

SECRETARIA DE SALUD

PROYECTO de Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, En materia de información en salud; para quedar como Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.

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

GERMAN ENRIQUE FAJARDO DOLCI, Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3, fracciones I y X, 7, fracciones V y X, 13, apartado A, fracción I, 104, 105, 106, 107, 108 y 109 de la Ley General de Salud; 38, fracción II, 40, fracciones III y XI, 41, 43, 45, 47, fracción I y 51 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 3, 4, 20, 21, 22, 45, 46, 47 y 78 de la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica; 28, 33 y 34 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y 8, fracciones V y XVI, 9, fracciones IV Bis y VI, 16, fracción XV y 24 fracción IX del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación del:

PROYECTO DE MODIFICACION DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-040-SSA2-2004, EN MATERIA DE INFORMACION EN SALUD; PARA QUEDAR COMO PROYECTO DE NORMA OFICIAL MEXICANA PROY-NOM-035-SSA3-2012, EN MATERIA DE INFORMACION EN SALUD

El presente Proyecto de Modificación, 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 en idioma español ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, sito en Lieja No. 7, 1er. piso, Col. Juárez, Deleg. Cuauhtémoc, C.P. 06696, México, D.F., teléfonos (55) 55 53 69 30 y 52 86 17 20, fax 52 86 17 26, o bien al correo electrónico fajardo.german@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, los análisis que sirvieron de base para la elaboración del presente Proyecto de Modificación y la Manifestación de Impacto Regulatorio estarán a disposición del público en general, para su consulta, en el domicilio del mencionado Comité de Normalización, o bien en el portal electrónico de Manifestaciones de Impacto Regulatorio www.cofemermir.gob.mx.

CONSIDERANDOS

Que el 28 de septiembre de 2005 se publicó, en el Diario Oficial de la Federación, la Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, "En Materia de Información en Salud", la cual 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, y es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para los 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.

Que dicha norma ha permitido contar con un sistema único, oportuno e integrador, que administra los datos, la información y los conocimientos que sirven de apoyo para conformar un sistema de salud universal y equitativo, de alta calidad y anticipatorio, descentralizado y participativo, que oriente al proceso de planeación, la gestión de programas y servicios, así como a la toma de decisiones.

Que el Sistema Nacional de Salud debe contar con la infraestructura de información que apoye los procesos de toma de decisiones de los diferentes actores y usuarios del Sistema, y contar con indicadores que impulsen las acciones de equidad, calidad y protección financiera en salud.

Que la Dirección General de Información en Salud, consciente de estas responsabilidades, ha impulsado la revisión de esta norma, dando así cumplimiento a las disposiciones establecidas en el marco legal correspondiente.

Que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud me permito ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación del Proyecto de Modificación de la Norma Oficial Mexicana

NOM-040-SSA2-2004, En Materia de Información en Salud, para quedar como PROY-NOM-035-SSA3-2012, En Materia de Información en Salud.

PREFACIO

En la elaboración de esta norma participaron:

SECRETARIA DE SALUD

SUBSECRETARIA DE INTEGRACION Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud

Dirección General de Información en Salud

Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Dirección General de Evaluación del Desempeño

SUBSECRETARIA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Dirección General de Epidemiología

COMISION COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Dirección General de Coordinación de Institutos Nacionales de Salud

Dirección General de Coordinación de Hospitales Federales de Referencia

UNIDAD COORDINADORA DE VINCULACION Y PARTICIPACION SOCIAL

UNIDAD DE ANALISIS ECONOMICO

SECRETARIA DE GOBERNACION

Dirección General del Registro de Población e Identificación Personal

CONSEJO NACIONAL DE POBLACION

SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL

Dirección General de Sanidad

SECRETARIA DE MARINA – ARMADA DE MEXICO

Dirección General Adjunta de Sanidad Naval

SECRETARIA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dirección de Prestaciones Médicas

Dirección de Finanzas

Unidad del Programa IMSS-Oportunidades

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

Dirección Médica

Dirección de Finanzas

PETROLEOS MEXICANOS

Subdirección de Servicios de Salud

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Dirección General de Profesionalización de la Asistencia Social

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y GEOGRAFIA

Dirección General de Estadísticas Sociodemográficas

ASOCIACION NACIONAL DE HOSPITALES PRIVADOS A.C.

ASOCIACION MEXICANA DE INSTITUCIONES DE SEGUROS A.C.
NUEVO SANATORIO DURANGO

INDICE

0. Introducción
1. Objetivo y Campo de Aplicación
2. Referencias
3. Definiciones
4. Abreviaturas
5. Generalidades
6. Flujos de Información
7. Aspectos Específicos
8. Subsistema de Población y Cobertura
9. Subsistema de Recursos para la Salud
10. Subsistema de Servicios para la Salud
11. Subsistema de Nacimientos
12. Subsistema de Daños a la Salud
13. Solicitud de Información
14. Acceso, Difusión y Uso de la Información en Salud
15. Concordancia con Normas Internacionales y Mexicanas
16. Bibliografía
17. Vigilancia
18. Vigencia
- 0. Introducción**

La Dirección General de Información en Salud tiene bajo su responsabilidad, entre otras atribuciones, la de obtener y analizar la información estadística generada por la Secretaría de Salud, el Sector Salud y los establecimientos privados que presten servicios de atención médica, para elevar la calidad, confiabilidad y oportunidad del Sistema Nacional de Información en Salud.

La generación de información en salud en México debe responder a los cambios en los perfiles demográficos y epidemiológicos del país, y a las transformaciones de las instituciones de atención a la salud que han incorporado nuevas metodologías, tecnologías 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 del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, coordinado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), cuya finalidad es suministrar a la sociedad y al Estado información de calidad, pertinente, veraz y oportuna a efecto de coadyuvar al desarrollo nacional, en el que participan las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, los poderes Legislativo y Judicial de la Federación, los gobiernos de las entidades federativas, los organismos constitucionales autónomos y los tribunales administrativos federales, 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

1.1 Objetivo

Esta norma tiene por objeto establecer los criterios y procedimientos que se deben seguir para captar, integrar, producir, procesar, sistematizar y divulgar la información en salud.

1.2 Campo de aplicación

Esta norma es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para todas aquellas personas y establecimientos de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, que presten servicios de atención médica.

2. Referencias

Para la correcta aplicación de esta norma es necesario consultar las siguientes normas oficiales mexicanas, o las que en su caso las modifiquen o substituyan:

2.1 Norma Oficial Mexicana 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 Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica.

2.3 Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2010, Que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud.

2.4 Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico.

2.5 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

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

2.7 Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, Regulación de los servicios de salud, que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica.

3. Definiciones

Para efecto de esta norma 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 con esta característica, debe seleccionarse la que se considere causante del mayor uso de recursos. Si no se hizo ningún diagnóstico, debe seleccionarse como afección principal el síntoma, hallazgo anormal o problema más importante.

3.2 Afiliación, a toda aquella inscripción al Sistema de Protección Social en Salud que tengan las personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o que no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud.

3.3 Atención a la salud (servicio de atención a la salud), al conjunto de acciones coordinadas de promoción y/o 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.

3.4 Atención de consulta ambulatoria, al servicio que se otorga a toda persona que acude a un establecimiento de salud, para consulta o tratamiento sin que sea hospitalizada.

3.5 Atención hospitalaria, a la que se presta a pacientes hospitalizados para recibir atención médica o paramédica, sin importar el tiempo de estancia en la Unidad.

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 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.

3.7 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. Se consideran incluidas en esta definición las camas de servicios de urgencias, de terapia intensiva, de trabajo de parto, de corta estancia, así como las camillas, canastillas y cunas de recién nacido.

3.8 Causa Básica de Defunción, a la 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.

3.9 Causas de Defunción, a todas aquellas enfermedades, estados morbosos o lesiones que produjeron la muerte o que contribuyeron a ella, y las circunstancias del accidente o de la violencia que produjo dichas lesiones.

3.10 Causas externas, a la clasificación de acontecimientos ambientales y circunstancias como la causa de traumatismos, envenenamientos y otros efectos adversos. Cuando se registra una afección como traumatismo, envenenamiento u otro efecto de causas externas, es importante describir tanto la naturaleza de la afección como las circunstancias que la originaron.

3.11 Certificado de Defunción, al formato único nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar la ocurrencia de una defunción y las circunstancias que acompañaron el hecho. El Certificado de Defunción es requisito indispensable para el trámite del Acta de Defunción y no debe ser confundido con ésta, por lo tanto, no podrá ser utilizado en sustitución o como complemento del Acta para fines legales o administrativos.

3.12 Certificado de Muerte Fetal, al formato único nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar la ocurrencia de una defunción fetal y las circunstancias que acompañaron el hecho.

3.13 Certificado de Nacimiento, al formato único nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar el nacimiento de un nacido vivo y las circunstancias que acompañaron el hecho. El Certificado de Nacimiento es requisito indispensable para el trámite del Acta de Nacimiento y no debe ser confundido con ésta, por lo tanto, no puede ser utilizado en sustitución o como complemento del Acta para fines legales o administrativos.

3.14 Cirugía (intervención quirúrgica), al procedimiento que consiste en extirpar, explorar, sustituir, trasplantar o 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, pudiendo ser ésta dentro o fuera de una sala de operaciones.

3.15 Clasificación de Procedimientos en Medicina, al estándar de uso obligatorio en todo el país para la codificación y generación de estadísticas de procedimientos médicos: quirúrgicos y no quirúrgicos (de diagnóstico y terapéuticos); que permite la comparabilidad nacional. Para efectos de esta Norma se considera la versión vigente adoptada en nuestro país.

3.16 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE), al estándar internacional de uso obligatorio en todo el país, para la codificación y generación de estadísticas de morbilidad y mortalidad uniformes, que permite la comparabilidad nacional e internacional. Para efectos de esta Norma se considera la versión vigente adoptada en nuestro país.

3.17 Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), al estándar internacional que debe ser utilizado en todo el país para el estudio, codificación y generación de estadísticas de funcionamiento y discapacidad, que permiten la comparabilidad nacional e internacional. Para efectos de esta Norma se considerará la versión vigente adoptada en nuestro país.

3.18 Clave Unica de Establecimientos de Salud (CLUES), al identificador único, consecutivo e intransferible que asigna la DGIS de manera obligatoria en términos de las disposiciones jurídicas aplicables a cada establecimiento de salud (unidad médica fija o móvil, 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 establecimiento a cada uno de los subsistemas de información del SINAIS.

3.19 Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud (CTESS), al órgano colegiado de participación y consulta constituido conforme a la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica para fungir como la instancia de coordinación sectorial, donde se identifican y desarrollan acciones conjuntas para la captación, integración, producción, procesamiento, sistematización y difusión de la información, que sirvan de base para la consolidación del Sistema Nacional de Información en Salud y su vinculación con el Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica.

3.20 Consulta externa, a la atención médica que se otorga al paciente ambulatorio, en un consultorio o en el domicilio de dicho paciente, que consiste en realizar un interrogatorio y una exploración física para integrar un diagnóstico y/o dar seguimiento a una enfermedad diagnosticada previamente.

La consulta externa se clasifica como general cuando es otorgada por un médico general o de familia, mientras que se clasifica como de especialidad cuando es otorgada por un médico especialista, ya sea de alguna de las cuatro especialidades básicas o de cualquier subespecialidad.

3.21 Consultorio, al área física 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 necesarios 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 de medicina general, de especialidad cuando está destinado a la atención de una especialidad; de odontología, cuando se desarrollan actividades preventivas, curativas y de rehabilitación dirigidas a mantener o reintegrar el estado de salud bucal de las personas.

3.22 Defunción (Muerte), a la extinción o pérdida de la vida. Desaparición permanente de todas las funciones vitales de una persona ocurridas después de ser declarado nacido vivo.

3.23 Defunción (Muerte) Fetal, a la pérdida de la vida de un producto de la concepción antes de la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. La muerte está indicada por el hecho de que después de la separación de la madre, el feto no presenta signos vitales, como respiración, latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

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

3.25 Derechohabencia, al derecho que tienen las personas para recibir servicios médicos y/u otros servicios, que pueden ser provistas por instituciones de seguridad social dado que cumplen con lo establecido en las leyes y disposiciones legales que rigen a estas instituciones.

3.26 Destino del paciente, a la principal razón por la que el paciente es dado de alta después de recibir tratamiento médico en el área de hospitalización.

3.27 Días 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, ocupando una cama censable, se cuenta como un día estancia. Se contabilizarán cero días de estancia cuando el paciente es atendido exclusivamente en los servicios de urgencias y/o de corta estancia, dado que en estos servicios ha utilizado una cama no censable.

3.28 Discapacidad, al término genérico que incluye deficiencias en las funciones y estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, indicando los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

3.29 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 entre diferentes servicios dentro del mismo hospital.

3.30 Establecimientos del sector salud, a toda aquella unidad pública, social o privada, fija o móvil, y cualquiera que sea su denominación, que preste servicios dentro del sector salud. Para efectos de esta norma también son llamados establecimientos del Sistema Nacional de Salud.

Dentro del concepto de establecimientos del sector salud se considera el de unidad médica, establecimientos de apoyo y unidades administrativas. Las unidades médicas son aquellas que cuentan con los recursos materiales, humanos, tecnológicos y económicos destinados a proporcionar atención médica a la población de acuerdo a su tipología y capacidad resolutive.

3.31 Etnicidad, a la pertinencia a un grupo cultural particular, cuyos miembros comparten la lengua, las creencias, costumbres, valores e identidad. El concepto de etnicidad no debe ser confundido con el de raza, que se refiere sólo a distinciones físicas y corporales.

3.32 Funcionamiento, al término genérico para designar las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la participación social del individuo. Indica los aspectos positivos de la interacción de un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

3.33 Gasto en salud, a todas aquellas erogaciones cuyo propósito primordial es la restauración, el mejoramiento y mantenimiento de la salud de los habitantes de un país durante un periodo de tiempo definido.

3.34 Gasto privado en salud, al gasto en salud realizado por los hogares, a través del gasto de bolsillo, así como por los seguros privados, las empresas e instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares, en un país y en determinado periodo de tiempo.

3.35 Gasto público en salud, a la suma de los desembolsos en salud por parte del Gobierno Federal, estatal o municipal, 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 dichas instituciones.

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

3.37 Información en salud, a los datos, registros, conocimiento y evidencia relacionados con la generación, acceso, difusión y uso de: el personal, servicios, recursos, pacientes, tratamientos y resultados dentro del sector salud. La información en salud puede ser estadística, epidemiológica y financiera.

3.38 Nacido vivo, al producto de la concepción expulsado o extraído de forma completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo, que después de dicha separación respire y presente signos vitales como frecuencia cardiaca, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical, y esté o no desprendida la placenta.

3.39 Nacimientos ocurridos, al total de nacimientos ocurridos en determinado periodo, generalmente de un año (incluye nacidos vivos y nacidos muertos).

3.40 Nacimientos registrados, al número de nacimientos inscritos en el Registro Civil en determinado periodo, generalmente de un año. Incluye a los nacidos vivos en el mismo año (registro oportuno) y a los nacidos en años anteriores (registro extemporáneo).

3.41 Parto, al conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento.

3.42 Parto normal, al nacimiento por parto vaginal sin alguna variación o complicación, como sería la aplicación de maniobras o medicamentos para inducto-conducción.

3.43 Parto complicado, al nacimiento por parto vaginal que no se considera normal por haber requerido algún procedimiento como: inducto-conducción, aplicación de fórceps o aplicación de maniobras, como versión y extracción podálica.

3.44 Personal administrativo, a todos aquellos profesionales, técnicos y auxiliares del área que apoyan con funciones administrativas en la unidad médica.

3.45 Personal médico, a la persona autorizada legalmente, que desempeña labores relacionadas con la atención médica en beneficio de pacientes y de la comunidad. El personal médico se divide en:

a) Médico en contacto directo con el paciente, es el profesional en salud con título y cédula profesional que realiza actividades, propias de su profesión o especialidad, de atención directa a la salud de pacientes, no incluye a los que se desarrollan en áreas de apoyo técnico, investigación, docente y administrativo.

b) Médico residente, es el que se encuentra en proceso de formación para obtener el grado de especialista.

c) Pasante de medicina, es el egresado de la carrera de medicina con el 100% de los créditos académicos completados, pero que aún no cuenta con título y cédula profesional.

d) Interno de Pregrado, es el personal que cumple un ciclo académico teórico-práctico que se realiza como parte de los planes de estudio de licenciatura en medicina, como una etapa que debe cubrirse previamente al servicio social, al examen profesional y al título respectivo.

e) Médico en otras labores, es el que desempeña labores de apoyo técnico, investigación, docencia y/o administrativas en las unidades médicas.

3.46 Personal paramédico, a todo el personal dedicado al desarrollo de actividades en apoyo a la prestación de servicios médicos, dentro del cual se contempla personal profesional, técnico y auxiliar como lo son: trabajo social, dietología, archivo clínico y farmacia. Las enfermeras se excluyen del personal paramédico.

3.47 Población indígena, al conjunto de personas que se identifican con alguno de los siguientes criterios: i) autoper pertenencia, ii) hablante de lengua indígena o iii) residente de una localidad o municipio con 40% o más de habitantes con las características antes mencionadas.

3.48 Población con seguridad social, a las personas con derecho a recibir prestaciones en especie y/o en dinero conforme a lo establecido por las disposiciones legales que rigen cada institución de seguridad social. Incluye asegurados directos o cotizantes, pensionados, jubilados y sus beneficiarios.

3.49 Población sin seguridad social, a las personas que cuentan con derecho a recibir la atención a la salud derivada de la Responsabilidad Pública, en Instituciones, esquemas y/o programas como: los Servicios Estatales de Salud, IMSS-Oportunidades, DIF, y Seguro Popular; entre otros de similares características.

3.50 Población con aseguramiento privado, a las personas que, teniendo o no seguridad social, y con motivo de un contrato privado cuentan con derecho a recibir atención a la salud en los términos convenidos en virtud de dicho contrato.

3.51 Procedimientos practicados, al conjunto de actividades o intervenciones que realiza el médico o el personal de salud para diagnosticar, atender, curar, prevenir o tratar a las lesiones, enfermedades o problemas de salud.

3.52 Recién nacido, al producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

3.53 Reingreso, al paciente que ingresa nuevamente a una unidad médica por la misma afección o diagnóstico principal, sin considerar algún límite de tiempo.

3.54 Registro sobre atención de urgencias, al registro por paciente, sin importar el tiempo de estancia en esta área, tomando en cuenta a los médicos responsables y a las interconsultas requeridas. El registro se llevará a cabo al dar de alta al paciente del área de urgencias.

3.55 Residencia habitual, al lugar donde se ubica el domicilio permanente del paciente.

3.56 Servicio, a la dependencia destinada a funciones técnicas especializadas (farmacia, laboratorio, obstetricia, cirugía). Debe contar con la dotación de recursos suficiente para el cumplimiento de las funciones específicas, y debe estar a cargo de un jefe especialista de servicio y tener el personal subalterno necesario.

3.57 Servicio de corta estancia, al servicio prestado dentro de la unidad hospitalaria destinada para dar atención médica o quirúrgica a pacientes con una estancia menor a 24 horas. Comprende atenciones programadas que utilizan camas no censables, por lo que no generan días estancia, y se otorgan en áreas destinadas para tal fin que presentan una alta rotación hospitalaria.

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

3.59 Servicios no personales de salud, a aquellos que se aplican al medio ambiente (por ejemplo, el saneamiento ambiental) o a la colectividad (por ejemplo, la educación masiva en salud) y que por lo tanto no son apropiables por un solo individuo en forma específica.

3.60 Servicios personales de salud, a aquellos que son proporcionados a un solo individuo en forma específica, como podría ser una consulta médica, la administración de un biológico, un procedimiento diagnóstico, etc.

3.61 Sistema de Información en Salud (SIS), al conjunto de subsistemas o módulos que integran las actividades derivadas del proceso de atención a la salud, incluyendo los daños a la salud (morbilidad y mortalidad), nacimientos, población y cobertura, además de los recursos humanos, de infraestructura, materiales y financieros; con el propósito de producir y difundir información estadística la que es sustento del proceso para la toma de decisiones.

3.62 Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (SNIEG), al conjunto de Unidades organizadas a través de los Subsistemas Nacionales de Información, coordinadas por el INEGI y articuladas por la Red Nacional de Información, con el propósito de producir y difundir la Información de Interés Nacional.

3.63 Sistema Nacional de Salud (SNS), al conjunto constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como estatal y 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.

3.64 Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), al esquema de seguro público de salud coordinado por la Federación y operado por las entidades federativas, mediante el cual el Estado proporciona protección financiera a las personas que no son derechohabientes de las instituciones públicas de seguridad social, garantizando el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación, a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que se contemplan en el Catálogo Universal de Servicios de Salud y los que cubre el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

3.65 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.

3.66 Urgencia no calificada, al 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.

4. Abreviaturas

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

4.2 CIE-9MC: Clasificación Internacional de Enfermedades, 9a. Revisión, Modificación Clínica.

4.3 CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.

4.4 CONAPO: Consejo Nacional de Población.

4.5 CONAVE: Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

4.6 CLUES: Clave Unica de Establecimientos de Salud.

4.7 CTESS: Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud.

4.8 CURP: Clave Unica de Registro de Población.

4.9 DGIS: Dirección General de Información en Salud.

4.10 INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

4.11 NOM: Norma Oficial Mexicana.

4.12 OMS: Organización Mundial de la Salud.

4.13 SEED: Subsistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones.

4.14 SESA: Servicios Estatales de Salud.

4.15 SINAC: Subsistema de Información sobre Nacimientos.

4.16 SINAIS: Sistema Nacional de Información en Salud.

4.17 SNS: Sistema Nacional de Salud.

4.18 La Secretaría: Secretaría de Salud.

5. Generalidades

5.1 La información generada por las instituciones públicas 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. Todo establecimiento del SNS debe contar con una Clave Unica de Establecimientos de Salud (CLUES) emitida por la DGIS.

5.2 Los establecimientos para la prestación de servicios de salud del sector privado y social deben generar, integrar y entregar la información en Salud de acuerdo con los formatos y procedimientos establecidos por la Secretaría en términos de las disposiciones jurídicas aplicables.

5.3. Las instituciones públicas del SNS deben entregar la información con base en los formatos y/o procedimientos establecidos por el CTESS y la DGIS, los cuales deberán respetar las clasificaciones establecidas en los catálogos de clasificaciones internacionales.

En todos los casos en los que sea necesario utilizar las clasificaciones internacionales de enfermedades y procedimientos vigentes y adoptadas en el país (CIE, CIF y CIE-MC) la codificación debe efectuarse al nivel de cuatro dígitos.

6. Flujos de información

6.1 La Secretaría de acuerdo a las disposiciones jurídicas vigentes es el órgano normativo y rector del SINAIS, y, dentro sus atribuciones, tiene la facultad de fungir como el concentrador de toda la información que agrupa y difunde el SINAIS.

La coordinación de dichas funciones se ejerce por conducto de la DGIS, y para la información de vigilancia epidemiológica, por conducto de la Dirección General de Epidemiología, de conformidad con las disposiciones aplicables, procurando, en todo caso, la coordinación con los diferentes sectores del SNS.

6.2 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, dicha coordinación se ejerce a través de los siguientes niveles:

a) Unidades médicas, de apoyo y administrativas

- b) Municipal
- c) Estatal
- d) Nacional

6.3 Para el caso de las instituciones del sector salud, la aplicación y operación del SINAIS se lleva a cabo a través de los procedimientos acordados en el seno del CTESS.

6.4 Con relación al flujo de la información epidemiológica, corresponde al que cita la NOM-017-SSA2-1994, Para la Vigilancia Epidemiológica.

7. Aspectos específicos

7.1 El SINAIS está integrado por los siguientes subsistemas de información:

- a) Población y cobertura
- b) Recursos para la salud
- c) Servicios para la salud
- d) Sobre nacimientos
- e) Daños a la salud

7.2 La periodicidad de la información reportada debe ser anual, semestral, trimestral o mensual, según refiere la NOM-017-SSA2-1994, Para la Vigilancia Epidemiológica o la que, en su caso, la modifique o sustituya.

7.3 La información solicitada con periodicidad anual debe estar disponible para su consulta a más tardar en el mes de abril siguiente al cierre del periodo anual de referencia, por lo que las instituciones del SNS y los SESA deberán entregarla a la DGIS a más tardar el último día de marzo de dicho año.

7.4 La información con corte semestral, trimestral o mensual debe estar disponible para su consulta a más tardar dentro de los 30 días naturales siguientes a la terminación del periodo de referencia.

7.5 La información debe ser entregada, con desagregación por unidad médica, localidad, municipio y entidad federativa, en función de las necesidades que la Secretaría establezca a través de la DGIS.

7.6 La información debe ser entregada en el formato determinado por la DGIS, a través de la unidad administrativa que tenga a su cargo este sistema de información, por medio de medios magnéticos electrónicos o sistemas informáticos que aseguren que se da cumplimiento a dicho formato.

7.7 La información sobre infraestructura sujeta a proceso de captura en base de datos que requiera ser georreferenciada deberá estar sustentada en el Catálogo de Integración Territorial del INEGI, en su versión más reciente, la cual puede consultarse en la página electrónica del INEGI: <http://www.inegi.org.mx/>.

8. Subsistema de población y cobertura

8.1 Población

8.1.1 En materia de población, en cuanto a su volumen, estructura y distribución en el territorio nacional, la información debe tener como fuente las proyecciones vigentes elaboradas por el CONAPO.

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 oficiales disponibles.

8.1.2 Para la construcción de indicadores en los que el denominador sea la población, deben utilizarse las estimaciones de población a mitad de año (al 30 de junio) elaboradas por el CONAPO.

8.2 Cobertura

8.2.1 La información en el módulo de cobertura se integra por datos relacionados con la población según las siguientes condiciones:

- a) Población con seguridad social
- b) Población sin seguridad social
- c) Población con aseguramiento privado

8.2.2 Las instituciones del SNS deben incorporar al SINAIS información sobre la población de responsabilidad institucional que compete a cada una de ellas, a fin de coadyuvar a que se determine la población que en México hace efectivo el derecho a la protección a la salud; mediante el uso de los servicios personales o no personales de salud, así como a la construcción de los indicadores relacionados con la

medición de la cobertura de servicios de salud; utilizando para ello los formatos y/o procedimientos acordados por el CTESS y expedidos por la DGIS.

8.2.3 Los datos de cobertura deben estar vinculados con la población, permitiendo su desagregación por sexo, edad, residencia habitual, y procurando captar los datos relativos a la condición de etnicidad y de discapacidad.

9. Subsistema de recursos para la salud

Toda la información del Subsistema de Recursos para la Salud debe estar vinculada a los establecimientos del SNS a través de la CLUES.

Cada establecimiento del SNS debe contar con la CLUES, conforme a los lineamientos y requisitos establecidos por la DGIS, que permita su incorporación al directorio nacional de establecimientos del SNS.

9.1 Recursos humanos para la salud

9.1.1 Las variables sobre recursos humanos para la salud se refieren al personal que labora en establecimientos del SNS. Tal información debe contener datos sobre el número y características del personal, conforme a los formatos y/o procedimientos acordados por el CTESS y expedidos por la DGIS.

9.1.2 Sin detrimento de la definición por parte del CTESS sobre las características del personal al que se hace mención, éstas deben estar relacionadas con: el personal médico, paramédico, técnico y auxiliar; de investigación, enseñanza y administrativo que labora en los establecimientos del SNS.

Dicha información debe notificarse a nivel de establecimiento del SNS y contener datos sobre el número y características del personal conforme a los formatos y procedimientos acordados por el Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud y expedidos por la DGIS.

9.2 Recursos físicos para la salud

9.2.1 La información sobre recursos físicos para la salud se refiere al total de establecimientos de atención a la salud, de apoyo y administrativos existentes en el SNS.

9.2.2 La información deberá contener datos sobre las características de los establecimientos, principalmente en relación a su tipología, áreas y espacios físicos, así como sus características funcionales y de operación, conforme a los formatos y/o procedimientos acordados por el CTESS y expedidos por la DGIS.

9.2.3 La información de los establecimientos de atención médica debe integrar y actualizar los datos sobre la certificación emitida por el Consejo de Salubridad General y sobre la acreditación de aquellos que proporcionan servicios al Sistema de Protección Social en Salud, de acuerdo a lo establecido en la Ley General de Salud.

9.3 Recursos materiales para la salud

9.3.1 Los recursos materiales para la salud comprenden equipo médico, no médico y mobiliario, que son necesarios para la prestación de servicios de atención médica, de investigación y de educación en los establecimientos del SNS.

9.3.2 Esta información debe contener datos conforme a los formatos y/o procedimientos acordados por el CTESS y expedidos por la DGIS.

9.4 Recursos financieros para la salud

9.4.1 Los recursos financieros para la salud comprenden todos los gastos tanto públicos como privados de las actividades cuyo objetivo esencial es el restablecimiento, el mantenimiento, el mejoramiento y la protección de la salud.

9.4.2 El gasto en salud debe integrarse conforme a la clasificación por objeto de gasto, la clasificación de actividad institucional de atención a la salud y la clasificación por funciones. Dicha información debe reportarse conforme a los formatos y/o procedimientos acordados por el CTESS y expedidos por la DGIS.

10. Subsistema de servicios para la salud

10.1 El Subsistema de Servicios para la Salud incluye la información sobre los servicios otorgados personales y no personales.

10.1.1 Los servicios personales incluyen:

a) Consulta externa

- b) Hospitalización
- c) Urgencias
- d) Servicios de corta estancia
- e) Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento

10.1.2 Los servicios no personales incluyen:

- a) Las acciones de regulación sanitaria
- b) Promoción y educación para la salud
- c) Prevención y control de enfermedades a nivel poblacional

Se debe realizar un registro para cada atención otorgada por el personal de salud, ya sea al paciente o a la comunidad.

10.2 El registro de información sobre servicios otorgados a la persona debe considerar: Datos generales del usuario

a) Diagnóstico médico y/o motivo de la consulta (excepto para los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento)

- b) Tipo de servicio
- c) Características de la atención brindada

10.3 Para el caso de los servicios otorgados no personales se debe considerar:

- a) Tipo de servicio
- b) Población beneficiada

Esta información debe contener datos conforme a los formatos y/o procedimientos acordados por el CTESS y expedidos por la DGIS.

10.4 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
- d) Atenciones colaterales prestadas durante la consulta

Cuando la atención se otorgue a niños menores de 5 años, es necesario especificar si el menor se atendió de una enfermedad diarreica aguda o infección respiratoria aguda, y el tipo de tratamiento prescrito; así como el estado nutricional y si se aplicó alguna vacuna del esquema básico.

10.5 Las variables para el registro sobre la atención de urgencias, además de lo señalado en el punto 9.2, deben diferenciar entre urgencia calificada y no calificada. Asimismo se deberá indicar: fecha, hora de inicio y término de la atención; afecciones tratadas, afección principal; procedimientos practicados; destino del paciente después de la atención; y tipo de servicio de urgencia médica, como son:

- a) Accidentes, envenenamiento y/o violencia
- b) Atención médica
- c) Atención gineco-obstétrica
- d) Atención pediátrica

10.6 En cuanto al destino del paciente después de haber recibido atención en área de Urgencias medicas, se consideran:

- a) Hospitalización
- b) Consulta externa
- c) Traslado a otra unidad

- d) Domicilio
- e) Defunción
- f) Fuga
- g) Voluntaria

10.7 Para egresos hospitalarios y servicio de corta estancia, el Conjunto Básico de Datos Hospitalarios debe incluir, entre otros:

- a) Identificación de la unidad
- b) CLUES
- c) CURP
- d) Edad
- e) Sexo
- f) Etnicidad
- g) Peso y talla del paciente
- h) Nombre del médico que, en su caso, atiende el procedimiento quirúrgico sobre la atención bariátrica
- i) Entidad de residencia habitual
- j) Municipio de residencia habitual
- k) Condición de afiliación y/o derechohabiencia
- l) Fecha de ingreso
- m) Fecha de egreso
- n) Días de estancia
- o) Reingreso por la misma afección
- p) Servicio de atención
- q) Unidad de procedencia externa
- r) Tipo de atención hospitalaria (normal y corta estancia)
- s) Motivo de egreso
- t) Diagnóstico principal y diagnósticos secundarios (codificados con base en la CIE vigente)
- u) Procedimientos quirúrgicos, terapéuticos y diagnósticos (codificados con base en la CIE-MC vigente), y
- v) Causas de defunción.

10.8 En caso de atención obstétrica:

- a) Parto normal o complicado
- b) Cesárea
- c) Aborto
- d) Edad gestacional
- e) Peso en gramos al nacimiento
- f) Número de folio del certificado de nacimiento
- g) Condición al nacer
- h) Condición al egreso de él o los productos

10.9 En el caso de que se utilice el expediente clínico electrónico como herramienta en la prestación del servicio, éste debe:

- a) Garantizar la confidencialidad de la información de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables.

b) Integrar las variables y criterios establecidos en esta norma que garanticen la obtención de la información necesaria para el SNS.

10.10 Para atenciones a consecuencia de una lesión se debe incluir, de manera enunciativa mas no limitativa, las siguientes circunstancias:

- a) Intencionalidad
- b) Tipo de violencia (en caso de tener este tipo de atención)
- c) Sitio de ocurrencia
- d) Agente de la lesión
- e) Consecuencia resultante de mayor gravedad
- f) Causa externa de la lesión

11. Subsistema de nacimientos

11.1 Las estadísticas de nacimientos que elaboran las instituciones del SNS se basan en los nacimientos ocurridos; y éstas podrán ser utilizadas para fines epidemiológicos y estadísticos, así como para la planeación, asignación de recursos y la evaluación de los servicios de atención a la salud y de los programas implementados por las instituciones del SNS.

11.2 Las estadísticas de nacimientos registrados con base en las actas de nacimiento son emitidas anualmente por el INEGI.

11.3 La fuente primaria para la generación de las estadísticas de nacimientos ocurridos es el Certificado de Nacimiento.

a) El Certificado de Nacimiento consta de un original y dos copias. Con objeto de asegurar la integración de la información y el registro de los nacimientos se establece el siguiente flujo:

b) El original (hoja blanca) se entrega a la madre del nacido vivo, o a quien corresponda a falta de ésta, con la indicación de presentarlo ante el Registro Civil para la obtención del Acta de Nacimiento correspondiente, quedando bajo resguardo del mismo.

c) La primera copia (hoja rosa) permanece en la unidad médica en el expediente clínico de la madre, en la que se expidió el Certificado para fines administrativos; la segunda copia (hoja azul) se entrega al área de captura correspondiente para garantizar la integración de la información en el SINAC.

d) Para el caso de nacimientos certificados fuera de una unidad médica, las dos copias deben ser entregadas, por el personal autorizado que haya expedido el certificado, a la instancia que le proporcionó los formatos, la cual se hace cargo de resguardar la primera copia y de entregar la segunda copia al área de captura que le corresponda.

11.4 El Certificado de Nacimiento debe ser expedido por única vez a todo nacido vivo, en forma gratuita y obligatoria, una vez que el médico con cédula profesional o la persona autorizada por la Secretaría haya corroborado el nacimiento.

Con objeto de asegurar la calidad de la información, el Certificado de Nacimiento debe expedirse según las circunstancias que acompañen al nacimiento de conformidad con lo siguiente:

I. Si el nacimiento ocurrió en un establecimiento del SNS, éste se encuentra obligado a expedir el Certificado de Nacimiento, mismo que debe llenarse inmediatamente después de ocurrido el nacimiento, o dentro de las primeras 24 horas, por el médico que atendió al nacido vivo durante el parto o, a falta de éste, por el personal de salud autorizado.

II. Si el nacimiento ocurrió con la asistencia de una partera autorizada por alguna institución del SNS para expedir el Certificado de Nacimiento, ésta debe emitirlo inmediatamente después de ocurrido el nacimiento o dentro de las primeras 24 horas.

III. Cuando el nacimiento es atendido por personal no autorizado para la expedición de dicho certificado, las unidades médicas de las instituciones del SNS son las responsables de expedirlo, dentro de un máximo de 365 días naturales después de ocurrido.

En cualquiera de los casos anteriores, para que el Certificado de Nacimiento sea expedido es necesaria la identificación oficial de la madre.

11.5 La expedición y entrega del Certificado de Nacimiento no debe ser condicionada por ningún motivo.

En ausencia del Acta de Nacimiento, las instituciones públicas del SNS podrán cuando las disposiciones jurídicas que les rigen así lo autoricen, utilizar provisionalmente el Certificado de Nacimiento para fines de afiliación a los programas públicos de salud.

11.6 Toda persona autorizada por la Secretaría que expida un Certificado de Nacimiento debe estar capacitada para su correcto llenado y es considerada responsable de la información contenida en el mismo, para los efectos de esta NOM y demás disposiciones jurídicas aplicables.

11.7 El diseño, impresión, distribución y control del Certificado de Nacimiento corresponde a la Secretaría, la cual de común acuerdo con las instituciones del SNS, debe determinar las modificaciones y actualizaciones periódicas a dichos formatos, de conformidad a las necesidades del SNS y la normatividad vigente.

11.8 La integración de la información del Certificado de Nacimiento se realizará en el SINAC, con base a los procedimientos establecidos por la DGIS y consensuados al interior del CTESS.

11.9 Los SESA son responsables ante la DGIS del estricto control y uso adecuado de los folios proporcionados por la misma para expedir los Certificados de Nacimiento, de coordinar el retiro de los formatos obsoletos cuando la DGIS así lo indique; así como de garantizar la incorporación, en tiempo y forma, y de acuerdo a los procedimientos establecidos por la DGIS, de la información correspondiente a todos los Certificados de Nacimiento expedidos en su entidad en el SINAC.

De la misma manera, todo establecimiento de una institución del SNS, persona o instancia contemplada en la distribución de Certificados de Nacimiento, es a su vez responsable ante los SESA del estricto control y uso adecuado de los folios asignados, así como de retirar de circulación los formatos obsoletos cuando se le indique.

Las instituciones del SNS deben garantizar la incorporación en el SINAC, en tiempo y forma, y de acuerdo a los procedimientos establecidos por los SESA, de la información correspondiente a todos los Certificados de Nacimiento expedidos en su institución.

11.10 Las instituciones del SNS deben informar a la población en general sobre la conveniencia de exigir el Certificado de Nacimiento para todo nacido vivo, así como sobre los requisitos para obtenerlo.

11.11 Las instituciones del SNS deben capacitar permanentemente al personal involucrado en el llenado del Certificado de Nacimiento, con la finalidad de promover y garantizar que éste se lleve a cabo de manera correcta; igualmente deben informar sobre la importancia que esto tiene dado que repercute en la vigilancia epidemiológica y en la generación de estadísticas, así como sobre las implicaciones legales que pudieran derivarse del mal llenado de los mismos.

Adicionalmente, deben capacitar permanentemente al personal responsable de la codificación de las anomalías congénitas, enfermedades o lesiones del nacido vivo asentadas en el Certificado, así como a aquél involucrado en la captura de la información y en la operación del SINAC.

12. Subsistema de daños a la salud

La información del Subsistema de Daños a la Salud comprende los siguientes componentes:

12.1 Morbilidad y otros motivos de atención

12.2 Mortalidad

12.1 Morbilidad y otros motivos de atención

12.1.1 Este apartado integra información de las afecciones y otros motivos de atención en consulta externa, urgencias y hospitalización. Comprende registros estadísticos de consulta y egresos hospitalarios.

12.1.2 Las estadísticas de morbilidad que elaboran las instituciones del SNS, podrán ser utilizadas para fines epidemiológicos y estadísticos, así como para la planeación, asignación de recursos y la evaluación de los servicios de atención a la salud y de los programas de salud implementados.

12.1.3 La generación de las estadísticas de morbilidad debe basarse en el concepto de afección principal y se deben cumplir los procedimientos normados en la CIE en materia de registro, codificación y reelección de la afección principal cuando ésta aplique.

12.1.4 Los formatos destinados a la captación del registro estadístico de la morbilidad deben disponer de un espacio suficiente para anotar la afección principal separada de las afecciones secundarias las cuales se

derivan de otras afecciones que presente el paciente y/o de las complicaciones que se presenten durante el episodio de atención.

12.1.5 Las instituciones deben prever que los sistemas de información capten tanto la afección principal como las secundarias, de manera que puedan integrarse estadísticas por causa única y múltiple.

12.1.6 La medición de la morbilidad debe integrar las enfermedades, lesiones u otras causas de atención a personas sanas o enfermas y que constituyen la demanda de servicios de salud. Debe acompañarse de los datos sociodemográficos del paciente, la identificación de los servicios y los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, quirúrgicos y no quirúrgicos practicados.

12.1.7 Las estadísticas sobre motivos de atención de urgencias se integrarán conforme a los formatos y procedimientos establecidos por el CTESS.

12.1.8 Para la generación de las estadísticas de morbilidad se deben cumplir los lineamientos establecidos por la OMS en materia de codificación y selección de la afección principal, conforme a la CIE, mismos que pueden consultarse en la página electrónica de la DGIS: www.dgis.salud.gob.mx.

12.1.9 Para la generación de las estadísticas de procedimientos se deben de cumplir los lineamientos establecidos en la Clasificación de Procedimientos en Medicina aprobada para su uso en nuestro país.

12.1.10 Para la generación de estadísticas sobre el nivel de salud y discapacidad se deben cumplir los lineamientos establecidos por la OMS en la CIF, para captar información sobre:

a) Las deficiencias en las funciones y estructuras corporales de las personas con discapacidad.

b) Las dificultades en la realización de actividades.

c) Las restricciones en la participación, así como en el papel positivo o negativo de los factores contextuales en el funcionamiento global de las personas.

12.1.11 Las instituciones públicas del SNS deben capacitar permanentemente al personal involucrado en el registro estadístico de la morbilidad, con la finalidad de promover y garantizar que éste se lleve a cabo de manera correcta; igualmente deben informar sobre la importancia que esto tiene, dado que repercute en la vigilancia epidemiológica y en la generación de estadísticas, así como sobre las implicaciones legales que pudieran derivarse del mal llenado de los mismos.

Asimismo, deben capacitar permanentemente al personal involucrado en la incorporación de la información en las aplicaciones informáticas que para este propósito se desarrollen.

12.1.12 Para la generación de la estadística de morbilidad por acontecimientos ambientales y circunstancias como la causa de traumatismos, envenenamientos y otros efectos adversos, se debe registrar y codificar tanto la naturaleza de la lesión como la causa externa.

Además, deben capacitar permanentemente al personal responsable de la codificación de las afecciones (principal y secundaria) y la reselección de la afección principal, así como a aquél involucrado en la captura de la información y en la operación de los sistemas de captura.

12.1.13 Es importante vigilar que los diferentes expedientes electrónicos cumplan con la normatividad establecida en el uso de las diferentes clasificaciones internacionales en salud.

12.2 Mortalidad

12.2.1 Este componente comprende la información de mortalidad general y fetal.

12.2.2 Las estadísticas de mortalidad general y fetal que elaboran las instituciones del SNS tienen un carácter preliminar; éstas podrán ser utilizadas para fines epidemiológicos y estadísticos, así como para la planeación, asignación de recursos y la evaluación de los servicios de atención a la salud y de los programas implementados por las instituciones del SNS.

Las estadísticas de mortalidad general y fetal definitivas son emitidas anualmente por el INEGI y serán difundidas por la DGIS.

12.2.3 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, respectivamente.

El Certificado de Defunción está conformado por un original y tres copias, mientras que el Certificado de Muerte Fetal consta de un original y dos copias. Con objeto de asegurar la integración de la información y el registro se establece el siguiente flujo:

El original del Certificado de Defunción y sus dos primeras copias deben entregarse al (a la) interesado(a) con la instrucción de llevarlas ante el Registro Civil para obtener el Acta de Defunción y el permiso de inhumación correspondiente. Para el caso del Certificado de Muerte Fetal, se entregará al (a la) interesado(a)

el original y sus dos copias, indicándole de igual forma que éstas sean presentadas en el Registro Civil para la obtención del permiso de inhumación respectivo.

Para ambos certificados: el original (hoja blanca) corresponde a la Secretaría y debe ser recuperado de las Oficialías del Registro Civil por los SESA, para que éstos procedan a su resguardo; la primera copia (hoja rosa) debe ser remitida por las Oficialías del Registro Civil al INEGI, quién las mantendrá bajo su resguardo; la segunda copia (hoja azul) corresponde al Registro Civil, institución responsable de su resguardo. En el caso del Certificado de Defunción, la tercera copia (hoja verde) corresponde a la unidad médica que certificó la defunción o al certificante en cualquier otro caso, quienes deben conservarla para garantizar la integración de la información correspondiente en el SEED con base en los procedimientos establecidos por la DGIS y consensuados al interior del CTESS.

12.2.4 Los Certificados de Defunción y de Muerte Fetal deben ser expedidos por única vez para toda defunción o muerte fetal, en forma gratuita y obligatoria, una vez que un médico con cédula profesional o la persona autorizada por la Secretaría de Salud haya constatado la muerte y las probables causas de defunción.

La expedición y entrega de ambos Certificados no debe ser condicionada por ningún motivo. Con objeto de garantizar la calidad de la información se establece lo siguiente en cuanto a la expedición de dichos certificados:

El Certificado de Defunción debe ser expedido de preferencia por el médico tratante, el que haya atendido la última enfermedad o el que haya asistido el fallecimiento; mientras que el Certificado de Muerte Fetal debe ser expedido de preferencia por el médico que haya atendido la expulsión o extracción del feto.

A falta de éste, el Certificado correspondiente debe ser expedido por cualquier otro médico que cuente con cédula profesional. En los lugares donde no haya médico, los Certificados se expedirán por las personas autorizadas por la Secretaría para tal efecto.

Los anteriores supuestos aplican siempre y cuando no se sospeche que el deceso se encuentre vinculado a la comisión de hechos ilícitos, en cuyo caso debe darse aviso al Ministerio Público, siendo el médico legista o el médico forense quien elabora el Certificado correspondiente, de acuerdo con las disposiciones estatales vigentes.

12.2.5 Toda persona autorizada por la Secretaría que expida un Certificado de Defunción y/o un Certificado de Muerte Fetal debe estar capacitada para su correcto llenado y es considerada responsable de la información contenida en los mismos para los efectos de esta NOM y demás disposiciones jurídicas aplicables.

12.2.6 El diseño, impresión, distribución y control de los Certificados de Defunción y Muerte Fetal corresponde a la Secretaría, la cual, de común acuerdo con las Instituciones del SNS, debe determinar las modificaciones y actualizaciones periódicas a dichos formatos, de acuerdo con las necesidades del SNS y la normatividad vigente.

12.2.7 La generación de las estadísticas de mortalidad general y fetal debe basarse en el concepto de causa básica de defunción, registrando además todas las causas contenidas en el certificado, con apego a los procedimientos normados en la CIE en materia de registro, codificación de las causas de defunción y selección de la causa básica. Estas estadísticas deben incluir además información acerca del fallecido y sus variables sociodemográficas, sobre los servicios de salud recibidos y las circunstancias que acompañaron a la defunción.

La generación de tabulados de principales causas de mortalidad se debe realizar conforme a los criterios establecidos en el CTESS.

12.2.8 La integración de la información de los Certificados de Defunción y de Muerte Fetal se realizará en el SEED, con base en los procedimientos establecidos por la DGIS y consensuados al interior del CTESS.

12.2.9 Los SESA son responsables ante la DGIS del estricto control y uso adecuado de los folios proporcionados por la misma en la dotación de Certificados de Defunción y de Muerte Fetal, de coordinar el retiro de los formatos obsoletos cuando la DGIS así lo indique; así como de garantizar la incorporación, en tiempo y forma, y de acuerdo a los procedimientos establecidos por la DGIS, de la información correspondiente a todos los Certificados de Defunción y Muerte Fetal expedidos en su entidad en el SEED.

De la misma manera, toda institución del SNS, persona o instancia contemplada en la distribución de Certificados de Defunción y de Muerte Fetal, es a su vez responsable ante los SESA del estricto control y uso

adecuado de los folios respectivos, así como de retirar de circulación los formatos obsoletos cuando así se indique.

12.2.10 Las instituciones del SNS, así como las personas e instancias autorizadas por la Secretaría para expedir Certificados de Defunción, deben entregar periódicamente a los SESA copia de todos los Certificados de Defunción que fueron expedidos para:

- a) Defunciones de niños menores de cinco años.
- b) Defunciones notificadas como probable muerte materna.

Asimismo, deben proporcionar copia de cualquier certificado expedido a las autoridades competentes, según atribuciones y con base en las disposiciones aplicables, cuando éstos así lo requieran y soliciten oficialmente.

12.2.11 Las instituciones del SNS deben orientar a la población en general, y a los médicos certificantes, acerca de las unidades en donde se pueden obtener los formatos para expedir los Certificados de Defunción y de Muerte Fetal.

12.2.12 Con base en la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica, para todas aquellas defunciones por causas de notificación inmediata y las contempladas en los sistemas especiales de vigilancia epidemiológica, las causas de muerte anotadas en el Certificado de Defunción deberán ser ratificadas o rectificadas por la Secretaría previo estudio epidemiológico.

12.2.13 Las instituciones del SNS deben capacitar permanentemente al personal involucrado en el llenado de los Certificados de Defunción y de Muerte Fetal, con la finalidad de promover y garantizar que éste se lleve a cabo de manera correcta, enfatizando el registro preciso y ordenado de las causas de defunción de acuerdo con los procedimientos especificados en la CIE; igualmente deben informar sobre la importancia que lo anterior tiene en la vigilancia epidemiológica, en la generación de estadísticas, y sobre las implicaciones jurídicas que se derivan por el mal llenado de los mismos.

Además, deben capacitar permanentemente al personal responsable de la codificación de las causas de defunción y selección de causa básica, así como al involucrado en la captura de la información y en la operación del SEED o de las aplicaciones informáticas desarrolladas para este propósito.

12.2.14 Causas externas de mortalidad

Para la generación de la estadística de mortalidad por acontecimientos ambientales y circunstancias como la causa de traumatismos, envenenamientos y otros efectos adversos, se debe registrar y codificar tanto la naturaleza de la lesión como la causa externa.

12.2.15 Mortalidad hospitalaria

Las defunciones en estas unidades médicas representan un indicador de calidad asistencial, por lo que el análisis de mortalidad hospitalaria se utiliza como un valioso instrumento para la planificación y gestión de los hospitales, misma que es una medida indirecta de la capacidad resolutive de la unidad hospitalaria, la cual tendrá que ver con la gestión de recursos para la atención de la población usuaria como también con la capacidad técnico-científica ofrecida.

La estadística de mortalidad en unidades hospitalarias incluye a las defunciones ocurridas en camas censables y no censables.

Para fines de integración, las defunciones podrán provenir de egresos hospitalarios, altas de urgencias o de corta estancia.

Las fuentes primarias para la mortalidad hospitalaria son los registros de hospitalización y el certificado de defunción. En caso de discrepancia, se debe dar prioridad a lo señalado en el certificado de defunción.

13. Solicitud de información

13.1 La información generada por el SNS debe observar los principios de confidencialidad y reserva que señala la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás disposiciones vigentes en materia de transparencia y protección de datos personales.

13.2 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.

13.3 El registro de la información en salud se lleva a cabo a través de los formatos impresos y electrónicos de reporte establecidos por la DGIS, en coordinación con el CTESS y los grupos interinstitucionales de

información federal y estatal, según sea el caso. La información epidemiológica, a través de los formatos establecidos en el CONAVE. La información registrada en ellos se debe remitir oportunamente de acuerdo a la periodicidad y flujos establecidos.

13.4 Cada unidad médica debe completar los formularios, validarlos y remitirlos al área de organización y administración de información en salud de su institución, la que a su vez, debe validar y capturar la información para ser enviada a la DGIS, por medio de medios magnéticos electrónicos o sistemas informáticos que aseguren que se da cumplimiento a dicho formato. En el caso de los Servicios Estatales de Salud, éstos deben concentrar y validar, además de la información proveniente de las unidades que dependen administrativamente de ellos, aquella información de personas físicas o morales de establecimientos privados de su entidad para su envío a la DGIS.

13.5 La información de las unidades médicas privadas se debe coleccionar en los formatos que establece la Secretaría a través de la DGIS con base en los procedimientos establecidos por la DGIS y consensuados al interior del CTESS.

13.6 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.

13.7 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.

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

14.1 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.

14.2 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.

14.3 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.

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

14.5 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 del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica y la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

La DGIS contribuirá a la difusión en las instituciones del Sector Salud de la versión oficial vigente de las proyecciones de población elaboradas por el CONAPO.

15. Concordancia con normas internacionales y mexicanas

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

16. Bibliografía

16.1 Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de enero de 2009 y Acuerdo que modifica el diverso por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de los certificados de defunción y muerte fetal publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de enero de 2009 y da a conocer los formatos de defunción y de muerte fetal vigentes a partir del 1 de enero de 2012, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2011.

16.2 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.

16.3 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.

16.4 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 Unico de Información para la Vigilancia Epidemiológica.

16.5 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 10a. Revisión, (CIE-10) OMS/OPS, 1995.

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

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

16.8 Guía para la redacción, estructuración y presentación de las Normas Oficiales Mexicanas

16.9 Glosario de Términos Estadísticos Médicos, Grupo Interinstitucional de Información, México, 1987.

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

16.11 Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica.

16.12 Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

16.13 Ley General de Salud.

16.14 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

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

16.16 Nomenclatura Global de Dispositivos Médicos. European Committee for Standardization and International Organization for Standardization. CEN Report CR 14230 ISO.TS20225.

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

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

16.19 NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

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

16.21 NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

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

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

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

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

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

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

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

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

16.30 Programa Nacional de Salud 2007-2012, Por un México Sano, Construyendo alianzas para una mejor salud.

16.31 Programa de Acción Específico 2007-2012, Sistema Nacional de Información en Salud.

16.32 Reglamento de la Ley de Información Estadística y Geográfica.

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

16.34 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

16.35 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.

17. Vigilancia

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

18. Vigencia

Esta norma, entrará en vigor a los 60 días naturales, contados a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 8 de agosto de 2012.- El Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, **Germán Enrique Fajardo Dolci**.- Rúbrica.