

PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-040-SSA2-2003, En materia de información en salud.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

PROYECTO DE NORMA OFICIAL MEXICANA PROY-NOM-040-SSA2-2003, EN MATERIA DE INFORMACION EN SALUD.

ROBERTO TAPIA CONYER, Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4o. de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3o. fracción X, 7o. fracciones V y X, 13 apartado A fracción I, 104, 105, 106, 107, 108, 109 y 140 de la Ley General de Salud; 38 fracción II, 40 fracción XI, 41 y 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 1o., 3o. fracción I, 7o. fracción VII, 38, 39, 40, 41, 42, 43 y 45 de la Ley de Información Estadística y Geográfica; 28 y 33 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, y 8 fracciones V y XVI, 10 fracciones VII y XVI, y 45 fracción VII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, he tenido a bien ordenar la publicación en el **Diario Oficial de la Federación**, del Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-040-SSA2-2003, En materia de Información en Salud.

El presente Proyecto de Norma Oficial Mexicana se publica a efecto de que los interesados, dentro de los siguientes 60 días naturales contados a partir de la fecha de su publicación, presenten sus comentarios por escrito ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, sito en Lieja número 7, 1er. piso, colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, código postal 06696, México, D.F., teléfono y fax 52-86-53-55, correo electrónico: pce@salud.gob.mx.

Durante el lapso mencionado y de conformidad con lo dispuesto en los artículos 45 y 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, la Manifestación de Impacto Regulatorio del presente Proyecto de Norma, estará a disposición del público, para su consulta, en el domicilio del Comité.

PREFACIO

En la elaboración de este Proyecto de Norma Oficial Mexicana participaron:

SECRETARIA DE SALUD

Subsecretaría de Innovación y Calidad
Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud
Subsecretaría de Relaciones Institucionales
Coordinación General de Planeación Estratégica
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud
Dirección General de Promoción de la Salud
Dirección General de Salud Reproductiva
Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica
Dirección General Adjunta de Epidemiología
Instituto Nacional de Salud Pública
Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal
Dirección General de los Servicios de Salud en el Estado de Hidalgo
Secretaría de Salud del Estado de Jalisco
Secretaría de Salud del Estado de Michoacán
Dirección General de los Servicios de Salud y Secretaría de Salud en el Estado de Nayarit
Secretaría de Salud Estado de Oaxaca
Secretaría de Salud y Dirección General de Servicios de Salud del Estado de Puebla
Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora
Secretaría de Salud y Dirección General de los Servicios de Salud del Estado de Tlaxcala
Dirección General de Servicios de Salud del Estado de Zacatecas

SECRETARIA DE GOBERNACION

Secretaría General del Consejo Nacional de Población

SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL

Subdirección Operativa de la Dirección General de Sanidad

SECRETARIA DE MARINA

Dirección General de Sanidad Naval

SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

Unidad de Contabilidad Gubernamental e Informes sobre la Gestión Pública

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dirección de Prestaciones Médicas
Dirección de Planeación y Finanzas
Coordinación de Salud Pública
Coordinación de Salud Reproductiva
Coordinación General del Programa IMSS-Oportunidades
División de Prevención y Control de Enfermedades

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

Subdirección General Médica
Subdirección General de Finanzas
Subdirección de Planeación Financiera y Evaluación Institucional

PETROLEOS MEXICANOS

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Dirección General

Subdirección de Informática

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA

Dirección General de Estadística

ORGANISMOS PRIVADOS

Centro Hospitalario Nuevo Sanatorio Durango
Grupo Angeles, Servicios de Salud
Hospital ABC
Asociación Mexicana de Hospitales, A.C.
Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C._

INDICE

- 0.** Introducción
- 1.** Objetivo y campo de aplicación
- 2.** Referencias
- 3.** Definiciones y abreviaturas
- 4.** Generalidades
- 5.** Flujos de información
- 6.** Aspectos específicos
- 7.** Subsistema de población y cobertura
- 8.** Subsistema de recursos humanos, físicos y financieros
- 9.** Subsistema de servicios otorgados
- 10.** Subsistema de daños a la salud
- 11.** Subsistema de evaluación del desempeño

12. Solicitud de información
13. Acceso, difusión y uso de la información en salud
14. Concordancia con normas internacionales y mexicanas
15. Bibliografía
16. Observancia de la Norma
17. Vigencia

0. Introducción

Tradicionalmente la generación de información en salud en nuestro país, ha venido incorporando información estadística de por lo menos 10 sistemas, con diferentes formatos de captura, glosarios de términos y periodos de levantamiento en distintos momentos que responden a objetivos e intereses de cada institución en particular. Existen vacíos de información en el sector privado, en recursos financieros, y en los rubros de recursos físicos y humanos la información es incompleta y deficiente.

La generación de información en salud en México debe responder a los cambios en los perfiles demográfico y epidemiológico del país, y a las transformaciones de las instituciones de atención a la salud que han incorporado nueva metodología, tecnología e indicadores para transitar de una multiplicidad de sistemas institucionales de información a un Sistema Nacional de Información en Salud.

La aplicación de esta NOM permitirá contar un sistema único, oportuno e integrador, que administre los datos, la información y los conocimientos que sirvan de apoyo para conformar un sistema de salud universal y equitativo; de alta calidad y anticipatorio; descentralizado y participativo que oriente el proceso de planeación, la gestión de programas y servicios y en general la toma de decisiones.

1. Objetivo y campo de aplicación

Objetivo

1.1 Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los criterios para obtener, integrar, organizar, procesar, analizar y difundir la información en salud, en lo referente a población y cobertura, recursos disponibles, servicios otorgados, daños a la salud y evaluación del desempeño del SNS.

Campo de aplicación

1.2 Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para establecimientos y personas físicas y morales del SNS de los sectores público, social y privado que proporcionen servicios de atención a la salud.

2. Referencias

Para la correcta aplicación de esta Norma, es necesario consultar las siguientes normas oficiales mexicanas:

2.1 NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

2.2 NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica.

2.3 NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico.

2.4 NOM-178-SSA1-1998, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

2.5 NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales generales y consultorios de atención médica especializada.

3. Definiciones y abreviaturas

Para efecto de esta Norma Oficial Mexicana se entiende por:

3.1 Afeción principal, a la situación diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente. Si hay más de una afeción así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. Si no se hizo ningún diagnóstico, debe seleccionarse el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante como afeción principal.

3.2 Afeción secundaria, a la afeción o afecciones que coexistieron o se desarrollaron durante el periodo de atención y afectaron el tratamiento del paciente, excluye aquellas que hayan afectado anteriormente al paciente y que no inciden en el episodio actual de atención.

3.3 Alta de corta estancia, a la acción que indica que una persona sale de un servicio donde su permanencia es menor a 24 horas y su atención no implicó el uso de cama censable, es decir estuvo en el servicio de corta estancia. Esta puede clasificarse en quirúrgica y no quirúrgica y no genera egreso hospitalario y por lo tanto tampoco día estancia.

3.4 Atención a la salud, servicio de atención a la salud, al conjunto de acciones coordinadas de promoción y de educación para la salud, protección específica, detección, limitación del daño, atención médica de enfermedades y rehabilitación, que se desarrollan por interacción de diferentes grupos profesionales y técnicos, con el fin de preservar la salud del individuo o recuperarla, en conjunto con la familia o la comunidad.

3.5 Banco de sangre, al servicio auxiliar constituido por el área o local con instalaciones, mobiliario y equipo y con personal especializado y de apoyo, destinado a la obtención,

procesamiento, conservación y distribución de sangre y sus derivados.

3.6 Cama censable, a la cama en servicio instalada en el área de hospitalización para el uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio, así como los recursos materiales y de personal para la atención médica del paciente. El servicio de admisión lo controla y asigna al paciente en el momento de ingreso al hospital para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento. Es la única que produce egresos hospitalarios sobre los cuales se genera información estadística de ocupación y días estancia.

3.7 Cama no censable, a la cama que se destina a la atención transitoria o provisional para: observación del paciente, iniciar un tratamiento o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos. También es denominada cama de tránsito y su característica fundamental es que no genera egresos hospitalarios. Aquí se incluyen las camas de urgencias, de terapia intensiva, de trabajo de parto, corta estancia, camillas, canastillas, cunas de recién nacido.

3.8 Cesárea, a la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el producto de la concepción vivo o muerto de 22 semanas cumplidas o más, así como los anexos ovulares a través de una incisión en la pared abdominal y en la uterina.

3.9 Cirugía, intervención quirúrgica, al procedimiento que consiste en extirpar, explorar, sustituir, trasplantar, reparar un defecto o lesión o efectuar una modificación en un tejido u órgano dañado o sano, con fines terapéuticos, diagnósticos, profilácticos o estéticos, mediante técnicas invasivas que implican generalmente el uso de anestesia y de instrumentos cortantes, mecánicos u otros medios físicos.

3.10 Cirugía de corta estancia, a la intervención quirúrgica programada que se realiza en el servicio de corta estancia de un hospital o unidad de atención médica, en el cual el paciente no requiere el uso de una cama censable y su permanencia es menor a 24 horas; no genera egresos hospitalarios; excluye las atenciones de urgencias y las operaciones o procedimientos practicados en consultorio u otra área de atención hospitalaria (generalmente bajo anestesia local), que no requieren de vigilancia hospitalaria durante la recuperación.

3.11 Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, al estándar internacional de uso obligatorio en todo el país, para la codificación y generación de estadísticas de morbilidad y mortalidad uniformes que permitan la comparabilidad nacional e internacional.

3.12 Clasificación de procedimientos, al estándar internacional de uso obligatorio en todo el país para la codificación y generación de estadísticas de procedimientos en medicina (quirúrgico y no quirúrgico, de diagnóstico y terapéutico), que permitan la comparabilidad nacional e internacional, independientemente de otras clasificaciones que usen las instituciones.

3.13 Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud, al estándar internacional que debe ser utilizado en todo el país para la codificación de estados de salud y de discapacidad.

3.14 Consulta externa, a la atención médica que se otorga a paciente ambulatoria, en un consultorio o en el domicilio del mismo, que consiste en realizar un interrogatorio y exploración física, para integrar un diagnóstico.

3.15 Consulta externa general, a la atención que otorga el médico general o familiar a los pacientes ambulatorios en la unidad médica o en el domicilio, que consiste en realizar un interrogatorio y exploración física, para integrar un diagnóstico.

3.16 Consulta externa de especialidad, a la atención que imparten los médicos especialistas a pacientes ambulatorios de las cuatro especialidades médicas básicas y demás especialidades, que consiste en realizar un interrogatorio y exploración física, para integrar un diagnóstico.

3.17 Consulta de primera vez, a la atención otorgada por personal de salud a una persona cuando acude a la primera consulta por una enfermedad o motivo determinado.

3.18 Consulta subsecuente, a la otorgada por personal de salud a una persona cuando asiste por la misma enfermedad o motivo por el que ya se le otorgó una consulta.

3.19 Defunción, muerte, a la extinción o término de la vida. Desaparición de todas las funciones vitales ocurridas después del nacimiento vivo.

3.20 Defunción fetal, a la muerte de un producto de la concepción hasta antes de la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. La muerte está definida por el hecho de que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

3.21 Defunción hospitalaria, a la defunción que ocurre en el interior de los servicios hospitalarios. Para fines estadísticos se clasifica en: defunción de paciente que tiene asignada una cama censable y defunción de paciente no hospitalizado.

3.22 Defunción materna, a la muerte que ocurre en una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de la gestación, independientemente de su duración y el lugar del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

3.23 Día estancia, al número de días transcurridos desde el ingreso del paciente al servicio de hospitalización hasta su egreso; se obtiene restando a la fecha de egreso la de ingreso. Cuando el paciente ingresa y egresa en la misma fecha y ocupe una cama censable se cuenta como un día estancia.

3.24 Egreso hospitalario, al evento que considera la salida del paciente del servicio de hospitalización e implica la desocupación de una cama censable; incluye altas por curación, mejora, traslado a otra unidad, defunción, alta voluntaria o fuga. Excluye movimientos intraservicios.

3.25 Indicador, a la cifra o dato que deriva de un estudio, y se acepta convencionalmente para medir o comparar los resultados obtenidos en la ejecución de un proyecto o un programa. Permite dimensionar u obtener valores de tipo cuantitativo o cualitativo.

3.26 Información en salud, a los datos, la información, el conocimiento y la evidencia, relacionados con su generación, acceso, difusión, y uso dentro del sector salud.

3.27 Procedimiento médico, al conjunto de actividades que realiza el médico o el personal de salud para la prevención específica y el diagnóstico o tratamiento quirúrgico o no quirúrgico de las enfermedades, lesiones u otros problemas relacionados con la salud.

3.28 Sistema de información en salud, al conjunto de elementos, recursos, y personas que interactúan bajo criterios y procedimientos definidos para realizar de manera sistemática las actividades relacionadas con la organización y la administración de la información.

3.29 Sistema Nacional de Salud, al conjunto constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local y las personas morales o físicas de los sectores social y privado que prestan servicios de salud, así como por los mecanismos establecidos para la coordinación de acciones. Tiene por objeto dar cumplimiento al derecho de la protección de la salud.

3.30 Reingreso, al paciente que ingresa nuevamente a la unidad médica por la misma afección o diagnóstico, en el año.

3.31 Servicio de corta estancia, al servicio hospitalario especial para dar atención médica o quirúrgica a pacientes durante el día. Comprende atenciones programadas que no ameritan el uso de camas censables y generalmente se otorgan en áreas destinadas para tal fin.

3.32 Servicio de hospitalización, al servicio que cuenta con camas censables para atender pacientes internos, proporcionar atención médica con el fin de realizar diagnósticos, aplicar tratamientos y cuidados continuos de enfermería.

Abreviaturas

AVISA: Años de Vida Saludable.

CEMECE: Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades.

CIE-10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión.

CIF: Clasificación Internacional de Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud.

CBDH: Conjunto Básico de Datos Hospitalarios.

CONAPO:	Consejo Nacional de Población.
DGIS:	Dirección General de Información en Salud.
IMSS:	Instituto Mexicano del Seguro Social.
INEGI:	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
ISES:	Instituciones de Seguros Especializados en Salud.
ISSSTE:	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
NOM:	Norma Oficial Mexicana.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
PEMEX:	Petróleos Mexicanos.
SDN:	Secretaría de la Defensa Nacional.
SHCP:	Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
SINAIS:	Sistema Nacional de Información en Salud.
SM:	Secretaría de Marina.
SNS:	Sistema Nacional de Salud.
SSA:	Secretaría de Salud.

4. Generalidades

4.1 La información generada por las instituciones del SNS debe cumplir con los atributos de disponibilidad, oportunidad, veracidad, comparabilidad, homogeneidad, confiabilidad, suficiencia y calidad, de conformidad con la presente Norma y los ordenamientos jurídicos aplicables.

4.2 La información de unidades médicas privadas se obtendrá mediante levantamientos anuales de acuerdo al formato que establezca la Secretaría de Salud.

5. Flujos de información

5.1 La Secretaría de Salud es el órgano normativo y rector del SINAIS, y funge como el recopilador

de toda la información generada por éste. La coordinación de dichas funciones se ejerce por conducto de la DGIS, de conformidad con las disposiciones aplicables y atribuciones conferidas en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, en coordinación con los diferentes sectores del Sistema Nacional de Salud.

5.2 De acuerdo con los niveles técnico-administrativos del SNS, la aplicación y operación del SINAIS para las instituciones de la Secretaría de Salud, así como para las personas físicas o morales de establecimientos privados, se ejerce a través de los siguientes niveles:

- a) Jurisdiccional
- b) Estatal
- c) Nacional

5.3 Para el caso de las instituciones públicas del sector salud, la aplicación y operación del Sistema Nacional de Información en Salud, se hará a través de los canales que cada una de las instituciones tiene establecido. El concentrado nacional debe ser entregado a la DGIS, en los tiempos y forma conforme a los criterios establecidos en esta Norma.

6. Aspectos específicos

6.1 El SNS debe: 1) contar con la infraestructura de información que apoye los procesos de toma de decisiones de los diferentes actores y usuarios del SNS, y 2) contar con indicadores que impulsen las acciones de equidad, calidad, y protección financiera en salud.

6.2 El SINAIS está integrado por los cinco subsistemas siguientes:

- a) Población y cobertura
- b) Recursos humanos, físicos y financieros
- c) Servicios otorgados
- d) Daños a la salud
- e) Evaluación del desempeño

Todo requerimiento de información debe corresponder invariablemente a alguno de dichos apartados.

6.3 La periodicidad de la información reportada debe ser anual, semestral, trimestral, y excepcionalmente mensual, según sea definido por la Secretaría de Salud conforme a requerimientos específicos.

6.4 La información solicitada con periodicidad anual, debe estar disponible en el mes de mayo, siguiente al cierre del año estadístico de referencia.

6.5 La información con corte trimestral o mensual debe estar disponible un mes después del periodo de referencia.

6.6 La información será solicitada con desagregación por entidad federativa, municipio, y cuando así se requiera por localidad y unidad médica, y en función de las necesidades que la Secretaría de Salud establezca a través de la DGIS.

6.7 La información debe ser entregada en forma magnética o electrónica, en base de datos o en el formato y programa de cómputo que haya sido determinado por la Secretaría de Salud a través de la unidad administrativa que tenga a su cargo este sistema de información.

6.8 Toda información sujeta a proceso de captura en base de datos que requiera de la codificación geográfica, deberá estar sustentada en el Catálogo de Integración Territorial del INEGI, en su versión más reciente.

7. Subsistema de población y cobertura

7.1 En materia de población total, la información debe tener como fuente las proyecciones elaboradas por el Consejo Nacional de Población, desagregadas por grupos etarios, sexo, entidad federativa y municipio. En aquellos casos donde no existan datos proyectados o estructuras asociadas a diferentes variables, se proporcionarán los datos ajustados de población.

7.2 Para la construcción de los indicadores en los cuales el denominador sea la población, deben ser utilizadas las estimaciones de población al 30 de junio, elaboradas por CONAPO. La DGIS contribuirá a difundir a todas las instituciones del sector salud, la versión oficial vigente de las proyecciones de población.

7.3 La información sobre el módulo de cobertura se refiere a población potencial, derechohabiente, no derechohabiente y usuaria.

7.4 Se considera población derechohabiente, al número de personas con derecho a recibir prestaciones en especie y/o en dinero conforme a lo establecido por la ley que rige cada institución de seguridad social; este grupo incluye asegurados directos o cotizantes, pensionados y beneficiarios de ambos. Como población no derechohabiente, a la población sin derecho a prestaciones en especie y en dinero, por parte de las instituciones de seguridad social.

7.5 Una modalidad de derechohabiencia la constituye el seguro popular, definido como el esquema de aseguramiento público y voluntario que brinda protección financiera en materia de salud a las familias que por su condición laboral y socioeconómica no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social.

7.6 La población potencial, es el número de habitantes que una institución puede atender considerando la disponibilidad de recursos sean humanos o materiales existentes en las unidades médicas de una institución. Y la población usuaria al segmento de esta población potencial que

hace uso, al menos una vez al año, de los servicios institucionales de atención integral a la salud.

7.7 Para fines de presentación, la información sobre población debe ser referida de acuerdo a las instituciones prestadoras de servicios de salud, quedando en primer término las que por función atienden a población no derechohabiente (SSA, IMSS-Oportunidades); seguida por las que cuentan con población derechohabiente (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SDN, SM, estatales, bancarias, ISES) y finalmente otras que eventualmente cuenten con este tipo de población.

7.8 La desagregación de la información debe ser por sexo y edad; indicando la cobertura de personas de población indígena o en regiones indígenas, considerando como población indígena al conjunto de personas que se identifican con alguno de los criterios de: **i)** autopertenencia, **ii)** hablante de lengua indígena, o **iii)** residente de una localidad o municipio con 40% o más de población indígena. Y cuando sea el caso también debe incluirse a la población con discapacidad entendida como el número de personas con desventajas parciales o totales, temporales o permanentes, de la capacidad funcional, biológica, psicológica o social, para realizar sus actividades cotidianas.

8. Subsistema de recursos humanos, físicos y financieros

8.1 Las variables sobre recursos humanos se refieren al personal médico, de enfermería, odontología, paramédico, de investigación, técnico auxiliar y administrativo; su desagregación se debe reportar según sexo, tipo de especialización, certificación, recertificación, y recursos en formación, según sea el caso.

8.2 Como personal médico se considera a la persona autorizada legalmente, con título profesional y cédula, que desempeña labores relacionadas con la atención médica en beneficio de pacientes y de la comunidad, éste es general cuando su actividad principal está en el diagnóstico y tratamiento de la patología más frecuente. El médico especialista es aquel que cuenta con estudios de especialización y con título y cédula profesional de alguna especialidad en una rama de la medicina para la atención de la salud o de padecimientos referidos a un órgano, aparato o sistema.

8.3 La información del personal médico debe incluir la clasificación de: **a)** personal médico en contacto directo con el paciente que es el profesional en salud que realiza actividades de atención directa a la salud de pacientes, propias de su profesión o especialidad, no incluye a los que se desarrollan en áreas de apoyo técnico, docente y administrativo; **b)** al médico en formación que se encuentra cursando estudios formales de pregrado o posgrado; **c)** médico en otras labores, al personal médico que desempeña labores de apoyo técnico, de docencia y administrativo en las unidades médicas; **d)** al médico residente que se encuentra en proceso de formación para obtener el grado de especialista, y **e)** a los médicos pasantes que son todos aquellos egresados de la carrera de medicina con el 100% de los créditos académicos, pero que aún no cuentan con título y cédula profesional. Como personal administrativo, se considera a todos aquellos profesionales, técnicos y auxiliares del área que apoyan con funciones administrativas en la unidad médica.

8.4 Para la información de personal médico odontológico se debe considerar a todo profesional con título de cirujano dentista o licenciatura en estomatología, legalmente autorizado para la prevención, el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que presentan enfermedades estomatológicas. Incluye a los especialistas en endodoncia, parodoncia y otras especialidades odontológicas.

8.5 La información del personal de enfermería deberá desagregarse por **i)** enfermera auxiliar entendida como la persona capacitada en cursos reconocidos por una institución pública o privada para ejecutar bajo supervisión de una enfermera general, actividades relacionadas con la atención de enfermos; **ii)** enfermera especializada, a la persona que después de haber obtenido el título de enfermera general realiza estudios específicos en una rama de la enfermería o áreas afines y obtiene el diploma correspondiente de una institución oficialmente reconocida, **iii)** enfermera general, a la persona capacitada a nivel profesional o técnico y autorizada, mediante un título otorgado por una institución educativa reconocida oficialmente, para asumir la responsabilidad de los servicios de enfermería necesarios para la prevención de enfermedades y asistencia a enfermos.

8.6 La información sobre recursos físicos se refiere a los establecimientos de atención a la salud existentes y en operación durante el periodo de referencia. Considera el total de unidades médicas, así como su clasificación; por un lado en unidades de consulta externa, y por otro en unidades hospitalarias generales y de especialidad. Se deben separar las unidades que tienen construcción expresa de los llamados centros auxiliares, debiendo reportar en ese mismo rubro las unidades móviles.

8.7 Las variables sobre recursos físicos deben estar referidas a camas censables y no censables, incubadoras, consultorios generales y de especialidad, laboratorios de análisis clínicos y de anatomía patológica, laboratorios de investigación y desarrollo, gabinetes y equipos de imagenología, quirófanos, corta estancia, salas de expulsión, bancos de sangre, áreas de urgencia, servicios de rehabilitación, biblioteca, aulas, auditorios e infraestructura informática y de telecomunicaciones.

8.8 La información de consultorios se refiere al área física o cubículo de un establecimiento público, social o privado, independiente o ligado a una clínica, sanatorio o establecimiento hospitalario, que cuenta con las instalaciones y el equipo necesario para que personal médico y/o paramédico brinden el servicio de atención a la salud a pacientes ambulatorios; dividiéndose en general cuando sea utilizado para brindar atención para todo tipo de afecciones o padecimientos y el de especialidad cuando esté destinado para la atención ambulatoria de una especialidad.

8.9 La integración de la información de cada unidad médica debe permitir la elaboración de un directorio nacional. El directorio nacional de unidades médicas debe contener los siguientes campos: nombre y tipo de la unidad, institución, certificación, entidad federativa, municipio, localidad, domicilio, código postal, teléfono, fax y correo electrónico, cuando proceda. Las referencias geográficas deben estar supeditadas a las señaladas en el catálogo de integración territorial del INEGI.

8.10 La información sobre recursos financieros, debe contener las variables de gasto en salud entendido como el flujo de recursos económicos destinados a la generación de las actividades de atención a la salud; el gasto privado en salud, que consiste en: **i)** los desembolsos de aseguradoras y de terceros, distintos de la seguridad social, **ii)** los servicios de salud que según lo estipulado deben ofrecer los empleadores y otros servicios de salud proporcionados por las empresas, **iii)** la atención sanitaria financiada por instituciones no lucrativas y organizaciones no gubernamentales, **iv)** las inversiones privadas en servicios médicos y, **v)** los pagos directos realizados por los hogares.

8.11 Este gasto en salud puede dividirse en gasto público, considerado como la suma de los

desembolsos en salud por parte del gobierno federal o estatal, tales como el gasto sanitario financiado mediante impuestos, transferencias a través de los ramos de la administración federal, contribuciones a las instituciones de seguridad social, así como el gasto en salud de las mismas. Incluye los sueldos y salarios del personal de hospitales y dispensarios, los costos de la administración del sistema de salud, las inversiones en servicios médicos, el financiamiento de la mayoría de los planes extra presupuestarios y, las subvenciones destinadas a sufragar parte de los costos de funcionamiento de los servicios médicos y/o a cubrir los déficits de esos servicios.

8.12 La información del gasto en salud de la seguridad social es el que se refiere a las cotizaciones abonadas por los empleados y empleadores en sistemas obligatorios de atención médica y productos médicos, que se emplean para el financiamiento de la salud a diferencia de otros gastos inherentes a la seguridad social y, en los casos en que esos conceptos no puedan diferenciarse como desembolsos financiados mediante impuestos, las contribuciones del Estado que complementen estos últimos.

8.13 El gasto en salud se clasificará en gasto autorizado, cuando se refiera al presupuesto aprobado por la SHCP para que se ejerza de acuerdo a las necesidades institucionales en un periodo de tiempo determinado y en el caso de las entidades federativas por las instancias de finanzas correspondientes; gasto en administración a los gastos que tienen como función principal el sostenimiento de las actividades destinadas a mantener la dirección y administración de la institución y que sólo de modo indirecto están relacionados con las operaciones de ofrecer o proporcionar bienes y/o servicios; gasto ejercido, al presupuesto autorizado que se gasta con cargo al ejercicio de que se trate, independientemente de que el pago se realice en el mismo año presupuestal, o en el próximo.

8.14 Los Servicios Estatales de Salud deberán reportar el gasto en salud conforme a la metodología utilizada por la Secretaría de Salud a través del Sistema Nacional de Información en Salud. Esta metodología es consistente con los sistemas internacionales de clasificación de gasto en salud, y garantiza la homologación conceptual y contable de las aportaciones al gasto en salud de las entidades federativas y de las instituciones públicas y privadas del sector salud.

9. Subsistema de servicios otorgados

9.1 La cobertura conceptual del subsistema incluye variables de orden general sobre consulta externa, hospitalización, urgencias y servicios de corta estancia; así como las actividades relevantes vinculadas a los programas prioritarios.

9.2 Se debe realizar un registro por cada servicio prestado; es decir, sólo se considera una atención otorgada por cada interacción del paciente o la comunidad, con personal de salud.

9.3 El registro de información sobre servicios otorgados debe abarcar los aspectos de identificación del paciente: edad, sexo, pertenencia a población indígena y tipo de discapacidad (cuando proceda); número de expediente. El estado de salud del paciente y/o la afección principal, y las características de la atención otorgada.

9.4 Las variables a registrar para consulta externa, además de las mencionadas en el punto anterior, son clasificación en primera vez y subsecuente, siguiendo el criterio epidemiológico, que se basa en el diagnóstico o motivo de atención, procedimientos y apoyos otorgados durante la

consulta, tipo de persona que la otorgó y atenciones colaterales prestadas durante la misma. Cuando la atención se otorgue a menores de 5 años es necesario especificar si la atención fue por enfermedades diarreicas agudas o infecciones respiratorias agudas y el tipo de tratamiento otorgado, así como el estado nutricional y la aplicación de vacunas del esquema básico.

9.5 Las variables para el registro sobre la atención de urgencias, además de lo señalado en el punto 9.3, deben incluir urgencia calificada y no calificada, fecha y hora de inicio y término de la atención, procedimientos practicados y destino del paciente después de la atención, para atenciones a consecuencia de una lesión: tipo de urgencia, mecanismo de producción, sitio donde ocurrió la lesión (ubicación geográfica), institución que brindó el primer apoyo y parte anatómica.

9.6 Para egresos hospitalarios y servicio de corta estancia, el conjunto básico de datos hospitalarios (CBDH) son: identificación de la unidad, Clave Unica de Registro de Población, edad, sexo, entidad de residencia habitual, municipio de residencia habitual, condición de derechohabiencia, fecha de ingreso, fecha de egreso, días estancia, reingreso por la misma afección en el año, servicio de atención, unidad de procedencia externa, tipo de atención hospitalaria (normal y corta estancia), motivo de egreso, diagnóstico principal, diagnósticos secundarios (todos los que procedan), procedimientos quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos no quirúrgicos (principal y secundarios), causas de defunción. En caso de atención obstétrica: parto normal o complicado, cesárea o aborto; edad gestacional, peso en gramos, condición al nacer y condición al egreso del o los productos.

9.7 Para la codificación e integración de la estadística de procedimientos médicos practicados al paciente se debe utilizar la Clasificación de Procedimientos vigente. La codificación debe efectuarse con el detalle de cuatro caracteres. Las instituciones deben reportar su información a la SSA, a través de la DGIS siguiendo los procedimientos de esta clasificación. Ello no impide que puedan usar, además otras clasificaciones para sus propios fines.

10. Subsistema de daños a la salud

10.1 Las estadísticas de mortalidad general y fetal que elaboren las instituciones de salud deben tener un carácter preliminar; y deben ser utilizadas para fines epidemiológicos y estadísticos de las mismas.

10.2 Las fuentes primarias para la generación de las estadísticas de mortalidad general y fetal son: el Certificado de Defunción y el Certificado de Muerte Fetal. Estos documentos deben ser expedidos por única vez, en forma gratuita y obligatoria, en toda defunción.

10.3 El diseño, impresión, distribución y control de los certificados de defunción corresponde a la SSA, quien debe supervisar que no exista impedimento para su obtención por parte de los certificantes en las unidades médicas y personas autorizadas por la SSA. La SSA, de común acuerdo con las instancias interinstitucionales debe determinar las modificaciones y actualizaciones periódicas a los formatos, de acuerdo con las necesidades del Sistema Nacional de Salud.

10.4 Cada entidad federativa y el Distrito Federal deben establecer los mecanismos de distribución y control que permitan el acceso fácil y oportuno a los certificados de defunción hacia los médicos y familiares de los deudos, en cualquier localidad del país.

10.5 Las diferentes instituciones solicitarán cuando así lo requieran, una copia fotostática de los certificados de defunción para su análisis epidemiológico y estadístico.

10.6 Las instituciones que conforman los grupos interinstitucionales de información de los estados, deben orientar a la población en general y a los médicos certificantes, acerca de las unidades en dónde obtener los formatos para extender los certificados de defunción. Igualmente deben informar sobre la necesidad e importancia de entregar el certificado de defunción y sus copias en la Oficina del Registro Civil más cercana, para obtener el acta de defunción y el permiso de inhumación correspondientes.

10.7 La SSA, previo estudio epidemiológico, debe rectificar o ratificar ante la instancia competente, las causas de muerte anotadas en el certificado de defunción, cuando éstas sean consideradas de notificación obligatoria por la NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica. De igual modo, debe llevar a cabo la investigación de los certificados que contengan omisiones, incongruencias y problemas en el registro de las demás causas de defunción y otras variables del certificado a fin de corregir la codificación y la captura (no el certificado) debiendo quedar constancia anexa al documento, de la aclaración hecha por los certificantes. Una vez hecha la corrección, debe enviar la notificación al INEGI en la semana siguiente de concluida la investigación.

10.8 La estadística de mortalidad debe comprender las causas de defunción de la población de acuerdo a la CIE-10, integradas ya sea bajo un enfoque de causa básica o causa múltiple. La integración de la estadística por causa única (causa básica) es obligatoria, mientras que la generada en el enfoque de causa múltiple es opcional. La estadística de mortalidad debe incluir información adicional acerca del fallecido y sus variables sociodemográficas, incluidos los que se relacionan con los servicios de salud y la atención brindada.

10.9 Como causa básica de defunción se considera a toda enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal y las causas de defunción (causas múltiples) a todas aquellas enfermedades, estados morbosos o lesiones que causaron la muerte o que contribuyeron a ella, y a las circunstancias del accidente o de la violencia que produjeron dichas lesiones.

10.10 La obtención de la estadística de mortalidad en unidades hospitalarias, debe diferenciarse entre las ocurridas en camas censables y las ocurridas en camas no censables. Para fines de evaluación se tomará en cuenta lo siguiente: **a)** la mortalidad bruta aquella que ocurre en todo el hospital sin considerar el tiempo de estancia, **b)** mortalidad ajustada a la ocurrida después de 48 horas de ingreso al hospital y **c)** egreso hospitalario por defunción al que ocurre en una cama censable. Las fuentes primarias para la mortalidad hospitalaria son tanto el formato de registro de egreso hospitalario como la copia del certificado de defunción. En caso de discrepancia, se debe dar prioridad a lo señalado en el certificado de defunción.

10.11 La persona a cargo del tratamiento del paciente debe seleccionar la afección principal y todas las otras afecciones atendidas en cada episodio de atención. Los formatos de registro (resumen de egreso hospitalario, informes de consulta) deben disponer de un espacio para anotar la afección principal, separado de las otras afecciones, comorbilidades o complicaciones que se

presenten durante el episodio de atención y que también deberán ser anotadas en el formato.

10.12 La medición de la morbilidad debe integrar las enfermedades, lesiones, u otros motivos de atención a personas sanas o enfermas que se presentan en la población y que constituyen las principales causas de demanda de los servicios. Dicha estadística debe acompañarse de datos del paciente, sus datos sociodemográficos, los servicios de salud, y la atención brindada. Las instituciones deben prever que los sistemas que procesan egresos hospitalarios capten tanto la afección principal como las otras afecciones de manera que puedan integrarse estadísticas por afección principal (causa única) y por afecciones múltiples. La atención brindada se refiere a los procedimientos médicos practicados (quirúrgicos y no quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos), que son obligatorios en la atención hospitalaria normal y de corta estancia y opcionales para la atención de consulta externa.

10.13 La información sobre motivos de consulta se debe generar a través de la codificación exhaustiva de todas las consultas; o bien, mediante la aplicación de la metodología de selección de muestras. La fuente en todos los casos debe ser el formato de registro de consulta externa. Entendiendo como motivo de consulta a la causa por la que los pacientes acuden a los servicios ambulatorios en los tres niveles de atención en el año de referencia.

10.14 La información sobre casos nuevos de notificación obligatoria se debe hacer según los lineamientos establecidos en la NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica.

10.15 Para la generación de las estadísticas de morbilidad y mortalidad se deben cumplir los procedimientos normados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en materia de codificación y selección de causa básica de defunción y de la afección principal, la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, en su décima revisión. Del mismo modo se deben cumplir los lineamientos marcados en la Clasificación de Procedimientos en Medicina que la Secretaría de Salud recomiende para su uso en todo el país.

10.16 La codificación y procesamiento de las causas de morbilidad y mortalidad debe efectuarse con la lista tabular de inclusiones y subcategorías de cuatro caracteres, a fin de que las bases sean conformadas con el mayor detalle posible y puedan obtenerse las agregaciones necesarias.

10.17 Para la generación de estadísticas sobre el nivel de salud y discapacidad se deben cumplir los procedimientos marcados por la OMS en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

10.18 Las instituciones del sector público, social y privado deben promover, garantizar y reforzar entre los médicos de las instituciones del SNS, el llenado correcto de cada variable del Certificado de Defunción y del Certificado de Muerte Fetal; y el registro preciso y ordenado de las causas. Igualmente, se debe informar sobre la importancia que ello tiene en el estudio epidemiológico y la estadística; así como las implicaciones legales correspondientes. Del mismo modo, se deben difundir los lineamientos para registrar la morbilidad, según sean señalados por la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE).

11. Subsistema de evaluación del desempeño

11.1 Los indicadores a utilizar para la evaluación del desempeño serán los autorizados por el Consejo Nacional de Salud como indicadores de resultado. Estos indicadores deben permitir dar seguimiento a los objetivos intermedios del SNS y de los sistemas de salud de las entidades federativas.

11.2 Los indicadores de resultado tienen como propósito dar seguimiento, a nivel estatal, a los objetivos intermedios de los sistemas de salud; básicamente los relacionados con accesibilidad, aceptabilidad, anticipación, calidad, efectividad, eficiencia, equidad y sensibilidad de género.

11.3 La DGIS reunirá, procesará y difundirá los indicadores con los cuales las dependencias del SNS y la administración pública deben evaluar el desempeño del sector salud en su conjunto y de sus dependencias.

11.4 Se entiende como desempeño, a la medida relativa de eficiencia que compara el nivel de logro alcanzado en relación con los recursos empleados. En el contexto del desempeño de un sistema de salud, se pueden ubicar los atributos de accesibilidad, calidad, eficiencia y protección financiera.

11.5 La información sobre evaluación del desempeño, se refiere a la medida en que se están cumpliendo los objetivos últimos de los sistemas nacional y estatales de salud; básicamente los relacionados con el mejoramiento de la salud de la población; el ofrecimiento de un trato digno a los usuarios de los servicios; y el garantizar protección financiera en materia de salud.

11.6 La DGIS debe capacitar en el uso de los indicadores de resultado o de objetivos intermedios.

11.7 Con el fin de asegurar la protección financiera, el sistema de evaluación debe contener variables sobre los esquemas de financiamiento de los servicios de salud que protejan a la población contra gastos desproporcionados por motivos de salud.

11.8 Para la evaluación de la carga de la enfermedad se debe utilizar el indicador de años de vida saludable que permite evaluar con mayor precisión las pérdidas de salud desde una perspectiva social, incorporando las pérdidas de vida por muerte prematura y/o discapacidad.

12. Solicitud de información

12.1 La información generada por el SNS debe observar los principios de confidencialidad y reserva que señala la Ley de Información Estadística y Geográfica.

12.2 Se consideran fuentes de información los datos de salud emanados de las instituciones de carácter público, social y privado, que prestan servicios de atención a la salud.

12.3 La información en salud se maneja a través de los formatos de reporte establecidos por la DGIS, en coordinación con los grupos interinstitucionales de información federal y estatal, según sea el caso. Dichos reportes se deben remitir oportunamente, de acuerdo a la periodicidad y flujos establecidos.

12.4 Cada unidad médica debe requisitar los formularios y previa validación, los debe remitir al área de organización y administración de información en salud de su institución, la que a su vez, debe validar y capturar la información que debe ser enviada a la DGIS, de preferencia en formato electrónico o magnético.

12.5 La información de las unidades médicas privadas se debe coleccionar en los formatos que establece la SSA a través de la DGIS y que estarán debidamente registrados ante la autoridad competente.

12.6 La DGIS debe solicitar, recopilar, procesar, emitir y difundir los resultados derivados de la Encuesta Nacional sobre Unidades Médicas Privadas con Servicio de Hospitalización; auxiliándose para ello, de la estructura de los servicios de salud de las entidades federativas.

12.7 La DGIS, debe solicitar a las instituciones de asistencia social la información relativa a su ámbito de competencia para ser integrada a los diferentes mecanismos de difusión del SINAIS.

13. Acceso, difusión y uso de la información en salud

13.1 La información generada por el SINAIS, debe ser administrada y difundida oportunamente por la DGIS a través de diferentes medios: impresos, magnéticos y electrónicos, para fortalecer el acceso regular de todos los ciudadanos a la información pública.

13.2 La información objeto de esta Norma debe cumplir con los criterios de disponibilidad y oportunidad para su consulta por los usuarios reales y potenciales del SINAIS y de la sociedad en general. Las unidades de organización y administración de la información en salud de las diferentes instituciones del sector salud, deben promover y difundir el acceso al SINAIS; además de cubrir las necesidades de información de los usuarios que así lo requieran.

13.3 El uso de la información derivada del SINAIS se debe realizar conforme a los atributos de calidad, precisión, comparabilidad y homogeneidad, referidos en esta Norma.

14. Concordancia con Normas Internacionales y Mexicanas

Esta Norma Oficial Mexicana no es equivalente a ninguna norma internacional ni mexicana, por no existir referencia al momento de su elaboración.

15. Bibliografía

15.1 Acuerdo que establece los lineamientos para la selección de las principales causas de morbilidad y mortalidad, SNS mayo de 1999, SSA/CEMECE.

15.2 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 10a. Revisión, OMS/OPS, 1995.

15.3 Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión. Modificación Clínica. Procedimientos. Volumen 3 (CIE-9 MC) OMS. Madrid, 1996.

15.4 Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) OMS/

OPS, 2001.

15.5 Glosario de Términos Estadístico Médicos, Grupo Interinstitucional de Información, México, 1987.

15.6 Glosario del IMSS, segunda edición. Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1995.

15.7 Ley de Información Estadística y Geográfica, INEGI. **Diario Oficial de la Federación**, 30-XII-80, México.

15.8 Ley Federal sobre Metrología y Normalización, México, 1999.

15.9 Ley General de Salud, **Diario Oficial de la Federación**, 31-V-00, México.

15.10 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, México, 1999.

15.11 Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información, México, 2001.

15.12 NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar.

15.13 NOM-006-SSA2-1993, Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria de la salud.

15.14 NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

15.15 NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.

15.16 NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.

15.17 NOM-020-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de atención médica en unidades móviles tipo ambulancia.

15.18 NOM-022-SSA2-1994, Para la prevención y control de la brucelosis en el hombre.

15.19 NOM-090-SSA1-1994, Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

15.20 NOM-166-SSA1-1997, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.

15.21 NOM-167-SSA1-1997, Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.

15.22 NOM-173-SSA1-1998, Para la atención integral a personas con discapacidad.

15.23 NOM-178-SSA1-1998, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y

equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

15.24 NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

15.25 NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.

15.26 NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar.

15.27 NMX-CC-9000-IMNC-2000, Sistemas de Gestión de Calidad. Fundamentos y Vocabulario.

15.28 Manual de Fuentes y Métodos, Secretaría de Salud, México, abril 2000.

15.29 Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud. Secretaría de Salud, México, 2001.

15.30 Programa de Acción del Sistema Nacional de Información en Salud 2001-2006, Secretaría de Salud, México, 2002.

15.31 Programa de Acción en Materia de Evaluación del Desempeño 2001-2006. Secretaría de Salud. México, 2002.

15.32 Reglamento de la Ley de Información Estadística e Informática, INEGI, México, 1982.

15.33 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, México, 2001.

15.34 Sistemas de Información y Tecnología de Información en Salud. Desafíos y Soluciones para América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, 1998.

16. Observancia de la Norma

La vigilancia de la aplicación de la Norma corresponde a la SSA y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias.

17. Vigencia

Esta Norma Oficial Mexicana entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el **Diario Oficial de la Federación**, salvo los numerales 9. Subsistema de Servicios Otorgados y 10. Subsistema de Daños a la Salud, mismos que iniciarán su vigencia, para las unidades médicas privadas con <30 camas, a los 90 días siguientes.

México, D.F., a 26 de enero de 2004.- El Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, **Roberto Tapia Conyer**.- Rúbrica.

NORMA Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, En materia de información en salud.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-040-SSA2-2004, EN MATERIA DE INFORMACION EN SALUD.

ROBERTO TAPIA CONYER, Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, y **RAFAEL LOZANO ASCENCIO**, Director General de Información en Salud, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4o. de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3o. fracción X, 7o. fracciones V y X, 13, apartado A, fracción I, 104, 105, 106, 107, 108, 109 y 140 de la Ley General de Salud; 38 fracción II, 40 fracciones III y XI, 41, 43 y 47 fracción IV de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 1o., 3o. fracción I, 7o. fracción VII, 38, 39, 40, 41, 42, 43 y 45 de la Ley de Información Estadística y Geográfica; 28 y 34 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, y 8 fracciones V y XVI, 10 fracción XVI, 16 fracción XIII, y 24 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

CONSIDERANDO

Que con fecha 5 de octubre de 2000, en cumplimiento de lo previsto en el artículo 46 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, la entonces Dirección General de Estadística e Informática, ahora Dirección General de Información en Salud, presentó al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, el anteproyecto de la presente Norma Oficial Mexicana.

Que con fecha 8 de marzo de 2004, en cumplimiento del acuerdo del Comité y lo previsto en el artículo 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Proyecto de Norma, a efecto de que dentro de los siguientes sesenta días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades.

Que con fecha previa, fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación las respuestas a los comentarios recibidos por el mencionado Comité, en los términos del artículo 47 fracción III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, se expide la siguiente:

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-040-SSA2-2004, EN MATERIA DE INFORMACION EN SALUD

PREFACIO

En la elaboración de esta Norma Oficial Mexicana participaron:

SECRETARIA DE SALUD

Subsecretaría de Innovación y Calidad

Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades

Dirección General Adjunta de Epidemiología

Dirección General de Promoción de la Salud

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social

Unidad de Análisis Económico

Dirección General de Información en Salud

Dirección General de Evaluación del Desempeño

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Instituto Nacional de Salud Pública

Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal

Dirección General de los Servicios de Salud en el Estado de Hidalgo

Secretaría de Salud del Estado de Jalisco

Secretaría de Salud del Estado de Michoacán

Dirección General de los Servicios de Salud y Secretaría de Salud en el Estado de Nayarit

Secretaría de Salud Estado de Oaxaca

Secretaría de Salud y Dirección General de Servicios de Salud del Estado de Puebla

Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora

Secretaría de Salud y Dirección General de los Servicios de Salud del Estado de Tlaxcala

Dirección General de Servicios de Salud del Estado de Zacatecas

SECRETARIA DE GOBERNACION

Secretaría General del Consejo Nacional de Población

SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL

Subdirección Operativa de la Dirección General de Sanidad

SECRETARIA DE MARINA

Dirección General de Sanidad Naval

SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

Unidad de Contabilidad Gubernamental e Informes sobre la Gestión Pública

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dirección de Prestaciones Médicas

Dirección de Planeación y Finanzas

Coordinación de Salud Pública

Coordinación de Salud Reproductiva

Coordinación General del Programa IMSS-Oportunidades

División de Prevención y Control de Enfermedades

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

Subdirección General Médica

Subdirección General de Finanzas

Subdirección de Planeación Financiera y Evaluación Institucional

PETROLEOS MEXICANOS

Unidad de Planeación, Normatividad e Innovación

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Dirección General

Subdirección de Informática

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA

Dirección General de Estadística

ORGANISMOS PRIVADOS

Centro Hospitalario Nuevo Sanatorio Durango

Grupo Angeles, Servicios de Salud

Hospital ABC

Asociación Mexicana de Hospitales, A.C.

Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.

INDICE

0. Introducción

1. Objetivo y Campo de Aplicación

2. Referencias

3. Definiciones y Abreviaturas

4. Generalidades

5. Flujos de Información

6. Aspectos Específicos

7. Subsistema de Población y Cobertura
8. Subsistema de Recursos Humanos, Físicos y Materiales y Recursos Financieros
9. Subsistema de Servicios Otorgados
10. Subsistema de Daños a la Salud
11. Subsistema de Evaluación del Desempeño
12. Solicitud de Información
13. Acceso, Difusión y Uso de la Información en Salud
14. Concordancia con Normas Internacionales y Mexicanas
15. Bibliografía
16. Observancia de la Norma
17. Vigencia

0. Introducción

Tradicionalmente la generación de información en salud en nuestro país, ha venido incorporando información estadística de por lo menos 10 sistemas, con diferentes formatos de captura, glosarios de términos y períodos de levantamiento en distintos momentos que responden a objetivos e intereses de cada institución en particular. Existen vacíos de información en el sector privado, en recursos financieros, y en los rubros de recursos físicos y humanos la información es incompleta y deficiente.

La generación de información en salud en México debe responder a los cambios en los perfiles demográfico y epidemiológico del país, y a las transformaciones de las instituciones de atención a la salud que han incorporado nueva metodología, tecnología e indicadores. Cambios requeridos para transitar de una multiplicidad de sistemas institucionales de información a un Sistema Nacional de Información en Salud, en el marco de los Sistemas Nacionales de Estadística y de Información Geográfica que establece como condición indispensable la conjunción de los esfuerzos realizados por las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, los Poderes Legislativo y Judicial de la Federación y los gobiernos de las entidades federativas a través de la utilización de principios y normas homogéneas para generar, integrar y difundir información estadística y geográfica.

La aplicación de esta Norma permitirá contar con un sistema único, oportuno e integrador, que administre los datos, la información y los conocimientos que sirvan de apoyo para conformar un sistema de salud universal y equitativo, de alta calidad y anticipatorio, descentralizado y participativo que oriente el proceso de planeación, la gestión de programas y servicios así como la toma de decisiones.

1. Objetivo y campo de aplicación

Objetivo

1.1 Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los criterios para obtener, integrar, organizar procesar, analizar y difundir la información en salud, en lo referente a población y cobertura, recursos disponibles, servicios otorgados, daños a la salud y evaluación del desempeño del Sistema Nacional de Salud.

Campo de aplicación

1.2 Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para establecimientos, personas físicas y morales del Sistema Nacional de Salud de los sectores público, social y privado que proporcionen servicios de atención a la salud.

2. Referencias

Para la correcta aplicación de esta Norma es necesario consultar las siguientes normas oficiales mexicanas:

2.1 NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

2.2 NOM-017-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica.

2.3 NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.

2.4 NOM-178-SSA1-1998, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

2.5 NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales generales y consultorios de atención médica especializada.

3. Definiciones y abreviaturas

Para efecto de esta Norma Oficial Mexicana se entiende por:

3.1 Afección principal, a la situación diagnosticada al final del proceso de atención de la salud, como la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. Si no se hizo ningún diagnóstico, debe seleccionarse el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante como afección principal.

3.2 Afección secundaria, a la afección o afecciones que coexistieron o se desarrollaron durante el período de atención y afectaron el tratamiento del paciente; excluye aquellas que hayan afectado anteriormente al paciente y que no inciden en el episodio actual de atención.

3.3 Alta de corta estancia, a la acción que indica que una persona salió de un servicio donde su permanencia fue menor a 24 horas y su atención no implicó el uso de cama censable; es decir, estuvo en el servicio de corta estancia. Esta puede clasificarse en quirúrgica y no quirúrgica y no genera egreso hospitalario y por lo tanto tampoco día estancia.

3.4 Atención a la salud; servicio de atención a la salud, al conjunto de acciones coordinadas de promoción y de educación para la salud, protección específica, detección, limitación del daño, atención médica de enfermedades y rehabilitación, que se desarrollan por interacción de diferentes grupos de profesionales y técnicos, con el fin de preservar la salud del individuo o recuperarla, en conjunto con la familia o la comunidad.

3.5 Atención ambulatoria, al servicio que se otorga a toda persona que acude a un establecimiento de salud, para consulta o tratamiento, y abandona el establecimiento en un lapso de unas horas desde el inicio de la consulta; se consideran ambulatorias todas las visitas a instalaciones de atención que no conlleven a la hospitalización con estancia nocturna.

3.6 Banco de sangre, al servicio auxiliar constituido por el área o local con instalaciones, mobiliario y equipo y con personal especializado y de apoyo, destinado a la obtención, procesamiento, conservación y distribución de sangre y sus derivados.

3.7 Cama censable, a la cama en servicio instalada en el área de hospitalización, para el uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio, así como los recursos materiales y de personal para la atención médica del paciente. El servicio de admisión la asigna al paciente en el momento de ingreso al hospital para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento. Es la única que produce egresos hospitalarios sobre los cuales se genera información estadística de ocupación y días estancia.

3.8 Cama hospitalaria, a la cama disponible para atención continua de pacientes, admitidos para observación, cuidado, diagnóstico o tratamiento médico, quirúrgico y no quirúrgico, comúnmente desagregadas por tipo de servicio (incluye camas de internamiento, urgencias, recuperación, trabajo de parto, cirugía ambulatoria, cuidados intermedios, terapia intensiva, cunas de sanos e incubadoras de traslado).

3.9 Cama no censable, a la cama que se destina a la atención transitoria o provisional, para observación del paciente, iniciar un tratamiento o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos. También es denominada cama de tránsito y su característica fundamental es que no genera egresos hospitalarios. Aquí se incluyen las camas de urgencias, de terapia intensiva, de trabajo de parto, corta estancia, camillas, canastillas, cunas de recién nacido.

3.10 Cesárea, a la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el producto de la concepción, vivo o muerto, de 22 semanas cumplidas o más, así como los anexos ovulares a través de una incisión en la pared abdominal y en la uterina.

3.11 Cirugía; intervención quirúrgica, al procedimiento que consiste en extirpar, explorar, sustituir, trasplantar, reparar un defecto o lesión o efectuar una modificación en un tejido u órgano dañado o sano, con fines terapéuticos, diagnósticos, profilácticos o estéticos, mediante técnicas invasivas que implican generalmente el uso de anestesia y de instrumentos cortantes, mecánicos u otros medios físicos.

3.12 Cirugía de corta estancia, a la intervención quirúrgica programada que se realiza en el servicio de corta estancia de un hospital o unidad de atención médica, en el cual el paciente no requiere el uso de una cama censable y su permanencia es menor a 24 horas. No genera egresos hospitalarios y excluye las atenciones de urgencias y las operaciones o procedimientos practicados en consultorio u otra área de atención hospitalaria (generalmente bajo anestesia local) que no requieren de vigilancia hospitalaria durante la recuperación.

3.13 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, al estándar internacional, de uso obligatorio en todo el país, para la codificación y generación de estadísticas de morbilidad y mortalidad uniformes, que permitan la comparabilidad nacional e internacional.

3.14 Clasificación de Procedimientos, al estándar internacional de uso obligatorio en todo el país para la codificación y generación de estadísticas de procedimientos en medicina (quirúrgicos y no quirúrgicos, de diagnóstico y terapéuticos) que permitan la comparabilidad nacional e internacional, independientemente de otras clasificaciones que usen las instituciones.

3.15 Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, al estándar internacional que debe ser utilizado en todo el país para la codificación de estados de salud y de discapacidad.

3.16 Clave Unica de Establecimientos de Salud, al identificador único, consecutivo e intransferible que asigna la DGIS a cada establecimiento de salud (unidad médica, laboratorio, farmacia, centros de diagnóstico, centros de tratamiento, oficinas administrativas) que exista en el territorio nacional, sea público o privado, y con la cual se identifica todo lo reportado por el mismo a cada uno de los subsistemas del SINAIS.

3.17 Consulta externa, a la atención médica que se otorga al paciente ambulatorio, en un consultorio o en el domicilio del mismo, que consiste en realizar un interrogatorio y exploración física, para integrar un diagnóstico.

3.18 Consulta externa general, a la atención que otorga el médico general o familiar, a los pacientes ambulatorios en la unidad médica o en el domicilio, que consiste en realizar un interrogatorio y exploración física, para integrar un diagnóstico.

3.19 Consulta externa de especialidad, a la atención que imparten los médicos especialistas a pacientes ambulatorios de las cuatro especialidades médicas básicas y demás subespecialidades, que consiste en realizar un interrogatorio y exploración física, para integrar un diagnóstico.

3.20 Consulta de primera vez, a la atención otorgada a una persona, por personal de salud, cuando acude a la primera consulta por una enfermedad o motivo determinado en la unidad.

3.21 Consulta subsecuente, a la otorgada a una persona, por personal de salud, cuando asiste por la misma

enfermedad o motivo por el que ya se le otorgó una consulta en la unidad.

3.22 Consultorio, al área física que cuenta con instalaciones y equipo necesario para que el personal médico y paramédico brinde consulta externa a pacientes ambulatorios.

3.23 Defunción; muerte, a la extinción o término de la vida. Desaparición de todas las funciones vitales de una persona ocurridas después del nacimiento vivo.

3.24 Defunción fetal, a la muerte de un producto de la concepción hasta antes de la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. La muerte está definida por el hecho de que después de la separación de la madre, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

3.25 Defunción hospitalaria, a la defunción que ocurre en el interior de los servicios hospitalarios. Para fines estadísticos se clasifica en: defunción de paciente que tiene asignada una cama censable y defunción de paciente no hospitalizado.

3.26 Defunción materna, a la muerte que ocurre en una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de la gestación, independientemente de su duración y el lugar del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

3.27 Día estancia, al número de días transcurridos desde el ingreso del paciente al servicio de hospitalización hasta su egreso; se obtiene restando a la fecha de egreso la de ingreso. Cuando el paciente ingresa y egresa en la misma fecha y ocupa una cama censable, se cuenta como un día estancia.

3.28 Egreso hospitalario, al evento de salida del paciente del servicio de hospitalización que implica la desocupación de una cama censable. Incluye altas por curación, mejoría, traslado a otra unidad hospitalaria, defunción, alta voluntaria o fuga. Excluye movimientos intraservicio.

3.29 Incubadora, al receptáculo acondicionado donde se facilita el desarrollo de los niños nacidos prematuramente, o de término, cuando se requiere complementar su desarrollo y/o cuando presentan patología con repercusión sistémica. Se considera censable cuando se ubica en servicio de hospitalización y es controlada por el área de admisión. Será no censable cuando se use como apoyo al tratamiento.

3.30 Indicador, a la cifra o dato que se acepta convencionalmente para medir o comparar los resultados obtenidos en la ejecución de un proyecto o un programa. Permite dimensionar características de tipo cuantitativo o cualitativo.

3.31 Información en salud, a los datos, la información, el conocimiento y la evidencia relacionados con la generación, acceso, difusión y uso del personal, servicios, recursos, pacientes, tratamientos y resultados dentro del sector salud. Existe la información estadística, la epidemiológica y financiera.

3.32 Procedimiento médico, al conjunto de actividades que realiza el médico o el personal de salud para la prevención específica y el diagnóstico o tratamiento quirúrgico o no quirúrgico, de las enfermedades, lesiones u otros problemas relacionados con la salud.

3.33 Reingreso, al paciente que ingresa nuevamente en el año a la unidad médica por la misma afección o diagnóstico.

3.34 Sistema de información en salud, al conjunto de elementos, recursos y personas que interactúan, bajo criterios y procedimientos definidos, para realizar de manera sistemática las actividades relacionadas con la organización y la administración de la información.

3.35 Sistema Nacional de Salud, al conjunto constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local y las personas morales o físicas de los sectores social y privado que prestan servicios de salud, así como por los mecanismos establecidos para la coordinación de acciones. Tiene por objeto dar cumplimiento al derecho de la protección de la salud.

3.36 Servicio de corta estancia, al servicio hospitalario destinado para dar atención médica o quirúrgica a pacientes durante el día. Comprende atenciones programadas que no ameritan el uso de camas censables y generalmente se otorgan en áreas destinadas para tal fin.

3.37 Servicio de hospitalización, al servicio que cuenta con camas censables para atender pacientes internos, proporcionar atención médica con el fin de realizar diagnósticos, aplicar tratamientos y cuidados continuos de enfermería.

3.38 Unidad médica, al establecimiento físico que cuenta con los recursos materiales, humanos, tecnológicos y económicos, cuya complejidad es equivalente al nivel de operación y está destinado a proporcionar atención médica integral a la población.

3.39 Urgencia calificada, al problema de salud, habitualmente de presentación súbita, que pone en riesgo la vida, órgano o función del paciente y que, por lo tanto, requiere de una atención médica inmediata.

3.40 Urgencia no calificada, es un problema de salud que no pone en riesgo la vida, órgano o función del paciente y que por lo tanto se puede posponer o referir para su atención en un servicio de medicina general o especializada.

Abreviaturas

CIE-10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión.

CIF: Clasificación Internacional de Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud.

CBDH: Conjunto Básico de Datos Hospitalarios.

CONAPO: Consejo Nacional de Población.

CONAVE: Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

CLUES: Clave Unica de Establecimientos de Salud.

CURP: Clave Unica de Registro de Población.

DGAE: Dirección General Adjunta de Epidemiología.

DGIS: Dirección General de Información en Salud.

DGED: Dirección General de Evaluación del Desempeño.

GMDN: Nomenclatura Global de Dispositivos Médicos.

INEGI: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

NOM: Norma Oficial Mexicana.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

SHCP: Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

SINAIS: Sistema Nacional de Información en Salud.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

SSA: Secretaría de Salud.

4. Generalidades

4.1 La información generada por las instituciones del SNS debe cumplir con los atributos de disponibilidad, oportunidad, veracidad, comparabilidad, homogeneidad, confiabilidad, suficiencia y calidad, de conformidad con la presente norma y los ordenamientos jurídicos aplicables.

4.2 La información de unidades médicas privadas se obtendrá mediante levantamientos periódicos de acuerdo al formato que establezca la SSA, o bien incorporándolas a los registros regulares de los subsistemas de información del SINAIS.

5. Flujos de Información

5.1 La SSA es el órgano normativo y rector del SINAIS, y funge como el concentrador de toda la información generada por éste. La coordinación de dichas funciones se ejerce por conducto de la DGIS, y para la información de vigilancia epidemiológica por conducto de la DGAE de conformidad con las disposiciones aplicables y atribuciones conferidas en el Reglamento Interior de la SSA, en coordinación con los diferentes sectores del SNS.

5.2 De acuerdo con los niveles administrativos en los que se aplica y opera el SNS, para las instituciones prestadoras de servicios, así como para las personas físicas o morales de establecimientos privados, se ejerce a través de los siguientes niveles:

- a) Unidad
- b) Municipal
- c) Jurisdiccional
- d) Estatal
- e) Nacional

5.3 Para el caso de las instituciones públicas del sector salud, la aplicación y operación del SINAIS, se hará a través de los canales que cada una de las instituciones tiene establecido. El concentrado nacional debe ser entregado a la DGIS, en tiempo y forma conforme a los criterios establecidos en esta norma.

5.4 Con relación al flujo de la información epidemiológica, son los que cita la NOM-017-SSA2-1994 para la Vigilancia Epidemiológica.

6. Aspectos Específicos

6.1 El SNS debe: 1) contar con la infraestructura de información que apoye los procesos de toma de decisiones de los diferentes actores y usuarios del SNS, y 2) contar con indicadores que impulsen las acciones de equidad, calidad, y protección financiera en salud.

6.2 El SINAIS está integrado por los cinco subsistemas siguientes:

- a) Población y cobertura
- b) Recursos humanos, físicos y materiales, y recursos financieros
- c) Servicios otorgados
- d) Daños a la salud

e) Evaluación del desempeño

Todo requerimiento de información debe corresponder invariablemente a alguno de dichos apartados.

6.3 La periodicidad de la información reportada debe ser anual, semestral, trimestral, y cuando así se precise de forma mensual, según sea definido por la DGIS conforme a requerimientos específicos. La periodicidad de la información epidemiológica es semanal, diaria y en su caso inmediata (menos de 24 horas con respecto a la identificación del caso), según refiere la NOM-017-SSA2-1994 para la Vigilancia Epidemiológica.

6.4 La información solicitada con periodicidad anual debe estar disponible en el mes de abril, siguiente al cierre del año estadístico de referencia.

6.5 La información con corte semestral, trimestral o mensual debe estar disponible un mes después del periodo de referencia.

6.6 La información será solicitada con desagregación por unidad médica, localidad, municipio y entidad federativa, en función de las necesidades que la SSA establezca a través de la DGIS.

6.7 La información debe ser entregada en forma magnética o electrónica, en base de datos o en el formato y programa de cómputo que haya sido determinado por la DGIS, a través de la unidad administrativa que tenga a su cargo este sistema de información.

6.8 Toda información sujeta a proceso de captura en base de datos que requiera de la codificación geográfica deberá estar sustentada en el Catálogo de Integración Territorial del INEGI, en su versión más reciente.

7. Subsistema de Población y Cobertura

7.1 En materia de población, la información debe tener como fuente las proyecciones vigentes elaboradas por el CONAPO, desagregadas por grupos etarios, sexo, entidad federativa y municipio. En aquellos casos donde no existan datos proyectados o estructuras asociadas a diferentes variables, la DGIS proporcionará los datos ajustados de población, siempre y cuando exista una metodología basada en las fuentes de información disponibles.

7.2 Para la construcción de los indicadores en los cuales el denominador sea la población, deben ser utilizadas las estimaciones de población al 30 de junio, elaboradas por CONAPO. La DGIS contribuirá a difundir a todas las instituciones del sector salud, la versión oficial vigente de las proyecciones de población.

7.3 La información sobre el módulo de cobertura se refiere a población según condición de aseguramiento.

7.4 Se considera población asegurada al número de personas con derecho a recibir prestaciones en especie y/o en dinero conforme a lo establecido por la ley que rige cada institución de seguridad social; este grupo incluye asegurados directos o cotizantes, pensionados y beneficiarios de ambos. De forma complementaria como población no asegurada a la población sin derecho a prestaciones en especie y en dinero, por parte de las instituciones de seguridad social.

7.5 Una modalidad de aseguramiento la constituye el seguro popular de salud, definido como el esquema de seguro público y voluntario que brinda protección financiera en materia de salud a las familias que por su condición laboral y socioeconómica no son beneficiarias de las instituciones de seguridad social.

7.6 La desagregación de la información debe ser por sexo y edad y cuando sea el caso, indicando la cobertura de personas de población indígena o en regiones indígenas, considerando como población indígena al conjunto de personas que se identifican con alguno de los criterios de: i) autopertenencia, ii) hablante de lengua indígena o iii) residente de una localidad o municipio con 40% o más de población indígena. Y cuando sea el caso también debe incluirse a la población con discapacidad entendida como el número de personas con desventajas parciales o totales, temporales o permanentes, de la capacidad funcional, biológica, psicológica o social, para realizar sus actividades cotidianas.

8. Subsistema de Recursos Humanos, Físicos y Materiales y Recursos Financieros

8.1 Las variables sobre recursos humanos se refieren al personal médico, de enfermería, odontología, paramédico, de investigación, técnico auxiliar y administrativo; su desagregación se debe reportar según CURP, sexo, tipo de especialización, certificación, recertificación, y recursos en formación, según sea el caso.

8.2 Como personal médico se considera a la persona autorizada legalmente, con título y cédula profesional que desempeña labores relacionadas con la atención médica en beneficio de pacientes y de la comunidad. El médico general es aquél cuya actividad principal está en el diagnóstico y tratamiento de la patología más frecuente. El médico especialista es aquel que cuenta con estudios de especialización y con título y cédula profesional de alguna especialidad en una rama de la medicina, para la atención de la salud o de padecimientos referidos a un órgano, aparato o sistema del cuerpo humano.

8.3 La información del personal médico debe incluir la clasificación de: a) personal médico en contacto directo con el paciente, que es el profesional en salud que realiza actividades de atención directa a la salud de pacientes, propias de su profesión o especialidad, no incluye a los que se desarrollan en áreas de apoyo técnico, docente y administrativo; b) al médico residente, que se encuentra en proceso de formación para obtener el grado de especialista, c) a los médicos pasantes, que son todos aquellos egresados de la carrera de medicina con el 100% de los créditos académicos, pero que aún no cuentan con título y cédula profesional, d) médico en otras labores, al personal médico que desempeña labores de apoyo técnico, de docencia y/o administrativo en las unidades médicas.

8.4 Dentro de los recursos humanos dedicados a la salud se encuentra también el personal administrativo, se considera a todos aquellos profesionales, técnicos y auxiliares del área que apoyan con funciones administrativas en la unidad médica.

8.5 Para la información de personal médico odontológico se debe considerar a todo profesional con título de cirujano dentista o licenciatura en estomatología, legalmente autorizado para la prevención, el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que presentan enfermedades estomatológicas. Incluye a los especialistas en endodoncia, parodoncia y otras especialidades odontológicas.

8.6 La información del personal de enfermería deberá desagregarse por i) auxiliar de enfermera, entendida como la persona capacitada, en cursos reconocidos por una institución pública o privada, para ejecutar bajo supervisión de una enfermera general, actividades relacionadas con la atención de personas; ii) enfermera especialista, a la persona que después de haber obtenido el título de enfermera general o licenciada en enfermería realiza estudios específicos en una rama de la enfermería o áreas afines y obtiene el diploma correspondiente de una institución oficialmente reconocida, iii) enfermera general (licenciada en enfermería) a la persona capacitada a nivel profesional o técnico y autorizada, mediante un título otorgado por una institución educativa reconocida oficialmente, para el fomento de estilos de vida saludables, la prevención de enfermedades y el cuidado de personas, familias y comunidades, así como para la prevención de enfermedades y asistencia de personas.

8.7 La información sobre recursos físicos se refiere a los establecimientos de atención a la salud existentes y en operación durante el periodo de referencia. Considera el total de unidades médicas, así como su clasificación; por un lado en unidades de prestación de servicios ambulatorios incluyendo consulta externa y, por otro, en unidades hospitalarias generales y de especialidad. Se deben separar las unidades que tienen construcción expofesa (infraestructura física) de los llamados centros auxiliares, debiendo reportar en ese mismo rubro las unidades móviles. Asimismo, para los establecimientos de atención a la salud se debe informar si éstos cuentan con acreditación y, en su caso, certificación vigente del Consejo de Salubridad General.

8.8 Las variables sobre recursos físicos y materiales deben estar referidas al servicio médico en el cual se utilizan camas hospitalarias: camas censables y no censables; incubadoras, consultorios generales y de especialidad, laboratorios de análisis clínicos, laboratorios de investigación y desarrollo, gabinetes y equipos de imagenología, rayos x, scanners, tomógrafos (equipo médico en general clasificado según la GMDN) quirófanos, áreas de corta estancia, salas de expulsión, bancos de sangre, áreas de urgencia, servicios de rehabilitación, biblioteca, aulas, auditorios e infraestructura informática y de telecomunicaciones.

8.9 La información de consultorios se refiere al área física o cubículo de un establecimiento público, social o privado, independiente o ligado a una clínica, sanatorio o establecimiento hospitalario, que cuenta con las instalaciones y el equipo necesario para que personal médico y/o paramédico brinden el servicio de atención a la salud a pacientes ambulatorios. Se considera general cuando es utilizado para brindar atención para todo tipo de afecciones o padecimientos y como de especialidad cuando está destinado para la atención ambulatoria de una especialidad.

8.10 La integración de la información de cada unidad médica debe permitir la elaboración de un directorio nacional. El directorio nacional de unidades médicas debe contener los siguientes campos: nombre y tipo de la unidad; institución; acreditación y, en su caso, certificación vigente; entidad federativa; municipio; localidad; domicilio, código postal, teléfono, fax y correo electrónico, cuando proceda. Las referencias geográficas deben estar supeditadas a las señaladas en el catálogo de integración territorial del INEGI. Asimismo cada establecimiento de salud público o privado contará con una CLUES asignada por la DGIS, este identificador permitirá la vinculación de información reportada a cada uno de los subsistemas de información y estará compuesta de varios dígitos que permitan la identificación geográfica e institucional.

8.11 El gasto en salud considera todas las erogaciones de las actividades cuyo objetivo esencial es el restablecimiento, el mantenimiento, el mejoramiento y la protección de la salud en un país o entidad federativa durante un periodo de tiempo definido. Dentro del gasto en salud puede identificarse el gasto público, considerado como la suma de los desembolsos en salud por parte del gobierno federal o estatal, tales como el gasto sanitario financiado mediante impuestos, transferencias a través de los ramos de la administración federal, contribuciones a las instituciones de seguridad social, así como el gasto en salud de las mismas. El gasto público incluye los sueldos y salarios del personal de hospitales y dispensarios, los costos de la administración del sistema de salud, las inversiones en servicios médicos, el financiamiento de la mayoría de los planes extra presupuestarios y, las subvenciones destinadas a sufragar parte de los costos de funcionamiento de los servicios médicos y/o a cubrir el déficit de esos servicios.

8.12 La información del gasto en salud de la seguridad social es el que se refiere a las erogaciones de las instituciones de seguridad social, que se emplean para el financiamiento de la salud, a diferencia de otros gastos inherentes a la seguridad social y, en los casos en que esos conceptos no puedan diferenciarse como desembolsos financiados mediante impuestos, se considerarán las contribuciones del Estado que complementen estos últimos.

8.13 El gasto privado en salud, que consiste en: i) los desembolsos de aseguradoras y de terceros, distintos de la seguridad social, ii) los servicios de salud que, según lo estipulado, deben ofrecer los empleadores y otros servicios de salud proporcionados por las empresas, iii) la atención sanitaria financiada por instituciones no lucrativas y organizaciones no gubernamentales, iv) las inversiones privadas en servicios médicos y, v) los pagos directos realizados por los hogares.

8.14 El gasto público en salud deberá reportarse conforme a la metodología utilizada por la SSA a través del SINAIS; esta metodología es consistente con los sistemas internacionales de clasificación de gasto en salud, y garantiza la homologación conceptual y contable de las aportaciones al gasto en salud de las entidades federativas y de las instituciones públicas y privadas del sector salud.

9. Subsistema de Servicios Otorgados

9.1 La cobertura conceptual del subsistema incluye variables de orden general sobre consulta externa, hospitalización, urgencias y servicios de corta estancia, así como las actividades relevantes vinculadas a los programas prioritarios.

9.2 Se debe realizar un registro por cada servicio prestado; es decir, sólo se considera una atención otorgada por cada interacción del paciente o la comunidad con personal de salud.

9.3 El registro de información sobre servicios otorgados debe abarcar los aspectos de identificación del paciente: clave única de registro de población, edad, sexo, pertenencia a población indígena y tipo de discapacidad (cuando proceda y para el tipo de discapacidad se seguirá lo establecido por la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud, CIF en cuanto a los dominios afectados); número de expediente. El estado de salud del paciente y/o la afección principal, y las características de la atención otorgada.

9.4 Las variables a registrar para consulta externa, además de las mencionadas en el punto anterior, son: a) La clasificación en primera vez y subsecuente, siguiendo el criterio epidemiológico, que se basa en el diagnóstico o motivo de atención, b) procedimientos y apoyos otorgados durante la consulta, c) tipo de persona que la otorgó y d) atenciones colaterales prestadas durante la misma. Cuando la atención se otorgue a menores de 5 años es necesario especificar si la atención fue por enfermedades diarreicas agudas o infecciones respiratorias agudas y el tipo de tratamiento otorgado, así como el estado nutricional y la aplicación de vacunas del esquema básico.

9.5 Las variables para el registro sobre la atención de urgencias, además de lo señalado en el punto 9.3, deben

incluir urgencia calificada y no calificada, fecha y hora de inicio y término de la atención, procedimientos practicados y destino del paciente después de la atención, para atenciones a consecuencia de una lesión: tipo de urgencia, mecanismo de producción, sitio dónde ocurrió la lesión, institución que brindó el primer apoyo y parte anatómica afectada.

9.6 Para egresos hospitalarios y servicio de corta estancia, el CBDH son: identificación de la unidad, CLUES, clave única de registro de población, edad, sexo, entidad de residencia habitual, municipio de residencia habitual, condición de derechohabiente, fecha de ingreso, fecha de egreso, días estancia, reingreso por la misma afección en el año, servicio de atención, unidad de procedencia externa, tipo de atención hospitalaria (normal y corta estancia), motivo de egreso, diagnóstico principal, diagnósticos secundarios (todos los que procedan), procedimientos quirúrgicos, diagnósticos y procedimientos terapéuticos no quirúrgicos (principal y secundarios) causas de defunción. En caso de atención obstétrica: parto normal o complicado, cesárea o aborto, edad gestacional, peso en gramos, condición al nacer y condición al egreso del o los productos.

9.7 Para la codificación e integración de la estadística de procedimientos médicos practicados al paciente se debe utilizar la Clasificación de Procedimientos vigente. La codificación debe efectuarse con el detalle de cuatro caracteres. Las instituciones deben reportar su información a la SSA, a través de la DGIS siguiendo los procedimientos de esta clasificación. Ello no impide que puedan usar además, otras clasificaciones para sus propios fines.

9.8 En el caso de que se utilice el expediente clínico electrónico como herramienta en la prestación del servicio, éste deberá a) garantizar la confidencialidad de la información, b) integrar el número de variables mínimas y criterios y estándares definidos en esta norma que garanticen la obtención de información homogénea y comparable necesaria para los distintos programas sustantivos.

10. Subsistema de Daños a la Salud

10.1 Las estadísticas de mortalidad general y fetal que elaboren las instituciones de salud deben tener un carácter preliminar y deben ser utilizadas para fines epidemiológicos y estadísticos de las mismas.

10.2 Las fuentes primarias para la generación de las estadísticas de mortalidad general y fetal son: el Certificado de Defunción y el Certificado de Muerte Fetal. Estos documentos deben ser expedidos por profesional de la salud luego de constatar la muerte y probable causa de defunción. Se deberá extender por única vez, en forma gratuita y obligatoria, en toda defunción.

10.3 El diseño, impresión, distribución y control de los certificados de defunción y muerte fetal corresponde a la SSA, quien debe supervisar que no exista impedimento para su obtención por parte de los certificantes en las unidades médicas y personas autorizadas por la SSA. La SSA, de común acuerdo con las instancias interinstitucionales debe determinar las modificaciones y actualizaciones periódicas a los formatos, de acuerdo con las necesidades del SNS.

10.4 Cada entidad federativa y el Distrito Federal deben establecer los mecanismos de distribución y control que permitan el acceso fácil y oportuno a los certificados de defunción, hacia los médicos y familiares de los deudos, en cualquier localidad del país.

10.5 La DGIS podrá solicitar a las diferentes instituciones copia fotostática de los certificados de defunción expedidos por las personas autorizadas en las distintas instituciones de salud públicas o privadas para su análisis epidemiológico y estadístico. El contenido de los certificados no podrá ser divulgado en forma nominal.

10.6 Las instituciones que conforman los comités estatales de información de los estados, deben orientar a la población en general y a los médicos certificantes, acerca de las unidades en donde se pueden obtener los formatos para extender los certificados de defunción. Igualmente deben informar sobre la necesidad e importancia de entregar el certificado de defunción y sus copias en la Oficina del Registro Civil más cercana, para obtener el acta de defunción y el permiso de inhumación correspondientes.

10.7 La SSA, previo estudio epidemiológico, debe rectificar o ratificar ante la instancia competente, las causas de muerte anotadas en el certificado de defunción, cuando éstas sean consideradas de notificación obligatoria por la NOM-017-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica. De igual modo, la SSA debe llevar a cabo la investigación de los certificados que contengan omisiones, incongruencias y problemas en el registro de las demás causas de

defunción y otras variables del certificado a fin de corregir la codificación y la captura (no el certificado) debiendo quedar constancia anexa al documento, de la aclaración hecha por los certificantes. Una vez hecha la corrección, debe enviar la notificación al INEGI en la semana siguiente de concluida la investigación.

10.8 La estadística de mortalidad debe comprender las causas de defunción de la población de acuerdo a la CIE en la revisión que adopte nuestro país. La integración de la estadística por causa única (causa básica) y la generada en el enfoque de causa múltiple son obligatorias. La estadística de mortalidad debe incluir información adicional acerca del fallecido y sus variables sociodemográficas, incluidas las que se relacionan con los servicios de salud y la atención brindada.

10.9 Como causa básica de defunción se considera a toda enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal y como causas de defunción (causas múltiples) a todas aquellas enfermedades, estados morbosos o lesiones que causaron la muerte o que contribuyeron a ella, y a las circunstancias del accidente o de la violencia que produjeron dichas lesiones.

10.10 La obtención de la estadística de mortalidad en unidades hospitalarias, debe diferenciarse entre las ocurridas en camas censables y las ocurridas en camas no censables. Para fines de evaluación se tomará en cuenta lo siguiente: a) la mortalidad bruta aquella que ocurre en todo el hospital sin considerar el tiempo de estancia, b) mortalidad ajustada a la ocurrida después de 48 horas de ingreso al hospital y c) egreso hospitalario por defunción al que ocurre en una cama censable. Las fuentes primarias para la mortalidad hospitalaria son tanto el formato de registro de egreso hospitalario como la copia del certificado de defunción. En caso de discrepancia, se debe dar prioridad a lo señalado en el certificado de defunción.

10.11 La persona a cargo del tratamiento del paciente debe seleccionar la afección principal y todas las otras afecciones atendidas en cada episodio de atención. Los formatos de registro (resumen de egreso hospitalario, informes de consulta) deben disponer de un espacio para anotar la afección principal, separado de las otras afecciones, comorbilidades o complicaciones que se presenten durante el episodio de atención y que también deberán ser anotadas en el formato.

10.12 La medición de la morbilidad debe integrar las enfermedades, lesiones, u otros motivos de atención a personas sanas o enfermas que se presentan en la población y que constituyen las principales causas de demanda de los servicios. Dicha estadística debe acompañarse de datos del paciente, sus datos sociodemográficos, de los servicios de salud, y la atención brindada. Las instituciones deben prever que los sistemas que procesan egresos hospitalarios capten tanto la afección principal como las otras afecciones de manera que puedan integrarse estadísticas por afección principal (causa única) y por afecciones múltiples. La atención brindada se refiere a los procedimientos médicos practicados (quirúrgicos y no quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos), que son obligatorios en la atención hospitalaria normal y de corta estancia, así como los opcionales para la atención de consulta externa.

10.13 La información sobre motivos de consulta se debe generar a través de la codificación exhaustiva de todas las consultas; o bien, mediante la aplicación de la metodología de selección de muestras. La fuente de datos en todos los casos debe ser el formato de registro de consulta externa, entendiendo como motivo de consulta a la causa por la que los pacientes acuden a los servicios ambulatorios en los tres niveles de atención en el año de referencia.

10.14 La información sobre casos nuevos de notificación epidemiológica obligatoria se debe hacer según los lineamientos establecidos en la NOM-017-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica, así como en los acuerdos que el CONAVE tome en situaciones especiales.

10.15 Para la generación de las estadísticas de morbilidad y mortalidad se deben cumplir los procedimientos normados por la OMS en materia de codificación y selección de causa básica de defunción y de la afección principal, a través de la CIE en la revisión que adopte nuestro país. Del mismo modo se deben cumplir los lineamientos marcados en la Clasificación de Procedimientos en Medicina que la SSA recomiende para su uso en todo el país.

10.16 La codificación y procesamiento de las causas de morbilidad y mortalidad debe efectuarse con la lista tabular de inclusiones y subcategorías de cuatro caracteres, a fin de que las bases sean conformadas con el mayor detalle posible y puedan obtenerse las agregaciones necesarias.

10.17 Para la generación de estadísticas sobre el nivel de salud y discapacidad se deben cumplir los procedimientos marcados por la OMS en la CIF.

10.18 Las instituciones del sector público, social y privado deben promover, garantizar y reforzar entre los médicos de las instituciones del SNS el llenado correcto de cada variable del Certificado de Defunción y del Certificado de Muerte Fetal y el registro preciso y ordenado de las causas. Igualmente, se debe informar sobre la importancia que ello tiene en el estudio epidemiológico y la estadística, así como las implicaciones legales correspondientes. Del mismo modo se deben difundir, según sean señalados por la CIE, los lineamientos para registrar la morbilidad ambulatoria y hospitalaria.

11. Subsistema de Evaluación del Desempeño

11.1 Los indicadores a utilizar para la evaluación del desempeño serán los autorizados por el Consejo Nacional de Salud como indicadores de resultado. Estos indicadores deben permitir dar seguimiento a los objetivos intermedios del SNS y de los sistemas de salud de las entidades federativas.

11.2 La información sobre evaluación del desempeño se refiere a la medida en que se están cumpliendo los objetivos últimos de los sistemas nacional y estatales de salud; básicamente los relacionados con el mejoramiento de la salud de la población, el ofrecimiento de un trato digno a los usuarios de los servicios y el garantizar protección financiera en materia de salud.

11.3 La DGED reunirá, procesará y difundirá los indicadores con los cuales las dependencias del SNS y la administración pública deben evaluar el desempeño del sector salud en su conjunto y de sus dependencias.

11.4 Se entiende como desempeño, a la medida relativa de eficiencia que compara el nivel de logro alcanzado en relación con los recursos empleados. En el contexto del desempeño de un sistema de salud se deben ubicar los atributos de accesibilidad, calidad, eficiencia y protección financiera.

11.5 Los Indicadores de resultado, por entidad federativa, tienen como propósito dar seguimiento a los objetivos intermedios de los sistemas de salud; básicamente los relacionados con accesibilidad, aceptabilidad, anticipación, calidad, efectividad, eficiencia y equidad.

11.6 La DGED debe capacitar al personal de las áreas de evaluación de las entidades federativas en el uso de los indicadores de resultado o de objetivos intermedios.

11.7 Con el fin de asegurar la protección financiera, el sistema de evaluación debe contener variables que permitan medir la eficiencia de los esquemas de financiamiento de los servicios de salud del SNS que protejan a la población contra gastos desproporcionados por motivos de salud.

11.8 Para la evaluación de la carga de la enfermedad se debe utilizar el indicador de años de vida saludable que permite evaluar con mayor precisión las pérdidas de salud desde una perspectiva social, incorporando las pérdidas de vida por muerte prematura y/o discapacidad.

12. Solicitud de Información

12.1 La información generada por el SNS debe observar los principios de confidencialidad y reserva que señala la Ley de Información Estadística y Geográfica y las demás disposiciones vigentes.

12.2 Se consideran fuentes de información los datos de salud emanados de las instituciones de carácter público, social, y privado, que prestan servicios de atención a la salud.

12.3 La información en salud se maneja a través de los formatos impresos y electrónicos de reporte establecidos por la DGIS, en coordinación con los grupos interinstitucionales de información federal y estatal, según sea el caso. Para la información epidemiológica por los formatos establecidos en el CONAVE. Dichos reportes se deben remitir oportunamente, de acuerdo a la periodicidad y flujos establecidos.

12.4 Cada unidad médica debe requisitar los formularios y previa validación, los debe remitir al área de organización y administración de información en salud de su institución, la que a su vez, debe validar y capturar la información que debe ser enviada a la DGIS, de preferencia en formato electrónico o magnético. En el caso de los Servicios Estatales de Salud validarán y concentrarán, además de las unidades que dependen administrativamente de

ellos, aquella información de personas físicas o morales de establecimientos privados de su entidad para su envío posterior a la DGIS.

12.5 La información de las unidades médicas privadas se debe coleccionar en los formatos que establece la SSA a través de la DGIS y que estarán debidamente registrados ante la autoridad competente.

12.6 La DGIS debe solicitar, recopilar, procesar, emitir y difundir los resultados derivados de la estadística de las unidades médicas privadas con servicio de hospitalización; auxiliándose para ello, de la estructura de los servicios de salud de las entidades federativas.

12.7 La DGIS, debe solicitar a las instituciones de asistencia social la información relativa a su ámbito de competencia para ser integrada a los diferentes mecanismos de difusión del SINAIS.

13. Acceso, Difusión y Uso de la Información en Salud

13.1 La información generada por el SINAIS, debe ser administrada y difundida oportunamente por la DGIS a través de diferentes medios: impresos, magnéticos y electrónicos, para fortalecer el acceso regular de todos los ciudadanos a la información pública.

13.2 La información objeto de esta norma debe cumplir con los criterios de disponibilidad y oportunidad para su consulta por los usuarios reales y potenciales del SINAIS y de la sociedad en general. Las unidades de organización y administración de la información en salud de las diferentes instituciones del sector salud, deben promover y difundir el acceso al SINAIS, además de cubrir las necesidades de información de los usuarios que así lo requieran.

13.3 El uso de la información derivada del SINAIS se debe realizar conforme a los atributos de calidad, validez, consistencia, comparabilidad y homogeneidad, referidos en esta norma.

13.4 En cada uno de los niveles administrativos donde opere el SINAIS deberán adoptar las medidas necesarias para garantizar la seguridad de la información, evitar su alteración, pérdida, transmisión y acceso no autorizado.

13.5 El acceso, uso y difusión de la información se sujetará a los principios de confidencialidad y reserva que establecen las disposiciones vigentes en materia de información como son la Ley General de Estadística y Geografía y Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

14. Concordancia con Normas Internacionales y Mexicanas

Esta Norma Oficial Mexicana es equivalente a ninguna norma internacional ni mexicana, por no existir referencia al momento de su elaboración.

15. Bibliografía

15.1 Decreto Presidencial por el que se da a conocer la forma oficial de los certificados de defunción y muerte fetal. Diario Oficial de la Federación, 14 de noviembre de 1986.

15.2 Acuerdo que establece los lineamientos para la selección de las principales causas de morbilidad y mortalidad, SNS mayo de 1999, SSA/Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades.

15.3 Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Diario Oficial de la Federación, 20 de septiembre de 2002.

15.4 Acuerdo Secretarial 130 para la creación del Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica. Diario Oficial de la Federación, 6 de septiembre de 1995, y Convenio de concertación para la operación del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica.

15.5 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 10a. Revisión, OMS/OPS, 1995.

15.6 Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión. Modificación Clínica. Procedimientos. Volumen 3 (CIE-9 MC) OMS. Madrid, 1996.

15.7 Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) OMS/OPS, 2001.

15.8 Glosario de Términos Estadístico Médicos, Grupo Interinstitucional de Información, México, 1987.

15.9 Glosario del IMSS, segunda edición. Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1995.

15.10 Ley de Información Estadística y Geográfica.

15.11 Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

15.12 Ley General de Salud.

15.13 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

15.14 Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

15.15 Nomenclatura Global de Dispositivos Médicos. European Commite for Standarization and Internacional Organization for Standarization. CEN Report CR 14230 ISO.TS20225.

15.16 NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar.

15.17 NOM-006-SSA2-1993, para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria de la salud.

15.18 NOM-010-SSA2-1993, para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

15.19 NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.

15.20 NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.

15.21 NOM-017-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica.

15.22 NOM-020-SSA2-1994, para la prestación de servicios de atención médica en unidades móviles tipo ambulancia.

15.23 NOM-022-SSA2-1994, para la prevención y control de la brucelosis en el hombre.

15.24 NOM-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

15.25 NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño.

15.26 NOM-045-SSA2-2005, para la prevención, control y vigilancia epidemiológica de las infecciones nosocomiales.

15.27 NOM-090-SSA1-1994, para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

15.28 NOM-166-SSA1-1997, para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.

15.29 NOM-167-SSA1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.

15.30 NOM-173-SSA1-1998, para la atención integral a personas con discapacidad.

15.31 NOM-178-SSA1-1998, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

15.32 NMX-CC-9000-IMNC-2000 Sistemas de Gestión de Calidad. Fundamentos y Vocabulario.

15.33 Manual de Fuentes y Métodos, Secretaría de Salud, México, abril 2000.

15.34 Programa Nacional de Salud 2001-2006, La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud. Secretaría de Salud, México, 2001.

15.35 Programa de Acción del Sistema Nacional de Información en Salud 2001-2006, Secretaría de Salud, México, 2002.

15.36 Programa de Acción en Materia de Evaluación del Desempeño 2001-2006. Secretaría de Salud. México, 2002.

15.37 Reglamento de la Ley de Información Estadística e Informática.

15.38 Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud.

15.39 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

15.40 Sistemas de Información y Tecnología de Información en Salud. Desafíos y Soluciones para América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, 1998.

16. Observancia de la Norma

La vigilancia de la aplicación de la NOM corresponde a la SSA y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias.

17. Vigencia

Esta NOM entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación, salvo los numerales 9. Subsistema de Servicios Otorgados, y 10. Subsistema de Daños a la Salud, mismos que iniciarán su vigencia, para las unidades médicas privadas con < 30 camas, a los 90 días posteriores.

México, D.F., a 21 de enero de 2005.- El Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, **Roberto Tapia Conyer**.- Rúbrica.- El Director General de Información en Salud, **Rafael Lozano Ascencio**.- Rúbrica.

Fecha de Publicación: 28 de septiembre de 2005