salinas								
	UMFR 1 Monterrey								

Tabla CUMAE 8

TIPO DE HOSPITAL	NOMBRE	IAAS			
		IAAS 01 Tasa de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud por 1,000 días estancia en Unidades médicas de Segundo Nivel de atención con 20 camas censables o más o en Unidades Médicas de Alta Especialidad		IAAS 02 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	
		Peso marginal	Valor de referencia	Peso marginal	Valor de referencia
ESPECIALIDADES	HES CMN La Raza	5	$\geq 8.38 \leq 11.50$	5	$\geq 11.14 \leq 17.05$
	HES CMN Siglo XXI	5	$\geq 8.38 \leq 11.50$	5	$\geq 11.14 \leq 17.05$
	HES CMN Occidente	5	$\geq 8.38 \leq 11.50$	5	$\geq 11.14 \leq 17.05$
	HES 25 Monterrey	5	$\geq 8.38 \leq 11.50$	5	$\geq 11.14 \leq 17.05$
	HES 71 Torreón	5	$\geq 8.38 \leq 11.50$	5	$\geq 11.14 \leq 17.05$
	HES CMN Puebla	5	$\geq 8.38 \leq 11.50$	5	$\geq 11.14 \leq 17.05$
	HES 1 CMN del Bajío	5	$\geq 8.38 \leq 11.50$	5	$\geq 11.14 \leq 17.05$
	HES 2 CMN Noroeste Obregón	5	$\geq 8.38 \leq 11.50$	5	$\geq 11.14 \leq 17.05$
	HES 14 Veracruz	5	$\geq 8.38 \leq 11.50$	5	$\geq 11.14 \leq 17.05$
	HES CMN Mérida	5	$\geq 8.38 \leq 11.50$	5	$\geq 11.14 \leq 17.05$
GINECOLOGÍA	HGO 3 CMN La Raza	5	$\geq 7.6 a \leq 10.63$	5	$\geq 4.35 a \leq 9.50$
	HGO 4 CMN Siglo XXI San Ángel	5	$\geq 7.6 a \leq 10.63$	5	$\geq 4.35 a \leq 9.50$
	HGO CMN Occidente	5	$\geq 7.6 a \leq 10.63$	5	$\geq 4.35 a \leq 9.50$
	HGO 23 Monterrey	5	$\geq 7.6 a \leq 10.63$	5	$\geq 4.35 a \leq 9.50$
TRAUMATOLOGIA	HTO Lomas Verdes	5	$\geq 8.3 a \leq 11.75$	5	$\geq 11.20 a \leq 23.41$
	HTO CMN Puebla	5	$\geq 8.3 a \leq 11.75$	5	$\geq 11.20 a \leq 23.41$
	HTO 21 Monterrey	5	$\geq 8.3 a \leq 11.75$	5	$\geq 11.20 a \leq 23.41$
	HTO Magdalena de las Salinas	5	$\geq 8.3 a \leq 11.75$	5	$\geq 11.20 a \leq 23.41$
	HORTO Magdalena de las Salinas	5	$\geq 2.24 a \leq 2.9$	5	< 2.4
PEDIATRÍA	HP CMN Siglo XXI	5	$\geq 8.76 a \leq 13.81$	5	$\geq 5.2 a \leq 9.55$
	HP CMN Occidente	5	$\geq 8.76 a \leq 13.81$	5	$\geq 5.2 a \leq 9.55$
CARDIOLOGIA	HC CMN Siglo XXI	5	$\geq 8.68 a \leq 11.65$	5	$\geq 12.01 a \leq 16.50$
	HC 34 Monterrey	5	$\geq 8.68 a \leq 11.65$	5	$\geq 12.01 a \leq 16.50$
GINECO PEDIATRIA	HGP 48 CMN del Bajío	5	$\geq 5.08 a \leq 6.98$	5	$\geq 7.15 a \leq 9.52$
ONCOLOGÍA	HONCO CMN Siglo XXI	5	$\geq 7.2 a \leq 12.23$	5	$\geq 8.9 a \leq 14.25$
GENERAL	HG CMN La Raza	5	$\geq 8.31 a \leq 12.25$	5	$\geq 9.94 a \leq 15.5$
INFECTO	HINF CMN La Raza	5	$\geq 4.53 a \leq 6.03$	5	$\geq 14.1 a \leq 21.6$
PSIQUIÁTRICOS	HPSIQ Morelos				
	HPSIQ San Fernando				
	HPSIQ 22 Monterrey				
REHABILITACION	UMFR Conjunto Colonia				
	UMFR Magdalena de las Salinas				
	UMFR 1 Monterrey				

Tabla CUMAE 9

TIPO DE HOSPITAL	NOMBRE	CIS				
		CIS 01 Número de publicaciones científicas generadas por personal del IMSS.				
		Peso marginal	Valor de referencia			
			1er. trimestre	2do. trimestre	3er. trimestre	4to. trimestre
ESPECIALIDADES	HES CMN La Raza	4	≥ 30	≥ 60	≥ 90	≥ 120
	HES CMN Siglo XXI	4	≥ 48	≥ 96	≥ 144	≥ 194
	HES CMN Occidente	4	≥ 21	≥ 42	≥ 63	≥ 85
	HES 25 Monterrey	4	≥ 8	≥ 16	≥ 24	≥ 34
	HES 71 Torreón	4	≥ 4	≥ 8	≥ 12	≥ 17
	HES CMN Puebla	4	≥ 15	≥ 30	≥ 45	≥ 61
	HES 1 CMN del Bajío	4	≥ 16	≥ 32	≥ 48	≥ 65
	HES 2 CMN Noroeste Obregón	4	≥ 8	≥ 16	≥ 24	≥ 34
	HES 14 Veracruz	4	≥ 13	≥ 26	≥ 39	≥ 53
	HES CMN Mérida	4	≥ 4	≥ 8	≥ 12	≥ 17
GINECOLOGÍA	HGO 3 CMN La Raza	4	≥ 7	≥ 14	≥ 21	≥ 31
	HGO 4 CMN Siglo XXI San Ángel	4	≥ 4	≥ 8	≥ 12	≥ 17
	HGO CMN Occidente	4	≥ 3	≥ 6	≥ 9	≥ 12
	HGO 23 Monterrey	4	≥ 3	≥ 6	≥ 9	≥ 12
TRAUMATOLOGÍA	HTO Lomas Verdes	4	≥ 3	≥ 6	≥ 9	≥ 12
	HTO CMN Puebla	4	≥ 3	≥ 6	≥ 9	≥ 14
	HTO 21 Monterrey	4	≥ 6	≥ 12	≥ 18	≥ 24
	HTO Magdalena de las Salinas	4	≥ 5	≥ 10	≥ 15	≥ 21
	HORTO Magdalena de las Salinas					
PEDIATRÍA	HP CMN Siglo XXI	4	≥ 6	≥ 12	≥ 18	≥ 25
	HP CMN Occidente	4	≥ 18	≥ 36	≥ 54	≥ 73
CARDIOLOGÍA	HC CMN Siglo XXI	4	≥ 11	≥ 22	≥ 33	≥ 44
	HC 34 Monterrey	4	≥ 7	≥ 14	≥ 21	≥ 28
GINECO PEDIATRÍA	HGP 48 CMN del Bajío	4	≥ 7	≥ 14	≥ 21	≥ 30
ONCOLOGÍA	HONCO CMN Siglo XXI	4	≥ 13	≥ 26	≥ 39	≥ 55
GENERAL	HG CMN La Raza	4	≥ 13	≥ 26	≥ 39	≥ 55
INFECTO	HINF CMN La Raza					
PSIQUIÁTRICOS	HPSIQ Morelos					
	HPSIQ San Fernando					
	HPSIQ 22 Monterrey					
REHABILITACION	UMFR Conjunto Colonia					
	UMFR Magdalena de las Salinas					
	UMFR 1 Monterrey					

CUMAE 01 – Tasa de mortalidad de personas recién nacidas en UMAE.					
Objetivo del Indicador	Determinar la eficacia de la atención materna y perinatal, así como el 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 UMAE, y de no resultar eficaces llevar a cabo acciones de mejora.				
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Total de defunciones en personas recién nacidas (menores a 28 días), que ocurren en la Unidad Médica de Alta Especialidad}}{\text{Total de recién nacidos vivos en la Unidad Médica de Alta Especialidad}} \times 1,000$				
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED) Denominador: Fuente primaria 4-30-21/17-I y 4-30-21/17-E, que se registran en el Sistema de Información Médico Operativo Central (SIMOC), modulo hospital, tabla EGRNAC, así como otros sistemas de información que se desarrollen para la obtención de datos más específicos, ejemplo PHEDS.				
Valor de la meta	Varía según tipo de hospital. (tabla CUMAE 5)	Unidad de medida	Tasa	Peso marginal	Según tipo de hospital (Ver tabla CUMAE 5)
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado		Contabilizado por		Atención
Dimensión	Eficacia		Tipo de indicador		Gestión
Encargados de la definición y seguimiento	El Órgano Normativo responsable de la definición y seguimiento del indicador, el análisis del proceso de la atención médica y de solicitar estrategias de mejora es: La Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud				
Interpretación y Observaciones	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 en desempeño bajo, la unidad deberá realizar un análisis detallado de las causas antes mencionadas, encaminado a llevar a cabo acciones de mejora y/o correctivas. Con un desempeño bajo se deberá evaluar la implementación de nuevas acciones para la suficiencia de recursos para la atención, mejora de estructura, cartera de servicios y/o capacidad instalada y reordenamiento en los procesos de atención con apego a guías de práctica clínica y evidencia científica. Para el cálculo del indicador - Se excluirán las unidades médicas que no cuenten con la infraestructura, servicio o personal cuando la Coordinación Normativa lo solicite a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. - Aplica únicamente a Hospitales de Gineco-Obstetricia y Gineco-Pediatría. No obstante, cuando registren defunciones en otras unidades de tercer nivel se informará a la Normativa.				

CUMAE 01 – Tasa de mortalidad de personas recién nacidas en UMAE.

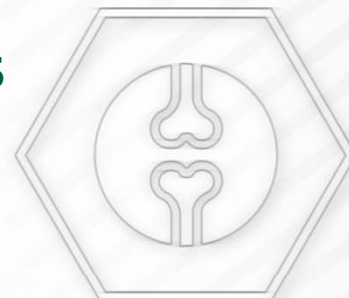
Interpretación y Observaciones	• Por ser unidades con mayor concentración de embarazos de alto riesgo, se recibe mayor población con nacimientos de personas recién nacidas con malformaciones y/o síndromes genéticos incompatibles con la vida; para una mejor interpretación de la eficiencia en el uso de recursos se eliminarán los egresos por defunción con los siguientes diagnósticos: (DEFCAUSABAS y CAUSA1 a CAUSA6): ▪ A92.2 Trisomía 9 ▪ E83.3 Hipofosfatasa congénita ▪ P02.8 Síndrome de bandas amnióticas ▪ Q24.8 Ectopia cordis ▪ Q60.6 Síndrome de Potter ▪ Q77.1 Displasia tanatofórica ▪ Q87.8 Complejo extremidad-pared abdominal ▪ Q89.7 Pentalogía de cantrell ▪ Q92.7 Triploidía y poliploidía ▪ Q00.0 Anencefalia-Exencefalia-Acráneo ▪ Q04.3 Hidranencefalia ▪ Q04.4 Holoprosencefalia alobar ▪ Q31.8/Q32.1 Atresia laríngea-atresia traqueal ▪ Q60.1 Agenesia renal bilateral ▪ Q78.0 Osteogénesis imperfecta ▪ Q91.0 a Q91.7 trisomía 13 y 18 • Excluir aquellas personas recién nacidas igual o menores a 24 semanas de gestación. • Del formato 4-30-6b Partos, productos y abortos se origina la información del SIMOC, y se deben sumar el pretérmino, término y postérmino. • Los rangos de desempeño se establecieron de acuerdo con: ▪ Esperado: igual o menor al valor de referencia establecido para el hospital ▪ Medio: no mayor al 10% del valor de referencia establecido para el hospital ▪ Bajo: mayor al 10% del valor de referencia establecido para el hospital
--------------------------------	--

V.

INDICADORES TRANSVERSALES

(Indicadores de procesos que se otorgan en unidades médicas de diferentes niveles de atención médica)

Manual Metodológico de Indicadores Médicos, 2025



V. Indicadores transversales

A partir del Modelo de Atención a la Salud y las funciones esenciales de la salud pública, se vinculan los tres niveles de atención médica a través de redes integradas. En el IMSS el primer nivel de atención se otorga en las Unidades de Medicina Familiar, que tienen la función de otorgar atención ambulatoria en forma continua al individuo y su familia, el segundo nivel de atención médica se otorga en la red de Hospitales (Regionales, Generales de Zona y Subzona) que brindan servicios de atención hospitalaria y de urgencias, además de otorgar servicios de atención médica ambulatoria especializada. Son establecimientos receptores de referencias del primer nivel, para atención de padecimientos de baja y/o mediana complejidad que superan la capacidad resolutive del primer nivel. Las unidades médicas que cuenten solamente con atención ambulatoria pero no tienen una población de responsabilidad definida (adscrita) se considerarán de segundo nivel. El tercer nivel de atención médica es otorgado por Hospitales de Especialidades (Unidades Médicas de Alta Especialidad) estas unidades otorgan atención médica hospitalaria y de urgencias y son establecimientos de referencia de las unidades de segundo nivel para la atención de padecimientos de alta especialidad que superan la capacidad resolutive del segundo nivel. Son redes formadoras de recursos humanos de especialidad y subespecialidad y cuentan con unidades o centros de investigación.

El MMIM se conformó un grupo de indicadores denominados Transversales porque están asociados a servicios médicos que se otorgan en unidades médicas de diferente nivel de atención, pero evalúan el mismo servicio, pero con diferente nivel complejidad, esta versión del MMIM contiene dos grupos de indicadores denominados transversales porque aplican en unidades de diferentes niveles de atención.

El primer grupo está compuesto por indicadores asociados a las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS), por lo que llevan ese nombre, estos indicadores aplican en la atención hospitalaria que se otorga en unidades de Segundo Nivel y Unidades Médicas de Alta Especialidad. Estos indicadores evalúan procesos relacionados con la calidad en la atención y la prevención de infecciones al momento de otorgar la atención hospitalaria o quirúrgica en ese tipo de unidades.

El segundo grupo se denominan indicadores de “Servicios Hospitalarios” (HOSP) porque están asociados a los servicios sustantivos otorgados en las unidades de segundo y tercer nivel de atención, tales como urgencias, consulta externa, hospitalización y cirugía.

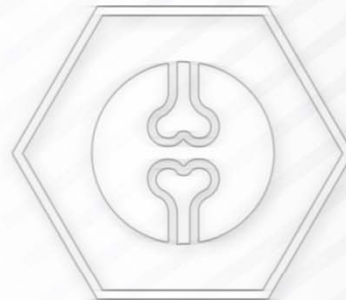
Indicadores Transversales			Número
1	IAAS	Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud	2
2	HOSP	Servicios hospitalarios	10
TOTAL			12

V.

Indicadores transversales.

(Indicadores de procesos que se otorgan en unidades médicas de diferentes niveles de atención médica)

1. Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud en Unidades de Segundo Nivel o en Unidades Médicas de Alta Especialidad (IAAS)





La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) como “aquellas infecciones que afectan a un paciente durante el proceso de asistencia en un hospital u otro centro sanitario, que no estaba presente ni incubándose en el momento del ingreso. Las IAAS, también conocidas como infecciones nosocomiales o intrahospitalarias son los eventos adversos más frecuentes durante la prestación de la atención clínica en todo el mundo.¹ Las IAAS han existido desde la aparición de los propios hospitales² y representan un problema debido a que condicionan mayores tasas de morbilidad y mortalidad con un incremento consecuente en el costo social de años de vida potencialmente perdidos, así como de años de vida saludables perdidos por muerte prematura o vividos con discapacidades, lo cual se suma al incremento en los días de hospitalización y del gasto económico.

Según la OMS más de 1.4 millones de personas en el mundo contraen infecciones en el hospital. Entre el 5% y 10% de los pacientes que ingresan a hospitales modernos del mundo contraerán una o más infecciones. El conocimiento de la prevalencia de las infecciones asociadas a la atención de la salud y sus factores relacionados permite prevenir hasta el tercio de las infecciones nosocomiales, en México se estima una tasa de infecciones nosocomiales que oscila entre 3.8 y 26 por cada 100 egresos.²

Este tipo de infecciones continúan siendo una importante causa de mortalidad en el mundo. En México se registra, en instituciones de segundo y tercer nivel de atención, una mortalidad general de 43.8% asociadas a las IAAS, mientras que la OMS calcula 450,000 casos de infección relacionada con la atención sanitaria en México, que causan 32 muertes por cada 100,000 habitantes por año.

En relación con el riesgo de prolongar las estancias hospitalarias a causa de las infecciones asociadas a la atención en salud, en México este riesgo oscila el 5.9 y 9.6 días y más aún, incrementa la probabilidad de morir (riesgo atribuible) hasta en un 6.9%, lo que implica que los gastos hospitalarios aumenten¹ y el costo anual se aproxima a los 1,500 millones de pesos.⁴ La gran mayoría de las infecciones asociadas a la atención en salud reflejan fallas en la atención que son susceptibles de prevención y control, por lo que es fundamental identificar los elementos que se asocian a la ocurrencia de estos eventos.

Conocer el fenómeno para identificar las áreas de oportunidad, e iniciar acciones enérgicas para prevenir y controlar las Infecciones asociadas a la atención de la salud, al igual que medir el impacto de estas acciones a través de un mismo sistema de vigilancia epidemiológica y continuar con una espiral de mejora, cuyo único objetivo es la seguridad del paciente y sus familiares.^{3, 4} Para fines de la Evaluación del Desempeño por OOAD y para las Unidades Médicas de Alta Especialidad, este proceso se monitorea con 2 indicadores.

¹ Rodríguez, M. Frecuencia de infecciones asociadas a la atención de la salud en los principales sistemas de información de México. CONAMED-OPS. 2018; 17 (3):16-20.

² Castañeda-Martínez F., Valdespino-Padilla, M. Prevalencia de infecciones nosocomiales en un hospital de Segundo Nivel de atención en México. Rev Med Inst Mex Seg Soc. 2015; 53(6):686-90

³ Medición de la prevalencia de Infecciones asociadas a la atención de la salud en Hospitales Generales de las principales instituciones públicas de salud. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México, noviembre de 2011.

⁴ Kouchak, F., Askarian M. Nosocomial Infections: The Definition Criteria. Iranian Journal of Medical Sciences. 2012; 37 (2):72-73.

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



IAAS 01 - Tasa de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud por 1,000 días estancia en Unidades médicas de Segundo Nivel de atención con 20 camas censables o más o en Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE).					
Objetivo del indicador	Medir la velocidad de cambio que presentan las infecciones asociadas a la atención de la salud en las unidades médicas de segundo nivel de atención, con 20 o más camas censables o en las Unidades Médicas de Alta Especialidad.				
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Total de infecciones asociadas a la atención de la salud del servicio de hospitalización en unidades médicas de segundo nivel de atención, con 20 o más camas censables o en UMAE}}{\text{Total de días paciente en Unidades médicas de segundo nivel de atención con 20 o más camas censables o en UMAE}} \times 1,000$				
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Informe nominal de “infecciones y microorganismos” de la plataforma en línea de las IAAS http://172.22.235.16/inoso/acceso Denominador: Sistema de Información Médica Operativa Central (SIMOC)				
Valor de la meta	OOAD >= 7.0 a <= 12.0 HGR, HGZ, HGO, HGP: >= 7.0 a <= 12.0 HGS >= 4.0 a <= 7.0 UMAE según tipo de hospital (Ver tabla CUMAE 8)			Unidad de medida	Tasa
Periodicidad	Mensual y mensual acumado	Contabilizado por	Atención	Ponderación	OOAD 4 puntos UMAE Ver tabla CUMAE 8
Rangos de desempeño	Para	Desempeño Esperado	Desempeño Medio		Desempeño Bajo
	OOAD	>= 7.0 a <= 12.0	>= 4.0 a < 7.0		< 4.0 o > 12.0
	HGR,HGZ, HGO HGP	>= 7.0 a <= 12.0	>= 4.0 a < 7.0		< 4.0 o > 12.0
	HGS	>= 4.0 a <= 7.0	>= 1.0 a < 4.0		< 1.0 o > 7.0
	UMAE	Ver tabla CUMAE 8			
Dimensión	Calidad		Tipo de indicador		Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento.	Indicador que define y dan seguimiento la División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica en conjunto con la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel y la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad de acuerdo con el ámbito de competencia, de los procesos. Publicado por la División de Análisis en Salud. El cálculo lo realizará la DAS cuando se otorgue acceso a las fuentes de información.				
Interpretación y Observaciones	La tasa indica la velocidad con que se presentan las infecciones asociadas a la atención de la salud en los pacientes hospitalizados por unidad de tiempo. El resultado de la tasa de infecciones asociadas a la atención de la salud por cada mil días paciente, debe estar dentro del valor de referencia de 7.0 a 12.0 para Hospital General Regional (HGR), Hospital de Gineco Obstetricia (HGO), Hospital de Gineco Pediatría (HGP) y de 4.0 a 7.0 para Hospital General de Subzona (HGS). Cuando el desempeño se encuentra dentro del valor esperado, se deberá continuar con las acciones seguras en la atención del paciente. Si el valor se encuentra con desempeño medio se puede deber a una baja notificación de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud.				



IAAS 01 - Tasa de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud por 1,000 días estancia en Unidades médicas de Segundo Nivel de atención con 20 camas censables o más o en Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE).	
Interpretación y Observaciones	Si el valor se encuentra con desempeño bajo, se puede deber a una subnotificación y/o subregistro para los valores dentro del límite inferior; mientras que para los valores límites superiores revela acciones de prevención y control locales insuficientes, inoportunas o inadecuadas concentradas en el Nivel Integral de Limpieza. Para el cálculo del indicador se incluye: • En el numerador: el número de infecciones asociadas a la atención de la salud por fecha de inicio de síntomas en el mes a evaluar (a partir del 26 del mes previo y hasta el día 25 del mes corriente) y se adicionan las infecciones clasificadas como importadas a la unidad de origen. • En el denominador: el número de días paciente en el mes a evaluar. Para el cálculo del indicador se excluye: • Del numerador: infecciones que no cuenten con clasificación de confirmada en el informe nominal, a los pacientes con infección asociada a la atención de la salud adquirida en otra unidad médica que no pertenezca al IMSS. • Del numerador y del denominador, los Hospitales de menos de 20 camas censables. El cálculo y evaluación del indicador se realiza por unidad médica, por OOAD (incluyendo solamente a las Unidades médicas de Segundo Nivel de atención), y por separado, las UMAE. En el OOAD, unidad médica de segundo nivel o UMAE en la que no se cuente con información del denominador a la fecha del corte de información se designará como NE "No Evaluable". El seguimiento de este indicador epidemiológico a nivel estratégico implica la observación sistemática y la dinámica de los patrones de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud. Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público

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



IAAS 02 - 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 aparición 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).			
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de neumonías asociadas a ventilación mecánica en unidades médicas de segundo nivel de atención con 20 o más camas censables, o en UMAE			X 1,000
	Total de días ventilador mecánico en unidades médicas de segundo nivel de atención con 20 o más camas censables, o en UMAE			
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Informe nominal de “infecciones y microorganismos” de la plataforma en línea de las IAAS http://172.22.235.16/inoso/acceso . Denominador: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de infecciones asociada a la atención de la salud, plataforma http://172.22.235.16/inoso/acceso .			
Valor de la meta	OOAD Unidades de Segundo Nivel	>= 8.0 a <= 14.0	UMAE	UMAE según tipo de hospital (Ver Tabla CUMAE 8)
Unidad de medida	Tasa por 1,000 días ventilador	Ponderación	OOAD: 4 puntos UMAE: Ver tabla CUMAE 8	
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado		Contabilizado por	Atención
Rangos de desempeño	Atención por	Desempeño esperado	Desempeño medio	Desempeño bajo
	OOAD Unidades de Segundo Nivel	>= 8.0 a <= 14.0	>= 5.0 a < 8.0	< 5.0 o > 14.0 o bien “NE”
	UMAE	UMAE según tipo de hospital (ver Tabla CUMAE 8)		
Dimensión	Calidad		Tipo de indicador	Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento.	Indicador que define y dan seguimiento la División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica en conjunto con la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel y la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad de acuerdo con el ámbito de competencia, de los procesos. Publicado por la División de Análisis en Salud El cálculo lo realizará la DAS cuando se otorgue acceso a las fuentes de información.			
Interpretación y Observaciones	La tasa indica la velocidad con que se presenta la neumonía en pacientes con ventilación mecánica, por unidad de tiempo. El resultado debe estar dentro del valor de referencia de 8.0 a 14.0 neumonías asociadas a ventilación mecánica por cada 1,000 días-ventilador.			

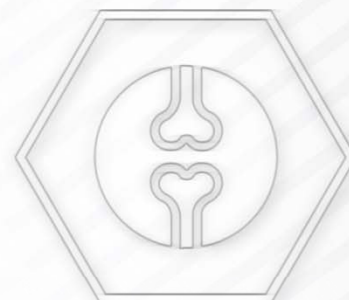
IAAS 02 - Tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica por 1,000 días ventilador en Unidades médicas de Segundo Nivel de atención con 20 o más camas censables o en Unidades Médicas de Alta Especialidad.	
Interpretación y Observaciones	Si el valor se encuentra con desempeño medio, deberá intensificar la vigilancia epidemiológica, la identificación y la notificación de infecciones asociadas a la atención de la salud y si el valor se encuentra con desempeño bajo <5.0, se puede deber a subnotificación y/o subregistro para los valores límites bajos, mientras que los valores límites superiores pueden mostrar deficiencias en el proceso de limpieza y desinfección de los insumos para la salud, así como de su manejo en el servicio. 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 el cálculo del indicador se incluye: ▪ En el numerador el número de neumonías asociadas a ventilación mecánica por fecha de inicio de síntomas en el mes a evaluar (a partir del 26 del mes previo y hasta el día 25 del mes corriente) y se adicionan las infecciones importadas a la unidad de origen. ▪ En el denominador: el número de días ventilador en el mes a evaluar, incluidos en el formato de registro correspondiente. Para el cálculo del indicador se excluye: ▪ Infecciones que no cuenten con clasificación de confirmada en el informe nominal, pacientes con neumonía asociada a ventilación mecánica adquirida en otra unidad médica que no pertenezca al IMSS. ▪ Del numerador y del denominador, los Hospitales Psiquiátricos y las Unidades de Medicina Física y Rehabilitación. El cálculo y evaluación del indicador se realiza por unidad médica, por OOAD (incluyendo solamente a las Unidades médicas de Segundo Nivel de atención) y por separado, las UMAE.

V.

Indicadores transversales.

(Indicadores de procesos que se otorgan en unidades médicas de diferentes niveles de atención médica)

2. Servicios hospitalarios (HOSP)



HOSP 01 - Porcentaje de ocupación en el área de Observación del servicio de Urgencias en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel.					
Objetivo del indicador	Medir el aprovechamiento de la capacidad instalada y los recursos disponibles, para una atención oportuna y de calidad del servicio de Observación de Urgencias, así como para implementar acciones oportunas ante el aumento en la demanda de atención de la población derechohabiente.				
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Total de horas paciente en el área de Observación del servicio de Urgencias en las Unidades de Segundo o de Tercer Nivel}}{\text{Total de horas cama en el área de Observación del servicio de Urgencias en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel}} \times 100$				
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Ingresos: (Forma 4- 30-21/35/17-I y Forma 4-30-21/35/17-E). Parte I (INF_SIMO). A nivel nacional base SIMOEGRURG, así como otros sistemas de información que se desarrollen para la obtención de datos más específicos, ejemplo PHEDS. Denominador: Número de camas no censables del área de urgencias, multiplicado por los días calendario del periodo y por 24 horas. El dato de total de camas se obtiene del Inventario Físico de Unidades (IFU).				
Valor de la meta	OOAD y UMAE <=85	Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación para CUMAE	Ver tabla CUMAE 1
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado		Indicador contabilizado por		Atención
Rangos de Desempeño	Unidad	Desempeño esperado	Desempeño medio		Desempeño bajo
	OOAD y UMAE	<= 85.0	> 85.0 a < 90.0		>= 90.0
Dimensión	Eficacia		Tipo de indicador		Gestión
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que definen y le dan seguimiento, en las unidades bajo su responsabilidad, la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel y 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, OOAD y UMAE. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud.				
Interpretación y Observaciones	Mide el porcentaje de camas del servicio de observación que fueron ocupadas durante el mes que se reporta. El indicador representa la suficiencia del servicio con base en la demanda de la población y la vinculación eficiente con el resto de los servicios hospitalarios. Su interpretación requiere del análisis de los diversos factores que influyen como: a complejidad de la patología, diagnóstico oportuno, disponibilidad de camas en hospitalización, el tratamiento y oportunidad en las salas de operaciones, toma de decisión oportuna y el destino del paciente, registro correcto y oportuno de los egresos físico y/o electrónico de forma continua, gestión de recursos humanos, insumos físicos y materiales en los diferentes turnos, los siete días y/o infraestructura; que se emplean para el manejo de los pacientes de dicho servicio. En caso de presentar un resultado por arriba del valor de desempeño esperado, la unidad deberá evaluar la suficiencia de todos los factores mencionados con anterioridad.				

HOSP 01 - Porcentaje de ocupación en el área de Observación del servicio de Urgencias en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel.	
Interpretación y Observaciones	Para el cálculo del indicador: - Se excluirán las unidades médicas que no cuenten con la infraestructura, servicio o personal cuando la Coordinación Normativa lo solicite a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. - 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) Para el cálculo del denominador se considera: - Total de horas camas = cama de urgencias (IFU), multiplicado por días calendario del periodo a evaluar por 24 horas. - Se utilizará el catálogo IFU del mes a evaluar, publicado por la División de Información en Salud en el portal: http://infosalud.imss.gob.mx/ que se actualiza periódicamente. - Total de camas de urgencias se tomará del total camas del área observación (adultos o pediátricos o ambos) registradas en el catálogo Inventario Físico de Unidades (IFU) del mes de proceso. Para el cálculo del numerador, se excluyen: - Los 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. - Los 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. Para el cálculo en Unidades de Segundo Nivel: - Se considerará la clave especialidad 5004 con la descripción Urgencias Observación del Sistema de Información Médico Operativo Central (SIMOC), para adultos. - Se considerará el área de Observación adultos, la variable del IFU 60202-Cama de Urgencias Médicas Observación Adulto. - Se consideran adultos a los pacientes de 18 años y más. - Se excluyen los registros con edades erróneas. - Se excluyen 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. Para el cálculo en Unidades Médicas de Alta Especialidad: - Se considerarán las áreas de Observación Admisión Continua (adultos y pediátricos), la variable del IFU 60400 – Total de Camas de Admisión Continua Observación (UMAE), para el cálculo integrado. - Para la UMAE Victorio de la Fuente Narváez, sólo se considera el Hospital de Traumatología (35A304152153), por contar con el Servicio de Urgencias. - Para las UMAE de Ginecología y Obstetricia, el numerador y denominador está compuesto por la suma de las camas no censables de labor y urgencias, si no cuenta con camas de urgencias, solo se tomarán en cuenta las camas de labor. - Para la UMAE de Gineco Pediatría No. 48 Bajío, el numerador y denominador está compuesto por la suma de las camas no censables de labor y observación pediátrica.



HOSP 01 - Porcentaje de ocupación en el área de Observación del servicio de Urgencias en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel.	
Interpretación y Observaciones	- Se excluyen las Unidades Complementarias Para la publicación de los resultados: - Se desagregarán por nivel de atención (Unidades de Segundo Nivel y Unidades Médicas de Alta Especialidad). - Para las Unidades de Segundo Nivel, solo se publicarán los resultados de la ocupación del área de Observación Adultos. - Para las Unidades Médicas de Alta Especialidad, se publicarán los resultados integrados del área de Observación Adultos y Pediátricos.

HOSP 02 - Porcentaje de pacientes con estancia prolongada (más de 12 horas) en el área de Observación en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel.					
Objetivo del indicador	Evaluar la inoportunidad en la toma de decisión de egreso de pacientes que ingresaron al área de Observación del servicio de Urgencias/Admisión Continua. El egreso del paciente debe ser establecido en un periodo menor a 12 horas, tiempo en el cual se debe determinar la conducta a seguir (ejemplo: egreso a Hospitalización, por traslado, a quirófano, etc).				
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Total de pacientes egresados del área de Observación de los servicios de Urgencias, con estancia de más de 12 horas en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel}}{\text{Total de pacientes egresados del área de Observación de los servicios de Urgencias en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel}} \times 100$				
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 SIMO EGRURG, así como otros sistemas de información que se desarrollen para la obtención de datos más específicos, ejemplo PHEDS.				
Valor de la meta	OOAD y UMAE ≤ 35.0	Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación	OOAD: 4 puntos UMAE: ver tabla CUMAE 1
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado		Contabilizado por		Atención
Rangos de desempeño	Unidad	Desempeño esperado	Desempeño medio		Desempeño bajo
	OOAD y UMAE	≤ 35.0	> 35.0 a < 46.0		≥ 46.0
Dimensión	Eficacia		Tipo de indicador		Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que definen y le dan seguimiento, en las unidades bajo su responsabilidad, la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel y 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, OOAD y UMAE. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud.				
Interpretación y Observaciones	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 como: 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, registro incorrecto e inoportuno de los egresos en físico y/o electrónico de forma continua; insuficiencia de recursos humanos y cobertura en todos los turnos; etc. 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				

HOSP 02 - Porcentaje de pacientes con estancia prolongada (más de 12 horas) en el área de Observación en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel.	
Interpretación y Observaciones	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. Para el cálculo del indicador: - Se excluirán las unidades médicas que no cuenten con la infraestructura, servicio o personal cuando la Coordinación Normativa lo solicite a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. - 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). Para el cálculo del numerador se excluye: - Registros que arrojen horas estancias negativas, ej. Ingreso 12/04/2018 a las 15:00 hrs, y egreso el 12/04/2018 a las 10:00 hrs. - Registros que arrojen días estancia negativos o nulos, ej. Ingreso 15/02/2018 y egreso 13/02/2018 o Ingreso 18/03/2018 sin fecha de egreso. Para el cálculo en Unidades de Segundo Nivel: - Se considerará la clave especialidad 5004 con la descripción Urgencias Observación del Sistema de Información Médico Operativo Central (SIMOC), para adultos. - Se considerarán los registros de adultos, es decir aquellos registros con edad de 18 años y más. - Se excluyen registros con edades erróneas. - Se excluyen las Unidades de servicios médicos de Segundo Nivel de Ginecología y Obstetricia, Ginecología y Pediatría, es decir: Hospital de Ginecoobstetricia (HGO), Hospital de Ginecoobstetricia con Medicina Familiar (HGOMF), Hospital de Gineco-Pediatría (HGP), Hospital de Gineco-Pediatría con Medicina Familiar (HGPMF), Hospital Psiquiátrico con Medicina Familiar (HPsiqMF), Centro Comunitario de Salud Mental (CCSM) y Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA). - Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Para el cálculo en Unidades Médicas de Alta Especialidad: - Se contabilizarán todos los grupos de edad. - Para la UMAE Victorio de la Fuente Narváez, sólo se considera el Hospital de Traumatología (35A304152153), por contar con el Servicio de Urgencias. - Se excluyen las Unidades Complementarias. Para la publicación de los resultados: - Se desagregarán por nivel de atención (Unidades de Segundo Nivel ó Unidades Médicas de Alta Especialidad). - Para las Unidades de Segundo Nivel, se entregarán los resultados del indicador con los registros de 18 años y más de edad. - Para las Unidades Médicas de Alta Especialidad, se entregarán los resultados del indicador incluidos todos los grupos de edad.

HOSP 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 de Segundo o de Tercer Nivel de atención.					
Objetivo del indicador	Medir la eficacia de la programación de la consulta de Especialidad de primera vez en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de atención, a los 20 días hábiles o menos, a partir de su solicitud, para observar la oportunidad del acceso al servicio de consulta externa.				
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de pacientes con cita programada de primera vez a la consulta de especialidades en un plazo igual o menor a 20 días hábiles a partir de la fecha de solicitud en las Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de atención.				
	Total de pacientes referidos para programar una consulta de Especialidad de primera vez, a partir de la presentación de la solicitud en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de atención.				
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Sistema de Registro para la Consulta de Especialidades (INDOCE).				
Valor de la meta	OOAD y UMAE >= 95.0	Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación	OOAD: 3 puntos UMAE: ver tabla CUMAE 2
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado	Indicador contabilizado por		Atención	
Rangos de desempeño	Desempeño esperado	Desempeño medio		Desempeño bajo	
	>= 95.0 a <= 100	> 78.0 a < 95.0		<= 78.0 o > 100	
Dimensión	Eficacia	Tipo de Indicador		Gestión	
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que definen y le dan seguimiento, en las unidades bajo su responsabilidad, la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel y 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, OOAD y UMAE. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud				
Interpretación y Observaciones	Mide el porcentaje de pacientes a quienes se les otorga una cita de especialidades a los 20 días hábiles o menos, a partir de su solicitud; reflejando el tiempo de respuesta para la atención ambulatoria especializada en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de atención. El hecho de programar una consulta de especialidades depende de distintos factores inherentes al proceso de consulta externa de especialidades: 1. Oferta de consultas en la o las plataformas digitales de los diferentes niveles de atención. 2. Disponibilidad de citas en las agendas para programar consultas de primera vez y el registro oportuno en las mismas. 3. Control adecuado de la ocupación de los espacios de la agenda de citas. 4. La utilización adecuada de los recursos: consultorios y capital humano. 5. Equipamiento funcional y abasto adecuado de insumos. Un valor por debajo de la meta establecida refleja que uno o más de los factores no se cumplen.				

HOSP 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 de Segundo o de Tercer Nivel de atención.

Interpretación y Observaciones	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 entre unidades que refieren 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 (reordenamiento de la oferta de atención base a al comportamiento de la demanda de atención de primera vez y subsecuente). Para el cálculo de indicador: - Se excluirán las unidades médicas que no cuenten con la infraestructura, servicio o personal cuando la Coordinación Normativa lo solicite a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. - La UMFR Villa Coapa pertenece al OOAD CDMX Sur (en los resultados de segundo nivel) Para el cálculo del indicador se excluyen: - Las consultas de Admisión Continua (Urgencias), Medicina de Trabajo, Enfermera Materno Infantil, Psicología, Estomatología, Trabajo Social y Nutrición y Dietética. - Las interconsultas (envíos con 4-30-200/87) no forman parte del indicador. Cuando en las unidades el resultado se defina como SIN DATO (SD), se considerará como desempeño bajo. Para la publicación de los resultados: - Se desagregarán por nivel de atención (Unidades de Segundo Nivel y Unidades Médicas de Alta Especialidad) - Para Unidades Médicas de Alta Especialidad es un indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
--------------------------------	--

HOSP 04 - Promedio de consultas diarias por consultorio de especialidad en Segundo o de Tercer Nivel de atención.					
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 Segundo o de Tercer Nivel de atención		Total de consultorios de especialidad en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de atención		
	Días hábiles en el periodo de medición				
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Sistema de Información de Atención Integral de la Salud (SIAIS) para UMF, y para segundo y tercer nivel de atención el Sistema de Información Médico Operativo Central (SIMOC) – Motivos de Demanda de Consulta Externa (SUI 27) integrado por la División de Información en Salud. /Total de consultorios: Inventario Físico de Unidades (IFU). Con base en las variables señaladas en la tabla 10.1 “Variables de Consultorios de especialidades (IFU)”. Denominador: Días hábiles del período en medición, basado en el registro del día típico en la página oficial de Infosalud: http://intranet/datos/Paginas/infosalud.aspx				
Valor de la meta	OOAD y UMAE: >= 24.0	Unidad de medida	Promedio	Ponderación	OOAD: 3 UMAE: ver tabla CUMAE 3
Periodicidad	Mensual y anual		Indicador contabilizado por		Atención
Rangos de desempeño	Unidad	Desempeño esperado	Desempeño medio		Desempeño bajo
	OOAD UMAE	>= 24.0	>= 15.9 a < 24.0		< 15.9
Dimensión	Eficacia		Tipo de indicador		Gestión
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que definen y le dan seguimiento, en las unidades bajo su responsabilidad, la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel y 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, OOAD y UMAE. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud				
Interpretación y Observaciones	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. - Ordenamiento de la cartera de servicios. - Registro correcto y oportuno de la productividad en la consulta a partir del formato 4-30-6/17. - Gestión de insumos, recursos humanos y/o infraestructura. - Supervisión del llenado correcto de fuentes primarias. Para el cálculo del indicador: - Se excluirán las unidades médicas que no cuenten con la infraestructura, servicio o personal cuando la Coordinación Normativa lo solicite a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.				

HOSP 04 - Promedio de consultas diarias por consultorio de especialidad en Segundo o de Tercer Nivel de atención.

Interpretación y Observaciones

Para el cálculo del numerador:

- Se incluyen las consultas de medicina física y de rehabilitación otorgadas en unidades de medicina familiar con servicio de medicina física y de rehabilitación en el cálculo por Unidad de Primero y Segundo Nivel, así como en el total por OOAD.
- Las especialidades, con su clave a dos dígitos, que se incluyen, son:

10	Alergia e inmunología	20	Gastroenterología	28	Neurología	41	Urología
11	Angiología	21	Ginecología	30	Oftalmología	42	Audiología y Otoneurología
12	Cirugía máxilo facial	22	Hematología	31	Otorrinolaringología	43	Neurocirugía
14	Cardiología	23	Infectología	32	Pediatría Médica	44	Cirugía Pediátrica
15	Cirugía Cardiovascular y Torácica	24	Obstetricia	34	Proctología	45	Oncología Médica
16	Cirugía General	25	Medicina Interna	35	Psiquiatría	46	Cirugía Plástica y Reconstructiva
18	Dermatología	26	Nefrología	36	Reumatología	51	Oncología Quirúrgica
19	Endocrinología	27	Neumología	38	Traumatología y Ortopedia	65	Genética
				39	Geriatría	68	Medicina Física y Rehabilitación

Para el cálculo de consultorios, se considera el Inventario Físico de Unidades (IFU) publicados por la División de Información en Salud en el Portal: <http://infosalud.imss.gob.mx/>, y las variables son:

Variables de consultorios de especialidades (IFU)			
71400	Consultorio de Alergia e Inmunología	73501	Consultorio 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	74002	Consultorio de Coloproctología
71800	Consultorio de Cirugía Cardiovascular y Torácica	74100	Total de Consultorios de Psiquiatría
71900	Consultorio de Cirugía General	74200	Consultorio de Reumatología
72000	Consultorio de Dermatología	74300	Total de Consultorios de Traumatología y Ortopedia
72100	Consultorio de Endocrinología	74500	Consultorio de Geriatría
72200	Consultorio de Gastroenterología	74600	Consultorio de Urología
72500	Total de Consultorios de Ginecología y Obstetricia	74700	Consultorio de Audiología y Otoneurología
72800	Consultorio de Hematología	74800	Consultorio de Neurocirugía
72900	Consultorio de Infectología	74900	Total de Consultorios de Cirugía Pediátrica (incluye genética)
73000	Consultorio de Medicina Interna	75000	Consultorio de Oncología Médica
73100	Consultorio de Nefrología	75100	Consultorio de Cirugía Plástica y Reconstructiva
73200	Consultorio de Neumología	75300	Total de Consultorios de Oncología Quirúrgica
73300	Consultorio de Neurología	75500	Consultorio de Genética
		75601	Consultorio de Medicina Física y Rehabilitación



HOSP 04 - Promedio de consultas diarias por consultorio de especialidad en Segundo o de Tercer Nivel de atención.

Interpretación y Observaciones	Para el cálculo del denominador: - El dato anual debe considerar el total de días hábiles del año a evaluar y para el dato mensual se deberán utilizar los días hábiles del Registro del Día Típico de la página de la División de Información en Salud: http://intranet/datos/Paginas/infosualud.aspx Para el cálculo en Unidades de Segundo Nivel, se excluyen: - Las consultas de Medicina del trabajo y las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA). Para la publicación de los resultados: - Se desagregarán por nivel de atención (Unidades de Segundo Nivel y Unidades Médicas de Alta Especialidad)
--------------------------------	--

HOSP 05 - Porcentaje de ocupación hospitalaria en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de atención.					
Objetivo del indicador	Determinar el aprovechamiento de la capacidad instalada, así como la suficiencia y disponibilidad de los recursos para una demanda determinada a través de la medición del uso de camas censables, para establecer acciones oportunas que mejoren la eficiencia del servicio de hospitalización.				
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Total de días paciente en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de atención}}{\text{Total de días cama en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de atención}} \times 100$				
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Sistema de Información Médico Operativo Central (SIMOC), así como otros sistemas de información que se desarrollen para la obtención de datos más específicos, ejemplo PHEDS. Denominador: Camas censables del Inventario Físico de Unidades (IFU).				
Valor de la meta	OOAD: ≥ 80.0 a ≤ 90.0 CUMAE: ver tabla CUMAE 3		Ponderación		OOAD: 3 UMAЕ: ver tabla CUMAE 3
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado	Unidad de medida	Porcentaje	Indicador contabilizado por	Atención
Rangos de desempeño	Unidad	Desempeño esperado		Desempeño medio	Desempeño bajo
	OOAD	≥ 80.0 a ≤ 90.0		≥ 70.0 a < 80.0	< 70.0 o > 90.0
	UMAЕ	Varía según tipo de hospital (ver tabla CUMAE 2)			
Dimensión	Eficiencia		Tipo de indicador		Gestión
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que definen y le dan seguimiento, en las unidades bajo su responsabilidad, la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel y 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, OOAD y UMAЕ. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud.				
Interpretación y Observaciones	Una ocupación menor al desempeño esperado refleja una subutilización de la capacidad instalada, pudiendo ser, por 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. La ocupación por arriba del rango del desempeño esperado refleja una sobreocupación hospitalaria y puede deberse a factores como el incremento de los días estancia hospitalaria y el incremento en las complicaciones hospitalarias. Se enriquece su interpretación al considerar conjuntamente el promedio de días estancia. Por otro lado, la ocupación por arriba del rango del desempeño esperado obligará a ajustes en los acuerdos de gestión sobre la atención de las diferentes patologías. Con un desempeño bajo se deberá evaluar la implementación de nuevas acciones con enfoque en la supervisión directiva, la mejora en la gestión de camas, reordenamiento de camas censables disponibles de acuerdo con especialidades ofertadas, registro correcto y oportuno de camas censables en el IFU, registro oportuno de los egresos hospitalarios, reordenamiento de criterios de referencia y contrarreferencia, mejora o reordenamiento de cartera de servicios y/o capacidad instalada, oportunidad en la interconsulta y/o estudios de laboratorio y gabinete y otras acciones encaminadas a la mejora en el proceso de atención hospitalaria.				

HOSP 05 - Porcentaje de ocupación hospitalaria en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de atención.

Interpretación y Observaciones	Los valores de referencia aplican a ambas periodicidades (mensual y mensual acumulado). Para el cálculo del indicador: - Se excluirán las unidades médicas que no cuenten con la infraestructura, servicio o personal cuando la Coordinación Normativa lo solicite a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Para el cálculo del denominador: - Total de días cama= número total de camas censables por Unidad de Segundo o Tercer Nivel de atención (variable del IFU 50100), multiplicado por los días calendario del periodo. - Se utilizará catálogo IFU del mes a evaluar, publicado por la División de Información en Salud en el portal: http://infosalud.imss.gob.mx/. - En caso extraordinario, se modificarán las camas que la Coordinación Normativa responsable establezca y envíe a la CVE de forma oficial. - Los días calendario los establece anualmente la División de Información en Salud. Para el cálculo del indicador por UMAE se excluyen: - Las siguientes variables del IFU incluidas en la variable 50100: 53100 Cama de Microesferas 53634 Carro/cuna/bacinete en alojamiento conjunto 53900 Total de Camas de Quemados 53901 Cama en Unidad de Quemados Adultos 53902 Cama en Unidad de Quemados Pediátricos 54400 Total de Cama de Trasplantes 54401 Cama en Unidad de Trasplantes Adultos 54402 Cama en Unidad de Trasplantes Pediátrico 54403 Cama de Trasplante de células progenitoras hematopoyéticas adultos 54404 Cama de Trasplante de células progenitoras hematopoyéticas pediátrica Para el cálculo del indicador por OOAD se excluyen: - Las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA). Para la publicación de los resultados: - Se desagregarán por nivel de atención (Unidades de Segundo Nivel o Unidades Médicas de Alta Especialidad).
--------------------------------	---

HOSP 06 - Promedio de días estancia en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de atención.					
Objetivo del indicador	Medir el tiempo promedio que utiliza la unidad para manejar a los pacientes en los servicios de hospitalización de las Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de Atención.				
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de días paciente en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de atención.				
	Total de egresos hospitalarios Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de atención.				
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 el Sistema de Información Médico Operativo Central (SIMOC)				
Valor de la meta	CUSN <=4.1 CUMAE Ver tabla: CUMAE 4		Ponderación	OOAD: 4 puntos CUMAE: Ver tabla CUMAE 4	
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado	Unidad de medida	Promedio	Indicador contabilizado por	Atención
Rangos de desempeño	OOAD	Desempeño esperado	Desempeño medio		Desempeño bajo
		<= 4.1	> 4.1 a <= 4.5		> 4.5
	UMAЕ	Varía según tipo de hospital (ver tabla CUMAE 4)			
Dimensión	Eficiencia		Tipo de indicador		Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que definen y le dan seguimiento, en las unidades bajo su responsabilidad, la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel y 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, OOAD y UMAЕ. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud				
Interpretación y Observaciones	Mide el número de días que en promedio permanecen hospitalizados los pacientes, representa la eficiencia en la resolución 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 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: supervisión directiva, disponibilidad de recursos materiales y humanos, procedimiento correcto del egreso, 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 comorbilidad 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. Para el cálculo del indicador: - Se excluirán las unidades médicas que no cuenten con la infraestructura, servicio o personal cuando la Coordinación Normativa lo solicite a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. - Días-paciente: periodos de 24 horas, durante los cuales una cama hospitalaria se encuentra ocupada, sea por el mismo o diferentes pacientes.				

HOSP 06 - Promedio de días estancia en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de atención.	
Interpretación y Observaciones	- Tipo de unidad: Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE), Unidad Médica Complementaria, (UMC), Hospitales Generales Regionales (HGR), Hospital General de Zona (HGZ), Hospital General de Subzona (HGS), Hospital de Gineco - Obstetricia (HGO), Hospital de Gineco - Pediatría (HGP) y Hospitales Psiquiátricos (HPS). - División corresponde a Ginecología y Obstetricia, Pediatría Médica, Cirugía y Medicina. - Para el cálculo en Unidades de Segundo Nivel, se excluyen las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA). Para la publicación de los resultados: - Se desagregarán por nivel de atención (Unidades de Segundo Nivel y Unidades Médicas de Alta Especialidad). - Para las Unidades de Segundo Nivel, se entregarán resultados por OOAD (Evaluación del Desempeño) y por división médica (Tabla CUSN 1 para seguimiento de la CUSN).

Tabla CUSN 1 - Promedio de días estancia por división y tipo de hospital (tabla de uso interno de la CUSN)						
Tipo de Unidad	División de Medicina			División de Cirugía		
	Esperado	Medio	Bajo	Esperado	Medio	Bajo
HGS, HGSMF	≤ 4.2	> 4.2 a ≤ 4.9	> 4.9	≤ 4.0	> 4.0 a ≤ 4.9	> 4.9
HGZ, HGZMF, HGZ con UMAA	≤ 7.7	> 7.7 a ≤ 10.2	> 10.2	≤ 5.8	> 5.8 a ≤ 6.8	> 6.8
HGR, HGRMF	≤ 8.6	> 8.6 a ≤ 10.4	> 10.5	≤ 6.4	> 6.4 a ≤ 7.4	> 7.4
HGR 2 VILLA COAPA				≤ 8.5	> 8.5 a ≤ 10.4	> 10.4
HPSQMF 10, CCSM	≤ 12.5	> 12.5 a ≤ 14.6	> 14.6			
HGO, HGOMF, HGP, HGPMF						
Tipo de Unidad	División de Pediatría			División de Ginecobstetricia		
	Esperado	Medio	Bajo	Esperado	Medio	Bajo
HGS, HGSMF	≤ 3.2	> 3.2 a ≤ 4.3	> 4.3	≤ 2.2	> 2.2 a ≤ 2.6	> 2.6
HGZ, HGZMF, HGZ con UMAA	≤ 6.6	> 6.6 a ≤ 9.2	> 9.2	≤ 2.8	> 2.8 a ≤ 3.3	> 3.3
HGR, HGRMF, HGO, HGP, HGPMF, HGOMF	≤ 8.3	> 8.3 a ≤ 11.4	> 11.4	≤ 3.0	> 3.0 a ≤ 3.6	> 3.6
HGR 2 VILLA COAPA HPSQMF 10, CCSM						

HOSP 07 - Tasa de mortalidad hospitalaria en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de atención.						
Objetivo del indicador	Medir el comportamiento de la mortalidad de los pacientes hospitalizados, para poder establecer estrategias de mejora en la atención que incidan en la disminución del riesgo de muerte durante la hospitalización.					
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Total de egresos hospitalarios por defunción en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de atención en el periodo}}{\text{Total de egresos hospitalarios en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de atención en el periodo}} \times 100$					
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Sistema de Información Medico Operativo Central (SIMOC), así como otros sistemas de información que se desarrollen para la obtención de datos más específicos, ejemplo PHEDS.					
Valor de la meta	OOAD <= 5 UMAE: Ver tabla CUMAE 4		Ponderación		OOAD: 4 puntos UMAE: Ver tabla CUMAE 4	
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado		Unidad de medida	Tasa	Indicador contabilizado por	Atención
Rangos de Desempeño	Unidad	Desempeño esperado		Desempeño medio		Desempeño bajo
	OOAD	<= 5.0		> 5.0 a < 5.6		>= 5.6
	UMAE	Varía según tipo de hospital (ver tabla CUMAE 4)				
Dimensión	Eficacia		Tipo de indicador		Estratégico	
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que definen y le dan seguimiento, en las unidades bajo su responsabilidad, la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel y 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, OOAD y UMAE. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud					
Interpretación y Observaciones	Medir el número de defunciones que ocurren en hospitalización por cada 100 egresos, relaciona indirectamente la capacidad resolutoria 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: falta de supervisión directiva, atención médica inoportuna, falta de congruencia clínico - diagnóstico – terapéutica, desapego a Guías de Práctica Clínica, elevada cantidad de eventos centinela y adversos, comorbilidad de los pacientes, falta de oportunidad de interconsultas y/o estudios de laboratorio y gabinete y la falta de recursos humanos, insumos y/o infraestructura para la atención. Con un desempeño bajo se deberá evaluar la implementación de nuevas acciones para la suficiencia de recursos para la atención, mejora de estructura, cartera de servicios y/o capacidad instalada y reordenamiento en los procesos de atención con apego a guías de práctica clínica y evidencia científica. Para el cálculo del indicador: - Se excluirán las unidades médicas que no cuenten con la infraestructura, servicio o personal cuando la Coordinación Normativa lo solicite a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Para el cálculo por OOAD se excluyen: - Las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA).					



HOSP 07 - Tasa de mortalidad hospitalaria en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de atención.	
Interpretación y Observaciones	Para el cálculo por UMAE: Los rangos de desempeño para las UMAE se establecieron de acuerdo con: ○ Esperado: igual o menor al valor de referencia establecido para el hospital ○ Medio: no mayor al 10% del valor de referencia establecido para el hospital ○ Bajo: mayor al 10% del valor de referencia establecido para el hospital Para la publicación de los resultados: ▪ Se desagregará por nivel de atención (Unidades de Segundo Nivel y UMAE)

HOSP 08 - 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 de Segundo o de Tercer Nivel de atención.					
Objetivo del indicador	Determinar la oportunidad (<= 20 días) para la atención quirúrgica de las cirugías electivas no concertadas y realizadas en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de atención, para que en caso de que no exista oportunidad, poder establecer acciones de mejora.				
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Total de pacientes a quienes se les realiza una cirugía electiva no concertada, dentro de los 20 días hábiles o menos a partir de la solicitud del cirujano tratante de la Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de atención. X 100				
	Total de pacientes con solicitud otorgada por el médico tratante para cirugía electiva no concertada en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de atención.				
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y denominador: Indicador de Oportunidad Quirúrgica Central (INDOQC), así como otros sistemas de información que se desarrollen para la obtención de datos más específicos, ejemplo PHEDS.				
Valor de la meta	OOAD, UMAA y UMAE: >= 80.0	Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación	OOAD: 3 puntos UMAE: ver tabla CUMAE 5
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado		Indicador contabilizado por		Atención
Rangos de desempeño	Desempeño esperado		Desempeño medio		Desempeño bajo
	>= 80.0		> 72.0 a < 80.0		<= 72.0
Dimensión	Eficiencia		Tipo de indicador		Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que definen y le dan seguimiento, en las unidades bajo su responsabilidad, la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel y 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, OOAD y UMAE. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud				
Interpretación y Observaciones	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, dentro del plazo establecido como adecuado (20 días). 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 tales como: - Sistematizar la supervisión directiva con la finalidad de mejorar la calidad del registro en formatos fuente: Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica 4-30-59/17 e intervención quirúrgica efectuada en quirófano 4-3027/21. - Supervisar el uso adecuado del recurso sala de quirófano. - Reforzar el análisis en la programación colegiada para abatir las listas de espera.				

HOSP 08 - 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 de Segundo o de Tercer Nivel de atención.

Interpretación y Observaciones	▪ Analizar los espacios disponibles en la programación para asignar a especialidades con inoportunidad. ▪ Gestionar recursos humanos. ▪ Gestionar equipamiento e insumos necesarios para habilitar la totalidad de la infraestructura y abatir las listas de espera. Para el cálculo del indicador: ▪ Solo se consideran las salas Q y C ▪ Se excluirán las unidades médicas que no cuenten con la infraestructura, servicio o personal cuando la Coordinación Normativa lo solicite a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. ▪ Se contabilizan todas las solicitudes de cirugías electivas del mes a procesar, con base en la fecha de solicitud. ▪ Los “días hábiles transcurridos”, se obtienen de la diferencia de días hábiles entre la fecha de realización de la cirugía, menos la fecha de solicitud de esta. En el caso de que la cirugía sea reprogramada estos días se sumarán a los días transcurridos. ▪ Se contabilizan en el numerador y denominador las cirugías electivas no concertadas solicitadas en Unidades de Segundo y Tercer Nivel de atención. ▪ Solo se contará la fecha de la primera solicitud. Para el cálculo del indicador se excluyen: ▪ Las cirugías concertadas. ▪ De la suma de días transcurridos: los sábados, domingos y días festivos. Para el cálculo del indicador en Unidades de Segundo Nivel: ▪ Se excluyen las unidades de Ginecología y Obstetricia, Ginecología y Pediatría (HGO, HGOMF, HGP), Hospitales de Psiquiatría (HPsiqMF), Centros Comunitarios de Salud Mental (CCSM). Para el cálculo del indicador en Unidades Médicas de Alta Especialidad se excluyen: ▪ La Unidad de Infectología del CMN La Raza, las Unidades Médicas Complementarias de Psiquiatría, Medicina Física y Rehabilitación y Hospital de Infectología ▪ Indicador de reporte a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Para la publicación de los resultados: ▪ Se desagregarán por nivel de atención (Unidades de Segundo Nivel y Unidades Médicas de Alta Especialidad).
--------------------------------	---

HOSP 09 - Porcentaje de ocupación de las salas de quirófano en días hábiles, en horario diurno en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de Atención					
Objetivo del indicador	Conocer el tiempo de uso de salas de quirófano en día hábiles, en horario diurno y en caso de presentar subutilización de las salas, llevar a cabo acciones que mejoren la eficiencia de las salas de quirófano en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de atención.				
Precisión del método de cálculo (fórmula)	Tiempo total de ocupación de las salas de quirófano en días hábiles en horario diurno del periodo evaluado, en las Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de atención				
	$\frac{\text{Tiempo total disponible de las salas de quirófano en días hábiles en horario diurno del mes de proceso, en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de atención}}{\text{Tiempo total de ocupación de las salas de quirófano en días hábiles en horario diurno del periodo evaluado, en las Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de atención}} \times 100$				
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador: Informe de “productividad quirúrgica” (PRODQUIR) del SIMOC, a nivel nacional base SIMOIQX, integrada de las bases SIMOC, así como otros sistemas de información que se desarrollen. Ejemplo PHEDS. Denominador: Sala de quirófano registradas en el Inventario Físico de Unidades (IFU), variable 80364 - Sala de Quirófano. Formato: “Intervenciones quirúrgicas efectuadas en el quirófano”, formato 4-30-27/21 o formato vigente ya sea en versión manual o electrónico.				
Valor de la meta	OOAD y UMAE: >= 75.0	Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación	OOAD: 4 UMAE: Ver tabla CUMAE 6
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado		Indicador contabilizado por		Atención
Rangos de desempeño	Desempeño esperado		Desempeño medio		Desempeño bajo
	>= 75.0 a <= 100		>= 55.0 a < 75.0		< 55.0 o > 100
Dimensión	Eficiencia		Tipo de indicador		Estratégico
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que definen y le dan seguimiento, en las unidades bajo su responsabilidad, la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel y 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, OOAD y UMAE. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud				
Interpretación y Observaciones	Indicador que evalúa: “Uso eficiente del recurso sala de quirófano en días hábiles entre semana en horarios diurnos”. Apoya la planificación de los procesos asistenciales aplicables a los servicios quirúrgicos. El desempeño esperado, representa que el uso del recurso sala de quirófano es óptimo. Un valor por debajo del valor de referencia refleja una subocupación de las salas de quirófano. Lo anterior puede deberse a una programación quirúrgica de salas inadecuada, a la elevada cancelación o suspensión de cirugías, a la falta de recursos, insumos, equipamiento e infraestructura, poca disponibilidad de camas para la recuperación postquirúrgica de los pacientes o fallas en la captura de información. Sala de quirófano: variable registrada en el Inventario Físico de Unidades (IFU), haciendo referencia a la variable 80364 - Sala de Quirófano, que forma parte de la				

HOSP 09 - Porcentaje de ocupación de las salas de quirófano en días hábiles, en horario diurno en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de Atención

unidad quirúrgica, en donde se llevan a cabo los procedimientos quirúrgicos y constituye la zona blanca de la unidad quirúrgica, de acuerdo con lo señalado la NOM- 016-SSA3-2012 "Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica y especializada".

Salas o tipo de quirófanos que maneja el SIMOC:

Tipo de quirófano	Nomenclatura
Cirugía	Q o C
Expulsión	E
Tococirugía	T
Procedimientos	P
Mixta	M
Urgencias	U

Para el cálculo del indicador:

- Se excluirán las unidades médicas que no cuenten con la infraestructura, servicio o personal cuando la Coordinación Normativa lo solicite a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.

Para el cálculo del numerador:

- Turnos u horario diurno: abarca el tiempo desde las 08:00 horas a 20:00 horas.
- Hora de inicio del procedimiento quirúrgico (hr_inicio_ix): es la hora que se registra en SIMOIQx cuando se inicia el procedimiento quirúrgico.
- Hora de término del procedimiento quirúrgico (hr_termino_ix): es la hora que se registra en SIMOIQx cuando se concluye el procedimiento quirúrgico.
- Tiempo de ocupación de las salas de quirófano es: El número de horas que se obtiene de la diferencia entre la "Hora de término del procedimiento quirúrgico" y la "Hora de inicio del procedimiento quirúrgico", más 30 minutos de preparación del paciente (monitorización, procedimiento anestésico y posición) más 20 minutos de limpieza y equipamiento de la sala.
- El Tiempo de ocupación de las salas de quirófano será contabilizado únicamente de 08:00 horas a 20:00hrs, aun cuando una cirugía inicie antes de las 08:00 horas o termine después de las 20:00 horas, considerando las siguientes reglas para el cálculo:
- Si la cirugía comenzó antes de las 08:00 horas y termino antes de las 20:00 horas, se deberá calcular:
Número de horas = "Hora de término del procedimiento quirúrgico" menos 08:00 horas.
- Si la cirugía termino después de las 20:00 horas, pero comenzó después de las 08:00 horas, se deberá calcular:
Número de horas= 20:00 horas menos la "Hora de inicio del procedimiento quirúrgico"
- Si la cirugía comenzó antes de las 08:00 horas y termino después de las 20:00 horas:

Número de horas = 12:00 horas.

Se consideran total de 12 horas disponibles (seis en turno matutino y seis en turno vespertino).

Interpretación y
Observaciones

HOSP 09 - Porcentaje de ocupación de las salas de quirófano en días hábiles, en horario diurno en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de Atención
Interpretación y Observaciones

- Si la cirugía dura más de 1 día se deberá considerar solo el tiempo de uso del quirófano en horario diurno.
- Para el cálculo del denominador:
 - El número de salas de quirófano será el mismo número de sala de quirófano registradas en el Inventario Físico de Unidades (IFU), variable 80364 – Sala de Quirófano.
 - Se obtiene de la multiplicación del número de salas de quirófano x 12 horas (matutinas y vespertinas) x total de días hábiles del mes de proceso.
- Para el cálculo del indicador se incluyen:
 - Salas de quirófano tipo Q o C en SIMOC.
 - Unidades hospitalarias de Segundo Nivel de atención, Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA) y Unidades Médicas de Alta Especialidad.
 - Las intervenciones quirúrgicas tanto electivas como de Urgencia, realizadas en las salas de quirófano, variable 80364 del IFU.
- Para el cálculo del indicador se excluyen:
 - Salas de quirófano en SIMOC de tipo U, E, T, P y M.
 - Cirugías cuando la fecha de entrada y salida al quirófano sea la misma y la diferencia entre hora de entrada y hora de salida sea negativa
 - Las variables IFU:
 - 80362 - Salas de operaciones en Urgencias (Quirófano)
 - 80402 - Sala Mixta Cirugía y Tococirugía (Quirófano)
 - 80407 - Quirófanos en Tococirugía
 - 80403 - Sala de Expulsión
 - 80408 - Sala de Procedimientos Quirúrgicos
 - Días festivos y fin de semana.
 - Las unidades que por siniestro o falta de estructura (ya sea física o en recurso humano) no tengan actividad quirúrgica.
- Para el cálculo en Unidades de Segundo Nivel se excluyen:
 - Las Unidades de servicios médicos de Segundo Nivel de Ginecología y Obstetricia, Ginecología y Pediatría (HGO, HGOMF, HGP y HGPMF), Hospitales Generales de Subzona (HGS y HGSMF), Hospitales de Psiquiatría (HPsiqMF), Centro Comunitario de Salud Mental (CCSM) y las UMAA 35 de Ciudad Juárez y la UMAA 76 de Nuevo Laredo.
- Para el cálculo en Unidades Médicas de Alta Especialidad se excluyen:
 - La Unidad de Infectología del CMN La Raza, las Unidades Médicas Complementarias de Psiquiatría, Medicina Física y Rehabilitación y el Hospital de Infectología.
- Para la publicación de los resultados:
 - Se desagregarán por nivel de atención (Unidades de Segundo Nivel y Unidades Médicas de Alta Especialidad).

HOSP 10 - Porcentaje de suspensión de cirugías electivas programadas en Unidades de Servicios Médicos de Segundo o de Tercer Nivel de atención.					
Objetivo del indicador	Evaluar las cirugías electivas programadas procedente de la consulta externa de especialidades que ingresa por admisión hospitalaria en las Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de Atención, si la suspensión de cirugías es mayor al valor de referencia esperado, se deberán analizar los motivos y realizar acciones para su mejora.				
Precisión del método de cálculo (fórmula)	$\frac{\text{Número de cirugías electivas programadas suspendidas en el mes evaluado en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de Atención}}{\text{Número de cirugías electivas programadas en el mes evaluado en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de Atención}} \times 100$				
Fuentes oficiales para el cálculo	Numerador y Denominador: Sistema para el Indicador de Oportunidad Quirúrgica INDOQ Central, así como otros sistemas de información que se desarrollen para la obtención de datos más específicos, ejemplo PHEDS.				
Valor de la meta	OOAD y UMAE: ≤ 5.0	Unidad de medida	Porcentaje	Ponderación	Tabla CUMAE 6
Periodicidad	Mensual y mensual acumulado		Indicador contabilizado por		Atención
Rangos de desempeño	Unidad	Desempeño esperado	Desempeño medio		Desempeño bajo
	OOAD UMAЕ	≤ 5.0	> 5.0 a < 12.0		≥ 12.0
Dimensión	Eficacia		Tipo de indicador		Gestión
Encargados de la definición y seguimiento	Indicador que definen y le dan seguimiento, en las unidades bajo su responsabilidad, la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel y 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, OOAD y UMAE. Indicador que calcula y publica la División de Análisis en Salud				
Interpretación y Observaciones	Un valor de referencia mayor a 5 puede deberse a las siguientes causas: 1. Médicas: descompensación de patologías agregadas, donde el riesgo sea mayor al beneficio de la cirugía. 2. No médicas: aplicación de criterios en la programación de cirugías, electivas, equipo quirúrgico incompleto, material y/o instrumental, equipamiento quirúrgico o no quirúrgico, medicamentos anestésicos, hemoderivados, servicios integrales, urgencias reales que ocupen la sala quirúrgica, programación errónea, camas ocupadas en el servicio de cirugía o en el hospital, requisiciones incompletas para realizar el evento quirúrgico. Los efectos ante la suspensión de cirugía ocasionan un aumento en el promedio de días estancia y el porcentaje de ocupación hospitalaria en Unidades Médicas de Alta Especialidad con repercusión en este indicador. Si el resultado es mayor al esperado se debe realizar un análisis detallado, con la finalidad de implementar acciones encaminadas a la mejora del proceso. Cirugía suspendida: acto quirúrgico programado no realizado, susceptible de reprogramación, por ejemplo: ausencia de algún integrante del equipo quirúrgico, falta de insumos, equipamiento, instrumental, materiales consumibles, servicios integrales, quirófanos no funcionales, exacerbación de patología agregada, negativa del paciente, preparación inadecuada, etc.				

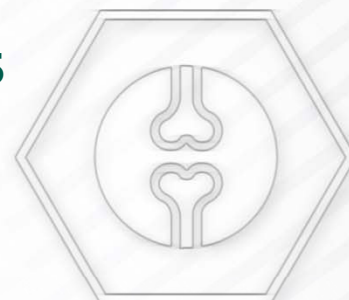
HOSP 10 - Porcentaje de suspensión de cirugías electivas programadas en Unidades de Servicios Médicos de Segundo o de Tercer Nivel de atención.

Interpretación y Observaciones	Cirugía cancelada: acto quirúrgico programado no realizado y que no es susceptible de reprogramación, por ejemplo: defunción, cambio en la indicación terapéutica o criterio quirúrgico y/o paciente ya intervenido. Para el cálculo del indicador - Se excluirán las unidades médicas que no cuenten con la infraestructura, servicio o personal cuando la Coordinación Normativa lo solicite a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Para el cálculo del indicador se incluyen: - Las cirugías electivas procedentes de la Consulta Externa de Especialidades que ingresan por admisión hospitalaria. - Para el numerador se consideran las cirugías reprogramadas. Para el cálculo del indicador se excluyen: - Las cirugías programadas en hospitalización. - Las cirugías urgentes y canceladas. Para la publicación de los resultados: - Se desagregarán por nivel de atención (Unidades de Segundo Nivel y Unidades Médicas de Alta Especialidad).
--------------------------------	---

VI.

GLOSARIO

Manual Metodológico de Indicadores Médicos, 2025



GLOSARIO DE TÉRMINOS	
Término	Descripción/Significado
API	Atención Preventiva Integrada.
ARIMAC	Área de Información Médica y Archivo Clínico
BI-RADS	Breast Imaging Reporting and Data System, método que utilizan los radiólogos para interpretar y comunicar de manera estandarizada los resultados de exámenes de mamografía, ecografía e imagen por resonancia magnética (IRM).
CACU	Cáncer Cérvico Uterino.
CAMA	Cáncer de Mama.
CAO	Coordinación de Atención Oncológica.
CDTOTC	Coordinación de Trasplantes Órganos, Tejidos y Células.
CE	Coordinación de Enfermería.
CES	Coordinación de Educación en Salud.
CIE-10	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión.
CIE-9-MC	Clasificación de Procedimientos en Medicina de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión, Modificación Clínica.
CIS	Coordinación de Investigación en Salud.
CNIC	Comité Nacional de Investigación Científica.
CSMA	Coordinación de Salud Mental y Adicciones.
CST	Coordinación de Salud en el Trabajo.
CTRMCySP	Coordinación Técnica de Riesgos Médicos Calidad y Seguridad del Paciente.
CUMAE	Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.
CUPN	Coordinación de Unidades de Primer Nivel.
CUSN	Coordinación de Unidades de Segundo Nivel.
CVC	Catéter Venoso Central.
CVE	Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.
DAS	División de Análisis en Salud.
DH	Derechohabiente asegurado, el pensionado y los beneficiarios de ambos que, en términos de Ley, tenga vigente su derecho.
Día – cama	Es el período comprendido entre las 24:00 p.m. y las 23:59:59 horas del día siguiente; donde una cama hospitalaria está disponible para la hospitalización de pacientes.
Día – paciente	Períodos de 24 horas, donde una cama hospitalaria se encuentra ocupada 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.
Dimensión del Indicador	Según el CONEVAL, se refiere al aspecto del logro del objetivo a cuantificar, Se consideran 4 dimensiones generales para los indicadores: Eficacia, Eficiencia, Calidad y Economía:
DIR	Dirección de Incorporación y Recaudación.

GLOSARIO DE TÉRMINOS	
Término	Descripción/Significado
DIS	División de Información en Salud.
DPM	Dirección de Prestaciones Médicas.
ECE	Expediente Clínico Electrónico.
EEMF	Enfermera especialista en medicina familiar.
EH	Enfermedades hipertensivas.
EIC	Enfermedad isquémica del corazón.
EMC	Enfermedades metabólicas congénitas.
EMI	Enfermera materno-infantil.
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.
Evaluación del Desempeño	Evaluación del Desempeño de los servicios médicos a nivel estratégico.
EVC	Enfermedad vascular cerebral.
GPC	Guías de Práctica Clínica 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.
HAS	Hipertensión arterial sistémica.
IFU	Inventario Físico de Unidades.
IAAS	Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud. La RHOVE las define como aquella condición localizada o generalizada resultante de la reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o su toxina que no estaba presente o en periodo de incubación en el momento del ingreso del paciente a la unidad de atención a la salud o antes de recibir atención sanitaria y que puede manifestarse incluso después de su egreso.
Indicador de salud	Según el Boletín Epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud, un indicador de salud es una medida-resumen que captura información relevante, sobre distintos atributos y dimensiones, del estado de salud y del desempeño del sistema de salud y que, vistos en conjunto, intentan reflejar la situación sanitaria de una población y sirven para vigilarla.
Indicadores de gestión	Miden productos, actividades y la movilización de insumos, son de corto plazo y programables. Miden objetivos que surgen de la administración cotidiana. Mide el avance y logro en procesos y actividades, es decir, mide la forma en que los bienes y/o servicios públicos son generados y entregados.
Indicador dicotómico	Indicador que en su ficha técnica solo cuentan con valor de referencia o meta y no se definen rangos de desempeño. Estos indicadores solo miden dos estados (cumple o no cumple), es decir si el logro se encuentra dentro del valor de referencia, la meta se cumple y si el logro se encuentra fuera del valor de referencia, la meta no se cumple.
Indicadores estratégicos	Miden el impacto, resultados y productos y están planteados con una visión de largo plazo y para solucionar problemas complejos. Son indicadores que impactan de manera directa en la población o área de enfoque. Contribuye a corregir o fortalecer las estrategias. Mide el grado de cumplimiento de los objetivos de las políticas públicas o programas presupuestarios.

GLOSARIO DE TÉRMINOS	
Término	Descripción/Significado
Indicadores Transversales	Indicadores de corresponsabilidad de los diferentes niveles de atención que monitorean servicios tales como las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS), que define la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección de Prestaciones Médicas e indicadores que miden el otorgamiento de días de Incapacidad Temporal para el Trabajo (ITT), que define la Coordinación de Salud en el Trabajo de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales.
INDOCE	Sistema Indicador de Oportunidad de la Consulta Externa.
INDOQC	Sistema Indicador de Oportunidad Quirúrgica Central.
ITT	Incapacidades Temporales para el Trabajo
LME	Lactancia Materna Exclusiva.
Logro	Resultado del indicador, calculado con base en la productividad registrada en las fuentes de información y los criterios de construcción de su ficha técnica.
MMIM	Manual Metodológico de Indicadores Médicos.
MoCE	Módulo de Consulta Externa del expediente clínico electrónico.
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.
OOAD	Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
PAMF	Población derechohabiente Adscrita a Médico Familiar.
Periodicidad de Evaluación de un indicador	Lapso establecido (al periodo de reporte) como pertinente para evaluar los logros. a) Mensual: La medición se realiza cada mes, considerando para su cálculo la información del mes de reporte. b) Mensual acumulado: La medición se lleva a cabo cada mes, considerando para su cálculo la información desde el inicio del año hasta el mes de reporte. c) Mensual anualizado: La medición se lleva a cabo cada mes, considerando para su cálculo la información de los últimos 12 meses al mes de reporte. d) Trimestral: La medición se lleva a cabo cada tres meses (generalmente enero, junio, septiembre, diciembre), considerando para su cálculo la información de los últimos 3 meses al mes de reporte. e) Trimestral acumulado: La medición se lleva a cabo cada tres meses (generalmente enero, junio, septiembre, diciembre), considerando para su cálculo la información desde el inicio del año hasta el mes de reporte. f) Trimestral anualizado: La medición se lleva a cabo cada tres meses (generalmente enero, junio, septiembre, diciembre), considerando para su cálculo la información de los últimos 12 meses al mes de reporte.

GLOSARIO DE TÉRMINOS	
Término	Descripción/Significado
Periodicidad de Evaluación de un indicador	g) Semestral: La medición se lleva a cabo cada seis meses (generalmente junio y diciembre), considerando para su cálculo la información de los últimos 6 meses al mes de reporte. h) Semestral acumulado: La medición se lleva a cabo cada seis meses (generalmente junio y diciembre), considerando para su cálculo la información desde el inicio del año hasta el mes de reporte. i) Semestral anualizado: La medición se lleva a cabo cada seis meses (generalmente junio y diciembre), considerando para su cálculo la información de los últimos 12 meses al mes de reporte. j) Anual: La medición se lleva a cabo cada doce meses (generalmente diciembre), considerando para su cálculo la información de los últimos 12 meses al mes de reporte.
PNPC	Programa Nacional de Posgrados de Calidad.
Ponderación	Peso o grado de importancia que se otorga a cada indicador, mismo que se encuentra definido en su ficha técnica.
Ponderación obtenida	Valor otorgado de la ponderación que se obtiene contrastando el logro de cada indicador con sus respectivos rangos de desempeño.
PrevenIMSS	Estrategia de prestación y evaluación de servicios de salud preventivos, implementados en el IMSS, a partir del 2002, que tiene como propósito generar la provisión sistemática y ordenada de acciones relacionadas con la promoción de la salud, la vigilancia de la nutrición, la prevención, detección y control de las enfermedades y la salud reproductiva, ordenándola en diferentes grupos.
Proceso Salud-Enfermedad	Modelo de secuencia de eventos o etapas que atiende a las enfermedades que afectan a grupos poblacionales de riesgo, donde se miden las acciones o intervenciones ejecutadas por los servicios de salud con el fin de prevenir, erradicar, impedir el avance de la enfermedad y el desarrollo de sus complicaciones.
Promedio	Cantidad igual o más próxima a la media aritmética.
Proporción	Relación de las partes con el todo o de una cosa con otra. Resultado de la división de dos cantidades, en la que el denominador incluye al numerador.
Rangos de desempeño del indicador	Intervalo de valores que determinan si el resultado de un indicador es aceptable. ▪ Esperado: Cuando el resultado alcanzó el valor deseado dentro de los rangos de desempeño establecidos. ▪ Medio: Cuando el resultado se encuentra en una escala intermedia entre el rango de desempeño esperado y el rango de desempeño bajo. ▪ Bajo: Cuando el resultado se encuentra por debajo de lo que se esperaba obtener.
Razón	Es una división en la que el numerador no está incluido en el denominador.
RIC	Registro Institucional de Cáncer.
S_Ob	Sobrepeso y Obesidad.
SEED	Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones.
SECIHTI	Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación
SIAIS	Sistema de Información de Atención Integral a la Salud.

GLOSARIO DE TÉRMINOS	
Término	Descripción/Significado
SIICES	Sistema Integral de Información de la Coordinación de Educación en Salud.
SIMF	Sistema de Información de Medicina Familiar.
SIMOC	Sistema de Información Médico Operativo Central.
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.
SUI-13	Sistema Único de Información Egresos Hospitalarios.
Tasa	Coeficiente que mide la frecuencia con que ocurre un evento, en una población determinada y en un tiempo específico. Se obtiene mediante la operación de un numerador entre un denominador, y el resultado multiplicado por una constante (100, 1,000 o 100,000 habitantes).
TNA	Tamiz Neonatal.
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos.
UMAA	Unidades Médicas de Atención Ambulatoria.
UMAE	Unidades Médicas de Alta Especialidad.
Unidad de atención	Datos obtenidos del hospital donde fue atendido el paciente, es decir una UMF, un hospital de segundo nivel con o sin UMF o una UMAE.
Unidad de adscripción	Datos obtenidos de UMF u hospitales con UMF donde está adscrito el derechohabiente.
Valor de Referencia (VR)	Valor deseable por obtener en el resultado de un indicador y del cual se parte para definir los rangos de desempeño de dicho indicador.