SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Dirección General de Epidemiología

MANUAL METODOLÓGICO [CAMEX] PARA EVALUACIÓN 2019

Manual de valuación

SECRETARIA DE SALUD

JORGE CARLOS ALCOCER VARELA

Secretario de Salud

HUGO LÓPEZ-GATELL RAMÍREZ

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

ASSA EBBA CHRISTINA LAURELL

Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud

PEDRO FLORES JIMÉNEZ

Subsecretario de Administración y Finanzas

DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

JOSÉ LUÍS ALOMÍA ZEGARRA

Director General de Epidemiología

CHRISTIAN ARTURO ZARAGOZA JIMÉNEZ

Director de Información Epidemiológica

JOSÉ CRUZ RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

Director de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Trasmisibles

GABRIELA DEL CARMEN NUCAMENDI CERVANTES

Directora de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles

ANA LUCÍA DE LA GARZA BARROSO

Directora de Investigación Operativa Epidemiológica

INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA EPIDEMIOLÓGICOS (INDRE)

IRMA LÓPEZ MARTÍNEZ

Directora de Diagnóstico y Referencia del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica

LUCÍA HERNÁNDEZ RIVAS

Directora de Servicios y Apoyo Técnico del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos

CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES (CENAPRECE)

RUY LÓPEZ RIDAURA

Director General del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

Urgencias Epidemiológicas y Desastres

ALEJANDRO LÓPEZ SÁMANO

Director de Urgencias Epidemiológicas y Desastres

Vectores

GUSTAVO SÁNCHEZ TEJEDA

Director del Programa de Enfermedades Transmitidas por Vector

Programa del adulto y del anciano

LAURA GALLARDO SANTIBAÑEZ

Encargada del Despacho de la Dirección del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano

VERÓNICA GUTIÉRREZ CEDILLO

Subdirectora de Zoonosis

Salud Bucal

Vacante

Subdirector de Salud Bucal

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

DRA. KARLA BERDICHEVSKY FELDMAN

Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

YOLANDA VARELA CHÁVEZ

Directora de Planificación Familiar

JOSÉ DE JESÚS MÉNDEZ DE LIRA

Director de Cáncer de la Mujer

ERIKA PAOLA GARCÍA FLORES

Directora de la Atención a la Salud Materna y Perinatal

MARÍA HILDA GUADALUPE REYES ZAPATA

Directora de Desarrollo Comunitario

NORMA ANGÉLICA SAN JOSÉ RODRÍGUEZ

Directora de Género y Salud

RAYMUNDO FERNANDÉZ PÉREZ

Encargado del Despacho de la Dirección de Violencia Intrafamiliar

CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH/SIDA

ALETHSE DE LA TORRE ROSAS

Directora General del CENSIDA

FRANCISCO JAVIER POSADAS ROBLEDO

Director de Investigación Operativa

AGUSTÍN LÓPEZ GONZÁLEZ

Director de Prevención y Participación Social

ADRIANA VILLAFUERTE GARCÍA

Subdirectora de Atención Integral

CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

MIRIAM ESTHER VERAS GODOY

Dirección General del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

VACANTE

Dirección de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia

JOSÉ LUÍS DIAZ ORTEGA

Director del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia

COMISIÓN NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

GADY ZABICKY SIROT

Comisionado Nacional contra las Adicciones

DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

RICARDO CORTÉS ALCALÁ

Director General de Promoción de la Salud

LUCERO RODRÍGUEZ CABRERA

Directora de Estrategias y Desarrollo de Entornos Saludables

ADRIANA STANFORD CAMARGO

Directora de Evidencia en Salud

SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

ARTURO GARCÍA CRUZ

Secretario Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes

BLANCA MARGARITA VILLA CONTRERAS

Directora de Prevención de Lesiones

RAFAEL GÜEMES GARCÍA

Director para la Prevención de Accidentes

GRUPO METODOLOGICO CAMINANDO A LA EXCELENCIA

CHRISTIAN ARTURO ZARAGOZA JIMÉNEZ

Director de Información Epidemiológica

MAURICIO SALCEDO UBILLA

Responsable de Proyectos Especiales de la

Dirección de Información Epidemiológica

RICARDO SÁNCHEZ IZQUIERDO

Coordinador Operativo Caminando a la Excelencia

BLANCA JIMÉNEZ VARGAS

Coordinadora de Análisis Caminando a la Excelencia

ÍNDICE

	PAG.
INTRODUCCIÓN	1
PROGRAMA DEL SINAVE	2
VIGILANCIA CONVENCIONAL	7
Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE)	7
VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD	12
Subsistema Estadístico Epidemiológico de Defunciones (SEED) por causas sujetas a vigilancia epidemiológica	13
Sistema de Notificación Inmediata de Muertes Maternas (MM)	22
VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	25
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Febril Exantemática, (EFE) Sarampión / Rubéola / Síndrome de Rubéola Congénita	26
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Parálisis Flácida Aguda (PFA)	29
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Tétanos y Tétanos Neonatal (TT y TNN)	32
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Tos Ferina y Síndrome Coqueluchoide	34
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Dengue	37
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Paludismo	40
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Cólera	42
Núcleos Trazadores de Vigilancia Epidemiológica-Enfermedad Diarreica Aguda- (NUTRAVE-EDA)	44
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Sífilis Congénita	46
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infección Asintomática por Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH y Sida)	48
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Tuberculosis	50
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Lepra	53
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de enfermedad por virus del Zika	55
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Influenza (SISVEFLU)	57
Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE) – Sistema de Vigilancia de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud	60
VIGILANCIA DE ENFERMEDADES NO TRANSMSIBLES	63
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Defectos de Tubo Neural y Craneofaciales	63
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Morbilidad Materna Severa	65
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Diabetes Tipo 2 (SVEHDT2)	68
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Temperaturas Naturales Extremas (TNE)	70
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Patologías Bucales (SIVEPAB)	72
PROGRAMA DEL SINAVE COMPONENTE RED DE LABORATORIOS	75
PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DENGUE	101
PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDAD DE CHAGAS	107
PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE PALUDISMO	113
PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DIABETES MELLITUS	118
PROGRAMA DE OBESIDAD Y RIESGO CARDIOVASCULAR	125

PROGRAMA DE UNIDADES DE ESPECIALIDADES MÉDICAS EN ENFERMEDADES CRÓNICAS (UNEMES EC) 131
SISTEMA DE INFORMACIÓN EN CRÓNICAS 137
PROGRAMA DE ATENCIÓN AL ENVEJECIMIENTO 146
PROGRAMA DE ELIMINACIÓN DE LA LEPRA 152
PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS 160
PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS Y CÓLERA 168
PROGRAMA DE RABIA 175
PROGRAMA DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y CONTROL DE LOS PROBLEMAS DE SALUD BUCAL 198
PROGRAMA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPCIÓN 218
PROGRAMA DE SALUD MATERNA Y PERINATAL 229
PROGRAMA CÁNCER CÉRVICO UTERINO 238
PROGRAMA CÁNCER DE MAMA 246
PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GÉNERO 254
PROGRAMA VIH, SIDA E ITS 279
PROGRAMA DE VACUNACIÓN UNIVERSAL 287
PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA ADOLESCENCIA 303
PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA INFANCIA 310
PROGRAMA DE CÁNCER EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA 330
PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES 350
PROGRAMA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y DETERMINANTES SOCIALES 360
PROGRAMA ALIMENTACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA 373
PROGRAMA DE ENTORNOS Y COMUNIDADES SALUDABLES 382
PREVENCIÓN DE ACCIDENTES 388
PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES 399
PROGRAMA DE BRUCELOSIS 413
METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN VECTORIAL 428
INSTRUCTIVO DE LA HERRAMIENTA HeCAMEX Y ENVIO DE INFORMACION 440
BIBLIOGRAFÍA 452

INTRODUCCIÓN

Un sistema de salud funciona adecuadamente, si es capaz de dar respuesta a las necesidades y expectativas de la población con base en el cumplimiento de objetivos que busquen intervenir a fin de mejorar la salud de la población, reducir las inequidades en salud, proveer acceso efectivo con calidad y mejorar la eficiencia en el uso de los recursos.

En este marco, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 define los objetivos, estrategias y líneas de acción en materia de salud, con la finalidad de que integren políticas públicas que den respuesta en los distintos sectores a los objetivos planteados tras el análisis de los problemas de salud de mayor trascendencia y relevancia para la población mexicana.

Para la Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud, es una ocupación diaria identificar áreas de oportunidad que vengan a coadyuvar a que las políticas públicas implementadas en salud, sean una realidad en la operatividad y se traduzcan en mejores condiciones de desarrollo de la población.

Es en ese sentido, que *Caminando a la Excelencia* (CAMEX) es una iniciativa de la Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, coordinada por la Dirección General de Epidemiología y con la participación de las 32 entidades federativas, cuyo objetivo es identificar las áreas de oportunidad para mejorar el desempeño de los diferentes Programas de Acción de su competencia.

La tarea fundamental de CAMEX, consiste en elaborar trimestralmente la evaluación de sus programas sustantivos a través del cálculo del índice de desempeño, mismo que permite clasificar a las entidades federativas en cuatro grupos: desempeño sobresaliente; satisfactorio, mínimo y precario. La información que deriva tras dicha evaluación es de carácter público en un pleno ejercicio de transparencia al interior del sector y de la población.

Caminado a la Excelencia desde su creación ha sido una herramienta perfectible y durante esta administración (2012-2018) se ha llevado a cabo la restructura más amplia desde su inicio en 2001. De esta manera en 2013, se realizó la primera revisión de los programas e indicadores evaluados y de ello resultó que el 26% de los programas reestructuraron total o parcialmente sus indicadores, 35% realizó modificaciones al planteamiento de algunos indicadores y el 19% modificó las ponderaciones a la escala. En el año 2014, se implementaron las adecuaciones que se realizaron en el año 2013 y con ello se pasó de evaluar 12 a 27 programas a través de 197 indicadores.

Durante este último año de administración 2018, se inició la segunda revisión, con el propósito de mejorar la oportunidad y calidad de la información de evaluación y en ese sentido se desarrolló una herramienta informática con la cual se pone a disposición inmediata el índice de desempeño de los programas evaluados, esto brinda la oportunidad de identificar lo que se está haciendo bien y de intervenir a fin de mejorar.

En este mismo año, se implementó la nueva herramienta informática, misma que ahora para 2019 evaluará 32 programas a través de 239 indicadores, siendo los programas participantes: SINAVE, Red de Laboratorios, Dengue, Chagas, Paludismo, Diabetes, Riesgo Cardiovascular, UNEMEs, Sistema de Crónicas, Envejecimiento, Lepra, Tuberculosis, Cólera, Rabia, Salud Bucal, Planificación Familiar, Salud Materna y Perinatal, Cáncer Cérvico Uterino, Cáncer de Mama, Violencia Familiar, VIH/SIDA, Vacunación, Adolescencia, Infancia, Cáncer, Adicciones, Promoción de la Salud y Determinantes Sociales, Alimentación y Actividad Física, Entornos y Comunidades Saludables y Accidentes, Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, e incorporándose para este año en la evaluación el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de enfermedad por virus del Zika y el programa de Brucelosis.

PROGRAMA DEL SINAVE

DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

JOSÉ LUIS ALOMÍA ZAGARRA
Director General de Epidemiología

CHRISTIAN ARTURO ZARAGOZA JIMÉNEZ
Director de Información Epidemiológica

JOSÉ CRUZ RODRÍGUEZ MARTÍNEZ
Director de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles

GABRIELA DEL CARMEN NUCAMENDI CERVANTES
Directora de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles

ANA LUCÍA DE LA GARZA BARROSO
Directora de Investigación Operativa Epidemiológica

INTRODUCCIÓN

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica SINAVE, es uno de los 12 programas pioneros con los que, en 2001, se inició evaluación Caminando a la Excelencia y a 18 años, se evalúan 23 sistemas de vigilancia a través de 59 indicadores.

Es en este sentido de renovación que en 2016 se realizó la revisión de los indicadores del SINAVE a fin de identificar en cada sistema de vigilancia, la mejor manera de evaluar la calidad. A partir de esta revisión se observó que algunos sistemas contaban con indicadores de evaluación de calidad y otros, dada la construcción de sus indicadores, eran reflejo de la dimensión de calidad.

En este marco, a partir de 2017, se cuenta con indicadores de calidad para cada uno de los 23 sistemas de vigilancia que opera el SINAVE, mismos que son identificados en este manual mediante la leyenda (calidad).

La incorporación de dichos indicadores viene a reforzar la evaluación llevada a cabo en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y también ofrece un componente más para que el Índice de Desempeño, se sume a otros factores como lo son las condiciones presupuestales y el propio panorama epidemiológico a fin de que de manera integral forme un conjunto robusto para la selección de entidades que deban ser supervisadas o capacitadas.

COMPONENTE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

SINAVE	SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
DGE	DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA
DGIS	DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD
INEGI	INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA
NOM-017	NORMA OFICIAL MEXICANA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA 2012
OPS	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
SEED	SISTEMA EPIDEMIOLÓGICO Y ESTADÍSTICO DE LAS DEFUNCIONES
AFASPE	ACUERDO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES DE SALUD PÚBLICA EN LOS ESTADOS.

MARCO DE REFERENCIA

Procesos a Evaluar

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que el funcionamiento efectivo de los sistemas de vigilancia epidemiológica depende de la presencia y desempeño adecuado de los siguientes procesos:

- Detección de casos y brotes
- Comunicación oportuna de caso (sospechoso o confirmado) entre los distintos niveles operativos (local, municipal, regional, estatal, federal, etc.)
- Registro sistemático de datos
- Actividades de seguimiento
- Análisis e interpretación de datos que lleve a la confirmación del caso o el evento

La información derivada de estos procesos debe ser analizada e interpretada de manera periódica a fin de orientar mecanismos de respuesta establecidos y protocolizados.

La evaluación deberá orientarse a asegurar el cumplimiento de las actividades requeridas. El uso de indicadores para realizar una evaluación es el componente que permite hacer mensurable el proceso.

Los indicadores de salud pueden ser divididos en dos amplias categorías:

- Indicadores epidemiológicos
- Indicadores operacionales

Los indicadores epidemiológicos se utilizan para estimar la magnitud y trascendencia de una situación determinada. Se puede medir el impacto o los efectos de los programas de salud comparando un mismo indicador epidemiológico antes y después de la ejecución de las actividades de un programa determinado. Los indicadores epidemiológicos tienen gran utilidad en la etapa de formulación diagnóstica y en la de evaluación del programa y no solo de la vigilancia epidemiológica, por ello no serán considerados para medir el índice de desempeño en este contexto.

Los indicadores operacionales miden el trabajo realizado, ya sea en función de la cantidad o de la calidad de aquel. Miden la cantidad de actividades y procedimientos realizados, en relación con metas o estándares establecidos previamente.

De acuerdo con la dinámica de los subsistemas de vigilancia epidemiológica en México, los procesos seleccionados para la evaluación son:

I. Detección de casos y brotes con el siguiente indicador:

- *Cobertura*: muestra las veces que los intereses son cubiertos por las utilidades operativas

II. Comunicación oportuna de casos con el siguiente indicador:

- *Oportunidad:* consiste en atender a su debido tiempo las necesidades de las partes interesadas

III. Registro sistemático con los siguientes indicadores:

- *Consistencia:* Unión y relación adecuada de todas las partes que forman un todo
- *Calidad (en el llenado):* Es el grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos mínimos de coherencia y cantidad.

IV. Confirmación de casos con los siguientes indicadores:

- *Calidad de muestra:* se refiere a las características principales en las muestras que la hacen útil para el diagnóstico.
- *Estudio:* Se refiere a la investigación que se realiza para encontrar las causas que determinan la enfermedad, o los factores de riesgo.

V. Actividades de seguimiento con los siguientes indicadores:

- *Seguimiento:* El seguimiento consiste en la aplicación de controles periódicos.
- *Clasificación final:* Consiste en ordenar los casos o brotes en categorías de acuerdo con las evidencias de que se dispone para su diagnóstico definitivo.

Subsistemas que participan.

Los sub-sistemas de Vigilancia Epidemiológica que se incluyen en el ejercicio de evaluación son:

SINAVE
Vigilancia Convencional
Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE)
Vigilancia de la Mortalidad
Sistema Estadístico Epidemiológico de Defunciones (SEED)
Sistema de Notificación Inmediata de Muerte Materna
Vigilancia de enfermedades transmisibles
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Febril Exantemica (EFE), Sarampión /Rubéola Congénita)
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Parálisis Flácida Aguda (PFA)
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Tétanos y Tétanos neonatal (TT/TNN)
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Síndrome Coqueluchoide /Tos Ferina
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Fiebre por Dengue (FD) y Fiebre hemorrágica por dengue (FHD)
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Paludismo
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Cólera
Núcleos Trazadores para la Vigilancia Epidemiológica (NUTRAVE) de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Sífilis Congénita
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infección Asintomática por Virus de la Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (VIH/SIDA)
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Tuberculosis
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Lepra
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de enfermedad por virus del Zika
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Influenza (SISVEFLU)
Red Hospitalaria para la Vigilancia Epidemiológica (RHOVE)
Vigilancia de enfermedades no transmisibles
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Defectos del Tubo Neural (DTN y Craneofaciales) (DTNyCF)
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Morbilidad Materna Severa (SIVEMMS)
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB)
Vigilancia Epidemiológica de Diabetes mellitus tipo 2 (SVEHDT2)
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Temperaturas Extremas (TNE)

A cada subsistema corresponde el cálculo del índice de desempeño con base en sus indicadores.

Integración por componentes.

Para la integración de la evaluación, los sistemas y sus indicadores se agrupan de acuerdo con los componentes de la vigilancia epidemiológica en: vigilancia de la morbilidad, vigilancia de la mortalidad, vigilancia especial, vigilancia de emergencias en salud pública y vigilancia internacional.

Estructura del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE)

A su vez, la vigilancia de la morbilidad está integrada por los subgrupos de vigilancia convencional (SUAVE), vigilancia de enfermedades transmisibles (vigilancia especial), y vigilancia de enfermedades no transmisibles (vigilancia especial). Además, se agregó un componente que evaluará el avance en la gestión y uso de recursos.

Los componentes de Vigilancia de emergencias en salud y vigilancia internacional no se incluyen en Caminando a la Excelencia por no contar con procesos específicos sujetos a registros homogéneos.

Estrategia para la ponderación.

Ante la importancia que representa cada sub sistema del SINAVE, se ponderan de igual forma al 100% a todos los sistemas que conforman el SINAVE.

Componente	Sistemas	Indicadores
Vigilancia convencional	1	4
Vigilancia de la mortalidad	2	7
Vigilancia especial de enfermedades transmisibles	15	37
Vigilancia especial de enfermedades no transmisibles	5	11
Total	23	59

VIGILANCIA CONVENCIONAL

SISTEMA ÚNICO AUTOMATIZADO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (SUAVE)

DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

CHRISTIAN ARTURO ZARAGOZA JIMÉNEZ
Director de Información Epidemiológica

MAURICIO SALCEDO UBILLA
Responsable de Proyectos Especiales de la Dirección de Información Epidemiológica

CARLOS ESCONDRILLAS MAYA
Jefe del Departamento de Procesamiento de Información Epidemiológica

INTRODUCCIÓN

En 1970 se implementó el formato de reporte EPI-1-79 y se creó la Notificación Semanal de Casos Nuevos de Enfermedad, basado en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 9ª revisión) con 50 diagnósticos organizados en 13 grupos de padecimientos. En 1995 todas las instituciones del país empezaron a notificar al Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica mediante el uso del programa de cómputo llamado Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE). Año con año se realizaron ajustes al formato y al número de padecimientos que vigila, hasta el 2003 en que se implementó el formato vigente y a partir del cual han ido variando los padecimientos de acuerdo al interés epidemiológico. Actualmente el sistema utiliza el formato denominado SUIVE-1-2014 con 146 padecimientos que se notifican de manera semanal y de los cuales 29 se notifican de manera inmediata a los sistemas especiales, pero también se registran en el SUAVE.

El formato debe ser llenado por el responsable de la unidad médica u hospitalaria, en donde concentra la información del Registro diario de pacientes captada por el médico de consulta externa, pero sólo los casos registrados como de primera vez. La estructura del formato describe una tabla con columnas marcadas por grupo de edad y sexo y filas marcadas con los padecimientos que se notifican, solicita la información de manera numérica.

DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES

Indicador: Cobertura

Definición: Mide el porcentaje de unidades médicas que notifican semanalmente los casos nuevos de enfermedad sujetos a vigilancia epidemiológica, del total de unidades que el Sector Salud tiene dadas de alta en el catálogo de unidades del SUAVE de la jurisdicción, entidad federativa o ámbito nacional. Este indicador debe ser calculado por entidad federativa, e institución notificante.

Construcción:

$$\frac{\textbf{Número de unidades notificantes en la semana epidemiológica}}{\textbf{Número de unidades habilitadas en la semana, de la plataforma SUAVE}}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Número de unidades notificantes en la semana epidemiológica Fuente: Plataforma SUAVE Criterio: número de unidades que reportan cada semana	Definición: Número de unidades habilitadas en la semana, de la plataforma SUAVE. Fuente: Plataforma SUAVE Criterio: total de unidades habilitadas en catálogo del SUAVE, en la semana epidemiológica correspondiente	Sobresaliente: >= 90% Satisfactorio: 80 < 90% Mínimo: 60 < 80% Precario: < 60%	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

Procedimiento para el cálculo del indicador de Cobertura trimestral:

1. Determinar el número de unidades que notificaron en la semana epidemiológica y dividirlo entre el número de unidades habilitadas en plataforma para dicha semana epidemiológica.
2. Repetir el paso anterior, para cada semana epidemiológica del trimestre seleccionado (1-13, 14-26, 27-39, 40-52 ó 40-53).
3. Calcular el promedio de los datos obtenidos en el paso anterior.

Procedimiento para el cálculo del indicador de Cobertura Anual:

1. Determinar el número de unidades que notificaron en la semana epidemiológica y dividirlo entre el número de unidades habilitadas en plataforma para dicha semana epidemiológica.
2. Repetir el paso anterior, para cada semana epidemiológica del año (1-52 ó 1-53).
3. Calcular el promedio de los datos obtenidos en el paso anterior.

Indicador: Oportunidad

Definición: Mide el porcentaje de cortes semanales de información que se registraron con oportunidad del total de semanas que se han notificado en el periodo evaluado. Este indicador debe ser calculado por entidad federativa, e institución notificante.

Construcción:

$$\frac{\textbf{Número de semanas notificadas oportunamente}}{\textbf{Total de semanas transcurridas}}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Número de semanas notificadas oportunamente Fuente: Plataforma SUAVE Criterio: Número de semanas entregadas en el tiempo establecido por el calendario epidemiológico normado	Definición: Total de semanas transcurridas Fuente: Plataforma SUAVE Criterio: Total de semanas transcurridas al corte de información	Sobresaliente: >= 90% Satisfactorio: 80 < 90% Mínimo: 60 < 80% Precario: < 60%	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

Procedimiento para el cálculo del indicador de Oportunidad trimestral:

1. Determinar el número de semanas que se notificaron oportunamente y dividirlo entre el número de semanas transcurridas en el trimestre (13 para años con 52 semanas ó 14 para el último trimestre de años con 53 semanas)
2. Calcular el promedio de los datos obtenidos en el paso anterior.

Procedimiento para el cálculo del indicador de Oportunidad Anual:

1. Determinar el número de semanas que se notificaron oportunamente y dividirlo entre el número de semanas del año (52 ó 53).
2. Calcular el promedio de los datos obtenidos en el paso anterior.

Indicador: Consistencia

Definición: Analiza el volumen de diagnósticos notificados oportunamente por semana epidemiológica durante el año corriente, acepta una variación de ±25% del promedio o la mediana estimados de las semanas transcurridas; permite medir la cantidad de semanas en las que el volumen de diagnósticos se comporta de manera estable. Este indicador se considera como aceptable cuando el 80% de las semanas son consistentes. Este indicador debe ser calculado por entidad federativa, e institución notificante.

Construcción:

$$\frac{\textbf{Número de semanas consistentes}}{\textbf{Total de semanas transcurridas}}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Número de semanas consistentes Fuente: Plataforma SUAVE Criterio: Semanas que muestran un volumen de diagnósticos dentro del rango aceptable* *Rango de volumen de diagnósticos aceptable= se establece a partir del cálculo del rango 80-120 a partir del valor de la media o la mediana (considera el valor más alto)	Definición: Total de semanas esperadas Fuente: Plataforma SUAVE Criterio: Se espera consistencia en el total de semanas trascurridas	Sobresaliente: >= 90% Satisfactorio: 80 < 90% Mínimo: 60 < 80% Precario: < 60%	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

Procedimiento para el cálculo del indicador de Consistencia trimestral:

1. Se obtiene el promedio y la mediana con el total de diagnósticos reportados oportunamente en el trimestre seleccionado (1-13, 14-26, 27-39, 40-52 ó 40-53).
2. Se toma el valor máximo entre el promedio y la mediana, con este valor se calcula el rango de 75 a 125% de diagnósticos aceptables
3. Las semanas con volumen de diagnósticos dentro del rango, se consideran consistentes.
4. Para calcular la consistencia global por entidad, se suman las semanas que se ubican dentro del rango por institución, denominadas consistentes por institución, y se dividen entre el total de las semanas esperadas, finalmente el producto se multiplica por 100.
5. Para calcular la consistencia nacional, se suma el total de semanas consistentes por institución y se dividen entre el total de las semanas de cada entidad federativa, el cual se obtiene sumando el total de semanas transcurridas de cada institución, considerado a partir de la semana en que empieza a reportar, el resultado se multiplica por 100.

Procedimiento para el cálculo del indicador de Consistencia anual:

1. Se calculan los 4 indicadores de consistencia trimestral del año.
2. Se obtiene el promedio de los 4 datos obtenidos del paso anterior.

Indicador: Calidad (Descriptivo)

La consistencia evalúa que la información que la unidad que notifica, sea razonable en relación a lo reportado cada semana, en este caso la calidad implica que los casos sean reportados semana a semana y además, que no presenten comportamientos irregulares a la alza o a la baja, según los criterios establecidos en el indicador. (No se considera para la evaluación).

Definición: Es la media aritmética del resultado del indicador de cobertura (promedio de porcentajes semanales en un periodo determinado) y del indicador de consistencia (porcentaje del mismo periodo). Este indicador debe ser calculado por entidad federativa, e institución notificante.

Construcción:

$$\frac{\text{promedio de los porcentajes de cobertura semanales} + \text{porcentaje de consistencia}}{2}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Promedio de porcentajes semanales de cobertura* + porcentaje de consistencia** Fuente: Plataforma SUAVE *Mismo criterio que indicador de Cobertura en un periodo determinado **Mismo criterio que indicador de Consistencia del mismo periodo	Dividido por 2	Sobresaliente: >= 90% Satisfactorio: 80 < 90% Mínimo: 60 < 80% Precario: < 60%	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

Procedimiento para el cálculo del indicador de Calidad trimestral:

1. Calcular el porcentaje de cobertura por semana epidemiológica, de las semanas transcurridas (1-13, 14-26, 27-39, 40-52 ó 53).
2. Obtener el promedio de los porcentajes de cobertura, de las semanas transcurridas.
3. Obtener el porcentaje de consistencia, del mismo trimestre que el promedio de los porcentajes cobertura.
4. Sumar el promedio de los porcentajes de cobertura más el porcentaje de consistencia.
5. Dividir el resultado de la suma anterior, entre 2.

Procedimiento para el cálculo del indicador de Calidad Anual:

1. Calcular el porcentaje de cobertura por semana epidemiológica, de las semanas transcurridas en el año (1-52 ó 1-53).
2. Obtener el promedio de los porcentajes de cobertura, de las semanas transcurridas en el año.
3. Obtener el promedio de porcentajes de consistencia, de los 4 trimestres del año.
4. Sumar el promedio de los porcentajes de cobertura más el promedio de los porcentajes de consistencia.
5. Dividir el resultado de la suma anterior, entre dos.

VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD

DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

CHRISTIAN ARTURO ZARAGOZA JIMÉNEZ

Director de Información Epidemiológica

DIRECCIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

GABRIELA DEL CARMEN NUCAMENDI CERVANTES

Directora de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades no Transmisibles

INTRODUCCIÓN

El concepto de mortalidad expresa la magnitud con la que se presenta la muerte en una población en un lapso de tiempo determinado. Es la segunda causa del cambio demográfico y junto con la fecundidad son los actores centrales de la dinámica de la población. Vista como fenómeno asociado a las condiciones de vida y al perfil epidemiológico de la población, de cierta manera, nos indica las diferencias existentes de morir entre los grupos de edad, sexo, lugar de residencia, estratos socioeconómicos, grupos ocupacionales insertos en la distribución de los servicios, condiciones sociales y culturales de nuestro país. Así mismo ha sido aceptada como un indicador sensible de las condiciones de salud de un país.

ESTADÍSTICO EPIDEMIOLÓGICO DE DEFUNCIONES (SEED) POR CAUSAS SUJETAS A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

CHRISTIAN ARTURO ZARAGOZA JIMÉNEZ
Director de Información Epidemiológica

MAURICIO SALCEDO UBILLA
Responsable de Proyectos Especiales de la Dirección de Información Epidemiológica

KATHIA GUADALUPE RODRÍGUEZ GONZÁLEZ
Departamento de Estrategias Organizacionales

BLANCA ESTELA JIMÉNEZ VARGAS
Evaluación de Indicadores

INTRODUCCION

En la actualidad, el Sistema Nacional de Salud (SNS), se enfrenta al reto de generar información epidemiológica y estadística de calidad a fin de utilizarla en la toma de decisiones acorde a con los fenómenos de transición demográfica y epidemiológica en México. Esto ha creado nuevas necesidades en la generación de información para la acción, que obligan a modernizar y actualizar los sistemas de información (SINAVE, SINAIS).

Hasta hace algunos años, la información de la mortalidad era poco utilizada en la vigilancia epidemiológica, debido a la extemporaneidad de la información, a los problemas de cobertura y calidad de los datos producidos. Sin embargo, recientemente gracias al trabajo conjunto y los mecanismos de confrontas de la información entre las instituciones participantes (DGE, DGIS e INEGI), se ha logrado una mejora en la calidad y oportunidad de la información.

Como en todo sistema de información, la operación se basa en normas y procedimientos descritos en el manual correspondiente, y requiere evaluaciones periódicas del desempeño de conformidad con lo establecido en el Programa Nacional de Salud 2013-2018. Dicha evaluación se aplica en todos los niveles técnico-administrativos del SNS. Con esto se buscan alternativas y mecanismos para satisfacer los requerimientos del sistema, así como guiar con mayor confiabilidad y precisión las acciones de vigilancia epidemiológica y planeación de la salud en las comunidades del país.

Derivado de las deficiencias en el llenado de los certificados de defunción, a través del SEED componente epidemiológico se investigan las causas de muerte por enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica, en donde el epidemiólogo de los diferentes niveles técnico-administrativos es quien realiza la investigación auxiliándose de documentos que avalen la información, como son el expediente clínico, pruebas de laboratorio, resultados de dictaminaciones por expertos, etc., completando así el formato de ratificación/rectificación (Anexo 8), y se realiza la ratificación o rectificación de las defunciones con causas sujetas a vigilancia epidemiológica por medio de la herramienta electrónica de captura.

Indicadores de evaluación

Con fines de integración del SEED a la Estrategia de “Caminando a la Excelencia” se construyeron cuatro indicadores de proceso que permiten vigilar una serie de pasos que intervienen en la adecuada operación del sistema.

Para la evaluación de los indicadores, es muy importante la participación de cada jurisdicción, ya que la evaluación se realizará con la información generada por cada una de las jurisdicciones y por cada uno de los meses esperados dentro del periodo a evaluar, lo que posteriormente permitirá realizar la evaluación por Entidad Federativa.

Para las evaluaciones se aplica NA (No Aplica), UNICAMENTE cuando la información no pueda ser recabada por causas de fuerza mayor que se presenten en la entidad durante el periodo a evaluar, fuera del control de los responsables del sistema y notificado a nivel Nacional dentro del periodo de ocurrencia.

DESCRIPCIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES.

Indicador: Consistencia

Definición: Mide la estabilidad del número de ratificaciones/rectificaciones de defunciones por causas sujetas a vigilancia epidemiológica (ANEXO 8), notificadas por mes en el periodo a evaluar por cada jurisdicción.

Se considerarán consistentes, los periodos que tengan un número de registros dentro del rango de ± 20%, a partir del valor de la media o la mediana (considera el valor más alto) de los registros notificados por la jurisdicción en el periodo a evaluar.

Construcción:

$$\frac{Total\ de\ la\ consistencia\ jurisdiccional}{Número\ total\ de\ jurisdicciones\ a\ evaluar\ en\ la\ entidad\ federativa}\ x100$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Total de consistencia Jurisdiccional. Fuente: Base SEED (DGE). Criterio: Se calcula, con el total de meses con consistencia, entre el número de meses requeridos en el periodo a evaluar.	Definición: Número Total de Jurisdicciones a evaluar de la Entidad Federativa Fuente: Base SEED (DGE). Criterio: Jurisdicciones registradas con información o sin reporte de sin movimiento de la Entidad.	Sobresaliente: 90 – 100% Satisfactorio: 80 – 89 % Mínimo: 60 – 79 % Precario: 0 – 59 %	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

Procedimiento:

- De las bases de datos del ANEXO 8 validadas por las entidades federativas (Nivel Estatal) en el REDVE, se obtiene el promedio y la mediana con el total del número de registros del ANEXO 8, notificados por mes de cada una de las jurisdicciones en el periodo a evaluar.
-

Ejemplo:

Número de registros del ANEXO 8, notificadas por periodo requerido								Total
1	5	7	2	7	7	9	15	53

Media: 6.62 Mediana: 7.00

- Para calcular el número de registros del ANEXO 8 esperado, se toma el valor mayor entre el promedio y la mediana, con el cual se calcula el rango de ± 20%. Los rangos se ajustarán redondeando el valor obtenido del -20% al número entero anterior y el valor obtenido del +20% al número entero siguiente.

Mediana: 7.00

Rango: -20%= 5.6 (5) +20%= 8.4 (9)

- Se considerará consistencia adecuada de cada jurisdicción, aquellos meses que tengan un número de registros del ANEXO 8 dentro del rango obtenido del ± 20%.

Ejemplo con 8 meses

Ejemplo:

Número de registros del ANEXO 8, notificados por periodo requerido								Total
1	5	7	2	7	7	9	15	53

- Posteriormente la consistencia jurisdiccional se calcula, sumando el número de meses que se consideraron con consistencia adecuada, entre el número de meses requeridos para el periodo a evaluar.

5 / 8 = .625

- Para calcular la consistencia estatal, se suma la consistencia jurisdiccional de todas las jurisdicciones y se dividen entre el total de jurisdicciones a evaluar y el resultado se multiplica por 100.
  Ejemplo con 3 jurisdicciones

.62 + .5 + 1 = 2.12

	Calificación	Escala
2.12 / 3= .706 X 100 =	70.6%	Mínimo: 60 - 80%

Indicador: Cobertura

Definición: Mide el número de jurisdicciones que reportaron registros del ANEXO 8, por cada mes del periodo a evaluar.
Construcción

$$\frac{Total\ de\ la\ cobertura\ jurisdiccional}{Número\ total\ de\ jurisdicciones\ a\ evaluar\ en\ la\ entidad\ federativa}\ x100$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Total de la cobertura Jurisdiccional. Criterio: Para la cobertura, se verificará de las bases Estatales, cuales jurisdicciones reportaron por cada mes del periodo a evaluar. En el caso de que alguna jurisdicción no tenga defunciones que notificar, tendrá que Reportar Sin Movimiento el mes que se esté notificando para que no se afecte su evaluación.	Definición: Número Total de Jurisdicciones a evaluar de la Entidad Federativa Fuente: Base SEED (DGE). Criterio: Jurisdicciones registradas con información o sin reporte de sin movimiento en los meses requeridos en el periodo a evaluar.	Sobresaliente: 90 – 100% Satisfactorio: 80 – 89 % Mínimo: 60 – 79 % Precario: 0 – 59 %	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

Procedimiento:

- Se identifica en la base correspondiente al periodo a evaluar, los meses en los que notificaron registros del ANEXO 8 cada jurisdicción.

Ejemplo:

JURISDICCION POR ENTIDAD			
ESTADO	MES		
	ENE	FEB	MAR
JURISDICCION 1	5	2	RSM
JURISDICCION 2	10	---	---
JURISDICCION 3	8	7	11

NOTA: En el caso de que la jurisdicción no tenga defunciones que reportar en el mes a notificar, deberá de enviar al estado un correo indicando el Reporte Sin Movimiento del mes. Y el nivel estatal lo deberá incluir en el correo que envía a nivel nacional. Las jurisdicciones y periodos que se Reporten Sin Movimiento, no se considerarán para la evaluación, lo cual nos permite conocer cuáles serán las jurisdicciones a evaluar en la entidad.

JURISDICCION POR ENTIDAD				
ESTADO	MES			Meses con cobertura
	ENE	FEB	MAR	
JURISDICCION 1	5	2	RSM	2
JURISDICCION 2	10	---	---	1
JURISDICCION 3	8	7	11	3

- La jurisdicción será calificada con: “1”, por mes con información o Reporte Sin Movimiento y con: “0” la ausencia de información o de Reporte Sin Movimiento. Con lo que se obtendrá el número de meses a considerar para evaluar a cada una de las jurisdicciones.

JURISDICCION POR ENTIDAD				
ESTADO	MES			Meses a evaluar
	ENE	FEB	MAR	
JURISDICCION 1	1	1	***	2
JURISDICCION 2	1	0	0	3
JURISDICCION 3	1	1	1	3

- El número de meses con cobertura, se divide entre el número de meses que se consideraron para evaluar.

JURISDICCION POR ENTIDAD					
ESTADO	MES			Evaluación	Calificación
	ENE	FEB	MAR		
JURISDICCION 1	1	1	***	2/2	1
JURISDICCION 2	1	0	0	1/3	.33
JURISDICCION 3	1	1	1	3/3	1

- Posteriormente se calcula el total de cobertura correspondiente al estado, para ello se suma la consistencia de las jurisdicciones a evaluar.

Ejemplo con tres jurisdicciones

1 + .33 + .1 = 2.33

- Y finalmente, se dividen entre el total de jurisdicciones a evaluar, y el resultado se multiplica por 100.

Calificación	Escala	
2.33 / 3= .82 X 100 = 77.0%	Mínimo:	60 – 79%

Indicador: Oportunidad

Definición: Mide el cumplimiento de la oportunidad de la notificación de las defunciones sujetas a vigilancia epidemiológica de cada jurisdicción por medio de las bases de datos del ANEXO 8 validadas en el REDVE por las entidades federativas (nivel estatal) de acuerdo a lo establecido en el manual y la NOM-017.
Para considerar la oportunidad de la notificación de las defunciones sujetas a vigilancia epidemiológica, los datos de ratificaciones/rectificaciones tendrán que ser notificados por las entidades federativas (nivel estatal) a la DGE (nivel nacional), dentro de los 15 días hábiles (21 naturales) posteriores a la fecha de la defunción.

Construcción:

$$\frac{Total\ de\ la\ oportunidad\ jurisdiccional}{Número\ total\ de\ jurisdicciones\ a\ evaluar\ en\ la\ entidad\ federativa} x100$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Total de la oportunidad Jurisdiccional. Fuente: Base SEED (DGE). Criterio: Se calcula, con la diferencia en días entre la fecha de defunción y la fecha de captura de la información. *Considerando con oportunidad a los registros que tengan como máximo 15 días hábiles (21 días naturales) de diferencia entre ambas fechas.	Definición: Número Total de Jurisdicciones a evaluar de la Entidad Federativa Fuente: Base SEED (DGE). Criterio: Jurisdicciones registradas con información o sin reporte de sin movimiento en los meses requeridos en el periodo a evaluar.	Sobresaliente: 90 – 100% Satisfactorio: 80 – 89 % Mínimo: 60 – 79 % Precario: 0 – 59 %	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

Procedimiento:

- De cada uno de los registros de las bases de datos de los registros validados en el REDVE por el estado al mes, se calcula la diferencia en días entre la fecha de defunción y la fecha de captura de información y los registros que tengan como máximo 15 días hábiles (21 naturales) de diferencia entre ambas fechas se consideraran oportunos y serán calificados con "1", con lo que se obtendrá el número de registros con oportunidad a considerar para evaluar a cada una de las jurisdicciones.

Ejemplo:

Registros	Fecha de defunción	Fecha de Captura	Diferencia en días	Calificación
1	15 / 02 / 2014	28 / 02 / 2014	13	1
2	31 / 01 / 2014	01 / 03 /2014	30	0
3	5 / 04 / 2014	20 / 04 / 2014	15	1

- Para calcular la oportunidad mensual se calcula dividiendo el número de registros con oportunidad de cada mes, entre el total de registros reportados en el mes.

Ejemplo con tres registros

2 / 3 = .66

- Posteriormente la oportunidad jurisdiccional se calcula sumando la oportunidad de todos los meses, entre el total de meses considerados para el periodo a evaluar.

Ejemplo con tres meses

.33 + .33 + 0 = .66

- Para calcular la oportunidad estatal, se suma la oportunidad de las jurisdicciones a evaluar.

Ejemplo con tres jurisdicciones

.66 + 1 + .70 = 2.36

- Se dividen entre el total de jurisdicciones a evaluar en el Estado, y el resultado se multiplica por 100.

Calificación	Escala
2.36 / 3= 78.6 X 100 = 78.6%	Mínimo: 60 - 79%

A partir de la implementación de la plataforma "Registro Epidemiológico de Defunciones de Vigilancia Epidemiológica" (REDVE), para la captura de la información del ANEXO 8, se tendrán que actualizar los indicadores por lo que el indicador de Calidad será sustituido por el de Concordancia, el cual se describe a continuación:

Indicador: Concordancia

Definición: Mide la concordancia Estatal, entre las defunciones que se registraron en el certificado de defunción con Causas Sujetas a Vigilancia Epidemiológica, capturadas y validadas por la entidad federativa en el REDVE y las defunciones ocurridas con Causas Sujetas a Vigilancia Epidemiológica reportadas en la base de datos de la DGIS, por mes en el periodo a evaluar.

Construcción:

$$\frac{Total\ de\ la\ Concordancia\ mensual\ Estatal}{Total\ de\ meses\ considerados\ en\ el\ periodo\ a\ evaluar} x100$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Total de registros que tengan en el certificado de defunción alguna Causas Sujetas a Vigilancia Epidemiológica, reportadas por la entidad federativa en el REDVE empatados por número de folio con los registros con Causas Sujetas a Vigilancia Epidemiológica de la base de DGIS, por mes en el periodo a evaluar. Fuente: Base SEED (REDVE) (DGE). Criterio: Se calcula, con la información reportada en el REDVE del periodo a evaluar.	Definición: Total defunciones con Causas Sujetas a Vigilancia Epidemiológica reportadas en la base de datos de la DGIS ocurridas por mes en el periodo a evaluar Fuente: Base SEED (DGIS). Criterio: Se filtran, de la información capturada en DGIS del periodo a evaluar.	Sobresaliente: 90 – 100% Satisfactorio: 80 – 89 % Mínimo: 60 – 79 % Precario: 0 – 59 %	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

Procedimiento:

Para calcular la concordancia Estatal:

- Primero se identifica el total de las defunciones reportadas en la base de datos de la DGIS, las defunciones ocurridas en el periodo a evaluar con CSVE.
- Después del total de defunciones reportadas por la Entidad en el REDVE en el periodo requerido, se identifican las que coincidan por número de folio (Folios empatados) con las defunciones que se obtuvieron en la descripción anterior.
- Una vez obtenidos los totales necesarios, se desglosan los datos de forma mensual.

Ejemplo:

ESTADO	Total REDVE	Total DGIS (CSVE)	Folios empatados	Calificación
MES 1	25	25	25	1
MES 2	14	26	14	.56
MES 3	44	35	35	1

- Posteriormente el total de folios empatados se divide entre el total de defunciones con CSVE reportas por DGIS.

Ejemplo:

14 / 26 = .56

- Para calcular la concordancia estatal, se suma la concordancia de todos los meses evaluados y se dividen entre el total de meses considerados en el periodo a evaluar y el resultado se multiplica por 100.

Ejemplo con tres meses

1 + .56 + 1 = 2.56

Calificación	Escala
2.56/ 3 = .853 X 100 = 85.3%	Satisfactorio; 80 – 89%

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE MUERTES MATERNAS (MM)

DIRECCIÓN DE
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

GABRIELA DEL CARMEN NUCAMENDI CERVANTES

Directora de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades no Transmisibles

DARIO ALANIZ CUEVAS

Coordinador de Sistemas Especiales para la Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades no Transmisibles

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna representa uno de los indicadores más importantes para evaluar el grado de desarrollo de las poblaciones. El Sistema de Notificación Inmediata es uno de los cuatro aspectos de la Vigilancia Activa de la Mortalidad Materna; se creó en el 2004 a partir de la publicación del acuerdo por el cual se creó la estrategia Arranque Parejo en la Vida; registra la notificación inmediata de las defunciones maternas en apego a la definición de la CIE-10. La información que genera alimenta los procesos de la Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas (BIRMM) en la que participan las áreas de Salud Reproductiva, Estadística, Regulación Sanitaria, Epidemiología; y aplica a todas las instituciones del sector y en todos los niveles operativos.

Cada una de las defunciones se coteja con el cierre definitivo que otorga la Dirección General de Información en Salud (DGIS) para ser publicadas por el INEGI como estadística nacional oficial.

DESCRIPCIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES.

Indicador 1: Cobertura (Calidad)

Definición: Mide el cumplimiento de la Notificación Inmediata de las muertes maternas con respecto a las defunciones definitivas del último año con cierre oficial emitido por DGIS.

Construcción:

$$\frac{\textbf{Defunciones maternas confirmadas en el Sistema de Notificación Inmediata}}{\textbf{Total de las defunciones maternas al cierre de DGIS}}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Defunciones maternas confirmadas en el Sistema de Notificación Inmediata. Fuente: Plataforma de Mortalidad Materna Criterio: Defunciones maternas confirmadas en el Sistema de Notificación Inmediata al final del año,	Definición: Defunciones maternas al cierre de DGIS Fuente: Base de Mortalidad Materna (DGIS) Criterio: Número de defunciones maternas oficiales registradas en la base de DGIS al mismo año.	Sobresaliente: ≥ 90% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 60 a 79% Precario. ≤ 59%	Aplicará en cierre anual de Caminando a la Excelencia.

Procedimiento:

- La evaluación que aplica es la correspondiente al último año con cierre oficial.
- Para este indicador solo se toman en cuenta las defunciones por lugar de ocurrencia.
- Implica una comparación numérica.
- La abreviatura “NA” indica “Sin defunciones”

Indicador 2: Oportunidad (Calidad)

Definición: Mide el cumplimiento en la notificación en las primeras 24 horas posteriores a la ocurrencia de la defunción materna.

Construcción:

$$\frac{\textbf{Defunciones maternas notificadas en las primeras 24 hrs}}{\textbf{Número de defunciones registradas en la plataforma}}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Defunciones notificadas en las primeras 24 horas Fuente: Plataforma de Mortalidad Materna Criterio: Número de defunciones que se registran entre 0 a 24 horas de diferencia entre la fecha de defunción y la fecha de captura en plataforma.	Definición: Total de defunciones en plataforma. Fuente: Plataforma de Mortalidad Materna. Criterio: Número de defunciones maternas registradas en plataforma.	Sobresaliente: ≥ 90% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 60 a 79% Precario. ≤ 59%	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia.

Procedimiento:

- La evaluación que aplica es la correspondiente al año corriente.
- Para este indicador solo se toman en cuenta las defunciones por lugar de ocurrencia.
- La abreviatura “NA” indica “Sin defunciones”

Indicador 3: Documentación

Definición: Mide el cumplimiento en la documentación mediante el adjunto de certificado de defunción y resumen clínico, de cada una de las defunciones maternas en plataforma.

Construcción:

$$\frac{\textbf{Número de defunciones maternas con certificado y resumen}}{\textbf{Número de defunciones registradas en la plataforma}}$$

Criterios:

Numerador	*Denominador*	Escala	*Uso*
Definición: Número de defunciones maternas con certificado de defunción y resumen clínico Fuente: Plataforma de Mortalidad Materna Criterio: Número de defunciones maternas con adjunto de certificados de defunción y resumen clínico en plataforma	Definición: Número de defunciones maternas registradas en plataforma. Fuente: Plataforma de Mortalidad Materna. Criterio: Número de defunciones maternas registradas en plataforma.	Sobresaliente: ≥ 90% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 60 a 79% Precario. ≤ 59%	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia.

Procedimiento:

- La evaluación que aplica es la correspondiente al año corriente.
- Sólo se considerará documentada si la defunción cuenta con certificado y resumen clínico, y ambos son legibles.
- Para este indicador solo se toman en cuenta las defunciones por lugar de ocurrencia.
- La abreviatura “NA” indica “Sin defunciones”

VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

JOSÉ CRUZ RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

Director de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades transmisibles que hace veinte años presentaban importantes reducciones en su incidencia, actualmente representan un reto mundial que exige una respuesta global y coordinada. Los cambios demográficos, tecnológicos, ambientales y sociales que ocurren en el mundo, sumados a una disminución de la efectividad de ciertas medidas de control, crean condiciones para un constante resurgimiento de nuevas formas de expresión de las enfermedades y para la emergencia de nuevas enfermedades.

En este escenario epidemiológico y en el contexto del nuevo modelo de vigilancia en Salud Pública, se requiere un permanente fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica con el fin de detectar oportunamente, investigar y monitorear los patógenos que representan riesgos a la salud de la población y que permitan identificar los determinantes que influyen en su ocurrencia y orientar las acciones de prevención y control.

Dentro del proceso de vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles sujetas a sistemas de vigilancia especial, es fundamental medir la calidad del funcionamiento de los sistemas a efecto de garantizar la obtención de información veraz y oportuna, para lo cual se establecen los siguientes indicadores de evaluación de padecimientos prioritarios a nivel nacional como internacional.

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD FEBRIL EXANTEMÁTICA, (EFE) SARAMPIÓN/RUBÉOLA/SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA

DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

DIRECCIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

JOSÉ CRUZ RODRÍGUEZ MARTÍNEZ
Director de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles

NORMA IRENE LUNA GUZMÁN
Subdirectora de Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles

GABRIELA AGUILAR CARRADA
Jefa del Departamento de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Prevenibles por Vacunación

LENNY BEATRIZ NAVARRETE MARTÍNEZ
Responsable de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Febril Exantemática

INTRODUCCIÓN

En México, el sistema de vigilancia epidemiológica de Sarampión se realiza mediante la estrategia de vigilancia sindromática de Enfermedad Febril Exantemática (EFE). En 1993 se estableció el sistema especial de vigilancia de EFE, orientado a la detección oportuna de los casos de sarampión/rubéola que orienten las acciones de prevención y control que mantengan la eliminación de estos padecimientos, cuyos últimos casos endémicos se presentaron en 1995 y 2008, respectivamente.

En este sentido y a efecto de garantizar la calidad de la información del sistema de vigilancia que sustente la eliminación de la circulación del virus del sarampión y rubéola en el país, se establecen los siguientes indicadores que están apegados a los requerimientos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES

1. Indicador: Oportunidad en la notificación

Definición: Mide el cumplimiento de la notificación de los casos en menos de 24 horas de su primer contacto con los servicios de salud.
Construcción:

$$\frac{\textbf{Casos probables de Sarampión/rubéola notificados en las primeras 24 horas posteriores a su detección por la unidad médica}}{\textbf{Total de casos probables de sarampíon/rubéola notificados}} \textbf{ X 100}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Casos notificados oportunamente Fuente: Base de datos de Plataforma de EFE Criterio: Casos probables de sarampión/rubéola notificados hasta el nivel nacional en las primeras 24 horas posteriores a la detección por la unidad médica.	Definición: Total de casos probables notificados Fuente: Base de datos de Plataforma de EFE Criterio: Total de casos probables de sarampión/rubéola registrados	Sobresaliente: 90 a 100% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 70 a 79% Precario: menor a 70% NA= No Aplica	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

NA= Aplicará cuando en el estado no se notifiquen casos por este padecimiento.

2. Indicador: Estudio de caso oportuno

Definición: Mide el cumplimiento en el levantamiento de estudio epidemiológico de caso dentro de los tiempos establecidos en el manual operativo.

Construcción:

$$\frac{\textbf{Casos probables de sarampión/rubéola con estudio en las primeras 48 horas posteriores a la detección}}{\textbf{Total de casos probables de sarampión/rubéola notificados}} \textbf{ X 100}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Casos con estudio oportuno Fuente: Base de datos de Plataforma de EFE Criterio: Casos probables de sarampión/rubéola con estudio epidemiológico en las primeras 48 horas posteriores a la detección.	Definición: Total de casos de EFE registrados Fuente: Base de datos de Plataforma de EFE Criterio: Total de casos probables de sarampión/rubéola registrados	Sobresaliente: 90 a 100% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 70 a 79% Precario: menor a 70% NA= No Aplica	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

NA= Aplicará cuando en el estado no se notifiquen casos por este padecimiento.

3. *Indicador:* Clasificación

Definición: Mide el cumplimiento de la clasificación del caso dentro de los tiempos establecidos en el manual operativo.

Construcción:

$$\frac{\textbf{Casos de EFE con clasificación final en los primeros 10 días hábiles posteriores a la fecha de detección}}{\textbf{Total de casos probables de sarampión/rubéola notificados}} \textbf{ X 100}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Casos con clasificación oportuna Fuente: Base de datos de Plataforma de EFE Criterio: Casos probables de sarampión/rubéola con clasificación final en los primeros 10 días hábiles posteriores a la fecha de detección	Definición: Total de casos de EFE registrados Fuente: Base de datos de Plataforma de EFE Criterio: Total de casos probables de sarampión/rubéola registrados	Sobresaliente: 90 a 100% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 70 a 79% Precario: menor a 70% NA= No Aplica	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

NA= Aplicará cuando en el estado no se notifiquen casos por este padecimiento.

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA (PFA)

DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

DIRECCIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

JOSÉ CRUZ RODRÍGUEZ MARTÍNEZ
Director de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles

NORMA IRENE LUNA GUZMÁN
Subdirectora de Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles

GABRIELA AGUILAR CARRADA
Jefa del Departamento de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Prevenibles por Vacunación

FRANCISCO JAVIER ARZATE LÓPEZ
Responsable de Vigilancia Epidemiológica de Parálisis Flácida Aguda

INTRODUCCIÓN

En 1984 se estableció el Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de Poliomielitis encaminado a la Eliminación de este padecimiento y cuyo programa inició en 1986. Las acciones de vacunación conjuntamente con una vigilancia sensible y robusta permitieron eliminar la circulación del poliovirus en el territorio nacional, cuyo último caso de poliomielitis salvaje ocurrió en 1990 en el estado de Jalisco.

La vigilancia de poliomielitis se realiza mediante la estrategia de vigilancia sindromática, que capta todos los casos de PFA, cuyo fin es identificar oportunamente los casos importados de poliomielitis que pudieran iniciar cadenas de transmisión en el país. Para garantizar la calidad de la información del sistema de vigilancia epidemiológica de PFA debe cumplirse con los valores satisfactorios de los indicadores de evaluación establecidos y que están apegados a los solicitados en la Región de las Américas por la OPS.

DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES

1. *Indicador:* Cobertura

Definición: Mide la tasa de incidencia de casos de PFA en menores de 15 años.

Construcción:

$$\frac{\textbf{Casos de PFA en menores de 15 años de las últimas 52 semanas epidemiológicas acumulados al periodo que se evalúa}}{\textbf{Promedio de población de menores de 15 años de los dos últimos años}} \boldsymbol{X\ 100,000}\ \&$$

& Por 100,000 menores de 15 años

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Casos de PFA en menores de 15 años de las últimas 52 semanas epidemiológicas acumulados al periodo que se evalúa (por lugar de residencia). Fuente: Plataforma de PFA Criterio: Casos de PFA en menores de 15 años de las últimas 52 semanas epidemiológicas.	Definición: Población en menores de 15 años Fuente: Proyecciones de población CONAPO Criterio: Promedio de población menor de 15 años de los últimos dos años.	Sobresaliente: 90 a 100% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 70 a 79% Precario: menor a 70% NA= No Aplica	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

NA= Aplicará cuando en el estado no se notifiquen casos por este padecimiento.

2. *Indicador:* Clasificación

Definición: Mide el cumplimiento de la clasificación del caso dentro de los tiempos establecidos en el manual operativo.

Construcción:

$$\frac{\text{Casos de PFA en menores de 15 años del año en curso con 2da valoración neurológica dentro de las 10 semanas (70 días) posteriores a la fecha de inicio de la parálisis y con fecha de inicio de parálisis hasta 10 semanas antes del periodo que se evalúa}}{\text{Total de casos de PFA en menores de 15 años del año en curso con fecha de inicio de parálisis hasta 10 semanas antes del periodo que se evalúa}} \text{ X 100}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Casos con clasificación final oportuna Fuente: Plataforma de PFA Criterio: Casos de PFA en menores de 15 años del año en curso con fecha de segunda valoración neurológica en las primeras 10 semanas o 70 días posteriores a la fecha de inicio de la parálisis, con fecha de inicio de parálisis hasta 10 semanas antes del periodo que se evalúa.	Definición: Casos de PFA en menores de 15 años notificados. Fuente: Plataforma de PFA Criterio: Total de casos de PFA en menores de 15 años del año en curso con fecha de inicio de la parálisis en las 10 semanas antes al periodo que se evalúa.	Sobresaliente: 90 a 100% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 70 a 79% Precario: menor a 70% NA= No Aplica	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

NA= Aplicará cuando en el estado no se notifiquen casos por este padecimiento o cuando no hayan transcurrido 10 semanas para la clasificación de los casos

3. *Indicador:* Muestras Adecuadas

Definición: Mide el cumplimiento de la toma de muestra de laboratorio.

Construcción:

$$\frac{\text{Casos de PFA en menores 15 años de las últimas 52 semanas con una muestra de heces tomada en los primeros 14 días posteriores a la fecha de inicio de la parálisis}}{\text{Total de casos de PFA en menores de 15 años de las últimas 52 semanas acumulados hasta el periodo a que se evalúa}} \times 100$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Casos de PFA en menores de 15 años con toma de muestra de heces. Fuente: Plataforma de PFA Criterio: Casos de PFA en menores de 15 años acumulados en las últimas 52 semanas con fecha de toma de una muestra de heces en los primeros 14 días posteriores a la fecha de inicio de la parálisis.	Definición: Total de casos de PFA en menores de 15 años de las últimas 52 semanas. Fuente: Plataforma de PFA Criterio: Total de casos de PFA en menores de 15 años de las últimas 52 semanas acumulados al periodo que se evalúa.	Sobresaliente: 90 a 100% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 70 a 79% Precario: menor a 70% NA= No Aplica	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

NA= Aplicará cuando en el estado no se notifiquen casos por este padecimiento

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE TÉTANOS Y TÉTANOS NEONATAL (TT Y TNN)

DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

JOSÉ CRUZ RODRÍGUEZ MARTÍNEZ
Director de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles

NORMA IRENE LUNA GUZMÁN
Subdirectora de Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles

GABRIELA AGUILAR CARRADA
Jefa del Departamento de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Prevenibles por Vacunación

MIRIAM ELIZABETH VALLEJO PATONI
Responsable de Vigilancia Epidemiológica de Tétanos y Tétanos Neonatal

INTRODUCCIÓN

La vigilancia especial de Tétanos en Adultos y Tétanos Neonatal inició desde 1990. Por un lado se lleva el registro de casos en adultos; por otro, ante casos de Tétanos Neonatal se realiza la búsqueda activa con levantamiento de estudio, toma de muestra y acciones dirigidas a mejorar el control prenatal.

Las acciones realizadas han permitido el decremento significativo de los casos de Tétanos Neonatal orientado a la eliminación de este padecimiento, por lo que la ocurrencia de un solo caso en un municipio se considera foco rojo.

Con el propósito de mantener la tendencia descendente de casos de tétanos y tétanos neonatal es necesario contar con información epidemiológica de calidad, por lo que se establecen los indicadores de Caminando a la Excelencia para la evaluación del sistema de vigilancia de ambas presentaciones clínicas.

DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES

1. Indicador: Oportunidad

Definición: Mide el cumplimiento de la notificación en menos de 24 horas de primer contacto los servicios de salud.

Construcción:

$$\frac{\textbf{Casos probables notificados en las primeras 24 horas de su detección}}{\textbf{Total de casos probables notificados}} \textbf{ X 100}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Casos probables notificados oportunamente Fuente: Base de datos de Tétanos Criterio: Casos probables notificados en las primeras 24 horas posteriores a su detección por la unidad médica	Definición: Total de casos probables notificados Fuente: Base de datos de Tétanos Criterio: Total de casos probables notificados	Sobresaliente: 90 a 100% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 70 a 79% Precario: menor de 70% NA= No Aplica	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

NA= Aplicará cuando en el estado no se notifiquen casos por este padecimiento

2. Indicador: Clasificación (oportuna)

Definición: Mide el cumplimiento de la clasificación del caso dentro de los tiempos establecidos en el manual operativo.

Construcción:

$$\frac{\textbf{Total de casos con clasificación final en los 15 días posteriores a su detección}}{\textbf{Total de casos probables notificados}} \text{ X 100}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Casos con clasificación final oportuna Fuente: Base de datos de Tétanos Criterio: Casos con clasificación final dentro de los siete días posteriores a su notificación	Definición: Total de casos probables notificados Fuente: Base de datos de Tétanos Criterio: Total de casos probables de Tétanos notificados	Sobresaliente: 90 a 100% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 70 a 79% Precario: menor de 70% NA= No Aplica	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

NA= Aplicará cuando en el estado no se notifiquen casos por este padecimiento

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE TOS FERINA Y SÍNDROME COQUELUCHOIDE

DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

JOSÉ CRUZ RODRÍGUEZ MARTÍNEZ
Director de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles

NORMA IRENE LUNA GUZMÁN
Subdirectora de Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles

GABRIELA AGUILAR CARRADA
Jefa del Departamento de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Prevenibles por Vacunación

MARCO ANTONIO GONZÁLEZ GARCÍA
Responsable de Vigilancia Epidemiológica de Tosferina y Síndrome Coqueluchoide

INTRODUCCIÓN

La vigilancia especial de Tos ferina como una enfermedad prevenible por vacunación se inició en el año 2000, mediante la estrategia de vigilancia sindromática cuya información es captada a través del estudio epidemiológico de todos los casos probables de Tos ferina y de Síndrome Coqueluchoide en el país.

Si bien el aislamiento de *Bordetella pertussis* mediante el cultivo se realizó en México durante muchos años como la prueba única, considerada estándar de oro para el diagnóstico de tos ferina hasta el 2008, el brote de este padecimiento en el año 2009 permitió la inclusión de la técnica de PCR convencional y para el año 2011 la de RT-PCR en tiempo real, aumentando la sensibilidad y especificidad en el diagnóstico por el laboratorio y mejorar la calidad de la clasificación final de los casos.

DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES

1. Indicador: Oportunidad en la notificación

Definición: Mide el cumplimiento en la notificación en menos de 24 horas de primer contacto con los servicios de salud.
Construcción:

$$\frac{\textbf{Casos probables de tos ferina y síndrome coqueluchoide notificados en las primeras 24 horas posteriores al primer contacto con los servicios de salud}}{\textbf{Total de casos probables de tos ferina y síndrome coqueluchoide notificados}} \textbf{ X 100}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Casos notificados oportunamente Fuente: Base de Tos ferina y Síndrome Coqueluchoide Criterio: Casos probables notificados de tosferina y síndrome coqueluchoide en las primeras 24 horas posteriores al primer contacto con servicios de salud	Definición: Total de casos probables de tos ferina y síndrome coqueluchoide notificados Fuente: Base de Tos ferina y Síndrome Coqueluchoide Criterio: Total de casos probables notificados	Sobresaliente: 90 a 100% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 70 a 79% Precario: menor de 70% NA= No Aplica	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

NA= Aplicará cuando en el estado no se notifiquen casos por este padecimiento

2. Indicador: Oportunidad en la toma de la muestra

Definición: Mide el cumplimiento de la toma de muestra dentro de los primeros tres días a partir del primer contacto con los Servicios de Salud.
Construcción:

$$\frac{\textbf{Número de casos probables de tos ferina y síndrome coqueluchoide con muestra tomada en los primeros tres días a partir del primer contacto con los servicios de salud}}{\textbf{Total de casos probables de tos ferina y síndrome coqueluchoide notificados}} \textbf{ X 100}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Número de casos con muestra de exudado nasofaríngeo tomada en los primeros tres días a partir del primer contacto con los Servicios de Salud. Fuente: Base de Tos ferina y Síndrome Coqueluchoide. Criterio: Número de casos probables de tosferina y síndrome coqueluchoide con muestra de exudado nasofaríngeo para cultivo y/o PCR dentro de los tres días a partir del primer contacto con los Servicios de Salud.	Definición: Total de casos probables de tosferina y de Síndrome coqueluchoide notificados Fuente: Base de Tos ferina y Síndrome Coqueluchoide. Criterio: Total de casos probables notificados.	Sobresaliente: 90 a 100% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 70 a 79% Precario: menor de 70% NA= No Aplica	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

NA= Aplicará cuando en el estado no se notifiquen casos por este padecimiento

3. Indicador: Estudio de caso oportuno

Definición: Mide el cumplimiento en la realización del estudio epidemiológico dentro de las primeras 48 horas a partir del primer contacto con los Servicios de Salud.

Construcción:

$$\frac{\textbf{Total de casos probables de tosferina y síndrome coqueluchoide con estudio en las primeras 48 horas posteriores al primer contacto con los servicios de salud}}{\textbf{Total de casos probables de tos ferina y síndrome coqueluchoide notificados}} \textbf{ X 100}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Casos con estudio oportuno Fuente: Base de Tos ferina y Síndrome Coqueluchoide Criterio: Casos probables de tosferina y de Síndrome Coqueluchoide con estudio en las primeras 48 horas posteriores a partir del primer contacto con los servicios de salud	Definición: Total de casos probables de tos ferina y Síndrome Coqueluchoide registrados Fuente: Base de Tos ferina y Síndrome Coqueluchoide Criterio: Total de casos probables de tos ferina y Síndrome Coqueluchoide notificados.	Sobresaliente: 90 a 100% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 70 a 79% Precario: menor de 70% NA= No Aplica	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

NA= Aplicará cuando en el estado no se notifiquen casos por este padecimiento

4. Indicador: Clasificación

Definición: Mide el cumplimiento en la clasificación oportuna del caso dentro de los primeros 21 días posteriores al inicio del estudio del caso.

Construcción:

$$\frac{\textbf{Total de casos de Tos ferina y síndrome coqueluchoide con clasificación en los primeros 21 días hábiles a partir del primer contacto con los servicios de salud}}{\textbf{Total de casos de Tos ferina y de síndrome coqueluchoide notificados}} \textbf{ X 100}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Casos con clasificación oportuna Fuente: Base de Tos ferina y Síndrome Coqueluchoide Criterio: Casos de tos ferina y síndrome coqueluchoide con clasificación final en los primeros 21 días hábiles posteriores al primer contacto con los servicios de salud	Definición: Total de casos de tos ferina y síndrome coqueluchoide notificados acumulados Fuente: Base de Tos ferina y Síndrome Coqueluchoide Criterio: Total de casos de Tos ferina y síndrome coqueluchoide	Sobresaliente: 90 a 100% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 70 a 79% Precario: menor de 70% NA= No Aplica	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

NA= Aplicará cuando en el estado no se notifiquen casos por este padecimiento

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DENGUE

DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

JOSÉ CRUZ RODRÍGUEZ MARTÍNEZ
Director de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles

NORMA IRENE LUNA GUZMÁN
Subdirectora de Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles

GUILLERMO CARBAJAL SANDOVAL
Jefa del Departamento de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmitidas por Vector

MARCO ANTONIO PADILLA MONROY
Responsable de Vigilancia Epidemiológica de Dengue

INTRODUCCIÓN

Para la vigilancia epidemiológica del Dengue en México se estableció el sistema de vigilancia especial con funciones específicas para la caracterización epidemiológica de este padecimiento en el país y la generación de información epidemiológica que oriente las acciones de prevención y control.

A partir de 2001 la vigilancia tomó un nuevo rumbo orientado principalmente por el número cada vez mayor de casos de Fiebre Hemorrágica por Dengue (FHD); por un lado se debieron enfocar los esfuerzos a sostener el registro de un número considerable de casos probables, y por otro a fortalecer las áreas de diagnóstico cada vez con mayor demanda, todo esto encaminado a asegurar la detección oportuna de los casos para el adecuado tratamiento de los casos que evite la ocurrencia de formas graves y defunciones.

Con el fin de estar acorde con las definiciones operacionales recomendadas por la Organización Panamericanas de la Salud en el Región de las Américas, en agosto del 2016 se implementó en México las nuevas definiciones operacionales para clasificar al Dengue en Dengue No Grave (DNG), Dengue Con Signos de Alarma (DCSA) y Dengue Grave (DG).

DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES

1. Indicador: Oportunidad en la Notificación (Calidad)

Definición: Mide el cumplimiento de la notificación de casos de DCSA y DG en menos de 24 horas del primer contacto con los Servicios de Salud.
Construcción:

$$\frac{\textbf{Casos probables de DCSA y DG notificados en las primeras 24 horas de su identificación por las unidades médicas}}{\textbf{Total de casos de DCSA y DG notificados}} \textbf{ X 100}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Casos notificados oportunamente Fuente: Plataforma de ETV Criterio: Casos probables de DCSA y DG notificados en las primeras 24 horas de su identificación.	Definición: Total de casos notificados Fuente: Plataforma de ETV Criterio: Total de casos probables de DCSA y DG en plataforma de ETV	Sobresaliente: 90 a 100% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 70 a 79% Precario: menor de 70% NA= No Aplica	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

NA= Aplicará cuando en el estado no se notifiquen casos por este padecimiento.

2. Indicador: Oportunidad en la toma de la muestra

Definición: Mide el cumplimiento de la toma de muestra de los casos de Dengue dentro de los tiempos indicados en el manual operativo.
Construcción:

$$\frac{\textbf{Casos con muestra tomada en los primeros cinco días de iniciado el padecimiento}}{\textbf{Total de casos con muestra recibida en el laboratorio}} \textbf{ X 100}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Casos con toma de muestra oportuna. Fuente: Plataforma de ETV Criterio: Casos con muestra tomada en los primeros 5 días de inicio del padecimiento	Definición: Casos con Muestra Fuente: Plataforma de ETV Criterio: Total de casos con muestra recibida en el laboratorio	Sobresaliente: 90 a 100% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 70 a 79% Precario: menor de 70% NA= No Aplica	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

NA= Aplicará cuando en el estado no se notifiquen casos por este padecimiento.

3. Indicador: Oportunidad de clasificación de los casos

Definición: Mide el cumplimiento de la oportunidad en la clasificación de los casos de Dengue.

Construcción:

$$\frac{\textbf{Número de casos con resultado de laboratorio en plataforma en los primeros 10 días } \boldsymbol{hábiles\ posteriores\ al\ primer\ contacto\ con\ los\ servicios\ de\ salud}}{\textbf{Total de casos de Dengue } \boldsymbol{con\ resultado\ de\ laboratorio\ en\ plataforma}} \textbf{ X 100}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Número de casos con clasificación oportuna Fuente: Plataforma de ETV Criterio: Casos con resultado de laboratorio y clasificación final en los 10 días hábiles posteriores al primer contacto con los Servicios de Salud	Definición: Casos con resultado de laboratorio en plataforma Fuente: Plataforma de ETV Criterio: Total de casos con resultado de laboratorio en plataforma	Sobresaliente: 90 a 100% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 70 a 79% Precario: menor de 70% NA= No Aplica	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

NA= Aplicará cuando en el estado no se notifiquen casos por este padecimiento.

4. Indicador: Cobertura de muestreo de DG

Definición: Mide el cumplimiento de la toma de muestras de casos de DG.

Construcción:

$$\frac{\text{Casos de DG con muestra}}{\text{Total de casos de DG registrados}} \textbf{ X 100}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Casos de DG con muestra Fuente: Plataforma de ETV Criterio: Número de casos de DG con muestra recibida en el laboratorio.	Definición: Casos de DG registrados Fuente: Plataforma de ETV Criterio: Total de casos de DG registrados.	Sobresaliente: 90 a 100% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 70 a 79% Precario: menor de 70% NA= No Aplica	Aplicará en todas la evaluaciones Caminando a la Excelencia

NA= Aplicará cuando en el estado no se notifiquen casos por este padecimiento.

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE PALUDISMO

DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

JOSÉ CRUZ RODRÍGUEZ MARTÍNEZ
Director de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles

NORMA IRENE LUNA GUZMÁN
Subdirectora de Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles

GUILLERMO CARBAJAL SANDOVAL
Jefa del Departamento de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmitidas por Vector

MARTHA CALVO FLORES
Responsable de Vigilancia Epidemiológica de Paludismo

INTRODUCCIÓN

Durante la última década se han logrado progresos sustanciales en el control del paludismo en todo el mundo, mediante la aplicación a gran escala de intervenciones eficaces. La magnitud de este progreso ha llevado a algunos países endémicos, incluso aquellos con cargas de enfermedad históricamente altas, a considerar la posibilidad de su eliminación. Sobre la base de los progresos sin precedentes alcanzados durante la década anterior, la OMS elaboró la Estrategia Técnica Mundial de Paludismo 2016-2030, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2015, que establece metas mundiales para 2030, con hitos para medir el progreso en 2020 y 2025. Esta estrategia fija los objetivos más ambiciosos desde el Programa Mundial de Erradicación de la Malaria: para el año 2030, la mortalidad y la incidencia de paludismo deberían reducirse al menos en un 90% respecto a los niveles de 2015 y el paludismo debería eliminarse al menos en 35 países en los que se transmitió en 2015; la Estrategia Técnica Mundial considera la eliminación del paludismo en al menos 10 países para 2020, dentro de los que se encuentra México.

Considerando que el objetivo del sistema de vigilancia de paludismo en la fase de eliminación es detectar todas las infecciones por paludismo, sintomáticas o asintomáticas, y asegurar la cura radical oportunamente para evitar la generación de casos secundarios, el Sistema de Vigilancia de Paludismo debe garantizar la detección, diagnóstico y tratamiento oportuno del 100% de los casos para lo cual es necesario evaluar la calidad de la información mediante el siguiente indicador.

DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES

1. Indicador: Notificación oportuna de casos (Calidad)

Definición: Mide el cumplimiento de la notificación en plataforma de ETV de los casos confirmados dentro de las primeras 72 horas posteriores a su confirmación.

Construcción:

$$\frac{\text{Casos confirmados de Paludismo que sean capturados en plataforma de ETV en las 72 horas posteriores a su diagnóstico de laboratorio}}{\text{Total de casos confirmados de Paludismo}} \textbf{ X 100}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Casos notificados oportunamente Fuente: Plataforma de ETV Criterio: Casos confirmados de Paludismo que sean notificados en plataforma de ETV en un plazo de 72 horas posteriores a su confirmación.	Definición: Casos confirmados de Paludismo Fuente: Plataforma de ETV Criterio: Número de casos confirmados de Paludismo en la Plataforma de ETV	Sobresaliente: 90 a 100% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 70 a 79% Precario: menor de 70% NA= No Aplica	Aplicará en todas la evaluaciones Caminando a la Excelencia

NA= Aplicará cuando en el estado no se notifiquen casos por este padecimiento.

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CÓLERA

DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

JOSÉ CRUZ RODRÍGUEZ MARTÍNEZ
Director de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles

NORMA IRENE LUNA GUZMÁN
Subdirectora de Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles

BERTHA ALICIA HERNÁNDEZ GARCÍA
Coordinadora de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de Cólera y NUTRAVE

SILVIA BRINDIS CASTRO

INTRODUCCIÓN

La vigilancia epidemiológica de Cólera incluye la detección, notificación, estudio, seguimiento de casos y defunciones. La notificación del caso comprende el comunicado del evento nuevo detectado por el médico tratante de la unidad de salud.

Los casos de cólera se mantuvieron ausentes del país del año 2002 al 2009. Hasta el año 2010 ocurrió un caso de *Vibrio cholerae* O1 Inaba toxigénico en Navolato, Sinaloa; y posteriormente tres casos más en la misma entidad federativa, uno en 2011 en el municipio de Badiraguato por *Vibrio cholerae* O1 Inaba toxigénico y dos en el 2012 en Culiacán y Escuinapa causados por *V. cholerae* O1 Ogawa toxigénico.

En el año 2013 se presentaron brotes por *V. cholerae* O1 Ogawa toxigénico en cinco entidades federativas, año en que se confirmaron 187 casos; en el año 2014 se confirmaron 14 casos en los estados de Hidalgo y Querétaro; en el 2015 un caso en el estado de Puebla en el municipio de San José Miahuatlán; en 2016 un caso confirmado en el estado de Nayarit en el municipio de Tepic, y en 2018 un caso en el estado de Sinaloa del municipio de Culiacán.

A efecto de mantener el control epidemiológico de cólera en el país, es necesario garantizar la calidad de la información epidemiológica generada por las unidades de vigilancia epidemiológica que orientan la toma de decisiones y para lo cual es necesario cumplir con los valores satisfactorios de los indicadores de evaluación.

DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES

1.- Indicador: Notificación Oportuna
Definición: Mide el cumplimiento en la notificación en las 24 horas posteriores al primer contacto con los servicios de salud.

Construcción:

$$\frac{\textbf{Casos notificados en las primeras 24 horas de su detección}}{\textbf{Total de casos notificados al periodo evaluado}} \textbf{ X 100}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Casos oportunos Fuente: Plataforma de Cólera Criterio: Casos notificados en la plataforma en las primeras 24 horas de su detección	Definición: Casos notificados Fuente: Plataforma de Cólera Criterio: Total de casos notificados en plataforma de Cólera	Sobresaliente: 90 a 100% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 70 a 79% Precario: menor de 70%	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

2.- Indicador: Clasificación Oportuna
Definición: Mide el cumplimiento en la clasificación del caso dentro de los tiempos establecidos en el manual operativo.

Construcción:

$$\frac{\textbf{Número de casos clasificados en los primeros 10 días hábiles posteriores a su detección}}{\textbf{Total de casos notificados al periodo evaluado}} \textbf{ X 100}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Casos con clasificación oportuna Fuente: Plataforma de cólera Criterio: Número de casos con resultado de laboratorio en los primeros 10 días hábiles posteriores a su detección.	Definición: Casos notificados. Fuente: Plataforma de cólera Criterio: Total de casos notificados	Sobresaliente: 90 a 100% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 70 a 79% Precario: menor de 70%	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

3.- Indicador: Cobertura (De la red negativa diaria)
Definición: Mide el cumplimiento de la notificación dentro de la red negativa diaria por semana.

Construcción:

$$\frac{\textbf{Número de notificaciones en red negativa diaria al periodo que se evalúa}}{\textbf{Total de reportes a notificar al periodo evaluado}} \textbf{ X 100}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Número de notificaciones de red negativa diaria Fuente: Registro de red negativa diaria de cólera Criterio: Número de notificaciones de red negativa diaria al periodo que se evalúa.	Definición: Total de reportes a notificar Fuente: Registro de red negativa diaria de cólera Criterio: Total de reportes a notificar por días hábiles acumulados a la fecha de evaluación	Sobresaliente: 90 a 100% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 70 a 79% Precario: menor de 70%	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

NÚCLEOS TRAZADORES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA-ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA- (NUTRAVE-EDA)

DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

JOSÉ CRUZ RODRÍGUEZ MARTÍNEZ
Director de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles

NORMA IRENE LUNA GUZMÁN
Subdirectora de Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles

BERTHA ALICIA HERNÁNDEZ GARCÍA
Coordinadora de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de Cólera y NUTRAVE

INTRODUCCIÓN

Los Núcleos Trazadores de Vigilancia Epidemiológica (NuTraVE), constituyen una estrategia de vigilancia epidemiológica centinela, que a través de un enfoque sindrómatico permite identificar la circulación de agentes etiológicos causales de EDA moderada y grave.

El objetivo del sistema de vigilancia es la detección oportuna de brotes y agentes etiológicos específicos que orientan las acciones de control de estos padecimientos.

DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES

1.- Indicador: Oportunidad

Definición: Mide el cumplimiento en la notificación en menos de 24 horas del primer contacto con los servicios de salud.

Construcción:

$$\frac{\textbf{Casos probales de EDA notificados en las primeras 24 horas de su identificación por las unidades médicas}}{\textbf{Total de casos probables notificados}} \textbf{ X 100}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Casos oportunos Fuente: Plataforma NUTRAVE Criterio: Casos de EDA registrados en la plataforma en las primeras 24 horas de su identificación	Definición: Total de casos notificados Fuente: Plataforma NUTRAVE Criterio: Total de casos de EDA en plataforma de NUTRAVE	Sobresaliente: 90 a 100% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 70 a 79% Precario: menor de 70%	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

2.- Indicador: Clasificación

Definición: Mide el cumplimiento en la clasificación del caso dentro de los tiempos establecidos en el manual operativo.

Construcción:

$$\frac{\textbf{Número de casos con clasificación en los primeros 7 días hábiles posteriores a la detección}}{\textbf{Total de casos con muestra}} \textbf{ X 100}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Número de casos con clasificación en los primeros 7 días hábiles posteriores a su detección Fuente: Plataforma NUTRAVE Criterio: Clasificación, corresponde al diagnóstico final del caso antes de transcurridos siete días a partir de la fecha del primer contacto con servicios de salud	Definición: Total de casos con muestra Fuente: Plataforma NUTRAVE Criterio: Total de casos de EDA con muestra en plataforma de NUTRAVE	Sobresaliente: 90 a 100% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 70 a 79% Precario: menor de 70%	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE SÍFILIS CONGÉNITA

DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

JOSÉ CRUZ RODRÍGUEZ MARTÍNEZ
Director de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles

NORMA IRENE LUNA GUZMÁN
Subdirectora de Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles

YESIKA ARELLANOS JACINTO
Coordinadora de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de VIH y Sífilis Congénita

PAOLA RENDÓN MARTÍNEZ
Analista del Sistema

INTRODUCCIÓN

En México la sífilis congénita es un padecimiento sujeto a vigilancia epidemiológica de notificación obligatoria e inmediata, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente y existe un programa nacional para su prevención; sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados y de que se cuente con un tratamiento específico para la prevención y control de este padecimiento, la sífilis congénita continúa siendo un problema de salud importante que requiere contar con lineamientos específicos de detección y notificación. El objetivo del sistema de vigilancia es conocer la situación epidemiológica de la Sífilis Congénita en el país, a través de información oportuna y de calidad, para orientar eficazmente las acciones de prevención y control de este padecimiento.

DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES

1. Indicador: Oportunidad (calidad)

Definición: Mide el cumplimiento en la notificación en menos de 24 horas de primer contacto con los servicios de salud.

Construcción:

$$\frac{\textbf{Casos probables notificados en las primeras 24 horas posteriores a la identificación en las unidades médicas}}{\textbf{Total de casos probables notificados}} \textbf{ X 100}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Casos notificados oportunamente. Fuente: Base de Datos del Registro Nacional de Sífilis Congénita. Criterio: Número de casos notificados en las primeras 24 horas posteriores a la identificación como caso probable por la unidad médica.	Definición: Total de casos notificados. Fuente: Base de Datos del Registro Nacional de Sífilis Congénita. Criterio: Total de casos probables notificados.	Sobresaliente: 90 a 100% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 70 a 79% Precario: menor de 70% NA= No Aplica	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia.

NA= Aplicará cuando en el estado no se notifiquen casos por este padecimiento.

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIÓN ASINTOMÁTICA POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH Y SIDA)

DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

JOSÉ CRUZ RODRÍGUEZ MARTÍNEZ
Director de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles

NORMA IRENE LUNA GUZMÁN
Subdirectora de Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles

YESIKA ARELLANOS JACINTO
Coordinadora de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de VIH y Sífilis Congénita

GENARO RAMÍREZ LÓPEZ
Responsable del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana

INTRODUCCIÓN

En México el VIH es un padecimiento sujeto a vigilancia epidemiológica, de notificación obligatoria e inmediata, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente. Existe un programa nacional para la prevención y control de este padecimiento; el objetivo del Sistema de Vigilancia es contar con información epidemiológica oportuna y de calidad que permita el análisis, planeación y evaluación de las estrategias de prevención y control de este padecimiento en la población mexicana.

DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES

1. Indicador: Oportunidad (Calidad)

Definición: Mide el cumplimiento de la notificación en los tiempos establecidos por el manual operativo.

Construcción:

$$\frac{\text{Casos nuevos de VIH notificados en los 10 días hábiles posteriores a su fecha de diagnóstico}}{\text{Total de casos nuevos de VIH notificados al periodo evaluado}} \times 100$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Casos nuevos de VIH notificados oportunamente Fuente: Base de Datos del Registro Nacional de VIH. Criterio: Casos nuevos de VIH notificados en los 10 días hábiles posteriores a su fecha de diagnóstico	Definición: Total de casos nuevos de VIH notificados Fuente: Base de Datos del Registro Nacional de VIH. Criterio: Total de casos nuevos de VIH notificados.	Sobresaliente: 90 a 100% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 70 a 79% Precario: menor de 70% NA= No Aplica	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

NA= Aplicará cuando en el estado no se notifiquen casos por este padecimiento.

2. Indicador: Estudio (Consistencia de información del Binomio VIH/TB)

Definición: Mide el cumplimiento en el estudio de la comorbilidad con Tuberculosis.

Construcción:

$$\frac{\text{Número de casos de VIH con TB notificados en el Registro Nacional de VIH en el periodo}}{\text{Número de casos de TB que tengan como enfermedad asociada VIH en la plataforma de TB, en el mismo periodo}} \times 100$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Número de casos de VIH con TB notificados en el Registro Nacional de VIH Fuente: Base de Datos del Registro Nacional de VIH. Criterio: Número de casos de VIH con TB notificados en el Registro Nacional de VIH.	Definición: Número de casos de TB que tengan como enfermedad asociada VIH. Fuente: Plataforma de TB Criterio: Número de casos de TB que tengan como enfermedad asociada VIH.	Sobresaliente: 90 a 100% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 70 a 79% Precario: menor de 70% NA= No Aplica	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

NA= Aplicará cuando en el estado no se notifiquen casos por este padecimiento.

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE TUBERCULOSIS

DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

JOSÉ CRUZ RODRÍGUEZ MARTÍNEZ
Director de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles

NORMA IRENE LUNA GUZMÁN
Subdirectora de Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles

SANTA E. CEBALLOS LICEAGA
Coordinadora de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de Micobacteriosis

ESTELA CANEDA CEBALLOS
PEDRO GUERRERO REYES
Analistas del Sistema

INTRODUCCIÓN

El objetivo principal del sistema de vigilancia epidemiológica de tuberculosis es la generación de información epidemiológica oportuna y confiable requerida para la caracterización integral que oriente la toma de decisiones del Programa Nacional de Tuberculosis que eliminen o minimicen daños a la salud de la población. Dentro de las estrategias para garantizar la calidad de la información epidemiológica se establecen los indicadores de evaluación siguientes:

DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES

1.- Indicador: Oportunidad de TB (registro oportuno de casos confirmados de tuberculosis).

Definición: Mide el cumplimiento en el registro de los casos de tuberculosis (TB) a la Plataforma Única de Información módulo Tuberculosis (PUI-TB).

Construcción:

$$\frac{\textbf{Casos probables de Tb notificados en los primeros 7 días posteriores a la fecha de solicitud de atención}}{\textbf{Total de casos de tuberculosis notificados al periodo evaluado}} \textbf{ X 100}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Casos de tuberculosis notificados oportunamente en la PUI-TB. Fuente: Plataforma Única de información módulo de Tuberculosis. Criterio: Casos de tuberculosis no meníngea que se notifiquen en la PUI-TB en los primeros siete días naturales posteriores a la Fecha de Solicitud de la Atención.	Definición: Total de casos de tuberculosis notificados en la PUI-TB. Fuente: Plataforma Única de información módulo de Tuberculosis. Criterio: Total de casos de Tuberculosis no meníngea notificados en la PUI-TB.	Sobresaliente: 90 a 100% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 70 a 79% Precario: menor de 70% NA= No Aplica	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia.

NA= Aplicará cuando en el estado no se notifiquen casos por este padecimiento.

2.- Indicador: Oportunidad TBM (registro oportuno de casos de tuberculosis meníngea).

Definición: Mide el cumplimiento en el registro de los casos de tuberculosis meníngea (TBM) a la Plataforma Única de Información módulo Tuberculosis (PUI-TB).

Construcción:

$$\frac{\textbf{Casos probables de TBM notificados en los primeros 2 días posteriores a la fecha de solicitud de atención}}{\textbf{Total de casos de TBM notificados al periodo evaluado}} \textbf{ X 100}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Casos de Tuberculosis Meníngea notificados oportunamente a la PUI-TB. Fuente: Plataforma Única de información módulo de Tuberculosis. Criterio: Casos de TBM que se notifiquen en la PUI-TB en los primeros 2 días naturales posteriores la fecha de solicitud de atención	Definición: Total de casos de Tuberculosis Meníngea notificados en la PUI-TB. Fuente: Plataforma Única de información módulo de Tuberculosis. Criterio: Total de casos de Tuberculosis Meníngea notificados en la PUI-TB.	Sobresaliente: 90 a 100% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 70 a 79% Precario: menor de 70% NA= No Aplica	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia.

NA= Aplicará cuando en el estado no se notifiquen casos por este padecimiento.

Indicador: Clasificación Oportuna de TBTF

Definición: Mide el cumplimiento del diagnóstico (clasificación) de los casos probables en los primeros 10 días naturales posteriores a la solicitud de la atención.

Construcción:

$$\frac{\textbf{Casos probables de TB clasificados oportunamente}}{\textbf{Total de casos probales de TB notificados con metodo diagnóstico por baciloscopia}} \textbf{ X 100}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Total de casos probables con baciloscopía de diagnóstico que cuenten con resultado en los primeros 10 días posteriores a la solicitud de la atención. Fuente: Plataforma Única de información módulo de Tuberculosis. Criterio: Total de casos probables con baciloscopías de diagnóstico con resultado registrado en los primeros 10 días posteriores a la solicitud de la atención del periodo evaluado.	Definición: Casos probables que se notifiquen en el sistema que cuenten con una Bk para diagnóstico Fuente: Plataforma Única de información módulo de Tuberculosis. Criterio: Total de casos de tuberculosis que cuenten con método diagnóstico baciloscopía notificados en la PUI-TB al periodo evaluado.	Sobresaliente: 90 a 100% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 70 a 79% Precario: menor de 70% NA= No Aplica	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia.

NA= Aplicará cuando en el estado no se notifiquen casos por este padecimiento.

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LEPRA

DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

JOSÉ CRUZ RODRÍGUEZ MARTÍNEZ
Director de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles

NORMA IRENE LUNA GUZMÁN
Subdirectora de Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles

SANTA E. CEBALLOS LICEAGA
Coordinadora de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de Micobacteriosis

MIRIAM ELIZABETH VALLEJO PATONI
Analista del Sistema

INTRODUCCIÓN

El objetivo principal del sistema de vigilancia epidemiológica es la generación de información epidemiológica oportuna y de calidad que se requiere para la caracterización de su situación epidemiológica, que oriente la toma de decisiones del Programa Nacional de Prevención y Control de Lepra. Dentro de las estrategias para garantizar la calidad de la información epidemiológica se establecen los indicadores de evaluación siguientes:

DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES

1.- Indicador: Oportunidad

Definición: Mide el cumplimiento en la notificación en los tiempos indicados en el manual operativo.

Construcción:

$$\frac{\textbf{Casos de lepra notificados en los primeros 7 días posteriores a la fecha de identificación}}{\textbf{Total de casos de lepra notificados}} \textbf{ X 100}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Casos de Lepra notificados oportunamente Fuente: Plataforma de Lepra Criterio: Casos de lepra notificados en los primeros siete días naturales posteriores a la fecha de identificación.	Definición: Total de casos de Lepra notificados Fuente: Plataforma Lepra Criterio: Total de casos de Lepra en el registro a la fecha de corte	Sobresaliente: 90 a 100% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 70 a 79% Precario: menor de 70% NA= No Aplica	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

NA= Aplicará cuando en el estado no se notifiquen casos por este padecimiento.

2.- Indicador: Clasificación

Definición: Mide el cumplimiento en la clasificación del caso en los tiempos indicados en el manual operativo.
Construcción:

$$\frac{\textbf{Casos con clasificación en los primros 30 días posteriores a su notificación}}{\textbf{Total de casos notificados}} \textbf{ X 100}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Casos con clasificación final en los 30 días naturales posteriores a su notificación Fuente: Plataforma de Lepra Criterio: Casos de lepra notificados con clasificación en los 30 días naturales posteriores a la fecha de notificación.	Definición: Total de casos notificados Fuente: Plataforma de lepra Criterio: Caso notificados al sistema al periodo evaluado	Sobresaliente: 90 a 100% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 70 a 79% Precario: menor de 70% NA= No Aplica	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

NA= Aplicará cuando en el estado no se notifiquen casos por este padecimiento.

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD POR VIRUS DEL ZIKA

DIRECCIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

JOSÉ CRUZ RODRÍGUEZ MARTÍNEZ
Director de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles

NORMA IRENE LUNA GUZMÁN
Subdirectora de Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles

GUILLERMO CARBAJAL SANDOVAL
Jefe de Departamento de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmitidas por Vector

NOEMÍ LAM OSNAYA
Responsable del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad por Virus del Zika

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por virus de Zika fue observada por primera vez en 1947 en un mono Rhesus utilizado como centinela en el monitoreo de Fiebre Amarilla en el Bosque de Zika en Entebbe, Uganda, de donde proviene su nombre. El virus se aisló por primera vez mediante inoculación de sangre intracerebral en ratones lactantes, que al cabo de 10 días enfermaron. A principios de 1948, como resultado de la vigilancia entomovirológica, el virus Zika también fue aislado a partir de mosquitos *Aedes africanus* capturados en el mismo bosque. En 1968 el virus fue aislado por vez primera en humanos en Nigeria. Durante los años 2015-2016 se registraron grandes brotes por esta enfermedad en la Región de la Américas. En Brasil se describió la asociación entre la infección y microcefalia. Hasta la fecha, 86 países y territorios han notificado casos de infección por el virus de Zika transmitida por mosquitos.

En México, el primer caso autóctono de enfermedad por el virus del Zika fue identificado en octubre de 2015 y desde esta fecha hasta la semana 45 de 2018, se tienen confirmados 12,524 casos autóctonos y 19 casos importados, de los que 7,087 corresponden a mujeres embarazadas.

DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES

1. Indicador: Oportunidad en la Notificación (Calidad)

Definición: Mide el cumplimiento de la notificación de casos probables de enfermedad por virus del Zika en los primeros 7 días posteriores a su detección por los Servicios de Salud.

Construcción:

$$\frac{\textbf{Casos probables de enfermedad por virus del Zika notificados oportunamente}}{\textbf{Total de casos probables notificados en el periodo evalaudo}} \textbf{ X 100}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Casos notificados oportunamente Fuente: Plataforma de ETV Criterio: Casos probables de enfermedad por virus del Zika notificados en las primeras 7 días posteriores a su detección.	Definición: Total de casos notificados Fuente: Plataforma de ETV Criterio: Total de casos probables de enfermedad por virus del Zika notificados en plataforma de ETV	Sobresaliente: 90 a 100% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 70 a 79% Precario: menor de 70% NA= No Aplica	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

NA= Aplicará cuando en el estado no se notifiquen casos por este padecimiento.

2. Indicador: Toma de muestra en Mujeres Embarazadas

Definición: Mide el cumplimiento de la toma de muestras de casos probables de Enfermedad por Virus del Zika en mujeres embarazadas.

Construcción:

$$\frac{\text{Casos probables de enfermedad por virus del Zika en mujeres embarazadas con toma de muestra}}{\text{Total de casos probables de enfermedad por virus del Zika en mujeres embarazadas}} \textbf{ X 100}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Casos de Enfermedad por Virus Zika en mujeres embarazadas con muestra Fuente: Plataforma de ETV Criterio: Casos de Enfermedad por Virus del ZIka en mujeres embarazadas con muestra recibida en el laboratorio.	Definición: Casos de Enfermedad por Virus del Zika en mujeres embarazadas notificados. Fuente: Plataforma de ETV Criterio: Total de casos de Enfermedad por Virus del Zika en mujeres embarazadas notificados.	Sobresaliente: 90 a 100% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 70 a 79% Precario: menor de 70% NA= No Aplica	Aplicará en todas la evaluaciones Caminando a la Excelencia

NA= Aplicará cuando en el estado no se notifiquen casos por este padecimiento.

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INFLUENZA (SISVEFLU)

DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

CHRISTIAN ARTURO ZARAGOZA JIMÉNEZ
Director de Información Epidemiológica

MAURICIO SALCEDO UBILLA
Responsable de Proyectos Especiales de la Dirección de Información Epidemiológica

ROSAURA GUTIÉRREZ VARGAS
Jefa del Departamento de Análisis de Información Epidemiológica

SANDRA ILLIANI PADILLA SALCEDO
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Influenza (SISVEFLU)

INTRODUCCIÓN

El SISVEFLU bajo el modelo centinela se creó en el año 2006 para la notificación en una plataforma en línea de casos ambulatorios. Durante la contingencia sanitaria del año 2009, la notificación incluyo a casos ambulatorios y hospitalizados, que cumplieran con la definición operacional de enfermedad tipo influenza (ETI) e infección respiratoria aguda grave (IRAG) y defunciones con resultado positivo a influenza, emitido por uno de los laboratorios avalados por la RNLSP, actualmente dicha información puede ser consultada en tiempo real. Los casos ambulatorios deben muestrearse en un 10% (1 de cada 10) y al 100% en casos hospitalizados, con el objetivo de determinar el tipo y subtipo de virus de influenza y otros virus respiratorios circulantes en el país. En el SISVEFLU participan unidades seleccionadas por cada entidad federativa, las cuales deben cumplir con las características marcadas dentro del manual para la vigilancia epidemiológica denominadas Unidades de Salud Monitoras de Influenza (USMI). Cuando ocurre una defunción con sospecha o confirmación de influenza en una unidad médica que no es USMI, se deberá solicitar una clave de acceso temporal a la plataforma (8 días) para la captura del estudio de caso de la defunción y el procesamiento de la muestra por parte del laboratorio para confirmar o descartar la presencia del virus de influenza.

Si el resultado de laboratorio resultó positivo a influenza, se deberá clasificar de acuerdo a la causa básica en el certificado de defunción, si la defunción se cataloga POR influenza (causa básica de influenza o neumonía) o CON influenza (causa básica diferente a influenza o neumonía). Además se deberá registrar el certificado de defunción a la plataforma en formato digital legible.

DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES

La evaluación de los indicadores se realizará en todos los niveles de las unidades médicas de salud que participen como USMI, de forma mensual y trimestral, los primeros 10 días del mes siguiente al que se está evaluando. La coordinación Nacional del SISVEFLU enviará semanalmente la evaluación estatal de los indicadores a cada una de las entidades federativas con la finalidad de darles seguimiento y retroalimentación.

1. Indicador: Cobertura
Definición: Mide el cumplimiento de la notificación en la plataforma por parte de las USMI.

Construcción:

Cobertura Correspondiente al primer y cuarto trimestre del año
(Porcentaje de semanas con reporte de casos sospechosos + porcentaje de semanas con Red Negativa) – (Porcentaje de Red Negativa excedente al 20%).

Cobertura Correspondiente al segundo y tercer trimestre del año
(Porcentaje de semanas con reporte de casos sospechosos + porcentaje de semanas con Red Negativa) – (Porcentaje de Red Negativa excedente al 80%).

$$\text{Porcentaje de semanas con reporte de casos sospechosos} = \frac{\text{Semanas con reporte de casos sospechosos}}{\text{Total de semanas del periodo notificado}} \text{ X } 100$$

$$\text{Porcentaje de semanas con Red negativa} = \frac{\text{Semanas con reporte de Red Negativa}}{\text{Total de semanas del periodo notificado}} \text{ X } 100$$

Cobertura correspondiente al primer y cuarto trimestre del año: Comprende los meses de enero a marzo y de octubre a diciembre.

Cobertura correspondiente al segundo y tercer trimestre del año: Comprende los meses de abril a septiembre.

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: porcentaje de semanas con notificación de casos, defunciones o red negativa en la plataforma de influenza Criterio: Número de semanas con registro de casos, defunciones o registro de red negativa en plataforma de influenza.	Definición: Total de semanas del periodo notificado Criterio: Número total de semanas del periodo notificado	Sobresaliente: 90 – 100% Satisfactorio: 80 – 89% Mínimo: 60 – 79% Precario: 0 – 59%	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

Fuente: Plataforma Influenza

2. Indicador: Oportunidad
Definición: Mide el cumplimiento en la notificación en plataforma, de casos sospechosos a influenza que cumplan con la definición de ETI/IRAG, en 24 horas o menos después del primer contacto con los servicios de salud.

Construcción:

$$\frac{\textbf{Casos notificados en plataforma oportunamente}}{\textbf{Total de casos registrados en la plataforma de influenza}}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Casos notificados en plataforma oportunamente Criterio: Casos sospechosos de Influenza registrados en la plataforma en las primeras 24 horas de su identificación por los servicios de salud	Definición: Total de casos sospechosos a influenza notificados a la plataforma Criterio: Total de casos sospechosos de Influenza en plataforma	Sobresaliente: 90 – 100% Satisfactorio: 80 – 89% Mínimo: 60 – 79% Precario: 0 – 59%	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

Fuente: Plataforma Influenza

3. Indicador: Calidad de muestra

Definición: Mide el cumplimiento del envío de muestras adecuadas para su procesamiento al laboratorio estatal o certificado correspondiente.

Construcción:

$$\frac{\textbf{Número de muestras enviadas por USMI para diagnóstico de influenza, aceptadas por laboratorio}}{\textbf{Total de muestras enviadas por USMI al laboratorio para el diagnótico de influenza}}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Número de muestras enviadas por USMI para diagnóstico de influenza aceptadas por el laboratorio Criterio: Muestras enviadas por USMI adecuadas para su procesamiento en laboratorio	Definición: Total de muestras enviadas por USMI al laboratorio para el diagnóstico de influenza administrador de laboratorio Criterio: Total de muestras enviadas	Sobresaliente: 90 – 100% Satisfactorio: 80 – 89% Mínimo: 60 – 79% Precario: 0 – 59%	Aplicará en todas las evaluaciones CAMEX

Fuente: Plataforma Influenza

4. Indicador: Clasificación Final (Calidad)

Definición: Mide el cumplimiento en la clasificación del caso en plataforma.

Construcción:

$$\frac{\textbf{Casos sospechososos de ETI – IRAG muestreados por USMI y Notificados a la plataforma de influenza con resultado de laboratorio}}{\textbf{Casos sospechosos ingresados a plataforma de influenza por USMI con toma de muestra}}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Casos sospechosos a ETI/IRAG muestreados por USMI y notificados a la plataforma de influenza con resultado de laboratorio Criterio: Casos sospechosos muestreados con resultado de laboratorio notificado en plataforma.	Definición: Casos sospechosos ingresados a plataforma de influenza por USMI con toma de muestra Criterio: Total de casos sospechosos ingresados a plataforma que se les haya tomado muestra para procesamiento en el laboratorio	Sobresaliente: 90 – 100% Satisfactorio: 80 – 89% Mínimo: 60 – 79% Precario: 0 – 59%	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

Fuente: Plataforma Influenza

RED HOSPITALARIA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (RHOVE) – SISTEMA DE VIGILANCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD

DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

CHRISTIAN ARTURO ZARAGOZA JIMÉNEZ
Director de Información Epidemiológica

MAURICIO SALCEDO UBILLA
Responsable de Proyectos Especiales de la Dirección de Información Epidemiológica

IVONNE LIZBETH MENDOZA VILLAVICENCIO
Responsable del Sistema

INTRODUCCIÓN

La Red Hospitalaria para la Vigilancia Epidemiológica (RHOVE) inició en 1997 para mejorar la vigilancia epidemiológica de padecimientos y situaciones de interés hospitalario. Se trata de un sistema de tipo centinela, en el que participan unidades seleccionadas que deben cumplir con las características establecidas. Actualmente se enfoca en la vigilancia epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS), con el objetivo de conocer los perfiles de morbilidad y mortalidad, llevar a cabo la identificación de brotes y grupos de riesgo, que permitan orientar los programas de prevención y coadyuvar al mejoramiento de la calidad de la atención.

La importancia de la vigilancia epidemiológica de las IAAS se centra en los altos costos económicos y sociales que estas representan para el sistema de salud en nuestro país.

Como componente del SINAVE, la RHOVE, se integra a la Evaluación de Caminando a la Excelencia mediante la aplicación de cuatro indicadores de proceso que centran su medición en el desarrollo de las actividades de vigilancia epidemiológica establecidas en el Manual Operativo de la RHOVE, los cuales nos permiten contar con información sobre el funcionamiento y cumplimiento de las Entidades Federativas en materia de vigilancia epidemiológica de IAAS.

DESCRIPCIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES.

Indicador Cobertura (Calidad)

Definición: Mide la participación activa de las unidades incluidas en la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica de acuerdo a los tiempos establecidos en el Manual Operativo.

Construcción:

$$\frac{\textbf{Número de unidades con participación activa}}{\textbf{Número total de unidades registradas}} \; \boldsymbol{x\ 100}$$

La estructura del indicador se explica a detalle a continuación:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Unidades con participación activa. Información registrada en la Plataforma RHOVE y registro mensual de Red Negativa de casos de IAAS. Criterio: Total de unidades que reporten casos en plataforma o que realicen reporte oportuno de la red negativa de casos durante el periodo a evaluar.	Definición: Total de unidades registradas en la RHOVE en el periodo de estudio Fuente: Registro de Unidades dadas de alta en la RHOVE Criterio: Unidades registradas en la RHOVE en el periodo de estudio	Sobresaliente > 90% Satisfactorio 80 - 90% Mínimo 60 - 79% Precario < 60%	Aplicará en todas la evaluaciones Caminando a la Excelencia

Indicador Oportunidad de casos

Definición: Mide el cumplimiento de la notificación en los tiempos indicados en el Manual Operativo

Construcción:

$$\frac{\textbf{Número de IAAS notificadas oportunamente}}{\textbf{Número total deIAAS notificadas}} \; \boldsymbol{x\ 100}$$

La estructura del indicador se explica a detalle a continuación:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Número de eventos IAAS notificadas oportunamente al sistema Fuente: Información registrada en la Plataforma RHOVE Criterio: Número de eventos IAAS notificadas en las primeras 24 horas posteriores a su detección, durante el periodo a evaluar	Definición: Total IAAS notificadas al Sistema Fuente: Información registrada en la Plataforma RHOVE Criterio: Sumatoria de eventos de IAAS notificadas al Sistema, durante el periodo a evaluar	Sobresaliente > 90% Satisfactorio 80 - 90% Mínimo 60 - 79% Precario < 60%	Aplicará en todas la evaluaciones Caminando a la Excelencia

Indicador Oportunidad de brotes

Definición: Conocer la frecuencia con la que se envía la información correspondiente a los brotes de IAAS, que de acuerdo a la NOM -045-SSA-2005, establece que la notificación de brotes debe realizarse en forma inmediata; así mismo el contar con una red de notificación negativa mensual obligatoria al no registrarse ningún evento.

Construcción:

$$\frac{\textbf{Número de brotes de IAAS notiifcados Oportunamente}}{\textbf{Número total de brotes de IAAS}} \; \boldsymbol{x\ 100}$$

La estructura del indicador se explica a detalle a continuación:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Número de brotes de IAAS notificados oportunamente al sistema. Fuente: Plataforma NOTINMED Criterio: Número de brotes de IAAS notificados oportunamente al sistema NOTINMED, por las unidades RHOVE en las primeras 24 horas posteriores a su detección durante el periodo a evaluar.	Definición: Número total de brotes de IAAS notificados Fuente: Plataforma NOTINMED Criterio: Número total de brotes de IAAS notificados por las unidades RHOVE al Sistema NOTINMED	Sobresaliente > 90% Satisfactorio 80 - 90% Mínimo 60 - 79% Precario < 60%	Aplicará en todas la evaluaciones Caminando a la Excelencia

Procedimiento:

En ausencia de brotes, la evaluación del indicador de notificación oportuna de brotes de IAAS, se llevará a cabo mediante el envío del formato de red negativa de brote mediante el sistema NOTINMED el último día de cada mes. El envío de únicamente redes negativas por más de dos periodos de estudio consecutivos, se evaluará como incumplimiento en la notificación de brotes.

Indicador Seguimiento de brotes

Definición: Evaluar el seguimiento a los brotes de IAAS

Construcción:

$$\frac{\textbf{Número de brotes de IAAS notiifcados con seguimiento}}{\textbf{Número total de brotes de IAAS}} \; \boldsymbol{x\ 100}$$

La estructura del indicador se explica a detalle a continuación:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Número de brotes de IAAS notificados que cuenten con estudio de seguimiento y/o informe de cierre del brote. Fuente: Plataforma NOTINMED Criterio: Número de brotes de IAAS notificados al sistema NOTINMED, por las unidades RHOVE con envío de estudio de seguimiento y/o informe de cierre del brote, durante el periodo a evaluar.	Definición: Número total de brotes de IAAS notificados Fuente: Plataforma NOTINMED Criterio: Número total de brotes de IAAS notificados por las unidades RHOVE al Sistema NOTINMED	Sobresaliente > 90% Satisfactorio 80 - 90% Mínimo 60 - 79% Precario < 60%	Aplicará en todas la evaluaciones Caminando a la Excelencia

Nota: Con el objetivo de que se implementen las medidas necesarias para dar cumplimiento al indicador de seguimiento de brotes, este se presentará solo de manera descriptiva, es decir no afectara el índice de desempeño vectorial.

VIGILANCIA DE ENFERMEDADES NO TRANSMSIBLES

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DEFECTOS DE TUBO NEURAL Y CRANEOFACIALES

DIRECCIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

GABRIELA DEL CARMEN NUCAMENDI CERVANTES
DIRECTORA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

DARIO ALANIZ CUEVAS
COORDINADOR DE SISTEMAS ESPECIALES PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

INTRODUCCIÓN

La evolución epidemiológica de los países latinoamericanos se caracteriza por la coexistencia de enfermedades infecciosas y parasitarias, así como de crónico degenerativas. En México, gradualmente las enfermedades infectocontagiosas han desaparecido de las principales causas de muerte, las enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes y los tumores, han ascendido a los primeros sitios; la morbilidad muestra el rezago epidemiológico, en el que aún predominan las enfermedades infectocontagiosas entre las primeras causas, pero con un incremento claro de las enfermedades crónicas.

El sistema de vigilancia epidemiológica de defectos de tubo neural (DTN) y craneofaciales se creó en 1993 con el fin de registrar casos de defectos del tubo neural que incluía cinco diagnósticos específicos: anencefalia, meningocele, mielomeningocele, encefalocele y espina bífida; a partir de 2016 y en correspondencia con el panorama emergente de enfermedad por virus Zika relacionada a defectos craneofaciales, se realizaron modificaciones a los lineamientos, de manera que actualmente se estudian casos de DTN, microcefalia y otros defectos craneofaciales (DCF).

DESCRIPCIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES.

A partir de las variables en estudio se construyen los siguientes indicadores:

Indicador: Oportunidad

Definición: Mide el cumplimiento de la notificación en los tiempos indicados en el manual operativo.

Construcción:

$$\frac{\textbf{Número de casos de DTN y DCF notificados oportunamente}}{\textbf{Número de casos notificados}}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Número de casos de DTN y DCF notificados oportunamente Fuente: Base de DTN y DCF Criterio: Casos de DTN y DCF notificados en los primeros siete días después del nacimiento; y casos relacionados a Zika notificados en no más de 24 horas.	Definición: Número de casos en el sistema de DTN y DCF Fuente: Base de DTN y DCF Criterio: Número de casos en el sistema de DTN y DCF	Sobresaliente: ≥90% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 60 a 79% Precario: ≤ 59%	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

Procedimiento

- El indicador considera a los recién nacidos vivos y muertos
- El indicador excluye a los casos identificados en la búsqueda activa en el Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones y en el Sistemas de Registro de Certificado Muerte Fetal.

Indicador: Calidad

Definición: Mide el cumplimiento de la calidad del llenado del estudio de caso.

Construcción:

$$\frac{\textbf{Número de casos con calidad en el llenado del formato}}{\textbf{Número de casos de DTN y DCF notificados}}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Número de casos con calidad en el llenado del formato Fuente: Base DTN y DCF Criterio: Número de casos con respuestas completas en las variables del formato de estudio de caso	Definición: Número de casos de DTN y DCF notificados Fuente: Base DTN y DCF Criterio: Número de casos de DTN y DCF notificados	Sobresaliente: ≥90% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 60 a 79% Precario: ≤ 59%	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

Procedimiento:

- El indicador considera a los recién nacidos vivos y muertos
- La calidad de las variables significa que tenga valores capturados y que los datos sean respuestas lógicas con respecto al caso notificado.
- Las variables a considerar son antecedentes de los padres (edad, escolaridad, ocupación, adicciones, exposición (tóxicos, plaguicidas, medicamentos) e ingesta de ácido fólico; antecedentes de la madre del embarazo actual (infección durante el embarazo, momento de la infección); y antecedentes del recién nacido (Fecha de nacimiento, condición al nacimiento, sexo, peso, talla, perímetro cefálico (si aplica), estado actual, fecha de defunción (si aplica).

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MORBILIDAD MATERNA SEVERA

DIRECCIÓN DE
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

GABRIELA DEL CARMEN NUCAMENDI CERVANTES

Directora de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades no Transmisibles

DARIO ALANIZ CUEVAS
Coordinador de Sistemas Especiales para la Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades no Transmisibles

INTRODUCCIÓN

Este Sistema se desarrolla a través de dos estrategias que operan en primer nivel, al identificar Embarazos de Alto Riesgo “EAR” y en segundo nivel con casos de Morbilidad Materna Severa “MMS” con las que se integra información para el análisis y caracterización de las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Morbilidad Materna Severa (SIVEMMS) brinda elementos epidemiológicos que buscan identificar áreas de oportunidad para la toma de decisiones que permitan mejorar la salud materna.

DESCRIPCIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES.

A partir de las estrategias de operación y las variables que componen el sistema, se plantean los siguientes indicadores para Morbilidad Materna Severa:

Indicador: Cobertura

Definición: Mide el cumplimiento de la notificación de casos o red negativa por Unidad Monitora de Morbilidad Materna Severa (UMMMS).

Construcción:

$$\frac{\textbf{UMMMS notificantes de casos de MMS o red negativa por semana}}{\textbf{UMMMS ratificadas e ingresadas al sistema}}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Unidades Monitoras de Morbilidad Materna Severa (UMMMS) que notifican casos o red negativa por semana epidemiológica. Fuente: Plataforma SIVEMMS red negativa a la DGE Criterio: Número de unidades que demuestran monitoreo en las semanas evaluadas con registro de casos o registro de red negativa	Definición: Total de UMMMS ratificadas e ingresadas al sistema Fuente: Catálogo de UMMMS Criterio: Total de UMMMS registradas	Sobresaliente: ≥ 90% Satisfactorio: 70 a 89% Mínimo: 50 a 69% Precario: ≤ 49%	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

Procedimiento:

- Se calculará semanalmente el porcentaje de UMMMS que reportaron casos de MMS o que notificaron red negativa
- Cada trimestre se calculará el porcentaje de notificación, considerando el total reportes SEMANALES recibidos entre el total de reportes esperados (uno por semana por cada UMMMS) para el periodo.

Indicador: Oportunidad

Definición: Mide el cumplimiento en la notificación de casos que cumplan con la definición de MMS, en 24 horas o menos de identificado el caso.

Construcción:

$$\frac{\textbf{Número de casos de MMS notificados en las primeras 24 horas despues de su identificación}}{\textbf{Total de casos registrados}}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Número de casos notificados en las primeras 24 horas después de su identificación. Fuente: Plataforma SIVEMMS Criterio: Casos de MMS registrados notificados en las primeras 24 horas de su identificación por los servicios de salud.	Definición: Total de casos de MMS notificados Fuente: Plataforma SIVEMMS Criterio: Total de casos	Sobresaliente: ≥ 90% Satisfactorio:70 a 89% Mínimo: 50 a 69% Precario: ≤ 49%	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

Procedimiento:

- Con base en el Número de Casos de MMS notificados, se calculará el porcentaje de los mismos que fueron notificados durante las 24 hrs. posteriores a su identificación.

VIGILANCIA DE LA MORBILIDAD

La NOM-017 define a la morbilidad como el número de personas enfermas o, "el número de casos de una enfermedad en relación a la población en que se presentan en un lugar y tiempo determinado".

Se considera un componente de la Vigilancia Epidemiológica cuyos objetos de vigilancia son las enfermedades transmisibles, no transmisibles, emergentes y reemergentes y neoplasias malignas, más las que se acuerden en el CONAVE y apruebe el Consejo de Salubridad General.

VIGILANCIA ESPECIAL

La Vigilancia Epidemiológica Especial es aquella que se realiza en padecimientos y riesgos potenciales a la salud que por su magnitud, trascendencia o vulnerabilidad requieren de información adicional, así como de la aplicación de mecanismos específicos para la disponibilidad de información integral en apoyo a las acciones de prevención y control.

En este sentido para fines de Caminando a la Excelencia, se ha incluido a los Subsistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica (Vigilancia Especial) en el componente de morbilidad, los cuales se integran en los rubros de Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles (dado que las enfermedades emergentes y reemergentes, así como las neoplasias malignas se pueden incluir en estos rubros).

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DIABETES TIPO 2 (SVEHDT2)

DIRECCIÓN DE
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

GABRIELA DEL CARMEN NUCAMENDI CERVANTES

Directora de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades no Transmisibles

DARIO ALANIZ CUEVAS
Coordinador de Sistemas Especiales para la Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades no Transmisibles

INTRODUCCIÓN

El sistema se creó en el 2002 y registra los casos de DT2 que son hospitalizados por alguna complicación. Opera en unidades médicas centinela que deben certificarse para poder ingresar al registro.

Para la evaluación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de Diabetes tipo 2, se tienen considerados dos indicadores que son calidad y oportunidad.

DESCRIPCIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES.

Indicador: Calidad

Definición: Mide el número de casos con captura completa (casos cerrados) de las variables que conforman el instrumento de medición de casos del estudio epidemiológico.

Construcción:

$$\frac{\text{Número de casos cerrados con calidad notificados a la plataforma}}{\text{Número de casos hospitalizadosde diabetes tipo 2 notificados en la plataforma}}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Número de casos cerrados con calidad notificados en plataforma Fuente: Plataforma de diabetes tipo 2 Criterio: Número de casos con respuestas completas en el registro del formato de estudio de caso	Definición: Número de casos de diabetes tipo 2 hospitalizados, notificados en plataforma Fuente: Plataforma de diabetes tipo 2 Criterio: Número de casos de Diabetes tipo 2 hospitalizados, notificados en plataforma	Sobresaliente: ≥ 90% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 60 a 79% Precario: ≤ 59%	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

Procedimiento:

- Las variables que se consideran necesarios para evaluar calidad para este indicador son: edad (en años), fecha de egreso, fecha de ingreso, glucemia al ingreso, glucemia al egreso, peso, y talla.
- Por tanto, en cada uno de los registros realizados mensualmente el nivel estatal debe evaluar el llenado de estas variables; se considera buena calidad cuando se ha llenado el 100% de las variables requeridas.
- La calidad en las variables significa que tengan valores capturados y que los datos sean respuestas lógicas con respecto al caso notificado.

Indicador: Oportunidad

Definición: Mide la oportunidad de la notificación en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de Diabetes tipo 2

Construcción:

$$\frac{\textbf{Número de casos de Diabetes tipo 2 hospitalizados, notificados oportunamente}}{\textbf{Número de casos hospitalizados de diabetes tipo 2 notificados en la plataforma}}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Número de casos de diabetes tipo 2 hospitalizados notificados oportunamente Fuente: Plataforma diabetes tipo 2 Criterio: Número de casos de diabetes tipo 2 hospitalizados notificados en los primeros siete días posteriores a la fecha de ingreso hospitalario	Definición: Número de casos de diabetes tipo 2 hospitalizados, notificados en plataforma Fuente: Plataforma de diabetes tipo 2 Criterio: Número de casos de diabetes tipo 2 hospitalizados, notificados en plataforma	Sobresaliente: ≥ 90% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 60 a 79% Precario: ≤ 59%	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

Procedimiento:

- La oportunidad se estima mediante la diferencia entre el tiempo transcurrido entre la fecha de ingreso hospitalario y la fecha de captura en el sistema
- Se considera oportunidad cuando el caso ha sido capturado en menos de siete días naturales con respecto a la fecha de ingreso hospitalario.

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE TEMPERATURAS NATURALES EXTREMAS (TNE)

DIRECCIÓN DE
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

GABRIELA DEL CARMEN NUCAMENDI CERVANTES

Directora de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades no Transmisibles

DARIO ALANIZ CUEVAS

Coordinador de Sistemas Especiales para la Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades no Transmisibles

INTRODUCCIÓN

El sistema se divide en dos temporadas, vigila la ocurrencia de defunciones o enfermedades causadas por frío o calor extremos, registra seis diagnósticos (tres asociados a frío y tres asociados a calor). El sistema se creó en el 2000 y utiliza cuatro formatos para la captura en cuatro bases con apego a los formatos: casos por frio, casos por calor, defunciones por frio y defunciones por calor.

DESCRIPCIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES.

Indicador: Calidad

Definición: Mide el cumplimiento de la calidad del llenado del estudio de caso del sistema de vigilancia epidemiológica de TNE.

Construcción:

$$\frac{\textbf{Número de casos con calidad de información en el estudio de casos de TNE}}{\textbf{Total de casos registrados al Sistema}}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Número de casos con adecuada calidad de información en el estudio de caso Fuente: Base de Datos de TNE Criterio: Casos de TNE notificados al sistema	Definición: Total de casos de TNE notificados Fuente: Base de Datos de TNE Criterio: Total de casos	Sobresaliente: ≥ 90% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 60 a 79% Precario: ≤ 59%	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

Procedimiento:

- Por tanto, en cada uno de los registros realizados mensualmente el nivel estatal debe evaluar el llenado de estas variables; se considera buena calidad cuando se ha llenado el 100% de las variables requeridas.
- La calidad en las variables significa que tengan valores capturados y que los datos sean respuestas lógicas con respecto al caso notificado.
- La calidad para este indicador se consideran las siguientes variables: Edad, sexo, fecha de ocurrencia, tipo de lesión.

Indicador: Oportunidad

Definición: Mide el cumplimiento de notificación inmediata de casos y defunciones por TNE al sistema de vigilancia epidemiológica de TNE.

Construcción:

$$\frac{\textbf{Número de casos noticadas al sistema de TNE oportunamente}}{\textbf{Total de casos y defunciones notificados}}$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Número de semanas notificadas al sistema de TNE Fuente: Base de Datos de TNE Criterio: la notificación inmediata se debe considerar en no más de 24 horas de iniciados el cuadro clínico o de ocurrida la defunción.	Definición: Total de semanas epidemiológicas en el periodo Fuente: Base de Datos de TNE Criterio: Total casos registrados	Sobresaliente: ≥ 90% Satisfactorio: 80 a 89% Mínimo: 60 a 79% Precario: ≤ 59%	Aplicará en todas las evaluaciones Caminando a la Excelencia

Procedimiento:

- Los casos y defunciones deben notificarse de manera inmediata mediante el sistema NOTINMED, la fecha de registro en esta plataforma será considerada como fecha de notificación.
- Los Servicios de Salud Estatales cuentan con una semana (siete días) para incluir el registro del caso o la defunción en el sistema especial.

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PATOLOGÍAS BUCALES (SIVEPAB)

DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Christian Arturo Zaragoza Jiménez
Director de Información Epidemiológica

M en C. Mauricio Salcedo Ubilla
Responsable de Proyectos Especiales de la Dirección de Información Epidemiológica

M. en C. Kathia Guadalupe Rodríguez González
Departamento de Estrategias Organizacionales

Guadalupe de Jesús Lomelí Buyoli
Responsables del Sistema

INTRODUCCIÓN

La caries dental y la enfermedad periodontal son dos de los problemas más significativos de la Salud Pública Bucal, aunque existen también trastornos del desarrollo y de la erupción de los dientes como: fluorosis dental, enfermedades de la pulpa, y los tejidos periapicales, anomalías dentofaciales, lesiones en la mucosa bucal, cáncer de la cavidad oral y maloclusiones que afectan a la población.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) vigila principalmente aquellos padecimientos a los que el primer nivel de atención del Sector Salud puede dar salida; por eso se incluyen los aspectos más relevantes de la caries dental y la enfermedad periodontal, así como los factores que determinan su presencia y severidad en la población. Se consideran también otras patologías de interés como lesiones blancas y rojas o aumentos de volumen en tejidos blandos que pueden ser sospechosas de cáncer bucal, se vigila la fluorosis dental, especialmente en zonas endémicas y mide la higiene bucal, todo a través de índices reconocidos internacionalmente.

La información obtenida a través del sistema orienta las acciones que se realizan en la atención y el impacto de las mismas para determinar los criterios de manejo a nivel Nacional. El sistema se administra por la DGE y es de uso interinstitucional, especialmente por el Programa de Acción de Salud Bucal en el CENAPRECE.

Se creó en el año 2004 cuando se capacitó a Puebla y durante el año 2005 participó como prueba piloto con cinco entidades más. Durante los años 2006 a 2008 se fueron incorporando las demás entidades. Desde 2009 ya se tiene información de todo el país.

DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES

Como todo sistema de Vigilancia epidemiológica el SIVEPAB, se integra a la Evaluación de Caminando a la Excelencia mediante la aplicación de tres indicadores de proceso que permiten vigilar una serie de pasos que intervienen en la adecuada operación del sistema.

Indicador: Calidad

Definición: Mide el cumplimiento de la calidad de la información que se captura en plataforma. *Ponderador 50%.*

Cualquier variable en el formato de captura SIVEPAB-1 y/o en la base de datos, que a partir del año de 2018 ya está disponible en cada entidad federativa para su descarga, puede ser medida. A partir del año 2019 se medirá como variable de calidad, la presencia de formatos duplicados cada trimestre, descontando el porcentaje que éstos representen en relación al total de formatos esperados.

$$\frac{Variables\ con\ respuestas\ lógicas}{Meta\ de\ variables\ con\ respuesta\ lógica} x100$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Variables con respuestas lógicas. *Fuente: reporte de plataforma SINAVE* Criterio: Casos que cuentan con el formato de estudio de caso adecuadamente llenado en todas las variables.	Definición: Meta de variables con respuestas lógicas. *Fuente: reporte de plataforma SINAVE* Criterio: Evaluación al azar de cinco variables que deben tener respuesta adecuada.	Sobresaliente= 100% Satisfactorio= 80 a 99% Mínimo= 60 a 79% Precario= menos de 60%	Aplica a todas las evaluaciones de Caminado a la Excelencia.

Indicador: Cobertura

Definición: Mide el cumplimiento en la participación de las unidades registradas por la entidad federativa. Ponderador 20%.

$$\frac{Total\ de\ unidades\ que\ reportan\ al\ menos\ el\ 50\%\ de\ los\ formatos\ \ esperados}{Total\ de\ unidades\ odontológicas\ registradas\ por\ la\ entidad\ federativa} x100$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Total de unidades odontológicas que reportan en una entidad federativa. *Fuente: reporte de plataforma SINAVE* Criterio: Se espera que cada unidad centinela que participa envíe al menos el 50% de los formatos esperados por trimestre para cada institución.	Definición: Total de unidades con servicio odontológico registradas por cada entidad federativa. Criterio: Se tomará el total de unidades con servicio odontológico de manera institucional.	Sobresaliente= 100% Satisfactorio= 80 a 99% Mínimo= 60 a 79% Precario= menos de 60%	Aplica a todas las evaluaciones de Caminado a la Excelencia.

Indicador: Consistencia

Definición: Mide el total de formatos registrados con oportunidad en una entidad federativa. Ponderador 30%.

A partir del año 2019 se descontarán del total recibido, los formatos duplicados por trimestre.

$$\frac{Total\ de\ formatos\ \ registrados\ con\ oportunidad\ en\ la\ entidad}{Total\ de\ formatos\ esperados\ por\ nivel} x100$$

Criterios:

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Total de formatos registrados con oportunidad por cada entidad federativa. Criterio: Número de formatos capturados y validados en plataforma antes del día 15 de cada mes, considerando el mes completo anterior.	Definición: Total de formatos en base a estimaciones de dos años anteriores. Criterio: Se ubicará a cada unidad centinela de la SSA y el ISSSTE en tres niveles para meta mensual, (Nivel 1= 60 formatos por mes; Nivel 2= 75 formatos por mes y Nivel 3= 100 formatos por mes). El resto de las instituciones mantiene la meta de 60 formatos por mes	Sobresaliente= 100% Satisfactorio= 80 a 99% Mínimo= 60 a 79% Precario= menos de 60%	Aplica a todas las evaluaciones de Caminado a la Excelencia.

PROGRAMA DEL SINAVE
COMPONENTE RED DE LABORATORIOS

DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

JOSÉ LUIS ALOMÍA ZAGARRA
Director General de Epidemiología

Irma López Martínez
Directora de Diagnóstico y Referencia

Lucía Hernández Rivas
Directora de Servicios y Apoyo Técnico

Gabriel Hernández Márquez
Encargado de la AFASPE

INTRODUCCIÓN

El boletín Caminando a la Excelencia es un documento que se publica trimestralmente con el propósito de mostrar las áreas de oportunidad que se han identificado en el desempeño de los Laboratorios Estatales de Salud Pública (LESP), para ello se utilizan indicadores que permitan calcular tanto su desempeño como la velocidad de cambio, aplicando como herramienta de cálculo el análisis vectorial.

Después de quince años de aplicar los indicadores construidos en 2002, han surgido comentarios y recomendaciones por parte de las diferentes áreas del InDRE y de los LESP, orientados a mejorarlos, para medir con mayor certidumbre su situación operativa. Debido a que los LESP presentan diferencias en cuanto a infraestructura, capacidad del personal, situación presupuestal y contexto epidemiológico, es necesario replantear los indicadores para alcanzar una mayor objetividad en el momento de realizar la evaluación de su desempeño.

Sobre esta base, se actualizó el Manual Caminando a la Excelencia en 2002, mismo que se ha sometido a revisión con los integrantes de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública (RNLSP) durante las Reuniones Nacionales y con las áreas del InDRE.

Es importante destacar que el proceso de evaluación del BCE es dinámico, por lo que está sujeto a revisiones periódicas, de tal manera que se va adecuando a las circunstancias siempre cambiantes del contexto epidemiológico, tecnológico y operativo. El presente Manual es un instrumento que sienta las bases para futuras adecuaciones, con el fin de ser congruente con la situación de cada LESP.

ANTECEDENTES

A principios de 2002, la (RNLSP) se incorporó al Programa Caminando a la Excelencia para evaluar el desempeño de los estados respecto a los programas prioritarios de salud y contribuir mediante este proceso a fomentar su desarrollo. Para tal fin, se diseñó un índice de desempeño vectorial para realizar el seguimiento.

La RNLSP está conformada actualmente por los Laboratorios Estatales de Salud Pública ubicados en cada una de las entidades federativas y por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE) como institución rectora.

Durante el periodo de 2002 al 2004 se utilizaron cinco indicadores: 1) Capacidad Analítica, 2) Muestras enviadas para control de calidad, 3) Calidad de las muestras, 4) Concordancia–cumplimiento y 5) Independencia diagnóstica.

En el 2004, un grupo de trabajo conformado por los titulares de los LESP de Aguascalientes, Hidalgo, Oaxaca, Chiapas, Tabasco, Guanajuato y Jalisco, así como personal del InDRE sumaron sus experiencias y esfuerzos para rediseñar los indicadores, quedando: 1) Concordancia, 2) Cumplimiento y 3) Evaluación del desempeño los cuales se utilizaron en 2005 y 2006.

A partir del 2007 se propuso utilizar: 1) Concordancia-cumplimiento, 2) Evaluación del desempeño y utilización del laboratorio para el diagnóstico.

En el 2008, los LESP y los epidemiólogos estatales, realizaron la revisión del Marco Analítico Básico, y concluyeron que los 27 diagnósticos propuestos de forma inicial siguen cubriendo los riesgos epidemiológicos de las tres regiones; Norte, Sur y Centro. En este año también los laboratorios del InDRE realizaron un análisis retrospectivo de las muestras enviadas para control de calidad y los resultados obtenidos por cada LESP, lo que dio como resultado la liberación de los diagnósticos para muchos de los LESP. Debido a la actualización de la metodología para el diagnóstico de dengue, este salió de la evaluación del Boletín Caminando a la Excelencia.

En el 2009, el diagnóstico de influenza no fue considerado en la evaluación del Boletín debido a su actualización, pasando de la inmunofluorescencia al PCR en tiempo real; con lo cual este último se adecúa a las necesidades de diagnóstico actuales debido a su sensibilidad y especificidad.

En el 2011 y 2012, se fortaleció a la Red de laboratorios para el diagnóstico de dengue, con la implementación de un algoritmo más robusto en el que además de realizar las pruebas serológicas, se implementaron metodologías moleculares como el PCR tiempo real y se desarrollaron paneles que permiten evaluar el algoritmo completo para dengue. Asimismo, en el 2011 se transfirió la técnica de PCR a ocho estados, que contaban con equipo e insumos para la “Detección de virus de dengue en mosquitos Aedes spp”, capacitando al entomólogo como personal de laboratorio.

En el 2012, se incrementaron los estándares de evaluación para el Boletín Caminando a la Excelencia quedando como se indica en la tabla siguiente.

Estándar	Escala de evaluación a 2012	Escala de evaluación vigente
Sobresaliente	90 a 100%	90 a 100%
Satisfactorio	70 < 90%	80 < 90%
Mínimo	50 < 70%	60 < 80%
Precario	< 50%	< 60%

Actualmente la RNLSP tiene como objetivo ser parte integral de los programas de vigilancia epidemiológica, mediante el diagnóstico de laboratorio de las enfermedades de importancia en salud pública establecidas en la NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.

Como parte de la planeación estratégica de la Dirección General de Epidemiología 2014-2018, el InDRE establece el objetivo de consolidar la operación de la RNLSP a través de la evaluación de la competencia técnica, con la finalidad de lograr el reconocimiento anual de cinco diagnósticos del Marco Analítico Básico y homologar los criterios de operación.

Para 2013, se realizó la trasferencia de la técnica de RT-PCR en tiempo real para el diagnóstico de otros virus respiratorios, no influenza, en los 37 laboratorios que integran la Red Nacional de Laboratorios en este diagnóstico.

También se liberó el diagnóstico serológico de leptospirosis (aglutinación microscópica, MAT) para los cinco primeros LESP (Morelos, San Luis Potosí, Tabasco, Tamaulipas y Veracruz).

Desde 2014, los miembros de la Red de influenza realizan el diagnóstico de influenza por RT-PCR en tiempo real. Para el diagnóstico serológico de leptospirosis (MAT), se iniciaron las pruebas de referencia para los LESP liberados. Se capacitaron y evaluaron Sinaloa, Querétaro y Guanajuato.

El InDRE inicia las visitas de supervisión a la RNLSP, programadas para el reconocimiento a la competencia técnica en los diagnósticos de cólera, enterobacterias, influenza, tuberculosis y dengue.

Se otorga el reconocimiento al Laboratorio Central de Epidemiología del Instituto Mexicano del Seguro Social, para los diagnósticos de influenza, dengue, sarampión, rubeola y VIH.

Se otorga el reconocimiento a la competencia técnica al Hospital General de México, para el diagnóstico de influenza.

En 2015 el InDRE solo efectúa control de calidad, referencia y esporádicamente diagnóstico a los laboratorios de la Red que en algún momento no cuentan con reactivos, infraestructura o no aprueban el PEED semestral.

Se incluyeron en la red de leptospirosis los LESP de Sinaloa, Guanajuato y Querétaro dando inicio al proceso de diagnóstico, además se capacitaron los LESP de Colima y Tlaxcala.
Se continuaron con las visitas de supervisión programadas, para el reconocimiento a la competencia técnica de los diagnósticos de IRAS bacterianas, brúcela, rotavirus, enfermedad de chagas y paludismo.

En 2016, se dio a conocer a los Laboratorios Estatales de Salud Pública, los algoritmos a realizar para los diagnósticos de Zika y Chikungunya.

Se dieron a conocer a los LESP las bases para la implementación del Sistema de Gestión Integral con base en las normas NMX-CC-9001-IMNC-2015, NMX-EC-15189-IMNC-2015 y CWA 15793, que se implementarán en 2017 en cada LESP y que serán supervisadas y evaluadas por el InDRE en 2018.

Se dio seguimiento a las visitas de supervisión programadas, para el reconocimiento a la competencia técnica de los diagnósticos de hepatitis, A, B, C, sarampión y rubéola.

Se visitó el “Hospital 20 de noviembre” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, para verificar los diagnósticos de influenza, cólera, chikungunya, Zika y dengue, para los cuales se dejaron observaciones y recomendaciones que deberán ser atendidas.

Con la aplicación del presente manual se pretende mejorar la eficacia y coordinación entre los Laboratorios Estatales de Salud Pública, Vigilancia Epidemiológica y los Programas Preventivos, con el fin de cumplir con los objetivos de vigilancia epidemiológica que requiere el país.

En el 2017, se presenta nuevo algoritmo para dengue y otras arbovirosis.

OBJETIVO GENERAL

Describir la estrategia para la evaluación trimestral de la competencia técnica y desempeño de los LESP.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Definir los indicadores de desempeño mediante la descripción clara y precisa de sus variables, para evaluar la competencia técnica y el desempeño analítico de los Laboratorios Estatales de Salud Pública.
2. Identificar áreas de mejora de los procesos.
3. Difundir el Marco Analítico Básico establecido en la RNLSP (Cuadro 1) y verificar el cumplimiento del mismo.

4. Dar a conocer los lineamientos que se deben aplicar para cada diagnóstico que integra el marco analítico básico de la RNLSP.

METODOLOGÍA

1. Marco analítico básico y técnicas para diagnóstico

El cumplimiento al Marco Analítico Básico constituye uno de los elementos para evaluar el desempeño de cada LESP. La aplicación de los 27 diagnósticos dependerá de la situación epidemiológica local, las capacidades del personal y de los recursos materiales y financieros de los LESP.

CUADRO 1. MARCO ANALITICO BÁSICO DE LA RNLSP. 2019

Diagnóstico	Algoritmo o prueba	Programa que apoya
1. Enfermedad de Chagas	Algoritmo para el diagnóstico serológico de la tripanosomiasis americana (al menos dos técnicas de diferente formato)	Enfermedad transmitida por vectores.
2. Leishmaniasis	Diagnóstico parasitológico de la leishmaniasis (impronta con Giemsa)	Enfermedad transmitida por vectores.
3. Paludismo	Identificación diferencial de especies de Plasmodium por gota gruesa	Enfermedad transmitida por vectores.
4. Dengue	Algoritmo serológico y molecular de dengue y otras arbovirosis.	Enfermedad transmitida por vectores.
5. Entomología	Identificación taxonómica de artrópodos con importancia medica Identificación de parásitos: Trypanosoma cruzi Rickettsia sp.	Enfermedades transmitidas por vectores.
6. Brucelosis	Algoritmo para el diagnóstico serológico de la brucelosis (RB, SAT, 2ME)	Zoonosis
7. Leptospirosis	Determinación de anticuerpos anti-leptospira por microaglutinación (MAT)	Zoonosis
8. Rabia	Inmunofluorescencia directa	Zoonosis
9. Tuberculosis	Aislamiento de micobacterias por el método de Petroff e identificación de M. tuberculosis, por pruebas bioquímicas.	Micobacteriosis
10-12. Cólera	Aislamiento e identificación de V. cholerae y V. parahaemolyticus	Cólera y urgencias
13. Salmonelosis y shigelosis	Aislamiento e identificación de Salmonella spp y Shigella spp	Cólera y urgencias
14. Virus de la influenza	Detección del virus de influenza por RT-PCR tiempo real e inmunofluorescencia indirecta para diagnóstico diferencial de otros virus respiratorios.	Salud del adulto y el anciano. Salud de la infancia y la adolescencia
15. Identificación de Haemophillus	Identificación y serotipificación de Haemophilus influenzae.	Salud del adulto y el anciano Salud de la infancia y la adolescencia
16. Identificación de Meningococo	Identificación y serotipificación de Neisseria meningitidis.	Salud de la infancia y la adolescencia
17. Identificación de Neumococo	Identificación y serotipificación de Streptococcus pneumoniae	Salud de la infancia y la adolescencia
18. Rotavirus	Electroforesis en geles de poliacrilamida (PAGE)	Salud de la infancia y la adolescencia
19. Rubéola	Determinación de anticuerpos IgM para rubéola por ELISA y RT-PCR en tiempo real.	Salud de la infancia y la adolescencia

Diagnóstico	Algoritmo o prueba	Programa que apoya
20. Sarampión	Algoritmo para EFE (determinación de anticuerpos IgM para sarampión por ELISA y RT-PCR tiempo real)	Salud de la infancia y la adolescencia
21. Tos ferina	Algoritmo para el diagnóstico de tosferina (bacteriológico)	Salud de la infancia y la adolescencia
22. VIH	Algoritmo para el diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana Tipos 1 y 2	Respuesta al VIH/SIDA y otras ITS
23. Hepatitis A	Identificación de anticuerpos IgM	Respuesta al VIH/SIDA y otras ITS
24. Hepatitis B	Identificación del antígeno de superficie de la hepatitis tipo B (HBsAg)	Respuesta al VIH/SIDA y otras ITS
25. Hepatitis C	Identificación de anticuerpos contra el virus de hepatitis C	Respuesta al VIH/SIDA y otras ITS
26. Sífilis	Método de USR para la detección de anticuerpos reagínicos contra Treponema pallidum	Respuesta al VIH/SIDA y otras ITS
27. Cáncer cérvico uterino	Estudio de citología cervical	Programa de detección y control de cáncer cérvico úterino.

2. Requisitos de las muestras enviadas para control de calidad

En el siguiente cuadro se presentan las técnicas diagnósticas homologadas entre los LESP y el InDRE para realizar cada diagnóstico. También describe la información que debe acompañar a las muestras enviadas para control de calidad y el porcentaje que se solicita en cada caso.

CUADRO 2. TÉCNICAS Y PORCENTAJE DE MUESTRAS INCLUIDAS EN LA EVALUACIÓN

Clave del Tabulador	Técnica para evaluación	Muestras e información requerida	Porcentaje de muestras para Control de Calidad	Laboratorios que no deben enviar control de calidad
1D2612006	Determinación de anticuerpos séricos (al menos 2 pruebas de diferente formato: HAI, IFI, ELISA y WB).	Muestras de suero humano con resultado de al menos dos pruebas diferentes, acompañado de historia clínica, técnicas utilizadas, valor de corte y resultados cuantitativos.	100% de muestras positivas reportadas en SIS y 10% de las negativas.	Camp, Chis, Dgo, Gro, Hgo, Mor, Q. Roo, Ver.
1D2613001	Identificación de amastigotes de *Leishmania* por microscopia.	Improntas con tinción de Giemsa, documentada con listado del material enviado con resultados cualitativos, y la historia clínica de los positivos.	Enviar el 100% de positivas y el 10% de negativas según lo reportado al SIS.	
1D2614002	Detección microscópica de *Plasmodium spp* en gota gruesa y frotis de sangre periférica teñidas con Giemsa.	Laminilla teñida con Giemsa acompañada del formato M-3 debidamente llenada. Para el BCE únicamente se hará Control de Calidad a las laminillas tomadas en las semanas Epidemiológicas incluidas en el trimestre en curso.	100 % de las laminillas positivas todos los LESP. 10 % de las laminillas negativas los LESP: BC, BCS, Coah, Col, Gro, Pue, Qro Sin. 5 % de laminillas negativas los LESP: Camp, Chih, Dgo, Gto, Jal, Mich, Mor, Nay, Oax, Son.	100 % de las laminillas positivas todos los LESP. 0% de las laminillas negativas los LESP con autonomía diagnóstica: Ags, Chis, Edo Méx, Hgo, N. L, Q. Roo, SLP, Tab, Tam. Tlax, Ver Yuc, Zac.

Clave del Tabulador	Técnica para evaluación	Muestras e información requerida	Porcentaje de muestras para Control de Calidad	Laboratorios que no deben enviar control de calidad
1B5563001	Aislamiento e identificación de *Bruecella spp* a partir de muestras clínicas.	Únicamente muestras de suero humano con resultado de las tres técnicas	50% de muestras positivas reportadas en SIS y 10% de las negativas para el LESP de Yuc. 30% de muestras positivas reportadas en SIS y 10% de las negativas para los LESP de: Ags, Camp, Col, Gro, Edo. Méx, Tab, BCS, Dur.	BC, Chih, Chis, Coah, Gto, Jal, Mich, Mor, Nay, NL, Oax, Pue, Qro, Q. Roo, Sin, Son, S.L.P., Tamp, Tlax, Ver, Zac, Hgo
1B5564002	Diagnóstico serológico de leptospirosis (aglutinación microscópica).	Se considerarán aceptadas positivas para aseguramiento de la calidad las segundas muestras que presenten seroconversión de cuatro veces el título de la primera muestra, así como las primeras muestras con títulos mayores o iguales a 1:1280. Serán consideradas aceptadas negativas para aseguramiento de la calidad las segundas muestras sin seroconversión de cuatro veces el título previo. Para los casos anteriores, de segundas muestras enviadas, deben enviar también la primera muestra una sola vez y serán consideradas como aceptadas indeterminadas para aseguramiento de la calidad (siempre que el título sea menor a 1:1280), completar el 10% de muestras a enviar con el resto de muestras indeterminadas. En cada envío de muestras para aseguramiento de la calidad, el paquete debe remitirse con el oficio de solicitud del servicio junto con soporte documental que incluya tres tablas: una para relacionar las muestras positivas, otra con la relación de muestras negativas y la última para las muestras indeterminadas (con o sin títulos); cada tabla debe tener el folio asignado por el LESP, nombre del paciente, edad, fecha de inicio de síntomas, fecha de toma de la muestra, si es primera o segunda muestra y los títulos obtenidos para cada serovar con el que analizaron la muestra.	100% de muestras positivas, 100% de las muestras negativas y el 10% de indeterminadas para los LESP de: Chih, Gro, Gto, Hgo, Pue. Qro y Sin. 50% de muestras positivas, 50% de las muestras negativas y el 10% de indeterminadas para los LESP de: Ags, BCS, Chis, Mich, Oax, Q. Roo, Son, Yuc.	Mor, SLP, Tab, Tamp, Ver.
1B6566002 1B6566007	Cultivo de micobacterias en esputo y secreciones por el método de Petroff Identificación de micobaceterias por pruebas bioquímicas	Especificar género y especie. Aislamiento positivo a *Micobacterium*.	100% de los aislamientos reportados en SIS. 100% de Aislados Positivos e Identificados por pruebas bioquímicas.	

Clave del Tabulador	Técnica para evaluación	Muestras e información requerida	Porcentaje de muestras para Control de Calidad	Laboratorios que no deben enviar control de calidad
1B1532001	Aislamiento e identificación de Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Neisseria meningitidis y otras especies afines a partir de muestras clínicas o cepas.	Aislamientos positivos a Neisseria meningitidis informados en el SIS. Especificando Género, especie y serogrupo. (Enviar únicamente cepas aisladas de Líquidos cefalorraquídeos (LCR), hemocultivos, aspirados y secreciones bronquiales, líquidos pleurales, secreciones articulares, abscesos, exudados o secreciones óticas y conjuntivales y únicamente cepas de exudados faríngeos o nasofaríngeos de contactos de casos con meningitis, neumonía o septicemia causadas por meningococo)	Todos los LESP, deberán enviar para Control de Calidad el 100% de sus aislamientos positivos a N.meningitidis informados en el SIS.	
		Aislamientos positivos a S. pneumoniae especificando Género y especie. (Enviar únicamente cepas aisladas de Líquidos cefalorraquídeos (LCR), hemocultivos, aspirados y secreciones bronquiales, líquidos pleurales, secreciones articulares, abscesos, exudados o secreciones óticas y conjuntivales).	Todos los laboratorios de la RED, deberán enviar para Control de Calidad el 100% de sus aislamientos positivos a S. pneumonía informados en el SIS.	
		Aislamientos positivos a *H. influenzae*. Especificando Género, especie y serotipo. (Enviar únicamente cepas aisladas de Líquidos cefalorraquídeos (LCR), hemocultivos, aspirados y secreciones bronquiales, líquidos pleurales, secreciones articulares, abscesos, exudados o secreciones óticas y conjuntivales).	Todos los laboratorios de la RED, deberán enviar para Control de Calidad el 100% de sus aislamientos positivos a H.influenzae informados en el SIS.	
1B1534001	Aislamiento e identificación de *Bordetella spp* a partir de muestras clínicas o cepas	Aislamientos positivos a *Bordetella pertussis, Bordetella parapertussis* ó *Bordetella holmesii* aislados de exudados nasofaríngeos de casos sospechosos y sus contactos Especificar género y especie.	Todos los laboratorios de la RED, deberán enviar el 100% de los aislamientos positivos a *Bordetella pertussis, Bordetella parapertussis* ó *Bordetella bronchispetica*, aislados de exudados nasofaríngeos de casos sospechosos y sus contactos que informaron en el SIS.	
1B2547012	Aislamiento e identificación de *Vibrio cholerae y Vibrio parahaemolyticus* a partir de muestras clínicas o cepas.	Ninguna	No se requiere cepas para control de calidad, el desempeño se evalúa con el cumplimiento de los paneles de Evaluación Externa del Desempeño.	
1B2542002	Aislamiento, identificación y serotipificación de *Salmonella spp y Shigella spp* a partir de muestras clínicas o cepas.	Ninguna	No se requiere cepas para control de calidad, el desempeño se evalúa con el cumplimiento de los paneles de Evaluación Externa del Desempeño.	

Clave del Tabulador	Técnica para evaluación	Muestras e información requerida	Porcentaje de muestras para Control de Calidad	Laboratorios que no deben enviar control de calidad
1A1500004	RT-PCR en tiempo real para muestras de influenza A y B.	Se requiere muestra con volumen mayor a 1.5 mL, cintilla de plataforma con los siguientes datos escritos: Estatus del Paciente, Resultado obtenido por RT-PCR tiempo real, valores de CT's y edad ó enviar el formato de envío para las muestras de control de calidad ó referencia y envío de gráficos al correo del Laboratorio de Virus Respiratorios	Enviar semanalmente el 10% de muestras negativas a influenza, principalmente de casos graves, inmunocomprometidos y defunciones (Control de Calidad), el 100% de muestras positivas a influenza A no subtipificable y todas las muestras positivas a influenza A (H1N1)pdm09, H3 estacional, influenza B, influenza B linajes Victoria y Yamagata con valores de Ct menores o igual a 32 para la vigilancia estrecha del virus de influenza (Referencia) Cabe mencionar que las muestras de referencia no son tomadas en cuenta para el BCE pero es obligatorio su envío semanal.	Todos aquellos laboratorios que obtengan una calificación mayor o igual a 90 en el Panel de evaluación Externa del Desempeño (Únicamente enviarán muestras de Referencia).
1A3512002	Determinación de anticuerpos IgM Contra Virus Dengue, mediante MAC-ELISA en muestras de suero.	Ninguno	Solo se evalúa por (Evaluación Externa del Desempeño). Se solicitará un porcentaje para la conformación del Banco de Sueros para elaborar el PEED (con información solicitada en electrónico) y para epidemiología molecular.	Con diagnóstico liberado que se evalúan solamente con PEED. Ags, BC, BCS, Camp, Coah, Col, Chis, Chih, Dgo, Gto, Gro, Hgo, Jal, Mich, Mor, Nay, N.L., Oax, Pue, Qro, Q. Roo., SLP, Sin, Son, Tab, Tamps, Tlax, Ver, Yuc, Zac.
1A3512009	Detección y Tipificación del virus Dengue, mediante RT-PCR fourplex en Tiempo Real.	Se requiere resultado positivo de antígeno NS1, con densidad óptica y marca de reactivo utilizado. Se requiere la interpretación del resultado (positivo indicando serotipo y valor de Cq, o negativo) y gráficos de amplificación (vía electrónica). Las muestras con valor de Cq mayor a 32, se avalarán únicamente con el gráfico de amplificación. Cumplir con los criterios especificados en el manual de Recepción de Muestras del InDRE.	Se requiere del 100% de muestras positivas y el 10% de muestras negativas para RT-PCR tiempo real: Estados de Coah, Dgo, Hgo y Pue.	Con diagnóstico liberado que se evalúan únicamente con PEED. BCS, Camp, Chis, Col, Chih, Gto, Gro, Jal, Mich, Mor, Nay, N.L., Oax, Qro, Q. Roo., SLP, Sin, Son, Tab, Tam, Ver, Yuc, Zac.
1A2510001	Electroforesis en geles de poliacrilamida para la detección del Genoma de Rotavirus.	Las muestras deberán ser enviadas al InDRE, con: • Oficio • Relación de los nombres y resultados obtenidos por los LESP. • Formato Único para el Envío de Muestras Biológicas (REMU-F-12), debidamente requisitado y legible. • Cumplir con los Lineamientos del Manual para la Toma, Envío y Recepción de Muestras para Diagnóstico (REMU-MA-01).	Enviarán el 10% de muestras positivas y 5% de las negativas a rotavirus reportadas en el SIS: Ags, BCS, Camp, Chih, Coah, Col, Dgo, Gto, Nay, Nvo León, Pue, Qro, Sin, Son, Tab, Tlax, Yuc, Zac, Enviarán el 100% de muestras positivas y 10% de las negativas a rotavirus reportadas en el SIS: BC Todos los LESPs enviarán el 50% de muestras positivas y 10% de las negativas a RVs para conformación del Banco General de RvS del InDRE Suspensión del servicio de Diagnóstico: Edo de México	Con diagnóstico liberado y sólo enviarán el 50% de muestras positivas y 10% de las negativas a rotavirus reportadas en el SIS, para la conformación del Banco General de Rotavirus del InDRE: Chis, Gro. Hgo, Jal, Mich, Mor, Oax, Q. Roo, SLP, Tamp, Ver,

Clave del Tabulador	Técnica para evaluación	Muestras e información requerida	Porcentaje de muestras para Control de Calidad	Laboratorios que no deben enviar control de calidad
1A3513001	Determinación de anticuerpos IgM e IgG para Rubéola no exantemática y Rubéola congénita	Las muestras deberán ser enviadas al InDRE con: -Oficio (aclarando cuando se trate de una segunda muestra) -Formato único para el envío de muestras (REMU-F-12) requisitado. -Resultados con la siguiente información Resultado (absorbancia ΔA), interpretación, valor de corte, marca del estuche, número de lote y fecha de caducidad. -Cumplir con los criterios especificados en el Manual para la toma, envío y recepción de muestras (REMU-MA-0).	100% de los positivos reportados en SIS El 2% de los negativos reportados en SIS. BC, Camp, Edo Méx, N.L., Oax, Pue, Tamps,	Ags, BCS, Chis, Coah, Hgo, Qro, Q.Roo. Col, Chih, Dgo, Gto, Gro, Jal, Mich, Mor, Nay, , SLP, Sin, Son, Tab, Tlax, Ver, Yuc, Zac.
1A3513004	Detección del virus Rubéola por RT-PCR en tiempo real	Las muestras deberán ser enviadas al InDRE con: -Oficio -Formato único para el envío de muestras (REMU-F-12) requisitado. -Resultados con siguiente información: Valor de Cq, interpretación y gráficos de amplificación (vía electrónica). Las muestras con valores de Cq>35 se avalarán únicamente con el gráfico de amplificación -Cumplir con los criterios especificados en el Manual para la toma, envío y recepción de muestras (REMU-MA-0).	100% de los positivos reportados en SIS El 2% de los negativos reportados en SIS.	Todos los LESP que realizan la metodología
1A3510001	Determinación en suero de anticuerpos IgM para sarampión por ELISA	Las muestras deberán ser enviadas al InDRE con: -Oficio (aclarando cuando se trate de una segunda muestra) -Formato único para el envío de muestras (REMU-F-12) requisitado. -Resultados con la siguiente información Resultado (absorbancia ΔA), interpretación, valor de corte, marca del estuche, número de lote y fecha de caducidad. -Cumplir con los criterios especificados en el Manual para la toma, envío y recepción de muestras (REMU-MA-0).	100% de los positivos reportados en SIS El 2% de los negativos reportados en SIS. BC, Camp, Edo Méx, N.L., Oax, Pue, Tamps.	Ags, BCS, Chis, Coah, Hgo, Qro, Q.Roo. Col, Chih, Dgo, Gto, Gro, Jal, Mich, Mor, Nay, SLP, Sin, Son, Tab, Tlax, Ver, Yuc, Zac.

Clave del Tabulador	Técnica para evaluación	Muestras e información requerida	Porcentaje de muestras para Control de Calidad	Laboratorios que no deben enviar control de calidad
1A3511004	Detección del virus de Sarampión por RT-PCR en tiempo real	Las muestras deberán ser enviadas al InDRE con: -Oficio -Formato único para el envío de muestras (REMU-F-12) requisitado. -Resultados con siguiente información: Valor de Cq, interpretación y gráficos de amplificación (vía electrónica). Las muestras con valores de Cq>35 se avalarán únicamente con el gráfico de amplificación -Cumplir con los criterios especificados en el Manual para la toma, envío y recepción de muestras (REMU-MA-0).	100% de los positivos reportados en SIS El 2% de los negativos reportados en SIS.	Todos los LESP que realizan la metodología
1A7526001	Inmunofluorescencia directa para el diagnóstico de rabia.	Las muestras indicar los siguientes datos: Número del caso en el estado, municipio del caso y fecha de la toma de muestra, acompañada de la solicitud del laboratorio y resultado.	100% de muestras positivas y el 10% de muestras negativas para los LESP de: Guerrero, Morelos, Oaxaca y Querétaro.	Ags, Camp, Chis, Chih, Coah, Dgo, Edo Méx, Gto, Hgo, Jal, NL, Pue, Q. Roo, SLP, Son, Tab, Tam, Tlax, Ver y Zac.
1A5520001	Determinación de anticuerpos anti VIH-1(ELISA, dot-ELISA, AP).	Las muestras deben incluir el resultado, valor de corte y absorbancia y la metodología utilizada.	20% de las muestras positivas y 10% de las negativas para los LESP de BCS, Camp, Gto, Sin, y Zac. 100% de las muestras positivas y 10% de las negativas para el LESP del Edo. Mex.	Ags, BC, Chis, Chih, Coah, Col, Dur, Gro, Hgo, Jal, Mich, Mor, Nay, Oax, Pue, Qro, Q. Roo, SLP, Son, Tab, Tam, Tlax, Ver, Yuc.
1A6521001	Determinación en suero de anticuerpos IgM anti HAV (ELISA).	Muestras con volumen mínimo de 1 mL, no deben presentar contaminación, lipemia, ni hemólisis. Deben venir acompañadas de los resultados obtenidos por el LESP, incluyendo los valores de absorbancia de las corridas, el valor de corte, así como los datos de la metodología utilizada (técnica, nombre y marca del reactivo).	50% de las positivas y 10% de las negativas para los LESP de Ags, BC, Col. 20% de las positivas y 10% de las negativas para los LESP de Nay, Tlax y Zac. 100% de las positivas y 10% de las negativas para los LESP de: BCS, Edo. Méx, Qro, y Sinaloa.	Camp, Chis, Chih, Coah, Dur, Gto, Gro, Hgo, Jal, Mich, Mor, N.L., Oax, Pueb, Q. Roo, SLP, Son, Tab, Tam, Ver, Yuc

Clave del Tabulador	Técnica para evaluación	Muestras e información requerida	Porcentaje de muestras para Control de Calidad	Laboratorios que no deben enviar control de calidad
1A6522001	Perfil serólogico de la hepatitis B (HBsAg, anti-HBsAg, IgM anti HBc)	Muestras con volumen mínimo de 1 mL, no deben presentar contaminación, lipemia, ni hemólisis. Deben estar acompañadas de los resultados obtenidos por el LESP, incluyendo los valores de absorbancia de las corridas, el valor de corte, así como los datos de la metodología utilizada (técnica, nombre y marca del reactivo).	50% de las positivas y 10% de las negativas para los LESP de BC, Col, Gro. 20% de las positivas y 10% de las negativas para los LESP de: Ags, Camp, Mich, Nay, Tab y Zac. 100% de las positivas y 10% de las negativas para los LESP de: BCS, Edo Mex, Qro y Sin.	Chis, Chih, Coah, Dur, Gto, Hgo, Jal, Mor, N.L., Oax, Pue, Q. Roo, SLP, Son, Tam, Tlax, Ver, Yuc,
1A6523001	Determinación en suero de anticuerpos (totales) anti HCV (ELISA)	Muestras con volumen mínimo de 1 mL, no deben presentar contaminación, lipemia, ni hemólisis. Deben venir acompañadas de los resultados obtenidos por el LESP, incluyendo los valores de absorbancia de las corridas, el valor de corte, así como los datos de la metodología utilizada (técnica, nombre y marca del reactivo).	50% de las positivas y 10% de las negativas para los LESP de BC, Col, Gto, Gro. 20% de las positivas y 10% de las negativas para los LESP de: Ags, Camp, Mich, Nay, Tab, Zac. 100% de las positivas y 10% de las negativas para los LESP de: BCS, Edo. Mex, Qro, Sin y Ver.	Chis, Chih, Coah, Dur, Hgo, Jal, Mor, N.L., Oax, Pue, Q. Roo, SLP, Son, Tam, Tlax, Yuc,
1B4556003	Método de USR para la detección de anticuerpos reagínicos contra *Treponema pallidum*	Oficio y Formato único para el envío de muestras biológicas (REMU-F-12). Muestra de suero que cumpla con los criterios especificados en el Manual para la toma, envío y recepción de muestras para diagnóstico (REMU-MA-01) con metodología empleada y resultado obtenido.	100% de positivas y el 10 % de negativas para el LESP de Edo. Mex. 50% de positivas y el 10 % de negativas para los LESP de: Ags, BC, Col, Tab. 20% de positivas y el 10 % de negativas para los LESP de: Coah, SLP, Sin.	BCS, Camp, Chis, Chih, Dgo, Gto, Gro, Hgo, Jal, Mich, Mor, Nay, N. L., Oax, Pue, Qro, Q. Roo, Son,Tamps, Tlax, Ver, Yuc, Zac.

Clave del Tabulador	Técnica para evaluación	Muestras e información requerida	Porcentaje de muestras para Control de Calidad	Laboratorios que no deben enviar control de calidad
1H633001	Estudio de citología cervical (papanicolau).	El extendido debe ser longitudinal, uniforme, delgado y en monocapa en 2/3 de la laminilla, para cada uno de los lados de la espátula o la región de las cerdas plásticas del citocepillo. En la mitad superior de la laminilla se extiende la muestra de ectocervix y en la inferior, la de endocervix. La muestra se debe fijar inmediatamente en alcohol etílico de 96 grados por un tiempo mínimo de 30 minutos o con citospray. La tinción adecuada de Papanicolaou consiste en introducir las laminillas, en la secuencia y los tiempos predeterminados en diferentes soluciones que incluyen: hidratación (agua corriente), tinción del núcleo (hematoxilina de Harris), fraccionamiento y viraje (alcohol ácido), deshidratación (alcohol al 96%), tinción del citoplasma (OG-6 y EA-50), - deshidratación total de la muestra (alcohol absoluto) y aclaramiento (xilol). La tinción de Papanicolaou consta de 24 etapas que se deben cumplir estrictamente para obtener una tinción adecuada No se aceptarán las muestras que no hayan sido identificadas adecuadamente No se aceptarán laminillas rotas.		
1F631000	Artrópodos de importancia médica	De acuerdo al procedimiento ENTO-P-02. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de Entomología. Versión No.01. InDRE, 2013. Manual para la toma, envío y recepción de muestras para diagnóstico (REMU-MA-01).	De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2010, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vector. 10% de muestras positivas y 5% de muestras negativas Norma Oficial Mexicana NOM-033-SSA2-2011, Para la vigilancia, prevención y control de la intoxicación por picadura de alacrán. 10% de muestras positivas y 5% de muestras negativas	

Nota: Este cuadro se actualizará de forma anual o antes si así se requiriera, con base a los resultados de los paneles de evaluación, concordancia y cumplimiento del control de calidad, obtenidos en el ciclo de evaluación.

PORCENTAJE DE ENVÍO DE MUESTRAS PARA CONTROL DE CALIDAD DE NÚMEROS FRACCIONARIOS

El envío al InDRE del número de muestras obligadas para control de calidad ya sea positivas, negativas y/o indeterminada de los diagnósticos que no se encuentran liberados en el manual del BCE vigente y/o liberados mediante oficio, deberá realizarse en apego a lo que se indica en las tablas anteriores.

En aquellos casos que se determine que el número de muestras esperadas para control de calidad sea un número fraccionario, se deberá enviar de forma inmediata el entero que corresponda de la siguiente manera (ejemplo):

Muestras reportadas en el SIS en el trimestre (positivas, negativas, indeterminadas)	Porcentaje Manual BCE (positivas, negativas, indeterminadas)	Muestra esperadas para control de calidad (positivas, negativas, indeterminadas)	Muestras a enviar al InDRE acumuladas (positivas, negativas, indeterminadas)	Fecha de envío al InDRE
1 a 10	10	0.1 a 1	1 (de la muestra 1 a la 10 del SIS)	A más tardar el último día para recibir muestras de control de calidad del trimestre correspondiente del Calendario para entrega de indicadores del BCE del año en curso
11 a 20	10	1.1 a 2	2 (de la muestra 11 a la 20 del SIS)	
1 a 20	5	0.05 a 1	1 (de la muestra 1 a la 20 de SIS)	
21 a 40	5	1.05 a 2	2 (de la muestra 21 a la 40 del SIS)	
1 a 50	2	0.02 a 1.0	1 (de la muestra 1 a la 50 del SIS)	
51 a 100	2	1.02 a 2.0	2 (de la muestra 51 a la 100 del SIS)	
Etc.	Etc.	Etc.	Etc.	Etc.

En aquellos casos en que el servicio de control de calidad en el InDRE de alguno de los diagnósticos que participan en el Boletín Caminando a la Excelencia se suspenda de manera temporal, el indicador de concordancia se evaluará únicamente con el número de muestras que se hayan enviado al InDRE, en el caso del indicador de cumplimiento no se evaluará de forma definitiva durante ese año para aquellos diagnósticos que han estado operando de de manera discontinua en el InDRE.

3. Medición del desempeño y evaluación de la competencia técnica

Los indicadores han sido propuestos y estructurados por personal del InDRE, altamente capacitado en la materia, considerando los comentarios de los LESP, del grupo de trabajo a partir de 2007.

Se establecieron dos grupos de indicadores que abarcan los procesos de laboratorio que intervienen en la vigilancia epidemiológica, para fortalecer la coordinación y comunicación con los programas de salud y vigilancia epidemiológica y para fortalecer la coordinación y comunicación con ellos.

- GRUPO A concordancia, cumplimiento, evaluación del desempeño y reconocimiento de la competencia técnica. Para evaluar el proceso del laboratorio estatal.

Indicadores para evaluar el proceso de diagnóstico de los LESP

Informes Trimestrales:

Este indicador proporcionar información sobre los reportes trimestrales capturados por los Laboratorios Estatales de Salud Pública en la plataforma del SIS/SINBA de la Dirección General de Información en Salud, el cual es solo de carácter informativo.

A.1 Concordancia:

Este indicador permite evaluar la proporción de muestras confirmadas por el InDRE, del total de muestras enviadas por los LESP, con base en lo reportado en el Subsistema de prestación de servicios (SIS) del Sistema Nacional de Información en Salud, de la Secretaria de Salud.

Componente de concordancia

$$\frac{\text{Número de muestras concordantes entre el LESP y el InDRE}}{\text{Número total de muestras aceptadas en el InDRE para control de calidad de las reportadas en el SIS por el LESP}} \text{ X } 100$$

- Ponderación del indicador: 30 puntos.
- Periodicidad: Trimestral Acumulado Trimestral
- Fuente de información: Registros del InDRE.
- Fuente de información: Registros del InDRE y datos del Sistema Nacional de Información en Salud (SIS) para el denominador.

A.2 Cumplimiento:

Indica la proporción de muestras para control de calidad recibidas en el InDRE con la calidad y cantidad requeridas, con diagnóstico ratificado, del total de muestras reportadas en el SIS por cada LESP. Las técnicas incluidas en la evaluación se presentan en el Cuadro 2.

Componente de cumplimiento

$$\frac{\text{Número de muestras por diagnóstico enviadas para control de calidad al InDRE}}{\text{Número de muestras estimadas para control de calidad del total reportadas al SIS}} \text{ X } 100$$

- Ponderación del indicador: 30 puntos.
- Periodicidad: Trimestral Acumulado
- Fuente de información: Registros del InDRE.
- Fuente de información: Sistema Nacional de Información en Salud (SIS) para el denominador.

A.3 Evaluación del desempeño:

Mide la competencia técnica para el diagnóstico de cada LESP y está sujeta a los resultados del Programa de Evaluación Externa del Desempeño de los diagnósticos que integran el Marco Analítico Básico de la Red, de acuerdo al calendario establecido por el InDRE.

Componente de desempeño técnico

Se estructura de la siguiente manera:

$$\frac{\text{Calificaciones obtenidas de los paneles individuales aplicados a cada LESP}}{\text{Calificaciones esperadas de los paneles individuales aplicados a cada LESP}} \text{ X } 100$$

- Ponderación del indicador: 40 puntos.
- Periodicidad: Trimestral Acumulado
- Fuente de información: Registros del InDRE/LESP

A4. Índice de desempeño de la Red de Laboratorios

Es resultado de la evaluación trimestral acumulada de los indicadores de concordancia cumplimiento, y evaluación del desempeño. Al cierre del año este indicador representa el 60% de la calificación final.

- Ponderación del indicador: 60 puntos.
- Periodicidad: Anual
- Fuente de información: Resultados de evaluación trimestral acumulada de indicadores de concordancia, cumplimiento y evaluación del desempeño.

A5. Reconocimiento de la competencia técnica.

Este indicador permite evaluar el cumplimiento a los criterios mínimos que deben cumplir los laboratorios que forman parte de la RNLSP, como se establece en la actualización de la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica, así como los lineamientos para la vigilancia epidemiológica basada en laboratorio de los diagnósticos del Marco Analítico Básico sujetos a evaluación.

Se estructura de la siguiente manera:

$$\frac{\text{No. de diagnósticos del LESP con reconocimiento a la competencia técnica por el InDRE}}{\text{No. de diagnósticos programados por el InDRE para la competencia técnica.}} \text{ X } 100$$

- Ponderación del indicador: 40 puntos.
- Fuente de información: Resultados de supervisiones a los LESP

— Cumplimiento de al menos el 80% de la cédula de evaluación de los requisitos de calidad (ISO 15189:2012, ISO 9001:2015 Acreditación de Laboratorios Clínicos) y normativa vigente para la vigilancia Epidemiológica, NOM-017-SSA2-2012, así como en el documento que se relaciona a la misma en el punto 11.” Criterios de Operación para la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública”.
— Cumplimiento de la cédula para un Sistema de gestión integrado que contempla las normas NMX-CC-9001-IMNC-2015, NMX-EC-15189-IMNC-2015 y CWA 15793
— Cumplimiento de al menos el 90% de las fichas de procesos ponderadas, para los diagnósticos prioritarios del marco analítico básico, programados por el InDRE.

- 2014 Tuberculosis, dengue, cólera, influenza y VIH.
- 2015 Rotavirus, enfermedad de Chagas, paludismo, brucelosis e IRAS bacterianas
- 2016 Hepatitis A, B y C; sarampión y rubéola
- 2017 Sífilis y rabia,
- 2018 Entomología, Leishmaniasis y Cáncer Cérvico uterino
- 2019 Los programados por el InDRE-LESP

— Este indicador se mide de forma anual y representa el 40% de la calificación global de la Evaluación del Boletín Caminando a la Excelencia; el 60% restante se toma de la calificación obtenida en las evaluaciones anuales de concordancia, cumplimiento y evaluación del desempeño.

4. Cálculo del índice de desempeño vectorial. (IDV)

El Cálculo del índice de desempeño vectorial, se construye con la aportación individual de cada indicador ya ponderado y marco analítico básico de cada LESP, con respecto a los 27 diagnósticos básicos, lo que nos da un valor único para cada entidad federativa en el periodo evaluado que indica el nivel de avance de cada LESP a nivel estatal y nacional.

CUADRO 3. Índice de desempeño vectorial

Indicador Trimestrales	Tipo de indicador	Porcentaje máximo	Valor del Indicador	Fuente de información
Concordancia	Proceso	100	30	InDRE - SIS
Cumplimiento	Proceso	100	30	InDRE - SIS
Evaluación del Desempeño	Desempeño	100	40	InDRE / LESP
Trimestral Acumulado			100	
Indicador Anual	Tipo de indicador	Porcentaje máximo	Valor del Indicador	Fuente de información
Índice de Desempeño	Proceso	100	60% de la calificación final	Resultado de indicadores trimestrales acumulados de Cumplimiento, Evaluación del Desempeño InDRE/SIS
Reconocimiento de la competencia técnica	Desempeño	100	40% de la calificación final	Supervisiones a los Laboratorios Estatales de Salud Pública. InDRE/LESP

El índice de desempeño se determina por las variables concordancia - cumplimiento, utilización del laboratorio para el diagnóstico y evaluación del desempeño.
Para realizar la suma de vectores se aplica el teorema de Pitágoras, en donde la suma de los cuadrados de los catetos es igual a la hipotenusa al cuadrado, este teorema es fácil de representar gráficamente, y por lo tanto de comprender cuando el sistema es bidimensional (x, y) o tridimensional (x, y, z) pero en este caso el sistema es multidimensional. Aunque no se puede representar gráficamente, se aplica la misma metodología.
Para obtener el valor resultante de la interacción de los tres indicadores, se suman los cuadrados de todas las variables y se saca la raíz cuadrada, magnitud vectorial. Esta se compara con la magnitud del vector máximo que sería 100, con la finalidad de expresarlo como porcentaje. Posteriormente, los IDV de cada entidad se estratifican mediante la misma metodología. La estratificación es variable en cada período de acuerdo a los índices de desempeño obtenidos clasificándolos en:
Sobresaliente 90-100%, satisfactorio 80-90%, mínimo 60-80% y precario <60%. Con estos datos se determina el índice de desempeño promedio para la red.
Obteniendo el índice de desempeño vectorial durante varios períodos y comparándolos, es posible establecer la dirección y la velocidad del cambio, y establecer si ha sido positivo o negativo, se pueden hacer comparaciones para cada uno de los indicadores e identificar las oportunidades de mejora que es uno de los objetivos del proyecto.
Corresponde al nivel estatal realizar las acciones para la mejora del desempeño y al InDRE proporcionar toda la asesoría y apoyo necesario para implementar las técnicas y cursos de capacitación que se requieran. Es muy importante reconocer que a través de este ejercicio se detectan problemas y oportunidades de mejora para la RNLSP y el InDRE y que se realizan las acciones necesarias para enfrentarlas.

FUENTES DE INFORMACIÓN
Las fuentes de información que se utilizan para la construcción de los indicadores son cuatro: Los registros de resultados de los laboratorios del InDRE, la información publicada por el Sistema Nacional de Información en Salud (SIS), los informes que emite el InDRE del análisis de resultados obtenidos por el LESP en los paneles de evaluación y los programas de envío de muestras del LESP para los diagnósticos declarados por cada uno.
El SIS forma parte del Sistema Nacional de información en Salud que depende de la Dirección General de Información en Salud de la Subsecretaria de integración y Desarrollo del Sector Salud. Ésta es la dependencia encargada de concentrar la información de todos los programas de la Secretaría de Salud, a través de formatos establecidos para cada uno de ellos. Las unidades de primero segundo y tercer nivel cuentan con varios formatos llamados primarios, a través de los cuales vierten su información al SIS y se reporta de acuerdo a la obligatoriedad de notificación de cada programa de forma diaria, semanal o mensual.
A través del SIS se reconoce como oficial la información proporcionada por las instituciones del sector salud y su análisis orienta la toma de decisiones y la asignación de presupuestos.
Desde 1999 se incluye la información de los Laboratorios Estatales de Salud Pública en el SIS, con la finalidad de dar a conocer la capacidad analítica disponible en cada

laboratorio y en toda la RNLSP. El formato primario se ha modificado a fin de ajustarlo a las necesidades y consta de dos secciones:

a) Las primeras tres hojas proporcionan la información relacionada con las actividades de diagnóstico realizadas directamente en los Laboratorios Estatales de Salud Pública
b) La última hoja presenta información sobre las muestras enviadas para control de calidad al Laboratorio Estatal, por los laboratorios locales que integran la red estatal en esta materia.

Este formato debe ser llenado mensualmente en cada LESP considerando que la fecha de corte es el último día cada mes.
Es importante resaltar que no se deben incluir las muestras que son procesadas por los laboratorios que integran la red estatal ya que ellos cuentan con una serie de formatos primarios en los que reportan sus actividades al SIS.

Las bases de datos del SIS son remitidas al InDRE mensualmente con retraso de dos meses, debido a que este es el tiempo que toma colectar y revisar la información proporcionada por los estados. La base es procesada en el InDRE en tablas y cuadros específicos para cada uno de los diagnósticos con la finalidad de difundir las actividades que se realizan en el LESP, así como para el cálculo de indicadores que nos permiten evaluar a los Laboratorios Estatales.

FUNCIONES DE LA ÁREAS PARTICIPANTES

DIRECCIÓN DE SERVICIOS Y APOYO TÉCNICO

- Coordinar la elaboración del Boletín “Caminando a la Excelencia” conjuntamente con la Dirección de Diagnóstico y Referencia, jefes de departamento, jefes de laboratorios y otras áreas del InDRE.

- Mantener comunicación con la Dirección de Sistemas de Información en Servicios de Salud de la Dirección General de Información, para obtener la información mensual del (SIS) enviada por los Laboratorios Estatales de Salud Pública.

- Realizar el seguimiento de las actividades que deben llevar a cabo los departamentos y laboratorios del InDRE para la emisión del boletín.

- Establecer comunicación con los titulares de los Laboratorios Estatales de Salud Pública para obtener en tiempo y forma, los datos y observaciones para elaborar el boletín.

Revisar conjuntamente con el Departamento de Control de Muestras y Servicios, el boletín preliminar y el definitivo, para corroborar los datos de las fuentes de información e incorporar las observaciones de los LESP.

DEPARTAMENTO DE CONTROL DE MUESTRAS Y SERVICIOS.

- Apoyar y asesorar al personal de los departamentos y laboratorios del InDRE, así como a los titulares de los Laboratorios Estatales de Salud Pública en la revisión de la información para la emisión del boletín.

- Entregar a los departamentos y laboratorios del InDRE la sección correspondiente del SIS para su revisión, en cuanto sea recibida por parte de la Dirección de Sistemas de Información en Servicios de Salud de la DGIS.

- Integrar la información del SIS y la referida por los laboratorios del InDRE que dan lugar a los Informes Trimestrales.

- Coordinar y dar seguimiento a la entrega de los Informes Trimestrales de los laboratorios del InDRE, para cumplir con los tiempos y lineamientos establecidos para la emisión del boletín.

- Mantener comunicación con los Laboratorios Estatales de Salud Pública para el envío del boletín preliminar y asegurarse de que lo han recibido.

DEPARTAMENTOS DEL INDRE.

- Participar en la elaboración y seguimiento para la obtención de los informes trimestrales de los laboratorios del InDRE.

- Realizan la revisión preliminar de los informes trimestrales de los laboratorios y autorizar su envío.

- Analizar en coordinación con sus laboratorios, las validaciones que los LESP realizan al boletín preliminar.

- Supervisar la elaboración de los informes trimestrales de sus laboratorios.

- Notificar en el mes de enero a la coordinación de la Red de Laboratorios, las liberaciones otorgadas a los Laboratorios Estatales de Salud Pública para alguno de sus diagnósticos a través del formato CRNL-F-06; asimismo, notificar al área de AFASPE y entregar copia de los oficios de liberación.

LABORATORIOS DEL INDRE.

- Elaborar los informes trimestrales por entidad federativa, en el formato CRNL-F-01, CRNL-F-04 y entregarlos dentro de los tiempos establecidos a la jefatura del departamento para su autorización.

- Cotejar la información de los LESP con las bases de datos o bitácoras de cada Laboratorio y con los oficios de envío de muestras de los LESP para detectar y proponer las modificaciones que correspondan, al informe trimestral en el formato CRNL-F-03.

- Entregar los informes trimestrales validados por la jefatura de departamento a la Coordinación de la Red de Laboratorios Estatales de Salud Pública dentro de los tiempos establecidos.

COORDINACIÓN DE LA RED DE LABORATORIOS DE SALUD PÚBLICA

- Entregar a los laboratorios del InDRE la sección correspondiente del SIS para su revisión.
- Apoyar al Departamento de control de muestras y servicios en la integración del boletín preliminar y definitivo.
- Participar en el control y seguimiento de la entrega de los Informes Trimestrales por parte de los laboratorios del InDRE, para cumplir en tiempo y forma con la emisión del boletín.
- Revisar la correspondencia entre los cuadros por diagnóstico con la información del SIS y de los LESP.
- Supervisar la captura en la base de datos, de cada indicador incluido en el boletín.
- Participar en las revisiones preliminares del boletín y una vez aprobado por el departamento de Control de Muestras y Servicios enviar el boletín a los LESP.
- Recibir y enviar las observaciones del boletín preliminar que elaboran los LESP, a los laboratorios del InDRE.

LABORATORIOS ESTATALES DE SALUD PÚBLICA.

- Revisar y en su caso, corregir los datos de los formatos primarios del SIS, en coordinación con los responsables de las áreas que integran el LESP.
- Establecer coordinación con el área de los servicios estatales de salud encargada de integrar y emitir el SIS estatal, para verificar los datos del LESP.
- Analizar el boletín preliminar emitido por el InDRE a través del formato CRNL-F-02 y CRNL-F-10, para su validación y reintegrarlo en los tiempos establecidos.
- Detectar y justificar los cambios al boletín preliminar, debiendo documentar las evidencias que soporten dichos cambios.
- Validar la información emitida al SIS por en nivel estatal.
- Cumplir con los criterios establecidos en el Manual del Boletín en el envío de muestras para aseguramiento de la calidad.
- Mantener abiertos los servicios declarados, ya que en el caso de tener por más de tres meses cerrado un diagnóstico, no será evaluado en el BCE, a partir del trimestre que corresponda y se dará de baja del Marco Analítico Básico, en el año a evaluar.
- Informar al InDRE, cuando no se cuenten con los reactivos correspondientes para la realización del diagnóstico y la fecha en la que reanudará el servicio.

- Si un LESP, no cuenta con el reactivo para la realización de la evaluación en la fecha establecida, conforme al programa de evaluación del desempeño, notificado, su calificación será de cero.

GLOSARIO
LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA.

Es el establecimiento de servicio para diagnóstico de laboratorio en las entidades federativas que identifica agentes etiológicos o contacto con ellos contribuyendo a la vigilancia epidemiológica, prevención, control y erradicación de los padecimientos que aquejan a la población.

LABORATORIO LOCAL.
Área ubicada en unidades de atención a la salud de primero, segundo o tercer nivel que brinda servicio de diagnóstico epidemiológico y/o control sanitario directamente en una localidad.

RED ESTATAL.
Conjunto de laboratorios locales que hacen el diagnóstico de diferentes padecimientos en apoyo a la vigilancia epidemiológica de un estado en particular.

MUESTRAS RECIBIDAS.
Total de muestras que físicamente llegan al laboratorio y se registran consignando los datos generales (institución, médico solicitante, estudio solicitado y fecha de recepción). Sin tomar en cuenta estado de conservación, ni forma de envío. El número total de muestras recibidas debe ser igual a la suma de las muestras procesadas más las pendientes, más las rechazadas.

MUESTRAS ACEPTADAS.
Son las muestras recibidas que cumplen con los criterios establecidos para su análisis (administrativos, epidemiológicos y analíticos). Las muestras aceptadas son la suma de las positivas, negativas, pendientes y muestras con rechazo temporal vigente.

MUESTRAS RECHAZADAS.
Son las muestras que no cumplen con los requisitos mínimos (administrativos, epidemiológicos o analíticos) que garanticen el diagnóstico correcto.

MUESTRAS DE DIAGNÓSTICO.
Son las que envían los LESP al InDRE para que se realice el diagnóstico primario porque no cuentan con la metodología, infraestructura o los recursos necesarios para analizarlas en el nivel estatal.

MUESTRAS PARA CONTROL DE LA CALIDAD.
Son las muestras que envían los LESP para determinar la concordancia de resultados entre el laboratorio estatal y el Laboratorio Nacional de Referencia que es el InDRE. EL resultado obtenido en el LESP debe ser indicado explícitamente en los documentos enviados. En el InDRE se aplica la misma metodología o metodología equivalente, estudios epidemiológicos (subtipificación, resistencia antiviral, serotipificación,

aislamiento viral, genotipificación, resistencia bacteriana, tipificación cepas bacterianas) que envían los LESP

MUESTRAS POSITIVAS.
Son muestras en las que se encuentra un agente patógeno o que siendo reactivas a los componentes utilizados en el procedimiento diagnóstico, nos permiten identificar individuos enfermos de acuerdo a los valores de referencia para la prueba en cuestión (consultar manuales de procedimientos de laboratorio).

MUESTRAS NEGATIVAS.
Son las muestras en las que no se demuestra la presencia de un agente patógeno, y que no son reactivas a los componentes utilizados en el procedimiento de diagnóstico, lo que permite identificar al individuo como sano según los valores de referencia para la prueba en cuestión.

MUESTRAS CONCORDANTES.
Son las muestras ya procesadas en el laboratorio estatal cuyo resultado coincide con el resultado obtenido por el InDRE al ser sometido a un proceso analítico igual o semejante al utilizado en el LESP.

FECHA DE CORTE PARA EL ENVÍO DE MUESTRAS.
Una vez que los LESP hagan su corte el InDRE registrará las muestras que lleguen para confirmación de resultados hasta el día cinco del mes siguiente, siempre y cuando se especifique en el oficio de envío el mes al que corresponden. Si llegan después de la fecha límite, se procesan, pero no se incluyen en el Boletín. Se incluyen en el siguiente trimestre

MUESTRAS ESPERADAS.
Número de muestras positivas y negativas que deben enviar los LESP al InDRE de acuerdo a los porcentajes establecidos en los lineamientos para cada diagnóstico respecto a las muestras positivas y negativas reportadas por los LESP en el SIS.

MUESTRAS PROGRAMADAS.
Número de muestras que el responsable del programa deberá remitir al LESP para cumplir con las metas en apoyo a la Vigilancia Epidemiológica en cada estado.

PEED.
Programa de Evaluación Externa del Desempeño. Herramienta que utiliza el InDRE para la evaluación continua de la competencia técnica y la identificación de necesidades de fortalecimiento de un individuo, de un grupo de laboratorios o de las redes de diagnóstico.

LIBERACIÓN DE DIAGNÓSTICO.
Es el proceso por el cual el InDRE otorga a los laboratorios de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública, con base al desempeño y capacidad probada de su personal, así como de sus recursos e infraestructura, la independencia técnica para llevar a cabo un diagnóstico específico, lo cual exime a los laboratorios de la RNLSP del envío de muestras para control de calidad, posterior a la notificación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ley General de Salud, México. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. Última reforma publicada DOF 27/01/2017.

2. Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública - Última reforma publicada DOF 27/01/2017.

3. Reglamento Interior de la Secretaria de Salud. México. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de enero de 2004. Última reforma publicada en el DOF del 20 de julio de 2016

4. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de febrero de 2013. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5288225&fecha=19/02/2013.

5. “Secretaría de Salud, Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez”. Lineamientos para la vigilancia epidemiológica de la Enfermedad de Chagas por laboratorio. DGE-InDRE-RNLSP

6. “Secretaría de Salud, Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez”. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de las infecciones respiratorias agudas. DGE-InDRE-RNLSP.

7. “Secretaría de Salud, Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez”. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio del Rotavirus. DGE-InDRE-RNLSP.

8. “Secretaría de Salud, Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez”. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio del dengue y otras arbovirosis, DGE-InDRE-RNLSP

9. “Secretaría de Salud, Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez”. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio del Paludismo. DGE-InDRE-RNLSP.

10. “Secretaría de Salud, Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez”. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de las rickettsiosis. DGE-InDRE-RNLSP.

11. “Secretaría de Salud, Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez”. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de la Leishmaniasis. DGE-InDRE-RNLSP.

12. “Secretaría de Salud, Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez”. Lineamientos para la vigilancia epidemiológica de la Enfermedad Diarreica Aguda Bacteriana por laboratorio. DGE-InDRE-RNLSP.

13. “Secretaría de Salud, Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez”. Lineamientos para la vigilancia epidemiológica de la Enfermedad Febril Exantemática por laboratorio. DGE-InDRE-RNLSP.

14. “Secretaría de Salud, Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez”. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de la infección por virus de la Inmunodeficiencia Humana. DGE-InDRE-RNLSP.

15. “Secretaría de Salud, Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez”. Lineamientos para la vigilancia epidemiológica de la Carga Viral y subpoblaciones Linfocitarias en individuos infectados por el VIH. DGE-InDRE-RNLSP

16. “Secretaría de Salud, Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez”. Lineamientos para la vigilancia por Laboratorio de la Sífilis y otras Infecciones de Transmisión Sexual por laboratorio. DGE-InDRE-RNLSP

17. “Secretaría de Salud, Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez”. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de la Rabia. DGE-InDRE-RNLSP.

18. “Secretaría de Salud, Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez”. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de la tosferina y síndrome de coqueluchoide. DGE-InDRE-RNLSP.

19. “Secretaría de Salud, Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez”. Lineamientos para la vigilancia Entomológica por laboratorio. DGE-InDRE-RNLSP
20. “Secretaría de Salud, Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez”. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de la Difteria. DGE-InDRE-RNLSP.

21. “Secretaría de Salud, Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez”. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de las Hepatitis Virales. DGE-InDRE-RNLSP.

22. “Secretaría de Salud, Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez”. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de cáncer del cuello del útero: Laboratorio de Citología. CaCU-InDRE

23. “Secretaría de Salud, Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez”. Lineamientos para la vigilancia epidemiológica de Brucelosis por laboratorio

24. “Secretaría de Salud, Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez”. Lineamientos para la vigilancia epidemiológica de la Tuberculosis por laboratorio.

25. “Secretaría de Salud, Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez”. Lineamientos para la Vigilancia Epidemológica de lesptospirosis mediante aglutinación microscópica. DGE-InDRE-RNLSP
26. “Secretaría de Salud, Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez”. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de la Influenza. DGE-InDRE-RNLSP

27. “Secretaría de Salud, Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez”. Lineamientos para los Programas de Evaluación Externa del Desempeño de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública. DGE-InDRE-RNLSP.

28. Manual para la toma, envío y recepción de muestras para Diagnóstico. REMU-MA-01.

29. “Secretaría de Salud, Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez”. Lineamientos para el reconocimiento a la competencia técnica de los laboratorios que apoyan a la vigilancia epidemiológica. DGE-InDRE-RNLSP

30. “Secretaría de Salud, Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez”. Lineamientos para la Gestión de Riesgo Biológico. DGE-InDRE-RNLSP

31. “Secretaría de Salud, Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez”. Criterios de Operación para la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública

32. Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA2-2012, para la vigilancia, prevención, control manejo y tratamiento del cólera. DOF 23/10/2012.

33. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.

34. Norma Oficial Mexicana NOM-052-SEMARNAT-2005, que establece las características de los residuos peligrosos, el listado de los mismos y los límites que hacen a un residuo peligroso por su toxicidad al ambiente.

35. Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, que establece los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generan en establecimientos que presten atención médica.

36. Norma Oficial Mexicana NOM-064-SSA1-1993, que establece las especificaciones sanitarias de los equipos de reactivos utilizados para diagnóstico.

37. Norma Oficial Mexicana NOM-065-SSA1-1993, que establece las especificaciones sanitarias de los medios de cultivo. Generalidades.

38. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.

39. Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En Materia de Información en Salud.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DENGUE

CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES (CENAPRECE)

RUY LOPEZ RIDAURA
Director General del Centro Nacional De Programas Preventivos Y Control De Enfermedades

VECTORES

GUSTAVO SÁNCHEZ TEJEDA
Director de Enfermedades Transmisibles por Vector

FABIÁN CORREA MORALES
Subdirector de Vectores

INTRODUCCIÓN

La construcción de los indicadores que se describen a continuación se realizó en consenso con los responsables estatales del Programa de Vectores y Epidemiología del año 2018.

UNIVERSO

Se incluirán los 32 estados de la república, en los que el trinomio virus- huésped susceptible-vector, puede coexistir ya que en ellos se realizan las actividades de vigilancia, prevención, diagnóstico y control del dengue.

OBJETIVOS

- Identificar los avances y logros de las acciones de vigilancia entomovirológica, prevención y control del dengue para mejorar el desempeño del programa.

- Detectar puntos críticos en la vigilancia, prevención y control del dengue.

METODOLOGÍA

Para la construcción del índice de evaluación de desempeño, se utiliza la metodología de evaluación vectorial en cinco indicadores que reflejan las actividades realizadas de forma cotidiana en el programa.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Los datos para la construcción de estos indicadores se obtendrán de los sistemas de información oficial:

- Sistema Integral de Monitoreo de Vectores (SIMV)
  http://kin.insp.mx/aplicaciones/SisMV/

DESCRIPCIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES.

El Programa de evaluación Caminando a la Excelencia, comprenderá a partir del año 2018 los siguientes indicadores:

1. COBERTURA DE CONTROL LARVARIO (15%)

Descripción. Este indicador evalúa la efectividad en las acciones de control vectorial, basándose en las actividades dirigidas a eliminar y controlar al vector en su fase larvaria.

1. Número de localidades de riesgo encuestadas, entre el total de localidades de riesgo.

2. Número de localidades con ICP (Índice de Casa Positiva) <3%, entre el número de localidades intervenidas.

Construcción:

Fórmula 1 =

$$\frac{Número\ de\ localidades\ de\ riesgo\ encuestadas}{Total\ de\ localidades\ de\ riesgo}\ x\ 100$$

Valor de Fórmula 1: 50 puntos

Fórmula 2 =

$$\frac{Número\ de\ localidades\ con\ ICP < 3\%}{Número\ de\ localidades\ intervenidas}\ x\ 100$$

Valor de Fórmula 2: 50 puntos

Fuente: Sistema Integral de Monitoreo de Vectores / Módulo de Vigilancia Entomológica y Control Integral del Vector / Descarga de datos-estudio entomológico.

Periodicidad: trimestral

Ponderación: 15%

Escala:

90 a 100%	Sobresaliente
85 a 89%	Satisfactorio
80 a 84%	Mínimo
<80%	Precario

2. COBERTURA Y OPORTUNIDAD DE ROCIADO A CASOS PROBABLES (25%)

Descripción. Este indicador evalúa la cobertura de atención a casos probables y casos atendidos con oportunidad con acciones integrales de control del vector.

1. Total de casos probables trabajados en menos de 72 horas, entre el total de casos probables reportados en plataforma entomológica.

   Criterios de inclusión y exclusión:
   - Criterio de inclusión: Todos aquellos casos probables con fecha de inicio de síntomas entre 1-10 días.
   - Criterio de exclusión: Todos aquellos casos probables con fecha de inicio de síntomas mayor a 10 días.

Construcción:

Fórmula 1 =

$$\frac{Total\ de\ casos\ probables\ trabajados\ \leq\ 72\ horas}{Total\ de\ casos\ probables\ trabajados\ reportados\ en\ plataforma\ entomológica}\ x\ 100$$

Valor de Fórmula 1: 100 puntos

Fuente: Sistema Integral de Monitoreo de Vectores / Módulo de Vigilancia Entomológica y Control Integral del Vector / Descarga de datos – rociado a caso.

Periodicidad: trimestral

Ponderación: 25%

Escala:

90 a 100%	Sobresaliente
85 a 89%	Satisfactorio
80 a 84%	Mínimo
<80%	Precario

3. COBERTURA DE ROCIADO ESPACIAL EN LOCALIDADES DE RIESGO (10%).

Descripción. Este indicador evalúa la cobertura de rociado espacial (nebulización) a localidades de riesgo.

1. Total de localidades de riesgo trabajadas con rociado espacial, entre el total de localidades de riesgo.

Construcción:

Fórmula 1 =

$$\frac{Total\ de\ localidades\ de\ riesgo\ trabajadas\ con\ rociado\ espacial}{Total\ de\ localidades\ de\ riesgo}\ x\ 100$$

Valor de Fórmula 1: 100 puntos

Fuente: Sistema Integral de Monitoreo de Vectores / Módulo de Vigilancia Entomológica y Control Integral del Vector / Descarga de datos – nebulización.

Periodicidad: trimestral

Ponderación: 10%

Escala:

90 a a100%	Sobresaliente
85 a 89%	Satisfactorio
80 a 84%	Mínimo
<80%	Precario

4. VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA CON OVITRAMPAS - VEO (25%).

Descripción. Este indicador evalúa la cobertura de vigilancia de las poblaciones vectoriales en las localidades de riesgo, a partir de la implementación de la Vigilancia Entomológica con Ovitrampas.

1. Localidades de riesgo con Vigilancia Entomológica con Ovitrampas (VEO), entre el total de localidades de riesgo programadas para Vigilancia Entomológica con Ovitrampas.

2. Número de lecturas realizadas a ovitrampas, entre el total de ovitrampas instaladas.

3. Número de manzanas con ovitrampas, entre el número de manzanas que requieren vigilancia entomológica con ovitrampas.

Nota: Nos referimos como número de manzanas que requieren Vigilancia Entomológica con Ovitrampas, al menos al 15% del total de manzanas de cada localidad seleccionada para dicha actividad (Ver Guía para la Vigilancia Entomológica con Ovitrampas).

Construcción:

Fórmula 1 =

$$\frac{Localidades\ de\ riesgo\ con\ VEO}{Total\ de\ localidades\ de\ riesgo\ programadas\ para\ VEO}$$

Valor de Fórmula: 1:25 puntos

Fórmula 2 =

$$\frac{Número\ de\ lecturas\ realizadas}{Total\ de\ ovitrampas\ instaladas}\ x\ 100$$

Valor de Fórmula: 2:50 puntos

Fórmula 3 =

$$\frac{Número\ de\ manzanas\ con\ ovitrampas}{Número\ de\ manzanas\ que\ requieren\ VEO}\ x\ 100$$

Valor de Fórmula: 3:25 puntos

Fuente: Sistema Integral de Monitoreo de Vectores / Módulo de Vigilancia Entomológica y Control Integral del Vector / Descarga de datos – principales indicadores en ovitrampas.

Periodicidad: trimestral

Ponderación: 25%

Escala:

90 a 100%	Sobresaliente
85 a 89%	Satisfactorio
80 a 84%	Mínimo
<80%	Precario

5. VIGILANCIA ENTOMOVIROLÓGICA (25%)

Descripción: Este indicador evalúa la efectividad de la vigilancia entomovirológica y la oportunidad de la detección del virus en el vector en fase adulta, basándose en las actividades dirigidas a la captura del vector infectado para la implementación de acciones de manera oportuna.

1. Número de manzanas con muestreo entomovirológico, entre el número de manzanas que requieren vigilancia entomovirológica.

2. Total de pools positivos trabajados con acciones integrales en menos de 72 hrs. posteriores a la fecha de resultado, entre el total pools con resultados en el módulo de Vigilancia Entomovirológica del Sistema Integral de Monitoreo de Vectores.

Criterios de inclusión y exclusión:
- Criterio de inclusión: fechas de intervención menor a 72hrs.
- Criterio de exclusión: intervenciones realizadas mayor a 72 horas después de la notificación de resultado.

Nota: Se refiere como número de manzanas que requieren vigilancia entomovirológica al menos al 4% del total de manzanas de la localidad seleccionada para esta actividad.

Construcción:

Fórmula 1 =

$$\frac{Número\ de\ manzanas\ con\ muestreo\ entomovirológico}{Número\ de\ manzanas\ que\ requieren\ vigilancia\ entomovirológica}\ x\ 100$$

Valor de la fórmula 1: 50 puntos

*Fórmula 2 =

$$\frac{Total\ de\ pools\ positivos\ trabajados\ con\ acciones\ integrales\ en\ menos\ de\ 72\ horas}{Total\ de\ pools\ positivos}\ x\ 100$$

Valor de la fórmula 2: 50 puntos

*Si no se presentan resultados positivos en el periodo de colecta, solo se aplicará la fórmula 1 con un valor de 100 puntos.

Fuente: Sistema Integral de Monitoreo de Vectores / Módulo de Vigilancia Entomovirológica / descarga de datos
Periodicidad: trimestral
Ponderación: 25%

Escala:

90 a 100%	Sobresaliente
85 a 89%	Satisfactorio
80 a 84%	Mínimo
<80%	Precario

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDAD DE CHAGAS

CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES (CENAPRECE)

RUY LOPEZ RIDAURA
Director General del Centro Nacional De Programas Preventivos Y Control De Enfermedades

VECTORES

GUSTAVO SÁNCHEZ TEJEDA
Director del Programa de Enfermedades Transmitidas por Vector

FABIÁN CORREA MORALES
Subdirector de Vectores

JOSÉ JESÚS IBARRA LÓPEZ
Jefe del Departamento de Oncocercosis y otras Enfermedades Transmitidas por Vector

YURIKA V. MANUEL VALENCIA
Responsable de Programa de Prevención y Control de Enfermedad de Chagas

INTRODUCCIÓN

La construcción de los indicadores que se describen a continuación se realizó en consenso con los responsables estatales del Programa de Vectores. Año 2016.

UNIVERSO

Aplica en las 32 entidades federativas y se incluirán básicamente los estados en los que se hayan notificado casos positivos de enfermedad de Chagas en años previos, ya que en ellos se realizan las actividades de vigilancia, prevención, diagnóstico y control de la enfermedad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Identificar con oportunidad problemas y/o deficiencias en los procesos o acciones y así fortalecer la ejecución de las actividades críticas en el Programa.

Utilizar los estándares que corresponden a los compromisos nacionales y metas del Programa de Acción Especifico 2013- 2018.

Utilizar las fuentes de información disponible para fortalecer su veraz y adecuado registro.

Establecer un medio de evaluación que unifique criterios de desempeño y marque estándares de alcance.
Incrementar la notificación de casos confirmados y asegurar el tratamiento oportuno a los casos positivos.

METODOLOGÍA

Para la construcción del índice de evaluación de desempeño se utiliza la metodología de evaluación vectorial, en tres indicadores que reflejan las actividades realizadas de forma cotidiana en el programa.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Los datos para la construcción de estos indicadores se obtendrán de los sistemas de información:

- Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica.
- Sistema Integral de Monitoreo de Vectores/Submódulo Chagas.

INDICADORES 2019

El Programa de evaluación Caminando a la Excelencia, comprenderá, a partir del año 2019 los siguientes indicadores:

Indicador 1: Cobertura de tratamiento

Definición: Este indicador evalúa la cobertura de casos que inician el tratamiento etiológico.

Existen criterios de inclusión y exclusión aplicables a la fórmula 2 de este indicador, estas son:

- Criterio de inclusión: Todos aquellos casos confirmados por laboratorio que no tengan contraindicación para iniciar el tratamiento etiológico.
- Criterio de exclusión: Todos aquellos casos confirmados que cuenten con al menos una contraindicación para iniciar el tratamiento etiológico.

1. Total de casos confirmados reportados en el Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica, entre el total de casos confirmados reportados el Sistema Integral de Monitoreo de Vectores/Sub-módulo Chagas.

Construcción.-

Formula 1

$$\frac{\text{Total de casos confirmados reportados en el SUIVE}}{\text{Total de casos confirmados reportados en el Sistema Integral de Monitoreo de Vectores/Sub-módulo Chagas.}} \times 100$$

Valor de Fórmula 10 Puntos

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Número de casos confirmados. Fuente: Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) Criterio: Todos los casos reconocidos oficialmente confirmados.	Definición: Total de casos confirmados reportados. Fuente: Sistema Integral de Monitoreo de Vectores/Sub-módulo Chagas. Criterio: Contar con dos pruebas confirmatorias de diferente técnica y en un mismo tiempo o con una prueba parasitológica positiva en casos agudos.	Sobresaliente 90 a 100% Satisfactorio 85 a 89% Mínimo 80 a 84% Precario < 80%	Aplica a todas las entidades federativas que reporten casos en SUIVE y se realizará en todas la evaluaciones de Caminando a la Excelencia. No Aplica para el estado que en algún trimestre no tenga reporte de casos.

2. Total de casos confirmados con inicio de tratamiento, entre el total de casos confirmados sin contraindicación para el inicio de tratamiento.

Construcción.-

Formula 2

$$\frac{\text{Total de casos confirmados con inicio de tratamiento}}{\text{Total de casos confirmados por laboratorio sin contraindicación para inicio de tratamiento.}} \times 100$$

Valor de Fórmula 2: 10 Puntos

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Número de casos positivos que iniciaron tratamiento Fuente: Sistema Integral de Monitoreo de Vectores/Sub-módulo Chagas. Criterio: Contar con dos pruebas confirmatorias de diferente técnica y en un mismo tiempo o con una prueba parasitológica positiva en casos agudos.	Definición: Total de casos con resultado positivo proveniente de un laboratorio certificado. Fuente: Sistema Integral de Monitoreo de Vectores/Sub-módulo Chagas. Criterio: Contar con dos pruebas confirmatorias de diferente técnica y en un mismo tiempo o con una prueba parasitológica positiva en casos agudos. Todos los casos que no tengan contraindicación para el inicio de tratamiento.	Sobresaliente 90 a 100% Satisfactorio 85 a 89% Mínimo 80 a 84% Precario < 80%	Aplica a todas las entidades federativas que reporten casos en SUIVE y se realizará en todas la evaluaciones de Caminando a la Excelencia. No Aplica para el estado que en algún trimestre no tenga reporte de casos.

Ponderación: 20 %.

Indicador 2: Oportunidad de tratamiento

Definición: Este indicador evalúa el tiempo de acción para la atención con que los casos confirmados inician el tratamiento etiológico.

1. Total de casos confirmados con inicio de tratamiento en un lapso no mayor a 30 días posterior al diagnóstico por laboratorio, entre el total de casos confirmados por laboratorio.

Construcción.-

$$\text{Formula 1} \quad \frac{\text{Total de casos confirmados con inicio de tratamiento en un lapso no mayor a 30 días}}{\text{Total de casos confirmados por laboratorio que hayan iniciado tratamiento.}} \times 100$$

Valor de Fórmula 1: 20 Puntos

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Número de casos positivos que iniciaron tratamiento en los primeros 30 días posterior al diagnóstico por laboratorio. Fuente: Sistema Integral de Monitoreo de Vectores/Sub-módulo Chagas. Criterio: todos los casos que no tengan contraindicación para el inicio de tratamiento.	Definición: Total de casos con resultado positivo proveniente de un laboratorio certificado con registro de fecha de inicio de tratamiento. Fuente: Sistema Integral de Monitoreo de Vectores/Sub-módulo Chagas. Criterio: Contar con dos pruebas confirmatorias de diferente técnica y en un mismo tiempo o con una prueba parasitológica positiva en casos agudos.	Sobresaliente 90 a 100% Satisfactorio 85 a 89% Mínimo 80 a 84% Precario < 80%	Aplica a todas las entidades federativas que reporten casos en SUIVE y se realizará en todas la evaluaciones de Caminando a la Excelencia. No Aplica para el estado que en algún trimestre no tenga reporte de casos.

Ponderación 20 %.

Indicador 3: Vigilancia entomológica

Definición: Este indicador evalúa la vigilancia del riesgo de transmisión de la enfermedad de Chagas por la vía vectorial.

1. Total de áreas de riesgo con vigilancia entomológica, entre el total de áreas de riesgo.

Construcción.-

$$\text{Formula 1} \quad \frac{\text{Total de áreas de riesgo con vigilancia entomológica}}{\text{Total de áreas de riesgo.}} \times 100$$

Valor de Fórmula 1: 20 Puntos

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Número de áreas definidas como de riesgo que cuenten con la medición de Indicadores entomológicos. Fuente: Sistema Integral de Monitoreo de Vectores/Sub-módulo Chagas. Criterio: Áreas endémicas de enfermedad de Chagas (al menos la presencia de un caso). Indicadores entomológicos son 6. Ver Guía Metodológica de Estudios Entomológicos para Triatominos.	Definición: Total de áreas definidas como de riesgo. Fuente: Sistema Integral de Monitoreo de Vectores/Sub-módulo Chagas. Criterio: Áreas endémicas de enfermedad de Chagas (al menos la presencia de un caso).	Sobresaliente 90 a 100% Satisfactorio 85 a 89% Mínimo 80 a 84% Precario < 80%	Aplica a todas la entidades y se realizará con periodicidad trimestral la evaluaciones de Caminando a la Excelencia.

2. Total de áreas de riesgo con estudio taxonómico de triatominos, entre total de áreas de riesgo con captura de triatominos.

Área de riesgo: comprende la intervención de 1 o más sectores en una localidad que cuenten con estudios entomológicos completos que lo califiquen como área prioritaria.

Construcción.-

$$\text{Formula 2} \quad \frac{\text{Total de áreas de riesgo con estudio taxonómico de triatominos}}{\text{Total de áreas de riesgo con captura de triatominos}} \times 100$$

Valor de Fórmula 2: 20 Puntos

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Total de áreas de riesgo con captura de triatominos enviados a LESP para estudio taxonómico. Fuente: Sistema Integral de Monitoreo de Vectores/Sub-módulo Chagas. Criterio: Áreas endémicas de enfermedad de Chagas (al menos la presencia de un caso).	Definición: Total de áreas definidas como de riesgo. Fuente: Sistema Integral de Monitoreo de Vectores/Sub-módulo Chagas. Criterio: Áreas endémicas de enfermedad de Chagas (al menos la presencia de un caso).	Sobresaliente 90 a 100% Satisfactorio 85 a 89% Mínimo 80 a 84% Precario < 80%	Aplica a todas la entidades y se realizará con periodicidad trimestral la evaluaciones de Caminando a la Excelencia.

3. Total de áreas de riesgo con estudios de infección natural de T. cruzi en triatominos, entre total de áreas de riesgo con captura de triatominos.

Construcción.-

$$\text{Formula 3} \quad \frac{\text{Total de áreas de riesgo con estudios de infección natural de T. cruzi en triatominos}}{\text{Total de áreas de riesgo con captura de triatominos.}} \times 100$$

Valor de Fórmula 3: 20 Puntos

Numerador	Denominador	Escala	Uso
Definición: Total de áreas de riesgo con captura de triatominos enviados a LESP para diagnóstico de *T.cruzi*. Fuente: Sistema Integral de Monitoreo de Vectores/Sub-módulo Chagas. Criterio: Áreas endémicas de enfermedad de Chagas (al menos la presencia de un caso).	Definición: Total de áreas definidas como de riesgo. Fuente: Sistema Integral de Monitoreo de Vectores/Sub-módulo Chagas. Criterio: Áreas endémicas de enfermedad de Chagas (al menos la presencia de un caso).	Sobresaliente 90 a 100% Satisfactorio 85 a 89% Mínimo 80 a 84% Precario < 80%	Aplica a todas la entidades y se realizará con periodicidad trimestral la evaluaciones de Caminando a la Excelencia.

Ponderación 60 %.

Consideraciones especiales:

- En caso de existir un empate en el primer lugar al cierre del año de evaluación, se generarán criterios de desempate.
- Si pese al criterio de desempate descrito en este manual metodológico, continuara existiendo un empate en el primer lugar entre los estados, se tomarían otros criterios de desempate considerando el desempeño del programa estatal al momento de la evaluación.

Criterios de desempate:

- En los estados que compitan por el primer lugar, se obtendrá un promedio de días transcurridos para el inicio de tratamiento etiológico.

- Se restará una décima de punto, por cada 10 días transcurridos sin inicio de tratamiento.

- -.1 (menos una décima de punto) si el promedio de días de inicio de tratamiento etiológico del total de casos es en los primeros 10 días posterior al diagnóstico por laboratorio.
- -.2 (menos 2 décimas de punto) si el promedio de días de inicio de tratamiento etiológico del total de casos es entre 11 y 20 días posterior al diagnóstico por laboratorio.
- -.3 (menos 3 décimas de punto) si el promedio de días de inicio de tratamiento etiológico del total de casos es entre 21 y 30 días posterior al diagnóstico por laboratorio.

Índice de desempeño: El índice de desempeño o evaluación se forma con la suma de los puntos alcanzados en cada uno de los cuatro indicadores establecidos. Con ellos, se forman rangos en los que entrarán las entidades federativas de acuerdo al desempeño en el Programa Nacional de

Escala:

90 a 100%	Sobresaliente
85 a 89%	Satisfactorio
80 a 84%	Mínimo
< 80%	Precario

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE PALUDISMO

CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES (CENAPRECE)

RUY LOPEZ RIDAURA
Director General del Centro Nacional De Programas Preventivos Y Control De Enfermedades

VECTORES

GUSTAVO SÁNCHEZ TEJEDA
Director del Programa de Enfermedades Transmitidas por Vector

NOHEMI COLIN SOTO
Médico de Paludismo

Introducción

El programa de paludismo en México ha logrado implementar estrategias que permiten abatir la incidencia de casos a niveles históricamente bajos, eliminando la transmisión autóctona en 21 de los 29 estados donde existe el riesgo de transmisión.

Esto se ha logrado mediante la detección, diagnóstico, tratamiento oportuno de los casos autóctonos e importados en las 32 entidades federativas, así como al fortalecimiento de la vigilancia entomológica y sin duda alguna al componente de participación comunitaria con acciones periódicas de limpieza de criaderos, higiene personal y familiar.

Actualmente solo 8 estados de la República continúan con transmisión autóctona de paludismo, ésta transmisión se encuentra restringida a pequeños focos persistentes principalmente ligados a movimientos poblacionales.

Si bien se han reducido las áreas de transmisión, es importante mantener acciones para la prevención y control del vector enfocadas a la vigilancia entomológica y control de criaderos en todas las localidades donde se tenga antecedentes del vector. Así como fortalecer la vigilancia epidemiológica de casos mediante la toma de gota gruesa a todos los casos probables de paludismo en las unidades médicas del sector salud público y privado.

La evaluación de los indicadores de operación para la estrategia de Caminando a la Excelencia del Programa Nacional de Paludismo está encaminada a verificar el cumplimiento de la normatividad, evaluar el impacto de las acciones realizadas y establecer prioridades hacia la eliminación del paludismo como problema de salud pública evaluando los componentes básicos que han permitido la reducción en la transmisión.

Estos indicadores se forman con los datos de los sistemas de información oficiales (SIS), base de datos nominal de casos por paludismo (DGE) así como el informe trimestral de las actividades realizadas en el Comité Técnico Estatal para la Certificación de Áreas Libres de Paludismo.

Objetivos

Evaluar las acciones de vigilancia entomológica, epidemiológica y participación comunitaria para la prevención y control del paludismo, así como las acciones para documentar las actividades que permitan la eliminación del paludismo en el país.

Metodología

El índice de desempeño se integra por cinco indicadores que evalúan las acciones de prevención y control del programa en estados con transmisión y sin transmisión endémica para paludismo (vigilancia epidemiológica, oportunidad en el diagnóstico, comité técnico estatal, participación comunitaria y vigilancia entomológica).

DESCRIPCIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES.

1. Vigilancia epidemiológica. Se construye tomando como base las acciones para la vigilancia epidemiológica (por personal del programa, red de notificantes voluntarios A, B, C, D y E, unidades médicas del sector salud, Médicos y laboratorios particulares, Promotores de salud, magisterio y personas voluntarias de la comunidad, respectivamente).
El 100% de las muestras tomadas deben ser examinadas y se evaluara la detección de casos en todos los estados con énfasis en la notificación pasiva mediante los notificantes voluntarios A, B, C, D y E.
La evaluación de la notificación voluntaria A, B, C, D y E deberá ser igual o mayor al 60% del total de muestras tomadas por el estado.

2. Oportunidad en el diagnóstico. Con miras a lograr la eliminación del paludismo en el país y siguiendo las recomendaciones de la OPS, este indicador medirá el tiempo transcurrido desde el inicio de síntomas hasta la emisión del resultado (el cual no deberá exceder 72 horas) de todos los casos que se presenten por entidad, incluye los casos importados, introducidos y autóctonos.

3. Comité técnico estatal. Facilitará y dará seguimiento al proceso de certificación en los 22 estados sin transmisión autóctona de paludismo. Evaluará las acciones que realiza el comité estatal para la certificación encaminadas a la documentación y seguimiento de acuerdos para lograr a mediano plazo la certificación

4. Participación Comunitaria. Permitirá evaluar las acciones que realiza la comunidad para el cuidado de su salud. Se construye mediante la evaluación de las acciones que realiza la comunidad para el control del vector en su comunidad y domicilio.

5. Vigilancia entomológica. Permite evaluar el impacto de las acciones de la participación comunitaria mediante la vigilancia entomológica previa y posterior a las actividades que realiza la comunidad para la eliminación y modificación del hábitat y criaderos de *anofelinos.* Se construye con los reportes que se generan con la vigilancia entomológica.

El índice de desempeño vectorial es la suma ponderada (asignada a cada indicador) de los cinco indicadores seleccionados, previamente calificados. Los cinco ponderadores suman 100%. A continuación, se menciona paso a paso la metodología.
Paso 1:
Validar e integrar la información generada de todas las instituciones.
Se calcula cada uno los indicadores utilizando las fórmulas que se señalan a continuación.
Paso 2:
Se le asigna una calificación de 1 a 100 a cada indicador tomando como base el valor ideal esperado para cada uno de ellos; aplicando las siguientes fórmulas:

Fórmulas y fuentes de información

1. Vigilancia epidemiológica

$$\text{Fórmula} = \frac{\text{Muestras examinadas}}{\text{Muestras tomadas}} * 100$$

50%

$$\text{Fórmula} = \frac{\text{Muestras tomadas por notificantes voluntarios A, B, C, D y E}}{\text{Muestras tomadas}} * 100$$

50%

Fuentes de información: SIS (FPA23, FPA24, FPA25, FPA26, FPA27)
El 100% del indicador contribuye al 20% de la calificación del Índice de desempeño

2. Oportunidad en el diagnóstico

$$\text{Fórmula} = \frac{\text{Casos con resultado en menos de 72 horas a partir del inicio de fiebre}}{\text{Total, de casos registrados}} * 100$$

100%

Fuentes de información: DGE base nominal de casos
Los casos detectados durante la búsqueda activa, como respuesta a un caso confirmado o brote, así como los asintomáticos, serán evaluados en este indicador midiendo el tiempo transcurrido entre la toma de muestra y la emisión de resultado.

Periodicidad:

Peso del indicador: El 100% del indicador contribuye al 20% de la calificación del Índice de desempeño

Aplica NA cuando: Para los estados que durante el trimestre evaluado no han presentado casos autóctonos o importados este indicador no será evaluado.

3. Comité Técnico Estatal

$$\text{Fórmula} = \frac{\text{Sesiones realizadas}}{\text{Sesiones programadas}} * 100$$

50%

$$\text{Fórmula} = \frac{\text{Número de acuerdos con seguimiento}}{\text{Número de acuerdos generados}} * 100$$

50%

Fuentes de información: Reporte mensual de actividades para el proceso de Certificación de áreas libres de paludismo en México

Para obtener una calificación de 100% en el cierre anual, se deberá reportar un mínimo de 6 reuniones del Comité Técnico Estatal además de que los acuerdos y compromisos generados deberán contar con seguimiento puntual.

Periodicidad:

Peso del indicador: El 100% del indicador contribuye al 20% de la calificación del Índice de desempeño

4. Participación comunitaria

$$\text{Fórmula} = \frac{\text{Localidades trabajadas EMHCAs}}{\text{Localidades en el universo de riesgo}} * 100$$

50%

$$\text{Fórmula} = \frac{\text{Criaderos trabajados en EMHCAs}}{\text{Número de criaderos existentes}} * 100$$

50%

Fuentes de información: SIS (FPA03, FPA40, FPA41, FPA47)
Para este indicador participan todos los estados con antecedentes de transmisión y aquellos que han detectado presencia del vector en los últimos años.

Periodicidad:

Peso del indicador: El 100% del indicador contribuye al 20% de la calificación del Índice de desempeño

5. Vigilancia entomológica

$$\text{Fórmula} = \frac{\text{Localidades trabajadas en estudios entomológicos previos}}{\text{Localidades en el universo de riesgo}} * 100$$

50%

$$\text{Fórmula} = \frac{\text{(Caladas positivas en Estudios entomológicos previos – caladas positivas posteriores)}}{\text{Caladas positivas en estudios entomológicos previos}} * 100$$

50%

Fuentes de información: SIS (FPA03, FPA46, FPA51, FPA59)
Para el estado de Tlaxcala y la Ciudad de México, este indicador solo se evaluará con las Localidades trabajadas en estudios entomológicos previos entre las localidades en el universo de riesgo.

Si alguna entidad federativa obtiene una calificación superior a 100 puntos debe justificar el motivo por el cual supero el valor esperado y enviar documentación aclaratoria en caso de errores en el registro de datos en el SIS para la corrección oportuna.
Para todos los indicadores si la calificación del indicador es >120% en automático la calificación será de 0 para ese indicador.

Periodicidad:

Peso del indicador: El 100% del indicador contribuye al 20% de la calificación del Índice de desempeño.

Índice de desempeño

El índice de desempeño o evaluación se forma con la suma de los puntos alcanzados en cada uno de los cinco indicadores establecidos. Con ellos, se forman rangos en los que entrarán las entidades federativas de acuerdo al desempeño en el Programa Nacional de Paludismo.

Escala:

Sobresaliente (95.1 a 100.0%)

Satisfactorio (90.1 a 95.0%)

Mínimo (85.1 a 90.0%)

Precario (< 85.1%)

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DIABETES MELLITUS

CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES (CENAPRECE)

RUY LOPEZ RIDAURA
Director General del Centro Nacional De Programas Preventivos Y Control De Enfermedades

ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS

Director del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano

Ma. Guadalupe Casales Hernández
Elías Velasco Limón
Responsables del Proceso de la Información

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, en México se han generado datos que sustentan un incremento en la prevalencia e incidencia de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT en todos los grupos de edad, tanto en hombres como en mujeres, de los diferentes grupos étnicos; todo esto como consecuencia del envejecimiento de la población, sedentarismo y los riesgos asociados a la industrialización y urbanización, por lo que la prevención de estas enfermedades es uno de los mayores retos de la salud pública del Siglo XXI. Para el caso específico de diabetes, México ocupa el sexto lugar mundial en prevalencia de éste padecimiento con 11.5 millones de adultos viviendo bajo esta condición y a partir del año 2013, la diabetes ocupa el primer lugar como causa básica de muerte. Ante ésta situación el 1° de noviembre de 2016 el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) emitió una Declaratoria de Emergencia Epidemiológica por Diabetes.

Dentro de las estrategias del Programa de Salud del Adulto y del Anciano (PSAA), se realizan actividades de detección, tratamiento y control de diabetes mellitus, Obesidad y Riesgo Cardiovascular, que permiten contribuir a realizar un el diagnóstico oportuno de dichas enfermedades, con la finalidad de iniciar tratamiento adecuado, y prevenir el desarrollo de complicaciones. Asimismo, la estrategia de Grupos de Ayuda Mutua en Enfermedades Crónicas (GAM EC), que contribuye a fortalecer el tratamiento y control de las Enfermedades Crónico No Transmisibles (ECNT), con actividades principales como la formación y acreditación de éstos grupos, que promueven el autocuidado de la salud, los estilos de vida saludable y la orientación alimentaria de nuestra población.

Como parte integral del programa, se considera además la congruencia de la información que es fundamental para la toma de decisiones, el fortalecimiento de las políticas de salud y del registro veraz y adecuado de dicha información, en las fuentes oficiales de información en Salud.

Los indicadores de los Boletines de Obesidad-Riesgo Cardiovascular, Diabetes y de las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (UNEME-EC), permiten identificar las áreas de oportunidad para mejorar el desempeño de dichos programas, y así contribuir al logro de mejores condiciones de salud para la población, es decir, permiten detectar puntos críticos, mostrando distintos aspectos de operación del programa, como: la cobertura de detección, el control metabólico y detección de complicaciones de ECNT en el primer nivel de atención, en los GAM EC y en las UNEME-EC. La evaluación de los indicadores permite identificar las acciones necesarias para incrementar los rendimientos y cumplir las metas del Plan Nacional de Salud 2013-2018, el Programa Nacional de Salud y los Programas de Acción Específicos, que los emplea e identificar los logros y avance de las mismas.

Para mejorar las acciones que realiza el Programa de Diabetes en primer nivel de atención con las estrategias de GAM EC y UNEME-EC, resulta indispensable efectuar evaluaciones, como parte del proceso que nos permita determinar cualitativa y cuantitativamente, la eficacia, eficiencia, calidad, oportunidad de acciones y claves especificas con respecto a los resultados esperados o definidos como óptimos.

Bajo ese esquema, la evaluación de acciones plantea la generación de información que sea útil para comparar el desempeño de estas acciones en las diferentes entidades federativas para rediseñar estrategias y mejoras que conlleven a modificar las tendencias de estas enfermedades. Es importante mencionar que la evaluación a través de indicadores requiere siempre del uso de fuentes confiables de información y rigurosidad técnica en la construcción e interpretación.

DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES

De manera global el programa de diabetes cuenta con cinco indicadores con los cuales se asignan 100 puntos de ponderación que se distribuye de la siguiente manera:

	Indicador	Ponderación Asignada
1.	Detección de Diabetes Mellitus	20
2.	Control de Diabetes Mellitus	40
3.	Control de Diabetes Mellitus en UNEME-EC	20
4.	Etapas de acreditación en GAM EC	10
5.	Detección oportuna de complicaciones en GAM EC	10
	TOTAL	100

Categoría	Intervalo del boletín
Sobresaliente	≥70%
Satisfactorio	≥50 a <70%
Mínimo	≥35 a <50%
Precario	<35 %

1. Detección de Diabetes Mellitus

Expresa: El porcentaje de detecciones de diabetes mellitus realizadas (hombre, mujer de ≥20 años de edad, positivas, negativas) con el "Cuestionario de Factores de Riesgo para enfermedades crónico degenerativas", entre las detecciones de diabetes programadas que corresponde al 33% de la población responsabilidad de la Secretaría de Salud de 20 años y más de edad, restando la población de IMSS Prospera del año correspondiente.

$$\frac{Total\ de\ detecciones\ de\ diabetes\ mellitus\ realizadas\ (SIS) 11{,}794{,}992}{Población\ de\ 20\ años\ y\ más, responsabilidad\ de\ la\ Secretaría\ de\ Salud\ 12{,}669{,}164} X100$$

Detecciones DM = 93.1%

Fuente de información: Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SINBA-SIS-DET-P) / CONAPO.

Numerador: Total de detecciones de diabetes mellitus realizadas (variables: DET01, DET25, DET50, DET58).
Denominador: Total de detecciones de diabetes programadas que corresponde al 33% de la población de responsabilidad de la Secretaría de Salud (se considera las proyecciones de CONAPO y se excluye la información de IMSS-Prospera en los estados que aplique).

Peso del indicador: 20 %

Categoría	Intervalo del boletín
Sobresaliente	≥70%
Satisfactorio	≥50 a <70%
Mínimo	≥35 a <50%
Precario	<35%

2. Control de Diabetes Mellitus

Expresa: El porcentaje de pacientes (mujer, hombre, de ≥20 años de edad) con diabetes mellitus que alcanzaron control (pacientes en tratamiento con niveles de glucosa plasmática en ayuno de entre 70 y 130 mg/dl, o bien Hemoglobina glucosilada con cifras menores de 7%), entre el total de pacientes (mujer, hombre, de ≥20 años de edad) con diabetes en tratamiento.

$$\frac{Total\ de\ pacientes\ con\ diabetes\ en\ control\ (SIS) 237{,}553}{Total\ de\ pacientes\ con\ diabetes\ en\ tratamiento\ (SIS)\ 590{,}534} X100$$

Control DM = 40.2%

Fuente de información: Tarjeta de Registro y Control de Enfermedades Crónicas. Informe Mensual de Actividades Realizadas en la Unidad Médica. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SINBA-SS-EC-P).

Numerador: Se refiere al promedio del periodo evaluado de los pacientes con diabetes de 20 años y más en control. Tarjeta de Registro y Control de Enfermedades Crónicas SINBA-SS-EC-P (variables: ADM14, ADM15, ADM17, ADM18).

Denominador: Personas con diabetes en tratamiento de 20 años y más. Tarjeta de Registro y Control de Enfermedades Crónicas SINBA-SS-EC-P (variables: ADM08, ADM09, ADM11, ADM12).

El porcentaje para establecer la meta se define cada año.

Peso del indicador: 40 %

Categoría	Intervalo del boletín
Sobresaliente	≥50%
Satisfactorio	≥40 a <50%
Mínimo	≥30 a <40%
Precario	<30%

3. Control de Diabetes Mellitus en UNEME-EC

Expresa: El porcentaje de pacientes con Diabetes Mellitus que han logrado el control medido con hemoglobina glucosilada <7%, en las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (UNEME-EC).

$$\frac{Número\ de\ pacientes\ con\ DM\ controlados\ (130)}{Número\ de\ pacientes\ en\ tratamiento\ en\ la\ UNEMEs\ EC\ (280)} X100$$

Porcentaje = 46.4%

Fuente de información: Expediente Clínico Electrónico de las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (Web Federal de UNEME-EC).

Numerador: Se considera el promedio del periodo evaluado de los pacientes con diabetes de 20 años y más en control en UNEME-EC. La información se tomará del cuadro de salida del expediente clínico electrónico de las UNEME-EC (Web Federal de UNEME-EC).

Denominador: Se refiere a los pacientes con diabetes en tratamiento de UNEME-EC en el periodo evaluado. La información se tomará del cuadro de salida del expediente clínico electrónico de las UNEME-EC (Web Federal de UNEME-EC).

Peso del indicador: 20%

Los intervalos de por categoría de avance queda de la siguiente manera:

Categoría	Intervalo del boletín
Sobresaliente	≥50%
Satisfactorio	≥40 a <50%
Mínimo	≥30 a <40%
Precario	<30%

4. Etapas de acreditación en GAM EC

El indicador de Etapas de Acreditación en Grupos de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas, tiene tres componentes para su evaluación, y tiene una ponderación de 10%, con la siguiente distribución:

Componentes	Porcentaje
1. GAM EC Acreditados	75 %
2. GAM EC Re-acreditados	15 %
3. GAM EC Acreditados con Excelencia	10 %

La suma de los porcentajes del componente 1 + componente 2 + componente 3 = 100% de la ponderación del indicador.

Categoría	Intervalo del boletín
Sobresaliente	≥90%
Satisfactorio	≥70% a <90%
Mínimo	≥50% a <70%
Precario	<50%

Peso del Indicador: 10%

Componente 1. GAM EC Acreditados

Expresa: El porcentaje de Grupos de Ayuda Mutua EC Acreditados entre el total de Grupos de Ayuda Mutua EC programados para Acreditación:

$$\frac{Total\ de\ Grupos\ de\ Ayuda\ Mutua\ EC\ Acreditados\ (SIVEGAM)450}{Total\ de\ Grupos\ de\ Ayuda\ Mutua\ EC\ programados\ para\ Acreditación\ 450} X75$$

Acreditación GAM = 75%

Fuente de información: Sistema de Información de Vigilancia y Estudio de Grupos de Ayuda Mutua EC (SIVEGAM)

Numerador: Número de Grupos Acreditados en el Sistema de Información de Vigilancia y Estudio de Grupos de Ayuda Mutua EC (SIVEGAM), se refiere a GAM EC con Formato de Acreditación, Acta constitutiva, captura completa y marcada la acreditación en el sistema.

Denominador: Grupos de Ayuda Mutua EC programados para Acreditar.

El porcentaje para establecer la meta se define cada año.

Peso del indicador: 7.5%

Componente 2. GAM EC Re-acreditados

Expresa: El porcentaje de Grupos de Ayuda Mutua EC re-acreditados entre el total de Grupos de Ayuda Mutua EC Acreditados programados para re-acreditar.

$$\frac{Total\ de\ Grupos\ de\ Ayuda\ Mutua\ EC\ Re\ acreditados\ (SIVEGAM)18}{Total\ de\ Grupos\ de\ Ayuda\ Mutua\ EC\ Acreditados\ programados\ para\ re\ acreditar} X\ 15$$

Ejemplo: Re Acreditación GAM = 15%
Fuente de información: Sistema de Información de Vigilancia y Estudio de Grupos de Ayuda Mutua EC (SIVEGAM).

Numerador: Números de grupos re-acreditados en el Sistema de Información de Vigilancia y Estudio de Grupos de Ayuda Mutua EC (SIVEGAM), se refiere a GAM EC con formato de acreditación, acta constitutiva, captura completa y marcada la acreditación en el sistema.
Denominador: Grupos de ayuda Mutua EC acreditados programados para re-acreditar.
El porcentaje para establecer la meta se define cada año.
Peso del indicador: 1.5%

Componente 3. GAM EC Acreditados con Excelencia
Expresa: El porcentaje de Grupos de Ayuda Mutua EC con Excelencia entre el total de Grupos de Ayuda Mutua EC re-acreditados programados para excelencia.

$$\frac{Total\ de\ Grupos\ de\ Ayuda\ Mutua\ EC\ con\ Excelencia\ (SIVEGAM)10}{Total\ de\ Grupos\ de\ Ayuda\ Mutua\ EC\ re\ acreditados\ programados\ para\ acreditar\ con\ excelencia} X\ 10$$

Ejemplo: Excelencia GAM = 10%

Fuente de información: Sistema de Información de Vigilancia y Estudio de Grupos de Ayuda Mutua EC (SIVEGAM).

Numerador: Números de grupos en Excelencia en el Sistema de Información de Vigilancia y Estudio de Grupos de Ayuda Mutua EC (SIVEGAM), se refiere a GAM EC con formato de acreditación, acta constitutiva, captura completa y marcada la acreditación en el sistema.
Denominador: Grupos de ayuda Mutua EC re-acreditados programados para Excelencia.

El porcentaje para establecer la meta se define cada año.

Peso del indicador: 1%

5. Cobertura de hemoglobina glucosilada y detección de complicaciones en GAM EC

Expresa: El porcentaje de cobertura de hemoglobina glucosilada HbA1c y detección de complicaciones en integrantes de Grupos de Ayuda Mutua acreditados, re acreditados y acreditados con excelencia que durante el proceso tuvieron (determinación de hemoglobina glucosilada, valoración podológica en integrantes con diabetes, y determinación de microalbuminuria realizadas al total de los integrantes).

$$\frac{Total\ de\ detecciones\ de\ complicaciones\ realizadas\ a\ integrantes\ de\ GAM\ EC\ acreditados\ SIVEGAM)\ 14{,}800}{Total\ de\ detecciones\ de\ complicaciones\ programadas\ a\ integrantes\ de\ GAM\ EC\ acreditados\ 17{,}330} X100$$

Ejemplo: Detección Oportuna de Complicaciones = 85.4%

Fuente de información: Sistema de Información de Vigilancia y Estudio de Grupos de Ayuda Mutua EC (SIVEGAM).

Numerador: Total de cobertura de HbA1c en integrantes con diabetes y detecciones de complicaciones (valoración podológica en integrantes con diabetes y microalbuminuria en el total de integrantes) realizadas durante la acreditación, re acreditación y acreditación con excelencia y registradas en el Sistema de Información de Vigilancia y Estudio de Grupos de Ayuda Mutua EC (SIVEGAM). Se consideran las detecciones realizadas de acuerdo a los lineamientos de operación de GAM EC.

Denominador: Número de detecciones programadas en pacientes que integran a los GAM EC programados para acreditar, re-acreditar y excelencia.

El porcentaje para establecer la meta se define cada año.

Peso del indicador: 10%.

Categoría	Intervalo del boletín
Sobresaliente	≥90%
Satisfactorio	≥70 a <90%
Mínimo	≥50 a <70%
Precario	<50%

PROGRAMA DE OBESIDAD Y RIESGO CARDIOVASCULAR

CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES (CENAPRECE)

RUY LOPEZ RIDAURA
Director General del Centro Nacional De Programas Preventivos Y Control De Enfermedades

ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS

Director del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano

Ma. Guadalupe Casales Hernández
Responsable del Proceso de la Información

INTRODUCCIÓN

Dentro del Programa de obesidad y riesgo cardiovascular, se incluye a las dislipidemias, síndrome metabólico, hipertensión arterial y obesidad. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad es del 71.2%, factor que condiciona el desarrollo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Ante ésta situación el 1° de noviembre del 2016 se emite la Declaratoria de Emergencia Epidemiológica por obesidad para todas las entidades federativas de México.

En política pública, no se puede mejorar lo que no se mide; ya que es parte integral del proceso de toma de decisiones sobre políticas, estrategias y programas dirigidos a mejorar la provisión de servicios de salud, tanto preventivos como curativos. Esto ha requerido el establecimiento de parámetros de evaluación en la atención que se brinda a los pacientes con estos padecimientos, así como al propio sistema de salud, además nos sirve para mejorar las acciones del Programa de Obesidad y Riesgo Cardiovascular permitiéndonos determinar cualitativa y cuantitativamente los resultados esperados de cada entidad e intervenir de manera oportuna para dar cumplimiento en tiempo y forma a las metas establecidas. Por lo anterior, la evaluación de las actividades realizadas generará información útil para comparar el desempeño de las entidades federativas en cada una de las acciones y se intervenga de manera oportuna para modificar las tendencias de las ECNT en México.

Los indicadores que a continuación se describen se aplican a población de 20 años y más de edad responsabilidad de la Secretaría de Salud, donde se excluye a la población de responsabilidad de IMSS Prospera del mismo grupo de edad y de algunas entidades federativas.

DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES

De manera global el programa de Obesidad y Riesgo Cardiovascular, cuenta con seis indicadores con los cuales se asignan 100 puntos de ponderación que se distribuye de la siguiente manera:

Indicador	Ponderación Asignada
1. Detección de Obesidad y Riesgo Cardiovascular (Hipertensión Arterial y Dislipidemias)	20
2. Control de Hipertensión Arterial	20
3. Control de Obesidad	20
4. Control de Dislipidemias	20
5. Control de Hipertensión Arterial en UNEME-EC	10
6. Control de Dislipidemias en UNEME-EC	10
TOTAL	100

Categoría	Intervalo del boletín
Sobresaliente	≥60%
Satisfactorio	≥50 a <60%
Mínimo	≥40 a <50%
Precario	<40%

1. Detección de Obesidad y Riesgo Cardiovascular (Hipertensión Arterial y Dislipidemias)

Expresa: El porcentaje de detecciones de hipertensión arterial, obesidad y dislipidemias realizadas (hombre, mujer de ≥20 años de edad positivas y negativas), en la población a la que se le aplicó el *"Cuestionario de Factores de Riesgo para enfermedades crónico degenerativas",* entre las detecciones programadas de hipertensión, obesidad y dislipidemias, que corresponden al 33% de la población responsabilidad de la Secretaría de Salud de 20 años y más de edad, (para el caso de hipertensión y obesidad) y el 10% (para el caso de dislipidemias), restando la población de IMSS Prospera del año correspondiente.

$$\frac{Total\ de\ detecciones\ de\ ORCV\ realizadas\ 34{,}623{,}472}{Total\ de\ detecciones\ de\ ORCV\ programadas\ 47{,}205{,}170} X100$$

Cobertura = 73.3%

Fuente de información: Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SINBA-SIS-DET-P) / CONAPO.

Numerador: Total de detecciones de obesidad y riesgo cardiovascular realizadas (variables hipertensión arterial: DET02, DET26, DET51, DET59; variables obesidad: DET03, DET27, DET52, DET60; variables dislipidemias: DET04, DET28, DET53, DET61).

Denominador: Total de detecciones de obesidad y riesgo cardiovascular programadas en la población de responsabilidad de la Secretaría de Salud (se considera las proyecciones de CONAPO y se excluye la información de IMSS-Prospera en los estados que aplique).

Peso del indicador: 20 %

Categoría	Intervalo del boletín
Sobresaliente	≥70%
Satisfactorio	≥50 a <70%
Mínimo	≥35 a <50%
Precario	<35%

2. *Control de Hipertensión Arterial*

Expresa: El porcentaje de pacientes en tratamiento con hipertensión arterial que alcanzaron el control (pacientes en tratamiento con cifras menores a 140/90 mmHg), entre el total de pacientes con hipertensión arterial en tratamiento.

$$\frac{Total\ de\ pacientes\ con\ hipertensión\ en\ control\ 431{,}182}{Total\ de\ pacientes\ con\ hipertensión\ en\ tratamiento\ 812{,}362} X100$$

Hipertensión Arterial = 53.07%

Fuente de información: Tarjeta de Registro y Control de Enfermedades Crónicas. Informe Mensual de Actividades Realizadas en la Unidad Médica. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SINBA-SS-EC-P).

Numerador: Se refiere al promedio del periodo evaluado de los pacientes con hipertensión arterial de 20 años y más en control. Tarjeta de Registro y Control de Enfermedades Crónicas SINBA-SS-EC-P (variables: AHA14, AHA15, AHA17, AHA18).

Denominador: Personas con hipertensión arterial en tratamiento de 20 años y más. Tarjeta de Registro y Control de Enfermedades Crónicas SINBA-SS-EC-P (variables: AHA08, AHA09, AHA11, AHA12).

Peso del indicador: 20%

Categoría	Intervalo del boletín
Sobresaliente	≥60%
Satisfactorio	≥50 a <60%
Mínimo	≥40 a <50%
Precario	<40%

3. Control de Obesidad

Expresa: El porcentaje de pacientes con obesidad en control (paciente que haya disminuido su índice de masa corporal, circunferencia de cintura o al menos del 5% del peso corporal con relación a la medición de su ingreso al tratamiento), entre el total de pacientes con obesidad en tratamiento.

$$\frac{Total\ de\ pacientes\ con\ obesidad\ en\ control\ 124{,}909}{Total\ de\ pacientes\ con\ obesidad\ en\ tratamiento\ 449.514} X100$$

Obesidad = 27.7%

Fuente de información: Tarjeta de Registro y Control de Enfermedades Crónicas. Informe Mensual de Actividades Realizadas en la Unidad Médica. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SINBA-SS-EC-P).

Numerador: Se refiere al promedio del periodo evaluado de los pacientes con obesidad de 20 años y más en control. Tarjeta de Registro y Control de Enfermedades Crónicas SINBA-SS-EC-P (variables: AOB14, AOB15, AOB17, AOB18).

Denominador: Personas con obesidad en tratamiento de 20 años y más. Tarjeta de Registro y Control de Enfermedades Crónicas SINBA-SS-EC-P (variables: AOB08, AOB09, AOB11, AOB12).

Peso del indicador: 20%

Categoría	Intervalo del boletín
Sobresaliente	≥30%
Satisfactorio	≥20 a <30%
Mínimo	≥10 a <20%
Precario	<10%

4. Control de Dislipidemias

Expresa: El porcentaje de pacientes en tratamiento con alguna dislipidemias que alcanzaron el control (colesterol con cifras menores a 200 mg/dl y/o triglicéridos con cifras menores a 150 mg/dl posteriores a un ayuno de 12 horas), entre el total de pacientes con alguna dislipidemias en tratamiento.

$$\frac{Total\ de\ pacientes\ con\ dislipidemia\ en\ control\ (SIS)58{,}672}{Total\ de\ pacientes\ con\ dislipidemia\ en\ tratamiento\ (SIS)161{,}671} X100$$

Dislipidemias = 36.2%

Fuente de información: Tarjeta de Registro y Control de Enfermedades Crónicas. Informe Mensual de Actividades Realizadas en la Unidad Médica. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SINBA-SS-EC-P).

Numerador: Se refiere al promedio del periodo evaluado de los pacientes con dislipidemia de 20 años y más en control. Tarjeta de Registro y Control de Enfermedades Crónicas SINBA-SS-EC-P (variables: ADL14, ADL15, ADL17, ADL18).

Denominador: Personas con dislipidemia en tratamiento de 20 años y más. Tarjeta de Registro y Control de Enfermedades Crónicas SINBA-SS-EC-P (variables: ADL08, ADL09, ADL11, ADL12).

Peso del indicador: 20%

Categoría	Intervalo del boletín
Sobresaliente	≥60%
Satisfactorio	≥35 a <60%
Mínimo	≥20 a <35%
Precario	<20%

5. *Control de Hipertensión Arterial en UNEME-EC*

Expresa: El porcentaje de pacientes con HTA que han logrado el control (pacientes en tratamiento con cifras menores a 140/90 mmHg), entre el total de pacientes con hipertensión arterial en tratamiento en las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (UNEME-EC).

$$\frac{Número\ de\ pacientes\ con\ HTA\ controlados\ (130)}{Número\ de\ pacientes\ con\ HTA\ en\ tratamiento\ en\ la\ UNEME-EC\ (280)} X100$$

Porcentaje = 60%

Fuente de información: Expediente Clínico Electrónico de las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (Web Federal de UNEME-EC).

Numerador: Se considera el promedio del periodo evaluado de los pacientes con hipertensión arterial de 20 años y más en control en UNEME-EC. La información se tomará del cuadro de salida del expediente clínico electrónico de las UNEME-EC (Web Federal de UNEME-EC).

Denominador: Se refiere a los pacientes con hipertensión arterial en tratamiento de UNEME-EC en el periodo evaluado. La información se tomará del cuadro de salida del expediente clínico electrónico de las UNEME-EC (Web Federal de UNEME-EC).

Peso del indicador: 10%

Categoría	Intervalo del boletín
Sobresaliente	≥60%
Satisfactorio	≥50 a <60%
Mínimo	≥40 a <50%
Precario	< 40%

6. *Control de Dislipidemias en UNEME-EC*

Expresa: El porcentaje de pacientes con alguna dislipidemias que alcanzaron el control (colesterol con cifras menores a 200 mg/dl y/o LDL menores de 100 mg/dl y/o HDL en hombres mayores a 40 mg/dl y en mujeres mayores a 50 mg/dl y/o triglicéridos con cifras menores a 150 mg/dl,), entre el total de pacientes con alguna dislipidemias en tratamiento en las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas.

$$\frac{Número\ de\ pacientes\ con\ dislipidemia\ controlados\ (130)}{Número\ de\ pacientes\ con\ dislipidemia\ en\ tratamiento\ en\ la\ UNEME-EC\ (280)} X100$$

Porcentaje = 60%

Fuente de información: Expediente Clínico Electrónico de las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (Web Federal de UNEME-EC).

Numerador: Se considera el promedio del periodo evaluado de los pacientes con dislipidemia de 20 años y más en control en UNEME-EC. La información se tomará del cuadro de salida del expediente clínico electrónico de las UNEME-EC (Web Federal de UNEME-EC).

Denominador: Se refiere a los pacientes con dislipidemia en tratamiento de UNEME-EC en el periodo evaluado. La información se tomará del cuadro de salida del expediente clínico electrónico de las UNEME-EC (Web Federal de UNEME-EC).

Peso del indicador: 10%

Categoría	Intervalo del boletín
Sobresaliente	≥60%
Satisfactorio	≥35 a <60%
Mínimo	≥20 a <35%
Precario	<20

PROGRAMA DE UNIDADES DE ESPECIALIDADES MÉDICAS EN ENFERMEDADES CRÓNICAS (UNEMEs EC)

CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES (CENAPRECE)

RUY LOPEZ RIDAURA
Director General del Centro Nacional De Programas Preventivos Y Control De Enfermedades

ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS

Director del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano

MA. GUADALUPE CASALES HERNÁNDEZ
HENRY PÉREZ REYES
Responsables del Proceso de la Información

INTRODUCCIÓN

Por su magnitud, frecuencia, ritmo de crecimiento y las presiones que se ejerce sobre el Sistema Nacional de Salud, el sobrepeso, la obesidad y las Enfermedades no trasmisibles particularmente la Diabetes mellitus tipo 2, representan una emergencia sanitaria, además de que afectan de manera importante el desarrollo social y económico del país. Ante esta situación el gobierno federal lanza la Estrategia Nacional para la Prevención del sobrepeso, obesidad y diabetes con sus tres pilares estratégicos: Salud Pública, Atención Médica y Regulación Sanitaria. En noviembre del 2016, la Secretaria de Salud en coordinación con el Comité de Seguridad en Salud, lanzan la Declaratoria de emergencia contra la diabetes y la Obesidad, para apuntalar las acciones de la Estrategia con el fin de reducir el impacto de estas enfermedades entre la población.

En este sentido, el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades a través del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano, tienen bajo su responsabilidad el pilar estratégico de Atención Médica para lo cual incorpora acciones integradas y específicas en el primer nivel de atención.

Como parte de las estrategias del programa, se encuentran las Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas (UNEMEs EC), que desempeñan un papel relevante al integrar acciones de prevención atención y capacitación, a la fecha se encuentran 100 unidades funcionando en 29 entidades federativas por lo que resulta indispensable efectuar evaluaciones, como parte del proceso que nos permita determinar cualitativa y cuantitativamente, la eficacia, eficiencia, calidad, oportunidad de acciones claves y especificas con respecto a los resultados esperados o definidos como óptimos.
Bajo ese esquema, la evaluación de acciones plantea la generación de información que sea útil para comparar el desempeño de las diferentes unidades y entidades federativas, es importante mencionar que la evaluación a través de indicadores requiere siempre del uso de fuentes confiables de información y rigurosidad técnica en su construcción e interpretación. Sobre este contexto, la fuente de información (SIS) es alimentada directamente del expediente clínico electrónico, herramienta fundamental de estas unidades.

DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES

De manera global se evaluarán estas unidades a través cinco indicadores con los cuales se asignan 100 puntos de ponderación que se distribuye de la siguiente manera:

Indicador	Ponderación Asignada
1. Unidades alineadas a la Estrategia Nacional para la prevención y control del Sobrepeso, Obesidad y Diabetes	20
2. Cobertura de atención	30
3. Control de pacientes con Diabetes Mellitus	20
4. Control de pacientes con Obesidad	20
5. Formación de Grupos Preventivos	10
TOTAL	100

Categoría	Intervalo del boletín
Sobresaliente	≥ 80%
Satisfactorio	≥65 a <80%
Mínimo	≥50 a <65%
Precario	< 50%

1. *Unidades alineadas a la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, Obesidad y Diabetes*

Expresa: El porcentaje de unidades alineadas a la estrategia nacional.

Indicador compuesto evaluado por los siguientes componentes:

a) Unidades con plantilla de personal completa (50%)

b) Unidades que cuentan con el stock de medicamentos esenciales (25%)

c) Unidades con cumplimiento de la meta de capacitación al 1o nivel de atención (25%)

Peso del indicador: 20 %

Los intervalos de por categoría de avance queda de la siguiente manera:

Categoría	Intervalo del boletín
Sobresaliente	≥80%
Satisfactorio	≥65 a <80%
Mínimo	≥50 a <65%
Precario	<50%

Nota: La meta de capacitación son dos capacitaciones trimestrales una dada por los médicos y la otra por el equipo de salud. Estas capacitaciones deben otorgarse al menos en dos días y dirigidas al personal del 1er nivel de atención o bien la rotación del personal del 1° nivel de atención a la UNEME EC.

Componente 1. Unidades con plantilla de personal completa:

$$\frac{Número\ de\ UNEMEs\ EC\ con\ plantilla\ completa\ (3)}{Número\ de\ UNEMEs\ EC\ funcionando\ (6)} X50$$

Porcentaje = 25%

Fuente de información:

Numerador: Registro de personal UNEME-EC.

Denominador: Catalogo Nacional de UNEME-EC funcionando.

Componente 2: Unidades que cuentan con el stock de medicamentos esenciales

$$\frac{Número\ de\ UNEMEs\ EC\ con\ stock\ de\ medicamentos\ esenciales\ \ (4)}{Número\ de\ UNEMEs\ Ec\ Funcionando\ (6)} X25$$

Porcentaje = 16.6%

Numerador: Diagnóstico trimestral UNEMEs EC.

Denominador: Catálogo Nacional de UNEME-EC funcionando.

Componente 3: Unidades con cumplimiento de la meta de capacitación al 1o nivel de atención

$$\frac{Número\ de\ capacitaciones\ otorgadas\ por\ la\ UNEMEs\ EC\ (7)}{Número\ de\ capacitaciones\ programadas\ (8)} X25$$

Porcentaje = 21.8%

Fuente de información:

Numerador: SIS (Electrónico)- Actividades de capacitación EAE06.

Denominador: Catalogo Nacional de Unidades funcionando.

Al final de este proceso se suman los porcentajes alcanzados por cada componente:

Componente 1 + componente 2 + componente 3

25.0+ 16.6 +21.8= 63.4%

2. *Cobertura de atención*

Expresa: El porcentaje de pacientes que reciben atención por primera vez en la UNEME EC y a los cuales se les garantiza seguimiento oportuno de sus enfermedades.

Indicador compuesto que será evaluado por los siguientes componentes:

a) Cobertura de atención para pacientes de primera vez en la UNEME EC (40%)

b) Cobertura de atención en pacientes subsecuentes en la UNEME EC (60%)

Peso del indicador: 30 %

Los intervalos de por categoría de avance queda de la siguiente manera:

Categoría	Intervalo del boletín
Sobresaliente	≥80%
Satisfactorio	≥65 a <80%
Mínimo	≥50 a <65%
Precario	<50%

Nota: Las consultas subsecuentes se consideran de acuerdo a la fecha de ingreso de cada paciente y cuando recibieron la consulta de primera vez, deben otorgarse como mínimo una consulta subsecuente cada dos meses.

Componente 1. Cobertura de atención para pacientes de primera vez en la UNEME-EC.

$$\frac{Número\ de\ pacientes\ que\ reciben\ atención\ por\ primera\ vez\ en\ la\ UNEME\ EC\ (200)}{Número\ de\ pacientes\ programados\ para\ recibir\ atención\ de\ primera\ vez\ en\ la\ UNEMEs\ EC\ (300)} X40$$

Porcentaje = 26.66%

Fuente de información:

Numerador: La información se tomará del cuadro de salida del expediente clínico electrónico de las UNEME-EC (Web Federal de UNEME-EC).

Denominador: Metas 2019. PSAA/CENAPRECE/SS.

Componente 2. Cobertura de atención en pacientes subsecuentes en la UNEME-EC.

$$\frac{Número\ de\ pacientes\ que\ reciben\ consultas\ subsecuentes\ en\ la\ UNEME\ EC\ (200)}{Número\ de\ pacientes\ que\ reciben\ atención\ por\ primera\ vez\ en\ la\ UNEME\ EC\ (300)} X60$$

Porcentaje = 40%

Fuente de información:

Numerador: La información se tomará del cuadro de salida del expediente clínico electrónico de las UNEME-EC (Web Federal de UNEME-EC).
Denominador: Metas estimadas 2019. PSAA/CENAPRECE/SS.

Al final de este proceso se suman los porcentajes alcanzados por cada componente:

Componente 1 + Componente 2

26.66 + 40 = 66.66%

3. *Control de pacientes con Diabetes Mellitus*

Expresa: El porcentaje de pacientes con Diabetes Mellitus que han logrado el control medido con hemoglobina glucosilada <7%, en las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (UNEME-EC).

$$\frac{Número\ de\ pacientes\ con\ DM\ controlados\ (130)}{Número\ de\ pacientes\ con\ DM\ en\ tratamiento\ en\ la\ UNEME-EC\ (280)} X100$$

Porcentaje = 46.4%

Fuente de información: Expediente Clínico Electrónico de las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (Web Federal de UNEME-EC).

Numerador: Se considera el promedio del periodo evaluado de los pacientes con diabetes de 20 años y más en control en UNEME-EC. La información se tomará del cuadro de salida del expediente clínico electrónico de las UNEME-EC (Web Federal de UNEME-EC).

Denominador: Se refiere a los pacientes con diabetes en tratamiento de UNEME-EC en el periodo evaluado. La información se tomará del cuadro de salida del expediente clínico electrónico de las UNEME-EC (Web Federal de UNEME-EC).

Peso del indicador: 20%

Los intervalos de por categoría de avance queda de la siguiente manera:

Categoría	Intervalo del boletín
Sobresaliente	≥50%
Satisfactorio	≥40 a <50%
Mínimo	≥30 a <40%
Precario	< 30%

4. *Control de pacientes con Obesidad*

Expresa: El porcentaje de pacientes con obesidad que han logrado al menos la reducción del 5% de peso corporal inicial, entre el total de pacientes con alguna dislipidemias en tratamiento en las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas.

$$\frac{Número\ de\ pacientes\ con\ obesidad\ controlados\ (130)}{Número\ de\ pacintes\ con\ obesidad\ en\ tratamiento\ en\ la\ UNEME-\ EC\ (280)} X100$$

Porcentaje = 46.4%

Fuente de información: Expediente Clínico Electrónico de las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (Web Federal de UNEME-EC).

Numerador: Se considera el promedio del periodo evaluado de los pacientes con obesidad de 20 años y más en control en UNEME-EC. La información se tomará del cuadro de salida del expediente clínico electrónico de las UNEME-EC (Web Federal de UNEME-EC).

Denominador: Se refiere a los pacientes con obesidad en tratamiento de UNEME-EC en el periodo evaluado. La información se tomará del cuadro de salida del expediente clínico electrónico de las UNEME-EC (Web Federal de UNEME-EC).

Peso del indicador: 20%

Los intervalos de por categoría de avance queda de la siguiente manera:

Categoría	Intervalo del boletín
Sobresaliente	≥30%
Satisfactorio	≥25 a <30%
Mínimo	≥20 a <25%
Precario	<20%

Formación de Grupos Preventivos

Expresa: Porcentaje de grupos preventivos formados y en función.

a) Grupos formados (nuevos)* (50%)

b) Grupos en función** (50%)

* Los grupos nuevos pasan a grupos en función después de nueve meses, siempre y cuando cumplan con el número de actividades requeridas.
** Se considera grupos en función aquellos grupos que al menos cumplan con tres actividades en los últimos 365 días, con una diferencia mínima de 60 días entre cada actividad.

$$\frac{Número\ de\ Grupos\ preventivos\ formados\ y\ en\ función\ (1)}{Número\ de\ grupos\ preventivos\ programados\ para\ funcionar\ (3)} X100$$

Porcentaje = 33.3%

Fuente de información: Expediente Clínico Electrónico de las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (Web Federal de UNEME-EC).

Numerador: La información se tomará del cuadro de salida del expediente clínico electrónico de las UNEME-EC (Web Federal de UNEME-EC).

Denominador: Metas estimadas 2019. PSAA/CENAPRECE/SS.

Peso del indicador: 10%

Los intervalos de por categoría de avance queda de la siguiente manera:

Categoría	Intervalo del boletín
Sobresaliente	≥ 90%
Satisfactorio	≥ 70 a <90%
Mínimo	≥50 a <70%
Precario	<50%

SISTEMA DE INFORMACIÓN DE CRÓNICAS

CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES (CENAPRECE)

RUY LOPEZ RIDAURA
Director General del Centro Nacional De Programas Preventivos Y Control De Enfermedades

ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS

Director del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano

MA. GUADALUPE CASALES HERNÁNDEZ
Responsable del Proceso de la Información

INTRODUCCIÓN

El Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, a través de la Dirección del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano, en el marco de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes estableció el Sistema de Información en Crónicas (SIC), plataforma electrónica que provee información con unidad de análisis individual, de manera que permite tener un censo nominal. Por lo que resulta indispensable efectuar evaluaciones, como parte del proceso que nos permita determinar cuantitativamente, la eficacia, eficiencia, calidad, y oportunidad de acciones específicas con respecto a los resultados esperados o definidos como óptimos.

Bajo ese esquema, la evaluación de acciones plantea la generación de información que sea útil para comparar el desempeño de estas acciones en las diferentes entidades federativas para rediseñar estrategias y mejoras que conlleven a modificar las tendencias de estas enfermedades.

DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES

De manera global la evaluación en Caminando a la Excelencia del Sistema de Información en Crónicas cuenta con 9 indicadores con los cuales se asignan 100 puntos de ponderación que se distribuye de la siguiente manera:

Indicador	Ponderación Asignada
1. Consultas otorgadas a los pacientes con ECNT atendidos en las unidades de 1er. nivel de atención	15
2. Cobertura de HbA1c y control de pacientes con Diabetes Mellitus medido con HbA1c	15
3. Insulinización en el primer nivel de atención	15
4. Control de pacientes con Obesidad	10
5. Control de pacientes con Hipertensión	10
6. Control de pacientes con Dislipidemia	10
7. Control de pacientes con Síndrome Metabólico	15
8. Revisión de Pies	5
9. Referencia a UNEME-EC	5
TOTAL	100

**Periodicidad anual del presente boletín.*

Categoría	Gradiente de Evaluación
Sobresaliente	≥90%
Satisfactorio	≥75 a <90%
Mínimo	≥60 % a <75%
Precario	<60%

1. Consultas otorgadas a los pacientes con ECNT atendidos en las unidades de 1er nivel de atención.

Expresa: El total de consultas a pacientes con alguna ECNT (diabetes, hipertensión, obesidad o dislipidemia) que acuden a las unidades de 1er Nivel de atención en la Entidad Federativa.

$$\frac{Total\ de\ pacientes\ con\ ECNT\ que\ cuentan\ con\ consulta\ en\ las\ unidades\ de\ primer\ nivel\ de\ atención\ 300{,}000}{Total\ de\ pacientes\ atendidos\ en\ las\ unidades\ de\ primer\ nivel\ de\ atención\ 1{,}800{,}000}$$

Consultas otorgadas con ECNT en las Unidades de 1er. Nivel de atención

Meta 2019: ≥6 consultas al año por paciente

Fuente de información: Sistema de Información en Crónicas.

Numerador: Número de personas con alguna ECNT (diabetes, hipertensión, obesidad o dislipidemia) que recibieron consulta en las unidades de 1er nivel de atención en la Entidad Federativa.

Denominador: Número de pacientes atendidos en las unidades de 1er nivel de atención.

Peso del indicador: 15 %

Categoría	Gradiente de Evaluación
Sobresaliente	≥90%
Satisfactorio	≥75 a <90%
Mínimo	≥50 a <75%
Precario	<50%

2. Cobertura de HbA1c y control de pacientes con Diabetes Mellitus medido con HbA1c

Expresa: El porcentaje de pacientes con diabetes mellitus en tratamiento a los que se le realizó al menos una HbA1c anual (Acumulado). Y el porcentaje de pacientes con diabetes mellitus en tratamiento con HbA1c en el primer nivel de atención y que alcanzan el control con hemoglobina glucosilada (HbA1c) menor del 7%.

El indicador de cobertura y control por HbA1c se integra por dos componentes:

Componentes	Meta	Porcentaje
1.- Cobertura de HbA1c en pacientes con diabetes mellitus en tratamiento	33%	50%
2.- Control de pacientes con Diabetes Mellitus medido con HbA1c	33%	50%

Meta 2019: 100%

Componente 1 + componente 2= 100%

Peso del Indicador: 15%

Categoría	Gradiente de Evaluación
Sobresaliente	≥90%
Satisfactorio	≥75 a <90%
Mínimo	≥50 a <75%
Precario	<50%

Componente 1. Cobertura de HbA1c en pacientes con diabetes mellitus en tratamiento

$$\frac{Total\ de\ pacientes\ con\ diabetes\ con\ al\ menos\ una\ medición\ de\ HbA1c\ anual\ 7{,}553}{Total\ de\ pacientes\ con\ diabetes\ en\ tratamiento\ durante\ el\ período\ 90{,}534} X50$$

Cobertura de HbA1c=8.34%

Meta 2019: 33%. El porcentaje para establecer la meta se define cada año.

Fuente de información: Sistema de Información en Crónicas.

Numerador: Total de pacientes con DM, que tuvieron al menos una medición de HbA1c anual.

Denominador: Total de pacientes en Tratamiento con DM.

Componente 2. Control de pacientes con Diabetes Mellitus medido con HbA1c

Expresa: Se refiere al porcentaje de pacientes con diabetes mellitus en tratamiento en seguimiento con HbA1c en el primer nivel de atención y que alcanzan el control con hemoglobina glucosilada (HbA1c) menor del 7%.

$$\frac{Número\ de\ pacientes\ con\ diabetes\ mellitus\ en\ control\ con\ hemoglobina\ glucosilada\ (HbA1c)\ por\ debajo\ del\ 7\% \quad \mathbf{100}}{Número\ de\ pacientes\ con\ diabetes\ mellitus\ en\ seguimiento\ con\ HbA1c \quad \mathbf{1700}} X50$$

Meta 2019: 33%. El porcentaje para establecer la meta se define cada año.

Control de DM = 5.88%

Fuente de información: Sistema de Información en Crónicas.

Numerador: Número de pacientes con diabetes mellitus en control con hemoglobina glucosilada (HbA1c) por debajo del 7%, en población de 20 años y más.

Denominador: Número de pacientes con diabetes mellitus en seguimiento con HbA1c de 20 años y más.

3. Insulinización en el primer nivel de atención

Expresa: El porcentaje de pacientes con diabetes mellitus en tratamiento con insulina y que logran el control con HbA1c ≤7%

El indicador de insulinización se integra por dos componentes:

Componentes	Meta	Porcentaje
1.- Pacientes con diabetes mellitus que se encuentran en tratamiento con insulina en el 1er nivel de atención	20%*	50%
2.- Pacientes con diabetes mellitus en tratamiento con insulina que logran el control con HbA1c ≤7% en el 1er nivel de atención	15%**	50%

Meta 2019: 100%

*Se estableció una meta del 20% tomando como referencia los resultados que se presentan en el tablero de control de OMENT.
**Para la meta establecida (15%) se toma como referencia los resultados de la ENSANUT 2012

Componente 1 + componente 2= 100%

Peso del Indicador: 15%

Categoría	Gradiente de Evaluación
Sobresaliente	≥80%
Satisfactorio	≥65 a <80%
Mínimo	≥40 a <65%
Precario	<40%

Componente 1. Pacientes con diabetes mellitus que se encuentran en tratamiento con insulina en el 1er nivel de atención

Expresa: El porcentaje de pacientes que se encuentran bajo tratamiento con algún tipo de insulina en el primer nivel de atención

$$\frac{Número\ de\ pacientes\ con\ diabetes\ mellitus\ en\ tratamiento\ con\ insulina\ en\ el\ 1er\ Nivel\ de\ Atención}{Número\ de\ pacientes\ con\ diabetes\ mellitus\ en\ tratamiento\ en\ el\ 1er\ Nivel\ de\ Atención} \quad \frac{831957}{1050451} X\ 50$$

Porcentaje de pacientes con diabetes que reciben tratamiento con insulina = 20%

Fuente de información: Sistema de Información en Crónicas.

Numerador: Total de pacientes con diabetes mellitus que reciben tratamiento con insulina

Denominador: Total de pacientes con diabetes mellitus en tratamiento en el 1er nivel de atención

Componente 2. Pacientes con diabetes mellitus en tratamiento con insulina que logran el control con HbA1c ≤7% en el 1er nivel de atención

Expresa: El porcentaje de pacientes con diabetes mellitus bajo tratamiento con algún tipo de insulina en el primer nivel de atención y que logran el control con HbA1c ≤7%

$$\frac{\begin{array}{c}Número\ de\ pacientes\ con\ diabetes\ mellitus\ en\ tratamiento\ con\ insulina\ que\ logran \\ control\ con\ HbA1c\ \leq 7\%\ en\ el\ 1er\ Nivel\ de\ Atención\end{array}}{\begin{array}{c}Número\ de\ pacientes\ con\ diabetes\ mellitus\ en\ tratamiento\ con\ insulina\ y\ con\ medición\ de\ HbA1c \\ en\ el\ 1er\ Nivel\ de\ Atención\end{array}} X\ 50$$

Porcentaje de pacientes con diabetes que reciben tratamiento con insulina y logran el control con HbA1c ≤7% = 15%

Fuente de información: Sistema de Información en Crónicas.

Numerador: Total de pacientes con diabetes mellitus que reciben tratamiento con insulina y que logran el control con HbA1c <7%

Denominador: Total de pacientes con diabetes mellitus en tratamiento con insulina y medición de HbA1c en el 1er nivel de atención

4. Control de pacientes con Obesidad

Expresa: El Control de la obesidad en la población de 20 años y más en la población en tratamiento.

$$\frac{Número\ de\ personas\ con\ obesidad\ en\ la\ población\ de\ 20\ años\ y\ más\ en\ control \quad \mathbf{10}}{Número\ de\ personas\ con\ obesidad\ en\ tratamiento\ en\ la\ población\ de\ 20\ años\ y\ más. \quad \mathbf{17}} X100$$

Control de Obesidad = 58.8%

Meta 2019: 27%

Fuente de información: Sistema de Información en Crónicas.

Numerador: Número de personas con obesidad en la población de 20 años y más, en control.

Denominador: Número de personas con obesidad en tratamiento en la población de 20 años y más.

Peso del indicador: 10 %

Categoría	Gradiente de Evaluación
Sobresaliente	≥40%
Satisfactorio	≥30 a <40%
Mínimo	≥20 a <30%
Precario	< 20%

5. Control de pacientes con Hipertensión

Expresa: El control de la hipertensión arterial en la población en tratamiento población de 20 años y más.

$$\frac{Número\ de\ personas\ con\ hipertensión\ arterial\ en\ control\ en\ la\ población\ de\ 20\ años\ y\ más\ . \quad \mathbf{10}}{Número\ de\ personas\ con\ hipertensión\ arterial\ en\ tratamiento\ en\ la\ población\ de\ 20\ años\ y\ más. \quad \mathbf{17}} X100$$

Control de hipertensión = 58.8%

Meta 2019: 64%. El porcentaje para establecer la meta se define cada año.

Fuente de información: Sistema de Información en Crónicas.

Numerador: Número de personas con hipertensión arterial de 20 años y más en control.

Denominador: Número de personas con hipertensión arterial en tratamiento de 20 años y más.

Peso del indicador: 10 %

Categoría	Gradiente de Evaluación
Sobresaliente	≥60%
Satisfactorio	≥50 a <60%
Mínimo	≥40 a <50%
Precario	< 40%

6. Control de pacientes con Dislipidemia

Expresa: El Control de dislipidemias en la población de 20 años y más en tratamiento.

$$\frac{Número\ de\ personas\ con\ dislipidemias\ en\ la\ población\ de\ 20\ años\ y\ más, en\ control\ .\ \mathbf{10}}{Número\ de\ personas\ con\ dislipidemias\ en\ tratamiento\ en\ la\ población\ de\ 20\ años\ y\ más.\ \mathbf{17}} X100$$

Control de Dislipidemias = 58.8%

Meta 2019: 17%. El porcentaje para establecer la meta se define cada año.

Fuente de información: Sistema de Información en Crónicas.

Numerador: Número de personas con dislipidemias en la población de 20 años y más, en control.

Denominador: Número de personas con dislipidemias en tratamiento en la población de 20 años y más.

Peso del indicador: 10 %

Categoría	Gradiente de Evaluación
Sobresaliente	≥60%
Satisfactorio	≥35 a <60%
Mínimo	≥20 a <35%
Precario	< 20%

7. Control de pacientes con Síndrome Metabólico

Expresa: El control de los pacientes con síndrome metabólico en la población de 20 años y más en la población en tratamiento.

$$\frac{Número\ de\ personas\ con\ sindrome\ metabólico\ en\ la\ población\ de\ 20\ años\ y\ más\ en\ control.\ \mathbf{10}}{Número\ de\ personas\ con\ síndrome\ metabólico\ en\ tratamiento\ en\ la\ población\ de\ 20\ años\ y\ más.\ \mathbf{17}} X100$$

Control de síndrome metabólico = 40%

Meta 2019: 20%

Fuente de información: Sistema de Información en Crónicas.

Numerador: Número de personas con síndrome metabólico en la población de 20 años y más, en control.

Denominador: Número de personas con síndrome metabólico en tratamiento en la población de 20 años y más.

Peso del Indicador: 15%

Categoría	Gradiente de Evaluación
Sobresaliente	≥30%
Satisfactorio	≥20 a <30%
Mínimo	≥10 a <20%
Precario	<10%

8. Revisión de Pies.

Expresa: El porcentaje de pacientes con DM a quienes se les realizó una revisión podológica.

$$\frac{Total\ de\ revisiones\ de\ pies\ en\ personas\ con\ DM \quad \mathbf{450}}{Total\ de\ personas\ con\ diabetes\ mellitus \quad \mathbf{450}} X100$$

Revisión de Pies = 100%

Meta 2019: 95%

Fuente de información: Sistema de Información en Crónicas.

Numerador: Número de revisiones de pies en personas con DM.
*Solo se toma en cuenta una revisión de pies por paciente

Denominador: Total de personas con DM.

Peso del indicador: 5%

Categoría	Gradiente de Evaluación
Sobresaliente	≥90%
Satisfactorio	≥70 a <90%
Mínimo	≥50 a <70%
Precario	<50%

9. Referencia a UNEME-EC.

Expresa: El porcentaje de referencia a las UNEMEs EC de pacientes que no alcanzan el control en el centro de salud.

$$\frac{Total\ de\ pacientes\ descontrolados\ referidos\ a\ las\ UNEMEs\ EC \quad \mathbf{800}}{Total\ de\ pacientes\ con\ DM\ que\ no\ alcanzan\ el\ control\ en\ el\ primer\ nivel\ de\ atención \quad \mathbf{31,310}} X100$$

Porcentaje de referencia a UNEME-EC = 2.88%

Meta 2019: 30%

Fuente de información: Sistema de Información en Crónicas.

Numerador: Número de pacientes descontrolados referidos a las UNEMEs EC.

Denominador: Total de pacientes con DM que no alcanzan el control en el primer nivel de atención

Peso del indicador: 5%

Categoría	Gradiente de Evaluación
Sobresaliente	≥30%
Satisfactorio	≥20 a <30%
Mínimo	≥10 a <20%
Precario	<10%

PROGRAMA DE ATENCIÓN AL ENVEJECIMIENTO

CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES (CENAPRECE)

RUY LOPEZ RIDAURA
Director General del Centro Nacional De Programas Preventivos Y Control De Enfermedades

ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS

Director del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano

MARÍA ESTHER LOZANO DAVILA
Subdirectora de Atención al Envejecimiento

ARACELI AREVALO BALLEZA
ERICA T. CHAPARRO GONZALEZ
Responsables del Proceso de la Información

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población, es uno de los mayores triunfos de la humanidad y también uno de nuestros mayores desafíos. Al entrar en el siglo XXI, el envejecimiento a escala mundial impondrá mayores exigencias económicas y sociales a todos los países. Al mismo tiempo, las personas de edad avanzada ofrecen valiosos recursos, a menudo ignorados, que realizan una importante contribución a la estructura de nuestras sociedades.

El envejecimiento del ser humano es un proceso natural que consiste en un deterioro progresivo del individuo que inicia antes del nacimiento y que continúa durante toda la vida. Sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma manera y está bien documentado que la calidad de vida y el funcionamiento durante la vejez está relacionado con las acciones y omisiones que cada persona realiza durante su vida. El envejecimiento es el resultado de la interacción de los factores genéticos, las influencias extrínsecas del medio ambiente y la adaptabilidad de un organismo a medida que pasa el tiempo.

Objetivos

- Proporcionar las herramientas básicas para la medición de las actividades que se realizan a nivel operativo.
- Verificar los logros y avances de las acciones operativas, reflejadas en los indicadores del Programa.
- Identificar la problemática y corregir desviaciones.
- Definir las oportunidades para lograr mayor impacto del Programa.

Metodología

DESCRIPCIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES.

Para la construcción del índice de desempeño se tomaron en cuenta los indicadores que se describen a continuación:

1. Cobertura de esquema básico de vacunación

Expresa: Cobertura de personas adultas mayores con esquema básico de vacunación (antiinfluenza y antineumocóccica).

Esperado: 90% de cobertura de vacunación

Fórmula: Cobertura de Vacunación.

Antiinfluenza:

$$\frac{\text{Población sin derechohabiencia de 60 y más años a los que se les aplicó vacuna a}}{\text{Población de 60 años y más sin derechohabiencia}} \times 50$$ iza

Antineumocóccica:

$$\frac{\text{Población sin derechohabiencia de 65 y más años a los que se les aplicó vacuna antine}}{\text{Población de 65 años y más sin derechohabiencia}} \times 50$$ cica

Cobertura: Suma de los dos resultados

Fuente de información para ambos biológicos: Numerador, Sistema de Información en Salud (SIS) e información emitida por CENSIA. Denominador, Estimaciones de población sin derechohabiencia del Consejo Nacional de Población.
Periodicidad: Trimestral
Peso del indicador: 20%.

Categoría	Intervalo	Gradiente de evaluación
Sobresaliente	90 - 100	
Satisfactorio	80 - 90	
Mínimo	60 - 79	
Precario	< 60	

2. *Cobertura de detección integral de sintomatología prostática*

Expresa: Porcentaje de población masculina de 45 años y más a los que cumplieron con la detección integral consistente en aplicación del cuestionario de síntomas prostáticos, realización de tacto rectal y prueba de antígeno.

Esperado: 10 % de la población masculina de 45 y más años sin derechohabiencia.

Fórmula:

$$\frac{\text{Población masculina sin derechohabiencia de 45 y más años}}{\text{Número de detecciones integrales de sintomatología prostática realizadas}} \quad X\ 100$$

Fuente de información: Numerador, Plataforma de Crecimiento Prostático Benigno (CENAPRECE)*. Denominador, Estimaciones de población sin derechohabiencia del Consejo Nacional de Población.

*Con excepción una vez establecida la adecuación y concordancia de los sistemas de información con la Norma Oficial Mexicana NOM-048-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica y promoción de la salud sobre el crecimiento prostático benigno (hiperplasia de la próstata) y cáncer de próstata (tumor maligno de la próstata), se evaluará con el SIS.

Periodicidad: Trimestral
Peso del indicador: 15%.

Categoría	Intervalo	Gradiente de evaluación
Sobresaliente	90 - 100	
Satisfactorio	80 - 90	
Mínimo	60 - 79	
Precario	< 60	

3. *Cobertura de acciones en la Semana de Salud para Gente Grande*

Expresa: Porcentaje de personas adultas mayores (>60 años) a los que se les realizaron al menos tres acciones de detección y control durante la Semana de Salud para Gente Grande (SSGG). Las acciones de detección consideran: detección integrada (diabetes, hipertensión y obesidad), identificación de sintomáticos respiratorios, tomas de citología cervical, aplicación del cuestionario de sintomatología prostática y exploración de mama. Las acciones de control: toma de glucosa capilar a pacientes con diabetes, toma de presión arterial a pacientes con hipertensión arterial, valoración de talla y peso en pacientes obesos.

Esperado: 60% de la población de 60 y más años. Considerando por cada tres acciones como una detección.

Fórmula:

$$\frac{\text{Total de acciones de detecciones y de control realizadas durante la SSGG a población >60 años}}{\text{Población > 60 años sin derechohabiencia}} \quad X100$$

Fuente de información: Numerador, Informe estatal de actividades de la SSGG. Denominador, Estimaciones de población sin derechohabiencia del Consejo Nacional de Población.

Periodicidad: Trimestral

Peso del indicador: 15 %.

Categoría	Intervalo	Gradiente de evaluación
Sobresaliente	90 - 100	
Satisfactorio	80 - 90	
Mínimo	60 - 79	
Precario	< 60	

4. *Organización de los Comités Estatales de Atención al Envejecimiento (COESAEN):*

Expresa: La constitución, el funcionamiento y el seguimiento de los acuerdos del COESAEN.

Esperado: Acta de instalación del COESAEN, mínimo seis reuniones realizadas al año y seguimiento o cumplimiento de los acuerdos establecidos en las reuniones.

Fórmula:

Comité constituido con acta y conforme a lineamientos del DOF, se le otorgan 10 puntos.

Comité sesionando bimestralmente, se le otorgan 30 puntos.

Comité con seguimiento y cumplimiento a los acuerdos establecidos, se le otorgan 60 puntos.

El indicador final se construye con la suma de los puntos anteriores.

Fuente de información: Actas constitutivas de formación del comité; Minutas de reuniones e informes de seguimiento y cumplimiento de acuerdos adjunto a la minuta de reunión.

Periodicidad: Trimestral
Peso del indicador: 10%.

Categoría	Intervalo	Gradiente de evaluación
Sobresaliente	90 - 100	
Satisfactorio	80 - 90	
Mínimo	60 - 79	
Precario	< 60	

5. *Cobertura de Síndrome Geriátrico*

Expresa: Porcentaje de la población sin derechohabiencia > de 60 años a los que se les aplicó los cuestionarios de Síndromes Geriátricos.

Esperado: 20% de la población sin derechohabiencia > de 60 años por cada detección

Detección de Caídas

$$\frac{\text{Total de detecciones realizadas a través del cuestionario de Caídas}}{\text{Población de 60 o más años sin derechohabiencia.}} \text{ X100}$$

Detección de Incontinencia Urinaria

$$\frac{\text{Total de detecciones realizadas a través del cuestionario de Incontinencia Urinaria}}{\text{Población de 60 o más años sin derechohabiencia.}} \text{ X100}$$

Cobertura: Suma de los dos resultados

Fuente de información para ambas detecciones: Numerador, Sistema de Información en Salud (SIS). Denominador, Estimaciones de población sin derechohabiencia del Consejo Nacional de Población.

Periodicidad: Trimestral
Peso del indicador: 15%.

Categoría	Intervalo	Gradiente de evaluación
Sobresaliente	90 - 100	
Satisfactorio	80 - 90	
Mínimo	60 - 79	
Precario	< 60	

6. *Cobertura de Salud Mental*

Expresa: Porcentaje de la población sin derechohabiencia > de 60 años a los que se les aplicó los cuestionarios de Minimetal y GDS.
Esperado: 30% de la población sin derechohabiencia > de 60 años por cada detección.
Detección de alteraciones de memoria

$$\frac{\text{Total de detecciones realizadas a través de cuestionario de minimental}}{\text{Población de 60 o más años sin derechohabiencia.}} \text{ X100}$$

Detección de depresión

$$\frac{\text{Total de detecciones realizadas a través de cuestionario de GDS}}{\text{Población de 60 o más años sin derechohabiencia.}} \text{ X100}$$

Cobertura: Suma de los dos resultados

Fuente de información para ambas detecciones: Numerador, Sistema de Información en Salud (SIS). Denominador, Estimaciones de población sin derechohabiencia del Consejo Nacional de Población.

Periodicidad: Trimestral
Peso del indicador: 15%.

Categoría	Intervalo	Gradiente de evaluación
Sobresaliente	90 - 100	
Satisfactorio	80 - 90	
Mínimo	60 - 79	
Precario	< 60	

7. *Cobertura de Riesgo de Fracturas por Osteoporosis*

Expresa: Porcentaje de la población sin derechohabiencia > de 50 años a los que se les aplicó los cuestionarios de Riesgo de Fractura por Osteoporosis

Esperado: 10% de la población sin derechohabiencia > de 50 años.

Detección de Riesgo de Fractura por Osteoporosis

Total de detecciones realizadas a través del cuestionario Riesgo de Fractura por OsteoporosisX100

Población de 50 o más años sin derechohabiencia.

Fuente de información: Numerador, Sistema de Información en Salud (SIS). Denominador, Estimaciones de población sin derechohabiencia del Consejo Nacional de Población.

Periodicidad: Trimestral
Peso del indicador: 10%.

Categoría	Intervalo	Gradiente de evaluación
Sobresaliente	90 - 100	
Satisfactorio	80 - 90	
Mínimo	60 - 79	
Precario	< 60	

PROGRAMA DE ELIMINACIÓN DE LA LEPRA

CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES (CENAPRECE)

RUY LOPEZ RIDAURA
Director General del Centro Nacional De Programas Preventivos Y Control De Enfermedades

MICOBACTERIOSIS

FÁTIMA LETICIA LUNA LÓPEZ
Directora de Micobacteriosis

IRAIS LIZBETH RODRIGUEZ MONTES
PATRICIA GUADARRAMA PEREZ
Médicos Adscritos al programa de Lepra

INTRODUCCIÓN

El Programa de Acción Especifico de Lepra 2013-2018, en concordancia con el Plan de Acción para Acelerar el Logro de la Eliminación de la Lepra en Latinoamérica y el Caribe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), incorporan componentes esenciales, en específico, estrategias y líneas de acción para alcanzar las metas y sostener los logros como son; detección oportuna de los casos de lepra, calidad en el diagnóstico, realizar la adecuada valoración de los contactos intradomiciliarios, así como contribuir al objetivo principal de coadyuvar a cortar la cadena de transmisión por medio de la implementación de poliquimioterapia y curación de los casos existentes.

El Programa Nacional de Eliminación de la Lepra integra un equipo de líderes estatales y nacionales de la Secretaría de Salud e Instituciones del Sistema Nacional de Salud, tales como coordinadores del programa mismo a nivel federal, estatal, jurisdiccional y/o delegacional en su caso, técnicos de laboratorio, Epidemiólogos, Promotores de la salud, Médicos de práctica privada así como trabajadores de las áreas de información, planeación, enseñanza, academia y las alianzas con Organizaciones de la Sociedad Civil todos ellos vinculados en una cadena de actores que persiguen beneficiar a la población afectada por esta milenaria y discapacitante enfermedad.

Lo anterior se podrá llevar a cabo mediante la vigilancia epidemiológica de los pacientes que se encuentran en prevalencia y vigilancia pos-tratamiento y por medio del monitoreo y seguimiento de los alcances sobre las metas e indicadores establecidos para este fin y cuyas directrices están descritas en los documentos técnicos y normativos vigentes.

Los lineamientos para la prevención y control de la lepra están inscritos en la Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA2-2007, para la prevención y control de la Lepra, así como en el Manual de Procedimientos Operativos del Programa de Lepra.
Aun cuando las estadísticas elaboradas con la información de los estados muestran cifras alentadoras de que las metas se cumplen, en las visitas de seguimiento y asesoría se identifica diversa problemática que requiere de monitoreo para identificar áreas de mejora continua.

CAMINANDO A LA EXCELENCIA 2019

Introducción

La evaluación de los indicadores de operación del Programa Nacional de Eliminación de la Lepra está encaminada a verificar el cumplimiento de la normatividad, evaluar el impacto de las acciones realizadas y establecer prioridades hacia la eliminación de la lepra como problema de salud pública en estados y municipios.

Estos indicadores se construirán con los datos de los sistemas de información oficiales (Sistema de Información en Salud, registro y seguimiento de casos de lepra y cédulas de registro-estudio epidemiológico).

Justificación

Los indicadores del Programa de Eliminación de la Lepra contemplan: Confirmación de Casos Nuevos de Lepra, Casos Confirmados de Lepra sin Discapacidad, Oportunidad en el Inicio de Tratamiento, Examen de Contactos, Término de Tratamiento de casos Multibacilares, Casos en Vigilancia Postratamiento y Capacitación en Lepra.

El análisis de estos indicadores permite al Programa la adecuada toma de decisiones, tomando como base el trabajo operativo que se realiza en las unidades de salud, así como la detección y vigilancia epidemiológica, encaminando las acciones del programa a lograr los objetivos planteados.

Objetivos

1. Medir el avance en la eliminación de la lepra con base en la información originada en las unidades operativas.

2. Comparar los resultados con los compromisos del Programa, entre estados y de manera periódica.

3. Retroalimentar a los responsables del Programa y autoridades tomadoras de decisión sobre el impacto de las acciones.

Metodología

En la construcción de los indicadores de lepra se incluyó la participación de los coordinadores estatales, expertos nacionales en las áreas de vigilancia epidemiológica, así como líderes interinstitucionales y directores de servicios de salud.

La selección de cada uno de ellos se realizó tomando en consideración las siguientes premisas: que el indicador seleccionado tuviera una fuente de información formal, que permitiera identificar puntos críticos del Programa, y en lo posible con la integración sectorial y que mostrará diferentes aspectos de operación como la cobertura, el impacto, la productividad y el proceso.

El Boletín “Caminando a la Excelencia de Lepra”, se construye con datos de los sistemas de información vigentes, siendo la oportunidad y calidad de los mismos indispensables para medir el impacto del Programa.

DESCRIPCIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES.

A continuación, se presentan las fichas técnicas de los 7 indicadores para la evaluación de Lepra:

1. Detección de Casos Nuevos de Lepra

Programa de Acción: ELIMINACIÓN DE LA LEPRA

Definición del Indicador: Detección de casos nuevos de Lepra

Fundamento Técnico: Evalúa el logro alcanzado de detección de casos nuevos de lepra.

Tipo de Indicador: Proceso

Utilidad: Permite conocer la incidencia de casos de lepra e incrementar la búsqueda intencionada de casos.

Construcción: Meta establecida de casos nuevos de Lepra por el programa nacional entre los casos nuevos de lepra notificados por la DGE.

Fórmula:

Numerador: Casos nuevos de lepra notificados por la DGE.

Denominador: Meta de casos nuevos de Lepra

Factor: 100

Ponderación: 10 %

Escala:	Sobresaliente	90 – 100%
	Satisfactorio	80 – 89 %
	Mínimo	60 – 79 %
	Precario	< 60 %

Periodicidad: Trimestral

Fuente de Información:

Numerador: Base de datos de la DGE.
Denominador: Meta de casos nuevos establecida por el Programa Nacional

2. Casos Nuevos de Lepra sin Discapacidad

Programa de Acción: ELIMINACIÓN DE LA LEPRA

Definición del Indicador: Casos Nuevos de Lepra sin Discapacidad

Fundamento Técnico: Evalúa el diagnóstico oportuno de casos nuevos de lepra sin discapacidad.

Tipo de Indicador: Proceso

Utilidad: Permite evaluar el diagnóstico oportuno de los casos de lepra, lo que refleja adecuadas acciones de prevención y detección, antes de que los pacientes presenten lesiones discapacitantes o deformantes.
Construcción: Casos nuevos de lepra sin discapacidad de acuerdo a la cédula de exploración neurológica simplificada.
Fórmula:

Numerador: Total de casos nuevos de lepra sin discapacidad

Denominador: Total de casos notificados

Factor: 100

Ponderación: 20 %

Escala:	Sobresaliente	90 – 100%
	Satisfactorio	80 – 89 %
	Mínimo	60 – 79 %
	Precario	< 60 %

Periodicidad: Trimestral

Fuente de Información: Numerador: Cédula de exploración neurológica simplificada
Denominador: Registro y seguimiento de casos de lepra estatal

3. Oportunidad en el inicio de Tratamiento

Programa de Acción: ELIMINACIÓN DE LA LEPRA

Definición del Indicador: Oportunidad en el inicio de Tratamiento

Fundamento Técnico: Evalúa el inicio de tratamiento oportuno de los casos nuevos de lepra, respecto a la fecha de diagnóstico.

Tipo de Indicador: Proceso

Utilidad: Permite evaluar el tiempo que transcurre en iniciar tratamiento un paciente de lepra, respecto a la fecha en que fue diagnosticado, evalúa la oportunidad en el inicio de tratamiento.

Construcción:

Casos nuevos de lepra que ingresan a tratamiento máximo en 30 días o menos, respecto a la fecha de diagnóstico.

Fórmula:

Numerador: Número de casos nuevos que ingresan a tratamiento en menos de 30 días respecto a la fecha de diagnóstico.

Denominador: Total de casos que ingresaron a tratamiento

Factor: 100

Ponderación: 10%

Escala:
Sobresaliente	90 – 100%
Satisfactorio	80 – 89 %
Mínimo	60 – 79 %
Precario	< 60 %

Periodicidad: Trimestral

Fuente de Información:
Numerador y Denominador Registro y seguimiento de casos de lepra estatal.

4. Examen de Contactos
Programa de Acción: ELIMINACIÓN DE LA LEPRA

Definición del Indicador Examen de Contactos

Fundamento Técnico: Evalúa el estudio y seguimiento de los contactos de los pacientes con lepra que están en prevalencia y en vigilancia postratamiento. Grupo considerado de mayor riesgo para contraer y desarrollar la enfermedad.

Tipo de Indicador: Proceso

Utilidad: Identificación oportuna de casos probables de lepra en el grupo de mayor riesgo, durante el tratamiento y vigilancia postratamiento de los pacientes, de acuerdo a la NOM-027 para la prevención y control de la Lepra.

Construcción: Número de contactos examinados, reportados en el formato de registro y seguimiento de casos de lepra trimestral, tanto de pacientes en prevalencia como en vigilancia postratamiento.

Fórmula:
Numerador: Número de contactos examinados
Denominador: Número de contactos registrados
Factor: 100

Ponderación: 20%

Escala:	Sobresaliente	90 – 100%
	Satisfactorio	80 – 89 %
	Mínimo	60 – 79 %
	Precario	< 60 %

Periodicidad: Trimestral

Fuente de Información: Registro y seguimiento de casos de lepra estatal.

5. Término de Tratamiento de Casos Multibacilares

Programa de Acción: Eliminación de la Lepra

Definición del Indicador: Término de Tratamiento de Casos MB
Fundamento Técnico: Evalúa el porcentaje de casos de lepra multibacilares que hayan concluido tratamiento satisfactoriamente, en 18 meses o menos.

Tipo de Indicador: Proceso

Utilidad: Permite evaluar el éxito del seguimiento de los pacientes con lepra, así como su apego a tratamiento, a fin de limitar el daño por presencia de discapacidad e interrupción de la cadena de transmisión.

Construcción: Número de casos multibacilares que ingresaron a tratamiento y lo concluyeron en 18 meses o menos.

Fórmula:

Numerador: Número de casos MB que terminaron tratamiento
Denominador: Total de casos que ingresaron a tratamiento MB 2 años atrás al año actual que se está evaluando.
Factor: 100

Ponderación: 10%

Escala:	Sobresaliente	90 – 100%
	Satisfactorio	80 – 89 %
	Mínimo	60 – 79 %
	Precario	< 60 %

Periodicidad: Anual

Fuente de Información:
Numerador: Registro y seguimiento de casos de lepra estatal.
Denominador: Listado nominal de casos nuevos de la DGE.

6. Vigilancia Postratamiento

Programa de Acción: ELIMINACIÓN DE LA LEPRA

Definición del Indicador: Vigilancia Postratamiento

Fundamento Técnico: Evalúa el adecuado seguimiento de los casos de lepra en vigilancia postratamiento de acuerdo a lo establecido en la NOM-027.

Tipo de Indicador: Proceso

Utilidad: Identificación oportuna de casos de lepra que recaen o reingresan a tratamiento, así como el éxito del seguimiento de los pacientes con lepra que se encuentran en vigilancia postratamiento.

Construcción: Número de pacientes en vigilancia postratamiento con revisión clínica y baciloscopía realizadas cada 6 meses.

Fórmula:

Numerador: Total de casos en vigilancia postratamiento examinados por clínica y baciloscopía.
Denominador: Total de casos en vigilancia postratamiento registrados.
Factor: 100

Ponderación: 20%

Escala:	Sobresaliente	90 – 100%
	Satisfactorio	80 – 89 %
	Mínimo	60 – 79 %
	Precario	< 60 %

Periodicidad: Trimestral

Fuente de Información: Registro y seguimiento de casos de lepra estatal.

7. Capacitación de Lepra

Programa de Acción: ELIMINACIÓN DE LA LEPRA

Definición del Indicador: Capacitación de Lepra

Fundamento Técnico: Evalúa la cobertura de capacitación del personal de salud respecto al tema de lepra en el Estado.

Tipo de Indicador: Proceso
Utilidad: Identificación de áreas de oportunidad del personal de salud respecto a los conocimientos del programa de lepra, así como la aplicación operativa de los procedimientos.

Construcción: Número de eventos de capacitación realizados en el año, tomando en cuenta nivel estatal y jurisdiccional.

Fórmula:

Numerador: Número de eventos de capacitación realizados en el año.
Denominador: Número de eventos de capacitación programados en el año
Factor: 100

Ponderación: 10%

Escala:	Sobresaliente	90 – 100%
	Satisfactorio	80 – 89 %
	Mínimo	60 – 79 %
	Precario	< 60 %

Periodicidad: Anual

Fuente de Información: Formato de informe de eventos de capacitación realizados por el Estado.

- N/A: no aplica, lo que para el programa de lepra significa, estados que no cuentan con meta en el trimestre que se está evaluando o Estados que ya no tienen casos activos por lo tanto no se evalúan sus indicadores.

- Estados con calificación cero (S/I) en sus 5 indicadores trimestrales, colocados en los últimos lugares, significa, estados que no enviaron información durante el trimestre a evaluar por tanto no cuentan con evaluación.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES (CENAPRECE)

RUY LOPEZ RIDAURA
Director General del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

MICOBACTERIOSIS

FÁTIMA LETICIA LUNA LÓPEZ
Directora de Micobacteriosis

MARTHA ANGÉLICA GARCÍA AVILÉS
Subdirectora de Micobacteriosis

MA. LOURDES MARTINEZ OLIVAREZ
Médico adscrito al Programa de Tuberculosis

INTRODUCCIÓN

La Estrategia de evaluación “Caminando a la Excelencia” del Programa Tuberculosis fue desarrollada a finales de 2001, con la participación de expertos nacionales en las áreas de vigilancia epidemiológica, laboratorio, promoción de la salud, programa y directivos nacionales y estatales, que con base en un número de indicadores crean el Índice de evaluación de tuberculosis el cual permite posicionar a las entidades federativas en un lugar entre el 1 y el 32, con lo que además se genera una competencia sana por alcanzar los lugares más acercados al 1 (primer lugar). Se consideran siete indicadores de proceso o resultado, seis de ellos sectoriales y uno de la Secretaría de Salud, los cuales se analizan, evalúan y difunden trimestralmente mediante el Boletín “Caminando a la Excelencia”, bajo la responsabilidad de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud.

Desde los inicios de esta estrategia nacional de evaluación en el “Encuentro Nacional de Líderes de Programa” en marzo de 2002, se identificó que el principal problema era la discordancia y calidad de información, la falta de validación, el escaso análisis y la falta de integralidad institucional interna y externa, se recomendó hacer revisión y análisis periódico con el equipo líder estatal y jurisdiccional, su presentación, así como su discusión al seno de las reuniones del Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica (CEVE) y hay desafíos que atender a fin de alcanzar “Un México Libre de Tuberculosis”.

Como se ha mencionado, cada trimestre se realiza la evaluación y análisis detallado de los indicadores, del índice de desempeño y la congruencia de información, con el fin de establecer coordinación y retroalimentación a los estados para evaluar el desempeño en la operación del programa en los distintos niveles de aplicación para la toma de decisiones.

Justificación

Actualmente, los indicadores del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis contemplan:

Cobertura de Diagnóstico, Curación, Calidad de la Muestra, Detección de VIH y Detección de Diabetes Mellitus en personas con Tuberculosis todas las formas (TBTF) y se integran dos nuevos, Oportunidad diagnóstica y Detección de farmacorresistencia en casos previamente tratados.

Este análisis permite al programa la adecuada toma de decisiones, tomando como base el trabajo operativo que se realiza en las unidades de salud, así como la detección y vigilancia epidemiológica, encaminando las acciones del programa a lograr los objetivos planteados.

La medición de los indicadores, aunado a las medidas de frecuencia (morbilidad y mortalidad), refleja el impacto que tiene el programa en el control de la enfermedad. Uno de sus principales beneficios es la posibilidad de evaluar a todos los niveles de atención con los mismos indicadores, con el fin de homologar las mediciones en todo el Sector.

Objetivos

1. Proporcionar las herramientas para la medición de las actividades que se realizan a nivel operativo.
2. Verificar los logros y avances de las acciones operativas, reflejadas en los indicadores del Programa de Tuberculosis.
3. Identificar la problemática y corregir desviaciones.
4. Definir las oportunidades para lograr mayor impacto del Programa.

Metodología

La construcción inicial del Índice de evaluación de tuberculosis incluyó la participación de expertos nacionales en las áreas de vigilancia epidemiológica, laboratorio, promoción de la salud, directivos del Programa y el Comité Técnico Estatal (Coahuila, Baja California Sur, Sonora, Nayarit, Quintana Roo y Zacatecas), realizándose su validación con los Líderes del Programa en los Estados y Directores de Servicios de Salud.

La propuesta analítica incluye actualmente siete indicadores: cobertura de diagnóstico, curación, calidad de la muestra, detección de VIH y DM en pacientes con TBTF, oportunidad diagnóstica y detección de farmacorresistencia en casos previamente tratados. La información para su construcción de obtiene de los Sistemas de Información oficiales, que en la actualidad incluyen al SEED, SUIVE, Plataforma Única de Información Módulo de Tuberculosis e Informe mensual concentrado del InDRE y Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SINBA).

La selección de cada uno de ellos se realizó tomando en consideración las siguientes premisas: que el indicador seleccionado tuviera una fuente de información formal, que permitiera identificar puntos críticos del Programa, y en lo posible con la integración sectorial, mostrara diferentes aspectos de operación como la cobertura, el impacto, la productividad y el proceso.

DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES

El Boletín “Caminando a la Excelencia Tuberculosis”, se construye con datos de los sistemas de información vigentes, siendo la oportunidad y calidad de los mismos indispensables para medir el

impacto real del Programa. A continuación, se presentan las fichas técnicas de los 7 indicadores para la evaluación de Tuberculosis:

1. Cobertura de diagnóstico (indicador sectorial)

Metodología: Fundamento técnico científico: Evalúa las actividades realizadas para el diagnóstico de casos nuevos de TBP (BK+ y BK-) que se realizan en las unidades de salud del Sector.

Tipo de Indicador: Proceso

Utilidad: Diagnóstico oportuno de casos nuevos de tuberculosis pulmonar para su atención temprana.

Construcción: Se basa en el estimado (meta) de casos nuevos de manera anual.

Fórmula:

$$\frac{\textit{Número de casos nuevos registrados de TBP}}{\textit{Número de casos de TBP esperados}} \; x\,100$$

Ponderación: 15 puntos

Escala:

Sobresaliente	90-100%
Satisfactorio	80-89 %
Mínimo	60-79 %
Precario	<60 %

Periodicidad: Trimestral

Fuente de Información: Plataforma Única de Información. Módulo de Tuberculosis. Casos notificados TBP. Indicador Sectorial.

2. Curación (indicador sectorial)

Metodología:

Fundamento técnico científico: Evalúa el porcentaje de casos que inician tratamiento primario acortado y curan.

Tipo de Indicador: Resultado

Utilidad: Evalúa el impacto del Programa en el Sector Salud al medir la proporción de casos clasificados como curados con bacteriología negativa (Bk NEGATIVA o cultivo NEGATIVO) al final de tratamiento, respecto de los casos nuevos de TBP con Bk +(POSITIVA) que iniciaron tratamiento primario acortado (6 meses).

Construcción: Se basa en número de casos que ingresan a tratamiento y curan. Valor estimado de meta 86%.

Fórmula:

$$\frac{\textit{Casos nuevos de TBP BK+ del periodo, curados}}{\textit{Casos nuevos de TBP BK+ del periodo que iniciaron tratamiento primario acortado (del año inmediato anterior)}} \times 100$$

Ponderación: 30 puntos

Escala:		
	Sobresaliente	86-100 %
	Satisfactorio	80-85 %
	Mínimo	75-79 %
	Precario	<75 %

Periodicidad: Trimestral

Fuente de Información: Plataforma Única de Información. Módulo de Tuberculosis. Cohorte de trimestre correspondiente columna de curación. Indicador Sectorial.

3. Calidad de la muestra (indicador solo Secretaría de Salud)

Metodología:

Fundamento técnico científico: Mide la proporción de muestras adecuadas en fresco o laminillas, respecto al total de muestras recibidas en los laboratorios.

Tipo de Indicador: Proceso

Utilidad: Permite identificar el esfuerzo y desempeño por obtener muestras adecuadas para diagnóstico o control de la tuberculosis en las unidades de salud y que son entregadas al laboratorio en condiciones óptimas.

Construcción: Se construye con la proporción de muestras de diagnóstico adecuadas, del total de las muestras recibidas en los laboratorios. Valor esperado 80%.

Fórmula:

$$\frac{\textit{Número de muestras de diagnóstico adecuadas}}{\textit{Número de muestras de diagnóstico recibidas}} \times 100$$

Ponderación: 10 puntos

Escala:		
	Sobresaliente	80-100%
	Satisfactorio	70-79 %
	Mínimo	60-69 %
	Precario	<60 %

Periodicidad: Trimestral

Fuente de Información: Informe mensual concentrado de Laboratorios del InDRE, el cual se integra con notificaciones mensuales de los Laboratorios Estatales de Salud Pública (LESP).

4. Detección de VIH en pacientes con TB TF de 15 y más años de edad. (indicador sectorial)

Metodología:

Fundamento técnico científico: Mide la proporción de casos con detección de VIH, respecto al total de casos de tuberculosis que no se saben con el padecimiento de VIH.

Tipo de Indicador: Proceso

Utilidad: El identificar enfermedades asociadas a la tuberculosis ayuda al seguimiento y control de esta última y lograr así la curación.

Construcción: Se construye con la proporción de la detección de VIH entre los casos nuevos con diagnóstico de Tuberculosis Todas las Formas (TBTF) de 15 y más años de edad, respecto al total casos nuevos con diagnóstico de Tuberculosis Todas las Formas (TBTF) de 15 y más años de edad que no tienen registro de padecer la comorbilidad. Valor esperado 90% para 2019.

El indicador se obtiene de la Plataforma Única de Información, el Módulo de Tuberculosis y se incluye a todo el Sector Salud.

Fórmula:

$$\frac{\textit{Número de casos de tuberculosis TBTF de 15 y más años de edad, con resultados de la prueba (detección) de VIH}}{\textit{Número de casos diagnosticados de TBTF de 15 y más años de edad, menos los casos nuevos de TBTF de 15 y más años de edad registrados con la comorbilidad}} \textit{ x 100}$$

Ponderación: 10 puntos

Escala:		
	Sobresaliente	90-100%
	Satisfactorio	80-89 %
	Mínimo	70-79 %
	Precario	< 70 %

Periodicidad: Trimestral

Fuente de información: numerador y denominador: SINAVE/DGE; Plataforma Única de Información, Modulo de tuberculosis. Indicador Sectorial.

5. Detección de Diabetes Mellitus en pacientes con TB Todas las Formas (TBTF) de 20 y más años, de edad. (indicador sectorial)

Metodología:

Fundamento técnico científico: Mide la proporción de casos con detección de Diabetes Mellitus (DM), respecto al total de casos de tuberculosis que no se saben con el padecimiento de DM.

Tipo de Indicador: Proceso

Utilidad: El identificar enfermedades asociadas a la tuberculosis ayuda al seguimiento y control de esta última y lograr así la curación.

Construcción: Se construye con la proporción de detección de DM entre los casos nuevos con diagnóstico de Tuberculosis Todas las Formas (TBTF) de 20 y más años de edad, respecto al total casos nuevos con diagnóstico de Tuberculosis Todas las Formas (TBTF) de 20 y más años de edad que no tienen registro de padecer la comorbilidad. Valor esperado 90% para 2019.

El indicador se obtiene de la Plataforma Única de Información, el Módulo de Tuberculosis y se incluye a todo el Sector Salud.

Fórmula:

$$\frac{\textit{Número de casos de tuberculosis TBTF de 20 y más años de edad, con resultados de la prueba (detección) de DM}}{\textit{Número de casos diagnosticados de TBTF de 20 y más años de edad, menos los casos nuevos de TBTF de 20 y más años de edad registrados con la comorbilidad}} \textit{ x 100}$$

Ponderación: 10 puntos

Escala:		
	Sobresaliente	90-100%
	Satisfactorio	80-89 %
	Mínimo	70-79 %
	Precario	< 70 %

Fuente de información: numerador y denominador: SINAVE/DGE; Plataforma Única de Información, Módulo de tuberculosis. Indicador Sectorial.

6. Oportunidad diagnóstica. (indicador sectorial)

Metodología:

Fundamento técnico científico: Mide la proporción de casos de tuberculosis pulmonar con detección oportuna (baciloscopia de 1 a 9 bacilos, una cruz (+) y dos cruces (++), respecto al total de casos de tuberculosis pulmonar que se diagnostican con baciloscopia. (diagnóstico de 1 a 9 bacilos, una cruz (+), dos cruces (++) y tres cruces (+++).

Tipo de Indicador: Proceso

Utilidad: El identificar la enfermedad de manera oportuna asegura la curación, disminuye las complicaciones y restringe la transmisibilidad de la enfermedad (se corta la cadena de transmisión).

Construcción: Se construye con la proporción de detección de casos de tuberculosis pulmonar, diagnosticados por el método de baciloscopia con diagnóstico de 1 a 9 bacilos, una cruz (+) y dos cruces (++), respecto al total casos de tuberculosis pulmonar, diagnosticados por el método de baciloscopia (diagnóstico de 1 a 9 bacilos, una cruz (+), dos cruces (++) y tres cruces (+++)).

El indicador se obtiene de la Plataforma Única de Información, el Módulo de Tuberculosis y se incluye a todo el Sector Salud.

Fórmula:

$$\frac{\textit{Total de casos nuevos de tuberculosis pulmonar, con método diagnóstico por baciloscopia con 1 a 9 bacilos,} \text{ una cruz (+), dos cruces (++)}}{\textit{Total de casos nuevos de tuberculosis pulmonar, método diagnóstico por baciloscopia} \text{ (diagnóstico de 1 a 9 bacilos, una cruz (+), dos cruces (++) y tres cruces (+++).}} \textit{ x 100}$$

Ponderación: 15 puntos

Escala:

Sobresaliente	80-100%
Satisfactorio	70-79 %
Mínimo	60-69 %
Precario	< 60 %

Fuente de información: numerador y denominador: SINAVE/DGE; Plataforma Única de Información, Módulo de tuberculosis. Variables "Resultado de laboratorio" contra "Estado"

7. Detección de farmacorresistencia en casos previamente tratados. (indicador sectorial)

Metodología:

Fundamento técnico científico: Mide la proporción de casos de tuberculosis previamente tratados (reingresos, recaídas y fracasos) a los cuales se les solicitó cultivo y pruebas de sensibilidad (incluye Gene-Xpert), respecto al total de casos de tuberculosis previamente tratados (reingresos, recaídas y fracasos).

Tipo de Indicador: Proceso

Utilidad: Identificar los casos de tuberculosis farmacorresistente al momento del diagnóstico entre el grupo de riesgo de TB Todas las Formas (TBTF) previamente tratados (reingresos, recaídas y fracasos).

Construcción: Se construye con la proporción entre los casos registrados con diagnóstico de TB Todas las Formas (TBTF) previamente tratados (reingresos, recaídas y fracasos) con cultivo y prueba de susceptibilidad, respecto al total casos registrados con diagnóstico de TB Todas las Formas (TBTF) previamente tratados (reingresos, recaídas y fracasos).

El indicador se obtiene de la Plataforma Única de Información, el Modulo de Tuberculosis, considerando la variable de "susceptibilidad al tratamiento" que es referencia de la pregunta "Se realizó estudio de susceptibilidad antimicrobiana". Se incluye a todo el Sector Salud.

Fórmula:

$$\frac{\textit{Total de casos previamente tratados (reingresos, recaídas y fracasos) con cultivo y prueba de susceptibilidad}}{\textit{Total de casos previamente tratados (reingresos, recaídas y fracasos)}} \text{ x 100}$$

Ponderación: 10 puntos

Escala:

Sobresaliente	50-100%
Satisfactorio	40-49 %
Mínimo	30-39 %
Precario	<30 %

Fuente de información: numerador y denominador: SINAVE/DGE; Plataforma Única de Información: Módulo de tuberculosis. Variables "Se realizó estudio de susceptibilidad antimicrobiana (susceptibilidad al tratamiento)" contra "Estado".

Nota: Sera (NA) "No aplica", esto se presentará en el caso de que en el indicador detección de farmacorresistencia en casos previamente tratados, no se cuente con grupo de riesgo, (variable de "tipo de paciente": reingresos, recaídas y fracasos).

Ponderación Actualizada de los 7 indicadores TUBERCULOSIS

Indicadores de CE	Ponderación2019
1. Cobertura de diagnóstico	15
2. Curación	30
3. Calidad de la muestra	10
4. Detección de VIH en pacientes con TBTF de 15 y más años de edad	10
5. Detección de DM en pacientes con TBTF de 20 y más años de edad	10
6. Oportunidad diagnóstica	15
7. Detección de farmacorresistencia en casos previamente tratados.	10
Total	100

Escala para el índice de desempeño

Sobresaliente	90-100%
Satisfactorio	80-90 %
Mínimo	60-79 %
Precario	<60 %

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS Y CÓLERA

CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES (CENAPRECE)

RUY LOPEZ RIDAURA
Director General del Centro Nacional De Programas Preventivos Y Control De Enfermedades

URGENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS Y DESASTRES

ALEJANDRO LÓPEZ SÁMANO
Director de Urgencias Epidemiológicas y Desastres

SILVIA PATRICIA GARCÍA ZALAPA
Subdirección de Prevención de EDAs-Cólera

INTRODUCCIÓN

El cólera es una Enfermedad Diarreica Aguda causada por la ingesta de agua o alimentos contaminados con la bacteria Vibrio cholerae O1 y O139 toxigénico.

Antes de la dispersión generalizada de la séptima pandemia en el Continente Americano (1991), la enfermedad había presentado algunos casos autóctonos en residentes de las regiones costeras de Texas y Louisiana en los EUA.

En México el primer caso reportado de cólera se presentó el 13 de junio de 1991 en el Estado de México, posteriormente ocurrieron brotes en el Centro y Sur del País.

Durante 10 años, la epidemia de cólera en México afectó hasta el 97% del territorio nacional, presentándose los últimos casos en el año 2001. A partir de este año y después de casi una década, se presentaron en forma aislada en el estado de Sinaloa 4 casos en los municipios de Navolato (2010),Badiraguato(2011),Culiacán y Escuinapa (2012).

En el mes de octubre del año 2010, se presentó un brote epidémico en Haití, específicamente en la zona rural del departamento de Artibonite, aproximadamente a 100 kilómetros al norte de la capital del país, Puerto Príncipe. Posteriormente en 2011 se reportan casos en el país vecino de República Dominicana, y se registran casos importados en Estados Unidos y Venezuela, todos identificados como cepa de la bacteria de Vibrio cholerae serogrupo O1, serotipo Ogawa, originaria del Sureste Asiático y diferente a la que ha circulado en el Continente desde 1991.

En los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2013, se registraron casos de cólera con la cepa circulante identificada en el Caribe, en los estados de Hidalgo, Veracruz, San Luis Potosí, México y la Ciudad de México. Bajo este escenario de riesgo, la evaluación del Programa de Acción Específico de Prevención del Cólera se hace sustantiva, a fin de verificar un adecuado desempeño y se fundamenta en cinco indicadores de Prevención y Control, un indicador de Vigilancia Sanitaria y tres de Rectoría, asumiendo que son básicos para la prevención, detección y respuesta oportuna ante la circulación de la bacteria que permita direccionar las acciones de control inmediatas.

Para la recolección de esta información, se ha desarrollado la “Guía Mensual de Cólera”, instrumento que agrupa datos relevantes para la prevención y el control de la enfermedad de diferentes instituciones y áreas. Los responsables estatales deberán registrar y validar la información contenida en la guía de manera rutinaria y enviarla el día 20 del mes posterior al que se reporta.

PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2013-2018

Establece estrategias y líneas de acción para mantener bajo control epidemiológico el Vibrio cholerae, siendo la Acción No. 4 que refiere “Asegurar la correcta ejecución del programa de acción de cólera en las entidades federativas”, a través de la línea de acción 4.2 “Evaluar el desempeño de las entidades federativas a través los indicadores del programa”, la que establece la realización del seguimiento y evaluación de la implementación y desempeño del programa y que se garantice el control de la enfermedad.

La evaluación del Programa de Cólera a través de la estrategia Caminado a la Excelencia está conformada por nueve indicadores, siete de ellos aportan una calificación directa a la evaluación:

- Casos sospechosos de cólera con muestra de hisopo rectal
- Monitoreo de Vibrio Cholerae en caso de enfermedad diarreica aguda.
- Cobertura de monitoreo de Vibrio cholerae en diarreas por jurisdicción sanitaria
- Cobertura de tratamiento a los casos sospechosos
- Resultados de laboratorio de casos sospechosos de cólera
- Cloración del agua
- Reuniones de coordinación.

Adicionalmente, se establecen dos indicadores descriptivos que apoyan en la verificación del funcionamiento del programa, pero no aportan por el momento, calificación al índice de desempeño, estos son: Sesiones de capacitación y Supervisión a Jurisdicciones Sanitarías.

DESCRIPCIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES.

A continuación, se detalla el nombre, descripción, construcción, fuente, temporalidad, valor esperado y ponderación de cada uno de los indicadores.

1. CASOS SOSPECHOSOS DE CÓLERA CON MUESTRA DE HISOPO RECTAL.

Descripción. Se refiere a la proporción de casos de diarrea que se considera cumplen con la definición operacional de caso sospechoso de cólera de acuerdo a la NOM-016-SSA2-2012 y que cuentan con muestra de hisopo rectal para la detección del padecimiento.

Construcción.

$$\frac{Personas\ con\ diarrea\ que\ cumplen\ con\ definición\ operacional\ de\ caso\ sospechoso\ con\ muestra}{Total\ de\ casos\ sospechosos\ registrados} X\ 100$$

Numerador. Todos los casos que cumplan con la definición operacional establecida en la NOM Vigente con muestra de hisopo rectal.

Denominador. Total de casos sospechosos de cólera registrados.

Fuente. Guía mensual de cólera.

Periodicidad: Trimestral

Valor esperado. Muestro del 100% de los casos sospechosos.

Ponderación. Aporta 15 puntos de la calificación total (15/100).

2. MONITOREO DE VIBRIO CHOLERAE EN CASOS DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

Descripción. Se refiere a los casos de diarrea en todas las unidades médicas del sector salud a los cuales se tomó muestra de hisopo rectal y que no cumplen con definición de caso sospechoso.

Construcción.

$$\frac{\text{Casos de diarrea con toma de muestra de hisopo rectal que no cumplan Con definición de caso sospechosos de cólera}}{\text{Total de casos de diarrea registrados en el SUIVE (menos el total de casos sospechosos}} \text{ x } 100$$

Numerador. Casos de diarrea que no cumplen con la definición operacional de caso sospechoso de cólera con muestra de hisopo rectal.
Denominador. Casos de enfermedad diarreica aguda, menos el total de casos sospechosos registrados.

Fuente. Guía mensual de cólera / Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE).

Periodicidad: Trimestral

Valor esperado. Al menos 2% de los casos de diarrea con hisopo rectal.

Ponderación. Aporta 30 puntos de la calificación total (30/100).

3. COBERTURA DE MONITOREO DE VIBRIO CHOLERAE EN DIARREAS POR JURISDICCIÓN SANITARIA.

Descripción. Se refiere a las jurisdicciones sanitarias que reportan el monitoreo del 2% de casos de diarreas que no cumplen con definición operacional de caso de cólera.

Construcción.

$$\frac{Jurisdicciones\ Sanitarias\ que\ reportan\ monitoreo\ de\ \text{V. cholerae}\ del\ 2\%\ de\ EDA\ddot{}s}{Total\ de\ Jurisdicciones\ Sanitarias\ en\ el\ Estado}\ X\ 100$$

Numerador. Jurisdicciones sanitarias que reportan el monitoreo de V. cholerae del 2% a casos de diarrea que no cumplan con la definición operacional.

Denominador. Número de jurisdicciones sanitarias en la entidad federativa.

Fuente. Guía mensual de cólera.

Periodicidad: Trimestral

Valor esperado. 100% de las jurisdicciones sanitarias.

Ponderación. Aporta 15 puntos de la calificación total (15/100).

4. COBERTURA DE TRATAMIENTO A CASOS SOSPECHOSOS DE CÓLERA

Descripción. Se refiere a la ministración de tratamiento de acuerdo a la NOM-016- SSA2-2012 a todos aquellos casos sospechosos de cólera que cumplan con la definición operacional.

Construcción:

$$\frac{Tratamiento\ ministrados\ a\ casos\ sospechosos\ de\ cólera}{Total\ de\ casos\ sospechosos\ de\ cólera\ registrados}\ X\ 100$$

Numerador. Tratamientos ministrados a casos sospechosos de cólera/Denominador. Total de casos sospechosos de cólera registrados.

Fuente. Guía mensual de cólera.

Periodicidad: Trimestral

Valor esperado. Ministración del tratamiento al 100% de los casos sospechosos de cólera.

Ponderación. Aporta 10 puntos de la calificación total (10/100).

5. RESULTADOS DE LABORATORIO DE CASOS SOSPECHOSOS DE CÓLERA.

Descripción. Se refiere a la proporción de muestras de hisopo rectal de casos sospechosos con resultado.

Construcción:

$$\frac{\textit{Muestras de hisopo rectal de casos sospechoso de cólera con resultado}}{\textit{Total de hisopos obtenidos de casos sospechosos de cólera}} \; X\ 100$$

Numerador. Número de muestras de hisopo rectal de casos sospechosos de cólera con resultado.

Denominador. Total de hisopos rectales obtenidos de casos sospechosos. Fuente. Guía mensual de cólera.

Periodicidad: Trimestral

Valor esperado. 100% de las muestras con resultado.

Ponderación. Aporta 10 puntos de la calificación total (10/100).

6. CLORACIÓN DEL AGUA.

Descripción. Se refiere a la proporción de determinaciones del cloro residual libre enagua de la red dentro de los parámetros de la NOM-127-SSA2-1994 (0.2-1.5 PPM) entre el total de determinaciones realizadas.

Construcción.

$$\frac{\textit{Determinaciones de cloro residual en agua de la red dentro de la NOM}}{\textit{Total de dterminaciones de cloro residual realizadas}} \; X\ 100$$

Numerador. Muestras de agua realizadas con determinaciones de cloro dentro de NOM.

Denominador. Total de determinaciones de cloro residual realizadas.

Fuente. Guía mensual de cólera.
Periodicidad: Trimestral

Valor esperado. 100% de las muestras.

Ponderación. Aporta 10 puntos de la calificación total (10/100).

7. REUNIONES DE COORDINACIÓN.

Descripción. Se refiere a la realización de Reuniones del Grupo Intersectorial de Cólera en las entidades federativas, en forma trimestral.

Construcción:

$$\frac{\text{Reuniones realizadas en la entidad en el trimestre}}{\text{Reuniones programadas en la entidad}} \text{ x100}$$

Numerador. Numero de reuniones realizadas.

Denominador. Numero de reuniones programadas.

Fuente. Guía mensual de cólera / Plataforma SIAFFASPE.

Periodicidad: Trimestral

Valor esperado. 100% de las reuniones, una por trimestre.

Ponderación. Aporta 10 puntos de la calificación total (10/100).

INDICADORES DESCRIPTIVOS

CAPACITACIÓN

Descripción. Se refiere a la proporción de capacitaciones realizadas al personal involucrado en la operación del programa.

Construcción:

$$\frac{\text{Número de capacitaciones realizadas}}{\text{Número de capacitaciones programadas}} \text{ x100}$$

Numerador. Numero de capacitaciones realizadas.

Denominador. Numero de capacitaciones programadas.

Fuente. Guía mensual de cólera / Plataforma SIAFFASPE

Temporalidad. Trimestral

Valor esperado. 100% de las capacitaciones.

SUPERVISIÓN

Descripción. Se refiere a la proporción de supervisiones realizadas al Programa de Prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas y Cólera acorde a los lineamientos vigentes.

Construcción:

$$\frac{\textit{Número de supervisiones realizadas}}{\textit{Número de supervisiones programadas}} \times 100$$

Numerador. Numero de capacitaciones realizadas. Denominador. Numero de capacitaciones programadas. Fuente. Guía mensual de cólera / Plataforma SIAFFASPE Temporalidad. Trimestral

Valor esperado. 100% de las capacitaciones

El desempeño de los indicadores del Programa de Prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas y Cólera para la estrategia Caminando a la Excelencia, se medirá a través de los siguientes rangos de satisfacción:

Sobresaliente	80 - 100%	
Satisfactorio	70 - 70%	
Mínimo	60 - 69%	
Precario	<60%	

PROGRAMA DE RABIA

CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES (CENAPRECE)

RUY LOPEZ RIDAURA
Director General del Centro Nacional De Programas Preventivos Y Control De Enfermedades

ZOONOSIS

VERÓNICA GUTIÉRREZ CEDILLO
Subdirectora del Programa de Zoonosis Rabia y otras Zoonosis

IGNACIO ANTONIO CHÁVEZ FLORES
Responsable de la Atención al Humano

SERVANDO RAFAEL MARQUEZ NAVA
Responsable Sistemas de Información de la Subdirección de Zoonosis

INTRODUCCIÓN

El Programa Nacional de Prevención y Control de la Rabia a partir del año 2001, propuso construir el índice de desempeño al utilizar ocho indicadores de las principales actividades, su medición representa una prioridad ya que se hace por cada una de las Jurisdicciones Sanitarias (J.S) en las Entidades, para comparar y calificar entre éstas esos indicadores; ello les permitirá también inferir los avances para consolidar el control y la eliminación de la transmisión de la rabia canina además de estimular al interior de los SESA un mejor desempeño.

En su abordaje se dividen en seis grupos que comprenden: 1) el sistema de Información, 2) sin casos de rabia, 3) la atención al humano, 4) notificación de pacientes Hospitalizados (politraumatizados) y defunciones por perro, 5) vigilancia laboratorial, 6) cobertura de vacunación antirrábica, 7) perros y gatos esterilizados y 8) población canina y felina estabilizada. Para todos se utilizará información oficial, mediante el sistema de Cubos (SIS-SINBA) 2019; así mismo se complementará con datos de otras fuentes.

DESCRIPCIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES.

1.-Sistema de Información: Corresponde al que tiene en ejecución el Sistema de Información en Salud (SIS) y en el Sistema de Información de Zoonosis (SIZOO), se recopila mediante el sistema dinámico de "cubos" y registros del SIZOO, de ahí que la veracidad y calidad de la información capturada es una responsabilidad compartida entre el jefe del programa y el área de estadística en la Entidad; para medirlo se considera:

- Registro permanente mensual en el reservorio de esterilización de perros y gatos buscando con ello darles continuidad en el transcurso del año.

- Corroborar la participación de 2 de las 3 instancias donde se registra esta actividad en el SIS y la suma de la cantidad registrada debe corresponder a la meta trimestral que el responsable estatal del programa estableció en su plan anual de trabajo y que comparte con la Subdirección de Zoonosis. Esta evaluación se hace trimestral y a nivel Estatal.

- Registro de información en tiempo y forma en el SIZOO, tomando en cuenta las fechas establecidas para: Registro de existencias de biológicos antirrábicos humanos, Semanas Nacional y de reforzamiento de Vacunación Antirrábica Canina y Felina (Planeación y Logros), Notificación de casos de rabia en animales silvestres (agresiones) y animales domésticos de interés económico y puntos adicionales a SESA que participen en proyectos especiales para el tema de rabia o propuestos para ser sede de ceremonias nacionales o eventos regionales en coordinación con la federación.

Cabe destacar que los puntos que se pierdan por trimestre, no serán recuperados al 4to trimestre (cierre anual), es decir, si para el 1er trimestre no alcanzan las jurisdicciones el 100% del número de esterilizaciones programadas, no se acumularan para los siguientes trimestres (2°, 3°, y 4to) por lo que no serán acreedores de la máxima calificación.

2.-Sin casos de rabia: Representa el principal propósito del Programa en los diferentes niveles, comprende dos variables para ser medidas:

- Correlación de ausencia de los casos de Rabia humana transmitida por cualquier especie animal con inicios de tratamientos en personas agredidas conforme al valor porcentual establecido en el Programa de Acción Específico 2019-2025.
- Correlación de ausencia de los casos de Rabia canina y felina (5 puntos) con el cumplimiento del porcentaje de vacunación antirrábica de perros y gatos por trimestre (80% al primero, 90% al segundo, 95% al tercero y 100% al cierre anual).

3.-Atención al humano: Se refiere a la indicación médica de iniciar el tratamiento antirrábico en personas agredidas o en contacto con animales sospechosos de padecer rabia, se expresa mediante el por ciento de éstas a las que se les indica el esquema post-exposición, éste debe ser igual o menor a la media nacional (20%).

Nota: Cuando la JS no reporte inicios de Tx pero sí personas agredidas, éstas deberán estar registradas en las variables ZOA04 y ZOA05 del SIS (agresiones por perro) ya que las agresiones por animales silvestres (ZOA03) de acuerdo a la normatividad vigente son consideradas como de riesgo grave y deben iniciar tratamiento antirrábico humano.

Este valor será corroborado con los porcentajes registrados en los cinco años anteriores. Así mismo se respaldará con la existencia o no de biológicos antirrábicos humanos, mediante la captura (los

primeros diez días de cada mes corriente (es decir enero se registrará del 1° al 10 de ese mes) por parte de los SESA de su abasto de estos biológicos en el SIZOO, así como las capacitaciones brindadas al personal médico y paramédico acerca de este tema durante el trimestre.

4.- Notificación de pacientes Hospitalizados (politraumatizados) y defunciones por perro.
Revisión de las cifras registradas por los SESA en el apartado "paciente politraumatizado" del SIZOO, los incidentes de capturarán de manera mensual, se corroborará la información reportada en la plataforma SAEH (Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios) de acuerdo al calendario natural y las fuentes de información externas (noticias en internet, medios informativos masivos como prensa, radio, tv).

5.-Vigilancia laboratorial
Muestras de animales agresores, enfermos con sintomatología nerviosa, ferales y silvestres enviadas al laboratorio, la calificación se obtiene logrando el número de muestras de cerebros a enviar por todas las especies (mínimo el 25.8% a nivel jurisdiccional con respecto al número de personas agredidas por todas las especies).

6.-Cobertura de vacunación antirrábica canina:
Se incluye además de evaluar el avance por trimestre, 80% en el primero (registrándose el logro de la Semana Nacional en el mes de marzo en el SIS-SINBA), 90% en el segundo, 95% en el tercero (registrándose el logro de la Semana Nacional en el mes de septiembre en el SIS-SINBA) y el 100% para el término del año, 10 puntos

- El seguimiento en la disponibilidad, oportunidad y calidad del biológico antirrábico canino que se adquiere para este año.

7.- Perros y gatos esterilizados
Considera a estas especies sin distinción de género, cuyos propietarios solicitan sean sometidos a este procedimiento quirúrgico, en los diferentes operativos masivos "gratuitos" que promueven los SESA, el por ciento se obtiene de la relación entre la meta para el periodo a evaluar con lo logrado, ambas cantidades ajustadas cada mes, trimestral.

- Participación en las actividades del Día Mundial de la Rabia, se evalúa mediante el envío oportuno (1 mes posterior a las actividades) de los testimoniales documentales de la realización de las acciones de campo y/o académicas de este evento internacional. De manera conjunta se evalúa la participación en la Semana nacional de la esterilización mediante captura de planeación y logros en el SIZOO; se evalúa de forma anual.

8.- Población canina y felina estabilizada

Indicador por el que se busca calcular un porcentaje que se relaciona con el nivel máximo de la suma de estos animales controlados en los últimos 5 años (de 8.6%), que corresponde al estimado del reemplazo o sustitución de perros en una población determinada al año; para calcularlo se relaciona el número acumulado de dosis aplicadas de vacuna antirrábica en perros del periodo en estudio contra la suma acumulada de los animales en control para ese mismo periodo, el resultado se expresa en por ciento mismo que se compara con el valor establecido, cuya proximidad permite inferir que tan cercano o no se está de lograr la estabilización de perros y gatos.

Puntaje de los Indicadores

El cumplir o no con los indicadores, determina se les asigne o anule las calificaciones que a continuación se indican:

1.-Sistema de Información 10 puntos

A.1. Homogeneidad 5 puntos

A.2. Registro de información en tiempo y forma y participación en eventos o proyectos 5 puntos

2.-Sin casos de rabia 20 puntos

B.1. Ausencia de defunciones de rabia humana 10 puntos

B.2. Ausencia de casos de rabia canina y felina confirmados por laboratorio 10 puntos

3.-Atención al humano 15 puntos

C.1. Indicación médica de inicio tratamiento antirrábico 15 puntos

4. Notificación de pacientes 10 puntos

D.1. Hospitalizados (politraumatizados) y defunciones por agresiones de perro 10 puntos

5.-Vigilancia laboratorial 10 puntos

E.1. Muestras enviadas al laboratorio 10 puntos

6.- Cobertura de vacunación 15 puntos

F.1. Porcentaje de perros y gatos vacunados 10 puntos

F.2. Cantidad, oportunidad y calidad del Biológico Antirrábico Canino 5 puntos

7.- Perros y gatos esterilizados 15 puntos

G.1. Perros y gatos esterilizados con respecto a la meta10 puntos

G.2. Participación en el Día Mundial y Mes Nacional de Esterilización 5 puntos

8.- Población canina y felina estabilizada 5 puntos

H.1. Índice de estabilización de perros y gatos 5 puntos

Fuentes oficiales y otras

- Del SUIVE mediante el Informe Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades EPI Clave 31; para el Indicador de Atención al Humano las variables: 053 y 116.

- Del SAEH Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios para el indicador de defunciones por agresiones de perro (variable W54), el cual debe de coincidir con los meses estadísticos con cortes de los días 25 de cada mes.

- Del SIS, mediante el Sistema de Cubos (SIS-SINBA), Personas Agredidas por perro clave ZOA04 y ZOA05 y por otras especies ZOA03, número de tratamientos iniciados riesgo leve completo ZOR05 e incompleto ZOR07 y riesgo grave completo ZOR09 e incompleto ZOR11. Así mismo, informe mensual de actividades del programa de prevención y control de la rabia, claves: RAV09, RAV10, RAV14, RAV15, RAV16 y RAV17 para animales vacunados; RAE03, RAE04, para animales en control; RAM21 a RAM44 para mascotas esterilizadas por especie , sexo y edad; REL05 y REL06 para muestras enviadas al laboratorio por perro; muestras enviadas de Quiróptero y otra fauna silvestre REL01 y REL02; muestras enviadas de Gato y otra fauna domésticas REL03 y REL04; para muestras examinadas positivas por perro RMP05 y RMP06, Informe Semanal de casos de rabia animal e Integración Semanal de focos rábicos de SENASICA-SAGARPA y/o Base de Datos del Laboratorio del InDRE.

- Sistema de Información de Zoonosis (SIZOO).

Metodología

Se recuerda que este ejercicio de evaluación se hace para cada una de las Jurisdicciones Sanitarias y los resultados alcanzados en cada una contribuyen sumando o restando calificación para el puntaje del indicador evaluado a nivel Estatal; a continuación, se describen los cálculos que aplica por cada indicador, se realiza en cada uno de ellos un ejemplo considerando una entidad federativa con cinco Jurisdicciones Sanitarias (J.S.)

1. SISTEMA DE INFORMACIÓN (10 puntos)

A.1. Homogeneidad (5 puntos): Considera el registro de información en el SIS para la actividad de perros y gatos esterilizados.

Una vez que se corroboran las metas estatales de animales esterilizados, se procede a verificar que para el período en estudio se registre cantidades por mes en esos lugares de una variable en el reservorio, lo que representa una constante de 1 registro en cada Jurisdicción Sanitaria por mes y al cierre del año se evalúa sobre 12 registros por Jurisdicción Sanitaria (2 puntos)

Posteriormente se verifica que en el Estado el registro de las esterilizaciones se ubique en por lo menos 2 de las 3 adscripciones en el trimestre: SSA, Autoridad local y Grupos de la comunidad, y que además el total de ese número sea igual o mayor a la meta programada para ese periodo a evaluar que el responsable estatal de zoonosis notificó al programa nacional. (3 puntos)

Para su construcción se siguen los siguientes pasos:

Primero, verificar que se registran cantidades de los perros y gatos esterilizados por trimestre (3 registros) por J.S., interpretándose que si aparecen cifras de esa variable por mes (3 registros) su puntuación será de 2; en caso de que aparezcan 2 o menos registros anotados por jurisdicción sanitaria por el trimestre los puntos alcanzados se calcularán mediante una regla de tres simple. Este proceso se repite por cada J.S. de la Entidad. Para el cierre del año (acumulativo) la cantidad de las variables serán 12 por J.S, con la interpretación de que si aparecen las cifras en los 12 registros su puntuación será de 2 puntos y si aparecen menos registros anotados los puntos alcanzados se calculan mediante una regla de 3 simple, procedimiento para cada J.S.

Segundo, corroborar que por Estado el registro de las esterilizaciones se ubique en por lo menos 2 de las 3 adscripciones: SSA, Autoridad local y Grupos de la comunidad, y que además el total de ese número coincida o sea mayor a la meta programada para ese periodo a evaluar (3 puntos).

Tercero, obtener el puntaje cumplimiento estatal, mediante la sumatoria de los puntos logrados por cada J.S., ese total se dividirá entre un valor que resulta de multiplicar el número de J.S. de la Entidad por 2 que es el máximo de puntos por alcanzar. Ese resultado se multiplica por 100 para expresarlo en por ciento.

Cuarto, para concluir se calcula el número de puntos logrados por la Entidad mediante una regla de tres simple que considera que el 100% es igual a 2 puntos, como el por ciento del cumplimiento Estatal será igual a X más la puntuación Estatal obtenida en el trimestre por el registro en 2 o más adscripciones.

A continuación, se describe este proceso con un ejemplo:

a) Comparación de cifras y establecimiento de puntaje jurisdiccional

Resultados de una Jurisdicción Sanitaria

Variable	Fecha de Registro	Cifras registradas		Puntos por variable considerada
Perros y gatos esterilizados	Enero, Febrero, Marzo	Esterilización de perros y gatos	3	2
TOTAL DE PUNTOS LOGRADOS EN LA J.S.				2 puntos

Nota: Recordar que este procedimiento se debe realizar en cada Jurisdicción Sanitaria de la entidad.

<u>Esterilización de perros y gatos</u>

3 registros = 2 puntos (3 * 2) /3

3 registros = X X = 2 puntos

b) Obtención del cumplimiento estatal

Ejemplo:

Se cuenta con 5 JS, se realiza la sumatoria de los puntajes logrados que corresponde:

2 + 1.33 + 1.33 + 2 + 2 = 8.66

Se divide entre 10 (que corresponde al número de J.S. de la entidad (5) multiplicado por 2 que corresponde al número de puntos máximos que puede alcanzar la J.S.), la cifra obtenida se multiplica por 100 que es el máximo por ciento a alcanzar.

8.66/ 10 * 100 = 87.0%

c) Calcular el número de puntos del cumplimiento Estatal.

A este por ciento le corresponde:

100% = 2 puntos (87.0 * 2) /100

87.0 % logrado = X X = 1.74 puntos

Instancias que las realizaron de manera trimestral a nivel Estatal

2 instancias = 3 puntos (2 * 3) /2

2 instancias = X X = 3 puntos

Total del componente de Homogeneidad = 4.74 puntos

A.2. Registro de información en tiempo y forma y participación en eventos o proyectos (5 puntos).

Para la construcción de este indicador de evaluación Estatal anual se consideran 3 actividades a realizar: registro en el SIZOO sobre existencia de biológicos antirrábicos humanos (1 puntos), notificación en el SIZOO de casos de rabia en animales silvestres (agresiones) y animales domésticos de interés económico (1 punto), planeación y logros de las Semanas Nacional y de Reforzamiento (en caso de participar) de Vacunación Antirrábica Canina y Felina (2 puntos), y puntos adicionales a SESA que participen en proyectos especiales y/o ser sede en ceremonias nacionales o eventos regionales en coordinación con la federación (1 punto).

Para su construcción se siguen los siguientes pasos:

Primero, verificar que se registra la existencia de los biológicos antirrábicos humanos en el SIZOO dentro de los 10 primeros días de cada mes corriente. Por ello, los SESA deberán contar con registros mensuales, es decir, 3 registros por trimestre para obtener el punto y danto como total 12 registros al año. Si cuentan con los 3 registros al trimestre se asignará el punto correspondiente, de no ser así, se otorga la parte proporcional según el número de reportes que se hayan realizado en tiempo.

Segundo, identificar en el SIZOO, la notificación por parte de los SESA de casos de rabia en animales silvestres (agresiones) y animales domésticos de interés económico en el mes evaluado, se deberá contar con 12 registros al año (en el caso de no presentar casos de rabia en esta fauna, los SESA registrarán como sin incidentes en el mes, obteniendo un punto. El registro ante la presentación de casos se complementará adjuntando en el SIZOO el Formato de foco rábico para otras especies con la información de cada caso específico, el cual incluye datos sobre coberturas de vacunación antirrábica canina y felina en el área, acciones informativas y de control de foco, búsqueda de agredidos y contactos y atención médica – antirrábica de las personas que así lo ameriten.

Tercero, corroborar el registro de información correspondiente a la planeación y logros de las Semanas Nacional y de Reforzamiento de Vacunación Antirrábica Canina y Felina. La primera de ellas es de participación obligatoria, por lo que todos los SESA deberán tener información registrada de planeación y logros, en tanto el registro de información de la Semana de Reforzamiento solo se evaluará para aquellos SESA que participen. Si los SESA tienen información de planeación y logros en las fechas establecidas para ello, se les otorgan los 2 puntos, sin embargo, si se carece de alguno de los 2 registros en tiempo (planeación o logros), se deja de asignar este puntaje.

Cuarto, participación en proyectos especiales para el tema de rabia o propuestos para ser sede de ceremonias nacionales o eventos regionales en coordinación con la federación. En el caso de los proyectos especiales éstos son principalmente protocolos de investigación en materia de vacunación antirrábica y/o control de poblaciones caninas; para el caso de ceremonias nacionales se toma como ejemplo ser sede de la ceremonia inaugural de la Semana Nacional de Vacunación antirrábica Canina y Felina, sin embargo, también se considera la participación como sede en

eventos regionales como pueden ser talleres, reuniones interinstitucionales, etc. En ambos casos la coordinación se lleva a cabo de manera conjunta con la federación. A fin de año se realizará la evaluación de este apartado, es decir a fin de año se hará el conteo de las participaciones de los Estados, este indicador se utilizará como método de desempate en caso de que dos o más Estados cumplan con la misma calificación y se le otorgara el punto al Estado que haya participado más número de veces en estos eventos y/o proyectos.
Quinto, para concluir se suma el número de puntos logrados para cada una de las 3 actividades consideradas.

A continuación, se describe este proceso con un ejemplo:

a) Registro de biológico antirrábico humano

   Este SESA registro en el SIZOO información en 10 de los 12 meses del año
   12 registros en tiempo = 1 punto (10 * 1) /12
   10 registros = X X = 0.83 puntos

b) Notificación de casos de rabia en animales silvestres (agresiones) y animales domésticos con interés económico

   Este SESA notifico en el SIZOO información en 8 de los 12 meses del año
   12 registros en tiempo = 1 punto (8 * 1) /12
   8 registros = X X = 0.66 puntos

c) Registro de planeación y logros en Semanas Nacional y de Reforzamiento.

   Este SESA participó en las 2 Semanas Nacionales de Vacunación antirrábica y registro cifras en tiempo tanto de planeación como de logros en el SIZOO. 2 Puntos

d) Participación en proyectos especiales o como sede en ceremonias nacionales u otros eventos regionales en coordinación con la federación

   Este SESA participa en un proyecto sobre vacunación oral en perros. 1 Punto

Total del componente de registro de información en tiempo y forma y participación en eventos o proyectos = 4.67 puntos

TOTAL DEL INDICADOR DE SISTEMA DE INFORMACIÓN
Homogeneidad = 4.74
Registro de información y/o participación en eventos = 4.49
TOTAL = 9.23

2. SIN CASOS DE RABIA (20 puntos)
B.1.- Correlación de ausencia de los casos de Rabia humana transmitida por cualquier especie animal (10 puntos) con inicios de tratamientos en personas agredidas conforme al valor porcentual establecido en el Programa de Acción Específico 2013-2018 (del 20% para 2018).
Este indicador considera a todas las J.S. de la Entidad para su calificación.
Puntaje de cumplimiento en todas las J.S.
De existir en el período la condición de ausencia de defunciones de rabia humana por cualquier especie en todo el Estado, la calificación será de 5 puntos, en caso contrario el puntaje será 0 (cero).

De no registrar casos de rabia transmitida por cualquier especie se relacionará con la congruencia de porcentaje de los tratamientos iniciados igual o menor a 20%, de tener esta condición se obtendrá 5 puntos, en caso de que registre un inicio de tratamiento entre 21% y 30% obtendrá 2 puntos, si su porcentaje es del 31% al 40% obtendrá un punto, si registran un porcentaje mayor al 40% se calificación será cero; la JS que registre cero personas agredidas, no se tomará en cuenta para esta puntuación.

Al cumplir con las dos condiciones sumará la máxima calificación 10 puntos.

B.2.- Correlación de ausencia de los casos de Rabia canina y felina (10 puntos) con el cumplimiento del porcentaje de vacunación antirrábica de perros y gatos, por trimestre (80% al primero, 90% al segundo, 95% al tercero y 100% al cierre anual).

a) Puntaje de cumplimiento en todas las J.S.

- De existir en el período la condición de ausencia de casos de rabia en perro y en gato doméstico en la Entidad, la calificación será de 5 puntos; si ésta tiene congruencia con el cumplimiento en las coberturas de la vacunación antirrábica canina y felina, que corresponderá al 80% en el primer trimestre, 90% al segundo trimestre, 95% al tercer trimestre y al cierre anual al 100%, obtendrá otros 5 puntos acumulando la máxima calificación 10 puntos; de no obtenerse estos logros trimestrales ya establecidos, la calificación será proporcional al logro registrado de vacunación antirrábica mediante una regla de 3 simple.

ANULACIÓN TRIMESTRAL Y TOTAL DE LA PUNTUACIÓN:

Cabe señalar que si se presenta uno o más casos de rabia canina o felina confirmada por laboratorio en cualquier J.S., se anula la calificación estatal para este indicador, así como la calificación del indicador de vacunación antirrábica para el trimestre respectivo en la J.S. que lo presente, aplicando la compensación de puntos bajo la condición que se explica a continuación.

A continuación, se describe este proceso con un ejemplo:

*Sin casos de rabia canina o felina = 5 puntos

*Concordancia con el logro de vacunación antirrábica canina y felina:

Ejemplo para el primer trimestre (cumplimiento solicitado 100% de la meta trimestral)

80% cumplimiento = 5 puntos

Si la J.S logró 70% de cumplimiento entonces:

100 = 5

70 = X (70 * 5) / 100 = 3.5

X = 3.5 puntos

Total sin casos de rabia canina y felina y concordancia con vacunación = 8.5 puntos

a) Número de puntos de cumplimiento Estatal

Corresponde a 20 que es la máxima calificación.

La calificación final del indicador dependerá de la presencia o ausencia de defunciones por rabia en el humano y presencia o ausencia de casos de rabia de perros y gatos, así como la congruencia del porcentaje de inicio de tratamiento en personas agredidas y la cobertura de vacunación antirrábica canina respectivamente.

A continuación, se describe este proceso con un ejemplo:

“Si en las jurisdicciones no registraron defunciones transmitidas por cualquier especie animal y sus porcentajes de inicios de tratamiento están por debajo del valor ideal 20% en el periodo a evaluar la calificación del estado será de 10 puntos”.

Si en las jurisdicciones no se registraron casos de rabia en perro (5 puntos) y sus coberturas están por arriba del 80% de su meta trimestral (5 puntos) la calificación del estado será de 10 puntos.

La calificación del indicador Sin casos de Rabia, corresponderá a la suma de los puntajes obtenidos de los indicadores: Correlación de ausencia de los casos de Rabia humana transmitida por cualquier especie animal (10 puntos) con inicios de tratamientos en personas agredidas conforme al valor porcentual establecido en el Programa de Acción Específico 2013-2018 y Correlación de ausencia de los casos de Rabia canina y felina (10 puntos) con el cumplimiento del porcentaje de vacunación antirrábica de perros y gatos por trimestre (80% al primero, 90% al segundo, 95% al tercero y 100% al cierre anual con el ejemplo anterior quedaría:

Ausencia de defunciones de rabia humana	10.0 puntos
Ausencia de casos de rabia en el perro y gato	8.5 puntos
Total del Indicador Sin Casos de rabia	18.5 puntos

3. ATENCIÓN AL HUMANO (15 puntos)

C.I.- Inicios de tratamiento en relación a personas agredidas por cualquier especie, en las Jurisdicciones Sanitarias de la Entidad durante 2019. “10 PUNTOS”

Para su construcción se siguen los siguientes pasos:

Primero, calcular el porcentaje de inicios de tratamiento por la J.S., se consideran dos cifras:

a) Número de personas a las que se les inicia tratamiento (solo personas que reciben tratamientos de agresiones por perro,
b) Número de personas agredidas, reportados en SIS-SINBA 2019 y se multiplica por 100.

C.II.- Comparativo entre el porcentaje de inicio de tratamiento de cada J.S. en los cinco años anteriores (2014-2018) “DOS PUNTOS”

Identificar los puntos porcentuales que le corresponden mediante la comparación de la media nacional para 2019 (establecido en el PAE, Prevención y control de la rabia humana 2019-2025) correspondiente al 20% de inicios de tratamiento, información que se obtuvo de la serie histórica de los años 2019-2025.

El porcentaje obtenido se compara con el de los cinco años anteriores y se verifica su congruencia, pudiendo haber un rango de más/menos 10 puntos porcentuales. En caso de existir una disminución por debajo de los 10 puntos porcentuales, se deberá:

- Verificar si en el trimestre evaluado los Servicios Estatales de Salud llevaron a cabo capacitaciones a su personal médico y paramédico sobre este tema así mismo tendrán que adjuntar el archivo escaneado de la evidencia documental que lo respalda (cartas programáticas, lista de asistencia, así como los resultados de la evaluación pre- post) en el SIZOO, lo anterior a fin de justificar el decremento en el porcentaje de inicio de tratamiento.

C.III. - Registro en el SIZOO de las existencias de BAH dentro de los 10 primeros días del mes a reportar. "UN PUNTO"

Deberá registrar en el SIZOO la disponibilidad de biológicos antirrábicos humanos por mes en el trimestre a evaluar, este puntaje continuará aplicando si no existe desabasto total esos biológicos validado mediante la captura mensual por parte del Responsable Estatal de Zoonosis dentro de los primeros 10 días del mes corriente en el SIZOO, es necesario cumplir esta condición en cada uno de los tres meses para obtener el punto.

C.IV.- Adjuntar el archivo escaneado de la evidencia documental referente a las Capacitaciones al personal médico y paramédico sobre la Atención médica y antirrábica en el trimestre a evaluar. "DOS PUNTOS"

Si los SESA realizan como mínimo una capacitación dirigida a su personal médico y paramédico en el trimestre correspondiente sobre la atención médica y antirrábica a alguna de sus J.S., obtendrá el punto.

Nota: No se deberán de repetir capacitaciones por más de dos trimestres seguidos en una misma J.S., ello con la finalidad de cubrir la mayor parte del estado posible.

En caso de que el porcentaje de inicio de tratamientos de años anteriores este en el margen permitido de más/menos 10 puntos porcentuales con respecto al actual, estos puntos se obtienen automáticamente, es decir no es necesario comprobar las capacitaciones.

C.V.- ¿Cómo ajustar el puntaje cuando los inicios de tratamiento estén por arriba del 20% de la meta en 2019?

- En el supuesto de que su porcentaje de inicio de tratamiento esté por arriba del 20%, se hará una regla de tres simples inversa para obtener el puntaje correspondiente.

- Nota: *Si una Jurisdicción no reporta inicios de tratamientos se le otorgarán 5 puntos, una vez que se valide que el Estado realizó capacitaciones en esa Jurisdicción y que tenga abasto de biológico, en caso de no haber realizado capacitaciones o no tener existencia de biológico se calificará con CERO PUNTOS.

Este proceso se repite en cada una de las J.S. de la entidad, posteriormente se obtiene el total de puntos alcanzados en el Estado mediante la sumatoria de los puntos logrados por cada J.S., esta cifra se dividirá entre un valor que resulta de multiplicar el número de J.S. por 10 que es máximo de puntos por alcanzar. Ese resultado se multiplica por 100 para expresarlo en por ciento.

Finaliza calculando el por ciento logrado por la Entidad mediante una regla de tres simples que considera que el 100% es igual a 10 puntos, el cumplimiento Estatal será igual a X.

A continuación, se describe este proceso con un ejemplo:

$$\frac{\text{Número de personas agredidas y contactos que iniciaron tratamiento antirrábico}}{\text{Número de personas agredidas y contactos reportadas}} \text{ X } 100$$

Ejemplo:
Personas agredidas: 213
Personas agredidas y contactos que iniciaron tratamiento antirrábico: 24

$$\frac{24}{213} \text{ X } 100 = 11.27$$

Para los casos de rabia en animales silvestres y domésticos de interés económico se deberán revisar que el ZOA03 coincida con lo capturado en el SIZOO.
Ejemplo: si se registran 10 personas agredidas por animales silvestres, todos deberán contar con inicio de tratamiento antirrábico además de los posibles contactos:
10/10 X100 = 100%
En caso de que alguna jurisdicción registre un inicio de tratamiento por arriba del 20%, se hará una regla de tres simples inversa para obtener el puntaje, como se describe a continuación:

Personas agredidas: 11

Personas agredidas y contactos que iniciaron tratamiento antirrábico: 24

11/24 X 100 **= 45.8 (por arriba del 20%)**

Posteriormente a este por ciento le corresponde:

<u>20% - 10 punto</u>

45.8% es a X= <u>0.21 de Punto</u>

JS	Personas agredidas	Tx iniciados	Agredidos/Tx iniciados	Resultado x 100	Meta nacional	Puntaje alcanzado	Porcentaje años anteriores	Diferencia en puntos porcentuales con años	Puntaje alcanzado	Personas agredidas por animales silvestres	Tx iniciados por agresiones de animales	Agredidos/Tx iniciados por animales silvestres	Resultado x 100	Puntaje alcanzado	Registro de adquisición de BAH	Registro de existencia de BAH	Puntaje alcanzado	Capacitación por los SESA At'n humano	Puntaje alcanzado	Puntaje total
1	213	24	0.11	11.3	20	10	12.5	1.2	1	10	10	1	100	2	SI	SI	1	SI	1	15
2	61	4	0.07	6.6	20	10	5.5	1.1	1	2	2	1	100	2			1		1	15
3	26	4	0.15	15.4	20	10	12.2	3.2	1	1	2	2	200	0			1		1	14
4	19	2	0.11	10.5	20	10	13	2.5	1	2	2	1	100	2			1		1	15
5	24	11	0.46	45.8	20	4.8	12	33.8	0	5	3	0.2	60	0			1		2	8

a) Obtención del cumplimiento estatal

15 + 15 + 14 + 15 + 8 = 67 puntos alcanzados

5 (Núm. de J.S) * 15 = 75 puntos ideales

67 / 75 * 100 = 89.33%

b) Calificación lograda por la Entidad

75 puntos ideales = 15 puntos 75 ----- 15

89.33 puntos logrados = X 68---- X X = 17.86 puntos

c) Total del Indicador Atención al Humano = 17.86 puntos

- ANULACIÓN TRIMESTRAL Y TOTAL DE LA PUNTUACIÓN: Cabe señalar que si se presenta uno o más casos de rabia en humano confirmada por laboratorio transmitido por cualquier especie en alguna de la J.S., se anulará la (s) calificación (es) de este indicador para el trimestre respectivo y por consiguiente en el cierre anual, es decir, se calificará con "0 puntos".

4. NOTIFICACIÓN DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO (HOSPITALIZADO) Y/O FALLECIDO POR AGRESIÓN DE PERRO.

- LAS JS DEBERÁN NOTIFICAR A LA SROZ (NOTA INICIAL, NOTA DE SEGUIMIENTO Y CIERRE) Y CAPTURA EN EL SIZOO ASI COMO SU CAPTURA EN SIS SAEH EN EL MES DE OCURRENCIA PARA LA OBTENCIÓN DE LOS 10 PUNTOS.

El cálculo para obtener los puntos será de acuerdo a los siguientes escenarios:

1. Si ocurre un incidente de hospitalización y/o defunción por perro y la JS notifica a la SROZ en el mes de ocurrencia del evento obtendrá 6 puntos (2 por la nota inicial, 2 por la nota de seguimiento y 2 por la nota del cierre capturados en el SIZOO), la captura en SIS SAEH 2017 (variable W54) obtendrá 4 puntos más y la SROZ NO se entere por otros medios externos (notas periodísticas, redes sociales u otros registros en el mes a evaluar) todo esto dentro de los 10 primeros días del mes siguiente al corte sumarán los 10 puntos.

2. Si ocurre un incidente de hospitalización y/o defunción por perro y la JS lo notifica a la SROZ en el mes de ocurrencia del evento obtendrá 6 puntos (2 por la nota inicial, 2 por la nota de seguimiento y 2 por la nota del cierre capturados en SIZOO), pero si OMITE capturarlo en SIS SAEH 2017 (variable W54) obtendrá 0 puntos y si la SROZ NO se entera antes por cualquier medio externo (notas periodísticas, redes sociales u otros registros en el mes a evaluar) sumará sólo 6 puntos.

3. Si ocurre un incidente de hospitalización y/o defunción por perro y la información sea conocida PRIMERAMENTE por la SROZ a través de medios externos (notas periodísticas, redes sociales u otros registros) además que la JS NO notifique a la SROZ ni capturen en SIS SAEH 2017 (variable W54) obtendrá 0 puntos.

4. Si NO ocurre un incidente de ingreso hospitalario y/o defunción por perro y la JS notifica a la SROZ y capturan en el SIZOO como "Sin incidentes en el mes" así como NO tener nada

capturado en SIS SAEH 2017 (variable W54) y finalmente la SROZ NO se enteran por medios externos (notas periodísticas, redes sociales u otros registros en el mes a evaluar) obtendrá los 10 puntos**.**

5. Si ocurre un incidente de hospitalización y/o defunción por perro y la SROZ obtiene esa información por medios externos (por notas periodísticas, redes sociales u otros registros), PERO la JS lo notifica a la SROZ En ese mes obtendrá 6 puntos, además si los SESA lo capturan en el SIS SAEH 2017 (variable W54) dentro de los 10 primeros días del mes siguiente al corte obtendrá 4 puntos más, para sumar 10 puntos**.**

6. Si ocurre un incidente de hospitalización y/o defunción por perro y la SROZ obtiene antes esa información por medios externos (notas periodísticas, redes sociales u otros registros en el mes a evaluar, PERO la JS lo notifica a la SROZ al mes del evento, obtendrá 6 puntos y NO lo registran en SIS SAEH 2017 (variable W54) obtendrá 0 puntos en este rubro, para sumar sólo 6 puntos**.**

7. Si ocurre un incidente de hospitalización y/o defunción por perro y la JS NO lo notifica a la SROZ en ese mes, obtendrá 0 puntos, pero si lo registran en SIS SAEH 2017 (variable W54) obtendrá 4 puntos en este rubro además que la SROZ no se entera, sumará sólo 4 puntos**.**

8. Si ocurre un incidente de hospitalización y/o defunción por perro y la SROZ obtiene esa información por medios externos (notas periodísticas, redes sociales u otros registros en el mes a evaluar), pero la JS NO lo notifica a la SROZ al mes del evento, obtendrá 0 puntos, PERO si lo registran en SIS SAEH 2017 (variable W54) obtendrá 4 puntos, y solo sumará 4 puntos.

Nota: "Recordar que este procedimiento se debe realizar de manera mensual por cada Jurisdicción Sanitaria de la entidad, NO OMITIR registrar en el SIZOO el incidente de agresión con una nota informativa en electrónico del inicio (2 puntos), seguimiento (2 puntos) y cierre (2 puntos) del incidente, así como RECORDAR que las fechas de corte se basan en el mes natural".

A continuación, se describe este proceso con un ejemplo:

a) Obtención del cumplimiento estatal

Ejemplo: Se cuenta con 5 J.S., se realiza la sumatoria del puntaje logrado por cada una de ellas que corresponde:

$$10 + 6 + 0 + 0 + 10 = 26$$

26 se divide entre 50 (que corresponde al número de J.S. de la entidad (5) multiplicado por 10 que corresponde al número de puntos máximos que puede alcanzar cada una de las J.S.), la cifra obtenida se multiplica por 100 que es el máximo por ciento a alcanzar.

$$26 / 50 * 100 = 52\%$$

b) Calcular el número de puntos del cumplimiento Estatal.

A este por ciento le corresponde:

100% = 10 puntos

52% logrado = X X = 5.2 puntos

JS	Notificación por el SESA (mes correspondiente 11-10 del mes siguiente)	Puntaje (2 inicio, 2 seguimiento y 2 cierre)	Registro en SIS SAEH 2017	Puntaje	La SROZ rastrea el evento con antelación al SESA	Puntaje total
1	SI	6	SI	4	NO	10
2	SI	6	NO	0	NO	6
3	NO	0	NO	0	NO	0
4	NO	0	NO	0	SI	0
5	SI	6	SI	4	SI	10
6	SI	6	NO	0	SI	6
7	NO	0	SI	4	NO	4
8	NO	0	SI	4	SI	4

Total del Indicador Notificación del paciente Politraumatizado (Hospitalizado) por perro =5.2 puntos.

5. VIGILANCIA LABORATORIAL (10 puntos)

E.1.- Muestras enviadas al laboratorio (10 puntos) de perros agresores, enfermos con sintomatología nerviosa y ferales, así como animales silvestres. Este indicador es acumulativo.

Mínimo el 25.8% a nivel jurisdiccional con respecto al número de personas agredidas por todas las especies para ese período. 10 puntos

Para su construcción se siguen los siguientes pasos:

Primero, calcular el por ciento de cumplimiento por J.S., se consideran dos cifras, el logro de muestras de cerebros de perros agresores, enfermos con sintomatología nerviosa y ferales (ZOA04 intradomiciliados y ZOA05 en vía pública), así como animales silvestres enviadas al laboratorio entre la cantidad registrada de personas agredidas para ese período y se multiplica por 100.

Segundo, Si la proporción por jurisdicción sanitaria resultante es mínimo el 25.8% a nivel jurisdiccional con respecto al número de personas agredidas por todas las especies para ese período obtendrá 10 puntos.

Tercero, Si la proporción resultante es menor a 25.8% la puntuación para ese periodo para esa J.S. será 0, sólo en caso de que los SESA comprueben mediante la variable ZOA04 que las agresiones fueron por perros domiciliados, se darán los 10 puntos.

A continuación, se describe este proceso con un ejemplo:

a) Por ciento de cumplimiento de muestras de cerebros de animales agresores, enfermos con sintomatología nerviosa, ferales y silvestres enviados al laboratorio (10 puntos) por J.S

$$\frac{\text{Número de muestras de cerebros de animales agresores, enfermos con sintomatología nerviosa, ferales y silvestres enviadas al laboratorio para diagnóstico de rabia}}{\text{Número de personas agredidas registradas}} \text{ X } 100$$

Ejemplo:

Meta para 2017, lograr enviar al laboratorio mínimo el 25.8% a nivel jurisdiccional con respecto al número de personas agredidas por todas las especies para ese período.

$$\frac{\text{50 muestras de cerebros de animales agresores, enfermos con sintomatología nerviosa, ferales y silvestres enviadas al laboratorio para diagnóstico de rabia}}{\text{140 personas agredidas registradas}} \text{ X } 100$$

140---------100% X= 50 / 140 X 100 = 35.7% logrado

50--------- X

* Es importante destacar, que en el caso de obtener un valor porcentual menor a 25.8%, la puntuación para esa J.S. será 0:

A este por ciento le corresponde:

35.7% es un valor mayor al 25.8%, por lo tanto:

35.7% logrado = 5 puntos

b) Obtención del cumplimiento estatal

Ejemplo:

Se cuenta con 5 JS, se realiza la sumatoria de los puntos logrados que corresponde:

5 + 5 + 0 + 0 + 5 = 15

Se divide entre 25, que corresponde al número de J.S. (5) de la entidad y se multiplica por 5 que es el máximo puntaje a alcanzar, el resultado por 100 para expresarse en por ciento.

15 / 25 * 100 = 60

100% = 10 puntos 100% ----- 10

60.0% logrado = X X = 6 puntos

Porcentaje estatal en el trimestre de muestras enviadas

<= 25.8% = 10 puntos

35.7% logrado, mayor a 25.8%, por lo tanto, el puntaje obtenido es = 10 puntos

Total del Indicador Vigilancia laboratorial = 8 puntos

6. COBERTURA DE VACUNACIÓN (15 puntos)

F.1 Porcentaje de perros y gatos vacunados, en las Semanas Nacional y de Reforzamiento de Vacunación Antirrábica, así como lo acumulado por mes en el resto del año. (10 puntos)

Para su construcción se siguen los siguientes pasos:

Primero, calcular el por ciento de cumplimiento por J.S., se consideran dos cifras, la cantidad lograda entre la meta programada1 y se multiplica por 100; este proceso se repite por cada J.S. de la Entidad.

Conviene aclarar que el valor para el cumplimiento de la meta varía de acuerdo con el trimestre, para el primer trimestre la meta que se considera es el 80% de cumplimiento del total anual; para el segundo trimestre es el 90%; acumulando para el tercer trimestre debe ser el 95% y el cierre del año corresponde al 100% de la meta programada.

NOTA: EL LOGRO OBTENIDO EN LA SEMANAS NACIONAL Y DE REFORZAMIENTO DE VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA SE REGISTRARÁ EN EL MES DE MARZO Y SEPTIEMBRE RESPECTIVAMENTE EN EL SIS-SINBA.

Segundo, obtener el por ciento de cumplimiento Estatal, mediante la sumatoria de los por cientos logrados por cada J.S; ése total se dividirá entre un valor que resulta de multiplicar el número de J.S. de la Entidad por 100 que es el máximo por ciento por alcanzar. Ese resultado se multiplica por 100 para expresarlo en por ciento.
Tercero, para concluir se calcula el número de puntos logrados por la Entidad mediante una regla de tres simple que considera que el 100% es igual a 10 puntos, como el por ciento del cumplimiento Estatal será igual a X.
A continuación, se describe este proceso con un ejemplo:

a) Por ciento de cumplimiento por J.S

$$\frac{\text{Número de perros y gatos vacunados}}{\text{Meta prevista de perros y gatos a vacunar para el período}} \text{ X } 100$$

Ejemplo:
Meta al tercer trimestre 289,000 (95% de la meta anual) perros y gatos a vacunar

$$\frac{\text{285,000 perros y gatos vacunados}}{\text{289,000 de perros y gatos a vacunar para el período}} \text{ X } 100$$

289,000---------100% X= 285,000 X 100 / 289,000 = 98.6%

* Es importante destacar que, en el caso de rebasar el logro de la meta, este se ajustará a 100%

Obtención del cumplimiento estatal

Ejemplo:
Se cuenta con 5 J.S, se realiza la sumatoria de los por cientos logrados que corresponde:

98.6 + 100 + 33.9 + 80.4 + 66.5 = 379.4

Se divide entre 500, que corresponde al número de J.S. de la entidad y se multiplica por 100 que es el máximo por ciento a alcanzar, el resultado por 100 para expresarse en por ciento.

379.4 / 500 * 100 = 75.88%

b) Calcular el número de puntos del cumplimiento Estatal.

A este por ciento le corresponde:
100% = 10 puntos 100% ----- 10
75.88% logrado X 75.88% ----- X
X = 7.6 Puntaje

F.2 Evalúa la cantidad, oportunidad y calidad del biológico antirrábico canino adquirido por los SESA (5 puntos)
Para su construcción se siguen los siguientes pasos:
Primero, El responsable estatal de zoonosis captura en el SIZOO a la Subdirección de Zoonosis copia de la entrada de almacén que incluya fecha de ingreso a cámara de frio estatal, cantidad en frascos o dosis y copia del oficio que emite COFEPRIS donde autoriza uso y distribución de ese biológico a utilizarse durante el año 2018
Segundo, para evaluar la cantidad del biológico adquirido se comparará inicialmente la entrada de almacén con la meta de la SNVACYF para corroborar que se adquirieron los suficientes frascos de vacuna para el desarrollo de esa jornada de salud (1), posteriormente se comparara con la meta anual para respaldar que el biológico es suficiente para cubrir el total del año (conservar 1 punto). En caso de disponer de remanentes, deberán enviar copia del documento que avale cantidad con caducidad para obtener el punto ajustándose a los requisitos del punto Primero.
Tercero, para evaluar la oportunidad del biológico en la entidad, se revisará la fecha que está marcada en la entrada de almacén que envío el responsable estatal de zoonosis, la fecha deberá indicar que el biológico llego al almacén de los SESA como mínimo 3 semanas de antelación al inicio de las actividades de la SNVACYF para obtener 2 puntos.
Cuarto, para medir la calidad de la vacuna, se revisará copia del oficio de uso y distribución de la misma emitida por COFEPRIS en 2018 y se obtendrán 2 puntos.
Ejemplo:
El estado cumple con los tres aspectos a evaluar, suma 5 puntos
Se deberán sumar ambas calificaciones: 7.6 + 5 = 12.6 puntos
Total del Indicador Cobertura de vacunación 12.6 puntos

7.- Perros y gatos esterilizados (15 puntos)
G.1.- Perros y gatos esterilizados con respecto a la meta (10 puntos)
Para su construcción se siguen los siguientes pasos:
Primero, calcular el por ciento de cumplimiento en las J.S. que programaron actividades para el periodo a evaluar, sin perder de vista que al cierre anual todas las J.S. tuvieron que haber trabajado sobre una meta establecida, en caso contrario la calificación será “0” de igual manera si carecen de meta y registran logros. Se consideran dos cifras, la cantidad lograda entre la cantidad programada y se multiplica por 100; este proceso se repite por cada J.S. de la Entidad.
Segundo, obtener el por ciento de cumplimiento Estatal, mediante la sumatoria de los por cientos logrados por cada J.S.; ese total se dividirá entre un valor que resulta de multiplicar el número de J.S. en la Entidad por 100 que es el máximo por ciento por alcanzar. Ese resultado se multiplica por 100 para expresarlo en por ciento.
Tercero, para concluir se calcula el número de puntos logrados por la Entidad mediante una regla de tres simple que considera que el 100% es igual a 5 puntos, como el por ciento del cumplimiento Estatal será igual a X.

A continuación, se describe este proceso con un ejemplo:

a) Por ciento de cumplimiento por J.S

$$\frac{\text{Número de perros y gatos esterilizados}}{\text{Meta prevista de perros y gatos a esterilizar}} \text{ X } 100$$

Ejemplo:

Meta trimestral 2,754 de perros y gatos esterilizar.

$$\frac{\text{2,900 perros y gatos esterilizados}}{\text{2,754 de perros y gatos por esterilizar}} \text{ X } 100$$

X= 2,900 X 100 / 2,754 = 105.3% logrado, ajustando este 2,900 a 100, independientemente que se rebase la meta.

b) Obtención del cumplimiento estatal

Ejemplo:

Se cuenta con 5 JS, se realiza la sumatoria de los por cientos logrados que corresponde:

100 + 100 + 63.1 + 0 + 0 = 263.1

Se divide entre 500, que corresponde al número de J.S. de la entidad y finalmente se multiplica por 100 que es el máximo por ciento a alcanzar, el resultado por 100 para expresarse en por ciento.

263.1 / 500 X 100 = 52.6

c) Calcular el número de puntos del cumplimiento Estatal.

A este por ciento le corresponde:

100% = 5 puntos		100%	----- 5	
52.6% logrado =	X	52.6%	----- X = 2.63	X = 2.6 Puntos

*Solo se evaluarán las J.S. que hayan programado actividades para el trimestre respectivo y para el cierre anual todas las J.S. deberán de cumplir las metas programadas.

**Es importante señalar, que las calificaciones por J.S. será “0” en cualquiera de las 2 condiciones:

- Sin meta – con logro
- Con meta – sin logro

G.3.- Participación en las actividades del Día Mundial de la Rabia y el Mes Nacional de Esterilización (5 puntos)

Los SESA ingresarán los testimoniales documentales que avalen la realización de las acciones de campo y/o académicas de este evento internacional, previamente consensuadas en las reuniones con los responsables estatales de zoonosis. Estas evidencias las deberán ingresar en el SIZOO en un máximo de un mes posterior a la celebración (28 de septiembre). De igual manera se ingresará en el SIZOO la información correspondiente a la planeación y los logros del Mes Nacional de Esterilización conforme a las fechas que se especifiquen.

El cálculo para obtener los puntos se realiza mediante:

- Si hay evidencia de realizar las actividades de campo y/o académicas del Día Mundial de la Rabia, así como la captura de en los tiempos establecidos para planeación y logros del Mes Nacional de Esterilización, automáticamente el puntaje será 5.
- Si por el contrario no se realizan las capturas y testimoniales para ambos eventos o bien se realiza después del tiempo establecido el puntaje será 0 (cero). Cabe señalar que ambas actividades pueden someterse a corroboración alguna mediante supervisiones o solicitud de algún otro testimonial.

Ejemplo:

El estado realiza su actividad de campo y/o académica el día 28 de septiembre con motivo del Día Mundial de la Rabia, ingresando los testimoniales de la(s) actividad(es) de esta celebración internacional a más tardar el 12 de octubre, así como ingresar su información de planeación y logros del Mes Nacional de Esterilización, obtiene 5 puntos.

Variable	Realización de la actividad	Envío de reporte testimonial	Puntos asignados
Participación en las actividades del Día Mundial de la Rabia	28 de septiembre	12 de octubre	5
Captura de planeación y logros del Mes Nacional de Esterilización	Octubre	Septiembre-Noviembre	
Total de puntos en el año para los SESA = 5			

Total del Indicador perros y gatos esterilizados 7.6 puntos

10.- Población canina y felina estabilizada (5 puntos)

H.1.- Población canina y felina estabilizada, indicador acumulable, considera calcular el índice de estabilización por Jurisdicción Sanitaria no importando si es área rural o urbana, siendo la relación entre la suma acumulada de animales en control y esterilizados con los perros y gatos vacunados o programados, el resultado se compara con el valor máximo de la suma de animales en control y esterilizados en los últimos 5 años expresado en un valor porcentual (8.6%), que corresponde al estimado del reemplazo o sustitución en la población canina.

Para su construcción se siguen los siguientes pasos:

Primero, para obtener el índice de estabilización por J.S. se realiza la suma acumulada de animales en control y esterilizados hasta el periodo a evaluar, ese resultado se dividirá entre el total de perros y gatos programados o vacunados (valor más alto) al periodo, se multiplica por 100 para expresarlo en por ciento; este proceso se repite por cada J.S. de la Entidad.

Segundo, se identifican los puntos que le corresponden a ese índice mediante la comparación del índice de estabilización estándar que corresponde al 8.6% para el cierre del año (4to trimestre), información que se obtuvo de la suma de animales en control y esterilizados en los últimos 5 años.

Para evaluar por trimestre los índices de estabilización se comparan para el primer trimestre 2%; para el segundo trimestre 4%; para el tercer trimestre 6.6% y para el cuarto trimestre (cierre anual) 8.6%. Cabe destacar que los puntos que se pierdan por trimestre, no serán recuperados al 4to trimestre (cierre anual), es decir, si para el 1er trimestre no alcanzan las jurisdicciones el 2% de cumplimiento para el 2do no acumularan el 4%, para el 3er el 6.6% y para el cierre anual (4to trim) no tendrá la máxima calificación.

El cálculo para obtener los puntos se realiza mediante:

- Si el índice de estabilización es igual o mayor al valor estándar (8.6%) para el cierre anual automáticamente el puntaje será 5.
- Si por el contrario está por debajo del índice de estabilización (valor estándar 8.6%) se realizará una regla de tres simple para obtener los puntos.

Tercero, calcular el puntaje del cumplimiento del índice de estabilización por J.S., se consideran dos valores porcentuales, el por ciento del índice de estabilización entre el por ciento del valor estándar que corresponde al 8.6%, este resultado es multiplicado por 5 (puntaje máximo a alcanzar) para obtener los puntos que alcanza cada J.S.

Cuarto, para concluir se calcula el número de puntos logrados por la Entidad, mediante una regla de tres simple, efectuar la sumatoria de los puntajes logrados por cada J.S.; ese total se dividirá entre un valor que resulta de multiplicar el número de J.S. de la Entidad por 8.6% para el cierre anual, que es el por ciento estándar.

Ese resultado se multiplica por 5 que es el puntaje máximo, y así obtener finalmente el puntaje del cumplimiento Estatal.

A continuación, se describe este proceso con un ejemplo:

a) Por ciento de estabilización canina y felina por J.S

$$\frac{\text{Suma de perros controlados para el período}}{\text{Total de perros a vacunar para el período (la meta anual o perros vacunados “valor más alto”)}} \text{ X } 100$$

Ejemplo:

Total hasta el segundo trimestre de perros controlados y esterilizados

1,720 animales en control

Total al segundo trimestre de perros a vacunar o vacunados (valor más alto)

102,840 a vacunar

$$\frac{\text{1,720 perros en control para el período}}{\text{102,840 perros a vacunar o vacunados para el período(valor más alto)}} \text{ X } 100$$

102,840---------100% X= 1,720 * 100 / 102,840 = 1.67% de estabilización

1,720---------- X

Obtención del cumplimiento Estatal

Por ciento de estabilización

X 5 (puntaje máximo)

Ejemplo:

8.6%----------5 puntos X= 1.67 * 5 / 8.6= 0.97 puntos de estabilización

1.67%---------- X

Calcular el número de puntos del cumplimiento Estatal

Ejemplo:

Se cuenta con 5 JS, se realiza la sumatoria de los puntajes logrados de estabilización que corresponde:

0.97 + 3.02 + 2.49 + 1.44 + 2.44 = 10.36

Ésta cifra resultante se multiplica por 5 (que corresponde al máximo de puntos) y se divide entre 25 (que para el ejemplo se obtuvo de multiplicar el número de J. S. por 5)

25 = 5 puntos 25 ----- 5

10.36 logrado = X 10.36 ----- X

X = 2.07 Puntos

Total del Indicador Población canina y felina estabilizada 2.07 puntos

En resumen, en este ejercicio, la entidad evaluada (con cinco J.S.) obtuvo las siguientes calificaciones

Indicadores	Puntos Esperados	Puntos alcanzados	Calificación obtenida
SISTEMA DE INFORMACIÓN	10.00	9.23	92.3
SIN CASOS DE RABIA	20.00	18.5	82.5
ATENCIÓN AL HUMANO	15.00	17.86	89.3
NOTIFICACIÓN DE PACIENTES	10.00	5.20	52.0
VIGILANCIA LABORATORIAL	10.00	8.00	80.0
COBERTURA DE VACUNACIÓN	15	12.6	84.0
PERROS Y GATOS ESTERILIZADOS	15	7.6	50.66
POBLACIÓN CANINA Y FELINA ESTEBILIZADA	5	2.07	41.4
Total	100	81.06	81.06

Finalmente, la calificación obtenida por indicador se ingresa a la herramienta HeCAMEX, para calcular el Índice de Desempeño Vectorial de cada Estado.

Cabe destacar que para obtener el índice de desempeño vectorial al cuarto trimestre (cierre anual) se consideran las cifras que dispone el SIS-SINBA por trimestre y otras fuentes de respaldo, comparándose las metas disponibles en la Subdirección de Zoonosis para ese mismo periodo. De igual manera los puntos en los Indicadores de esta metodología que se pierdan por trimestre, no serán recuperados en los trimestres siguientes, es decir, si para el 1er trimestre no alcanzan las jurisdicciones el 100%, no se acumularan para los siguientes trimestres (2°, 3°, y 4to) por lo que no serán acreedores de la máxima calificación.

El índice de desempeño vectorial se clasifica mediante los siguientes rangos:

1. 90– 100 Sobresaliente
2. 80 – 89 Satisfactorio
3. 60 – 79 Mínimo
4. < 60 Precario

PROGRAMA DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y CONTROL DE LOS PROBLEMAS DE SALUD BUCAL

CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES (CENAPRECE)

RUY LOPEZ RIDAURA
Director General del Centro Nacional De Programas Preventivos Y Control De Enfermedades

SALUD BUCAL

Subdirectora de Salud Bucal

Alejandro Muñuzuri Hernández
Jefe del Departamento de Prevención y Vigilancia de Fluorosis Dental

INTRODUCCIÓN

El Boletín “Caminando a la Excelencia” del Programa de Prevención, Detecciónу Control de los Problemas de Salud Bucal surge de la necesidad de evaluar el desempeño de todas las entidades federativas mediante los indicadores de infraestructura, Eficacia, Educativo Preventivo Intramuros así como del Preescolar y Escolar. Estos indicadores se dieron a conocer a los Líderes Estatales del Programa de Salud Bucal en los años 2015, 2016 y 2017.

La ponderación de estos indicadores permite observar claramente los puntos débiles y reforzar las actividades del programa para fortalecerlos. Por tanto, se dio mayor peso a los indicadores de: Eficacia Intramuros, Educativo Preventivo Intramuros, Preescolares y Escolares Extramuros ya que es necesario fortalecer la promoción de la salud bucal, la prevención de las enfermedades bucales e incrementar la productividad en los servicios odontológicos para lograr una atención integral con calidad.

El índice de desempeño esta integrado por los cuatro indicadores que se escriben a continuación, a los cuales se les da un peso específico y permiten evaluar el avance del Programa.

Metodología

Para poder realizar la evaluación trimestral de los indicadores es necesario contar con la siguiente información:

1. Población sin seguridad social. (incluye Seguro Popular)
2. Total de odontólogos y pasantes en servicio social.
3. Total de unidades funcionando en el turno matutino.
4. Total de unidades funcionando en el turno vespertino.
5. Total de unidades funcionando en jornada especial.
6. Promedio de horas diarias trabajadas en sillón dental por odontólogo.
7. Total de días laborales al año.
8. Total de consultas odontológicas de primera vez.
9. Total de consultas odontológicas subsecuentes.
10. Total de Tratamientos Integrales Terminados.
11. Total de actividades restaurativas intramuros. (amalgamas, ionómero de vidrio y resinas)
12. Total de actividades mutilantes intramuros (extracciones de piezas permanentes).
13. Total de control de placa bacteriana. (intramuros)
14. Total de sesiones sobre salud bucal. (intramuros)
15. Total de profilaxis.
16. Total de odontoxesis.
17. Total de aplicaciones tópicas de flúor. (intramuros)
18. Total de aplicaciones de barniz con flúor. (intramuros)
19. Total de revisión de tejidos bucales. (intramuros)
20. Total de alumnos atendidos por primera vez en el ciclo escolar. (preescolar)
21. Total de alumnos atendidos por primera vez en el ciclo escolar. (escolar)
22. Total de detecciones de placa bacteriana extramuros. (preescolar)
23. Total de detecciones de placa bacteriana extramuros. (escolar)
24. Total de instrucciones de técnicas de cepillado extramuros. (preescolar)
25. Total de Instrucciones de técnicas de cepillado extramuros. (escolar)
26. Total de asistentes a sesiones de salud bucal extramuros. (preescolar)
27. Total de asistentes a sesiones de salud bucal extramuros. (escolar)
28. Total de Instrucciones del uso del hilo dental extramuros. (escolar)
29. Total de enjuagues de fluoruro de sodio extramuros. (escolar)
30. Total de aplicaciones de barniz con flúor de sodio. (escolares)
31. Total de niños libres de caries en detección final.
32. Total de niños obturados sin caries en detección final.
33. Total de alumnos examinados en detección inicial.

Indicadores

1. Indicador de Infraestructura (10%) Periodicidad trimestral

Objetivo: Incrementar el número de unidades dentales funcionando en cada entidad federativa, para cubrir la demanda de la atención odontológica.

Notas:

- De acuerdo a los lineamientos por cada 3 núcleos básicos deberá existir un odontólogo, lo que representa 9,000 habitantes por odontólogo.
- U/O=Número de unidades con odontólogo necesarias.
- Para calcular el total de unidades dentales funcionando, deberá sumar el total de unidades dentales funcionando en el turno matutino y vespertino, que cuenten con odontólogo; y se tomará la cifra del último día del periodo a evaluar.

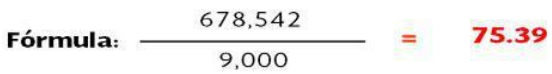
Fuente:

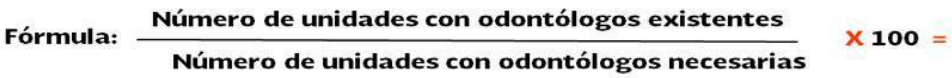
- Población sin seguridad social: www.salud.gob.mx
- Unidades existentes: Diagnóstico situacional estatal.

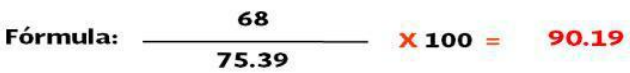
Ejemplo: Cálculo del total de unidades dentales funcionando: (Con odontólogo)

Total de unidades dentales funcionando y no funcionando	Total de unidades dentales funcionando en turno matutino	Total de unidades dentales funcionando en turno vespertino	Total de unidades dentales funcionando en jornada acumulada	Total de unidades dentales funcionando en la jurisdicción o en el estado.
100	100	30	4	132
270	250	60	0	310
95	140	8	2	149
¿ 41 ?	33	8	0	41

Ejemplo: Cálculo del total de unidades dentales funcionando: (Con odontólogo)







2. Indicador de eficacia intramuros (30%) Periodicidad trimestral

El indicador de eficacia se compone de 3 sub-indicadores que son:

A. Productividad intramuros (30%)
B. Tratamiento Integral Terminado (35%)
C. Limitación del daño (35%)

A) Productividad intramuros

Objetivo: Incrementar el rendimiento de unidades dentales funcionando con odontólogo, para satisfacer la demanda de la población.

Formula:	Total de consultas odontológicas / Total de unidades funcionando con odontólogo por turno	/días laborables al año / Horas diarias trabajadas en sillón dental / 1.33 X100 =

Nota:

- Se contemplan 190 días laborables al año. (se eliminaron 10 días que corresponden a las Semanas Nacionales de Salud Bucal).
- En Turno matutino y vespertino (jornada de 8 hrs. contratadas); se contempla que el odontólogo destine 6 hrs. diarias de trabajo de sillón, atendiendo 8 pacientes diarios. (se redujo el indicador de 1.5 a 1.33 para incrementar el tiempo de atención, mejorar la calidad y estimular el tratamiento integral terminado).
- En Jornada Acumulada o Especial (jornada de 12 hrs. diarias); se contemplan 10 pacientes por día y se contabilizará como 0.5 de unidad convencional.

Fuente:

- Total de consultas odontológicas: Sistema de Información en Salud (SIS) variables CPP06 y CPP13
- Total de unidades dentales funcionando con odontólogo por turno: Diagnóstico situacional estatal.

Ejemplo: Para el cálculo de este indicador es necesario ajustar el número de odontólogos y pasantes, así como el número de unidades dentales funcionando en turno matutino y vespertino, según el periodo a evaluar.

El procedimiento es como sigue:

Para odontólogos y pasantes en servicio social

- 1er Trimestre Total de odontólogos y pasantes que laboraron durante el 1er trimestre =
- 2do Trimestre (Total de odontólogos y pasantes que laboraron durante el 1er trimestre X 0.475) + (Total de odontólogos y pasantes que laboraron durante el 2do trimestre X 0.525) =3er Trimestre (Total de odontólogos y pasantes que laboraron durante el 1er trimestre X 0.318) + (Total de

odontólogos y pasantes que laboraron durante el 2do trimestre X 0.351) + (Total de odontólogos y pasantes que laboraron durante el 3er trimestre X 0.331) =

- 4to Trimestre (Total de odontólogos y pasantes que laboraron durante el 1er trimestre X 0.239) + (Total de odontólogos y pasantes que laboraron durante el 2do trimestre X 0.264) + (Total de odontólogos y pasantes que laboraron durante el 3er trimestre X 0.249) + (Total de odontólogos y pasantes que laboraron durante el 4to trimestre X 0.248) =

Para unidades dentales funcionando en turno matutino y vespertino

- 1er Trimestre Total de unidades dentales funcionando en ambos turnos durante el 1er trimestre

- 2do Trimestre (Total de unidades dentales funcionando en ambos turnos durante el 1er trimestre X 0.475) + (Total de unidades dentales funcionando en ambos turnos durante el 2do trimestre X 0.525) =

- 3er Trimestre (Total de unidades dentales funcionando en ambos turnos durante el 1er trimestre X 0.318) + (Total de unidades dentales funcionando en ambos turnos durante el 2do trimestre X 0.351) + (Total de unidades dentales funcionando en ambos turnos durante el 3er trimestre X 0.331) =

- 4to Trimestre (Total de unidades dentales funcionando en ambos turnos durante el 1er trimestre X 0.239) + (Total de unidades dentales funcionando en ambos turnos durante el 2do trimestre X 0.264) + (Total de unidades dentales funcionando en ambos turnos durante el 3er trimestre X 0.249) + (Total de unidades dentales funcionando en ambos turnos durante el 4to trimestre X 0.248)=

PERIODO	DÍAS LABORABLES A CALCULAR	DÍAS
1er trimestre	Una cuarta parte de total de días laborables al año.	48
2do trimestre	Dos cuartas partes de total de días laborables al año.	95
3er trimestre	Tres cuartas partes de total de días laborables al año.	142
4to trimestre	Total de días laborables al año.	190

Ejemplo 1: *Cálculo del 2 Trimestre (acumulado)*

Cálculo para obtener el número de odontólogos y pasantes.

Total de odontólogos y pasantes del 1er. Trimestre 130 X 0.475 = 61.75
Total de odontólogos y pasantes del 2do. Trimestre 137 X 0.525 = 71.92

Cálculo para obtener el número de unidades dentales funcionando.
Total de unidades dentales del 1er. Trimestre 100 X 0.475 = 47.50

Total de unidades dentales del 2do. Trimestre 110 X 0.525 =57.75

Si hay diferencia entre el total de odontólogos y unidades dentales funcionando en cada trimestre, se deberá elegir la cifra menor que resulte de los cálculos anteriores.

Total de odontólogos con unidades dentales funcionando en todos los turnos del 1er. Trimestre: 47.50
Total de odontólogos con unidades Dentales funcionando en todos los turnos del 2do. Trimestre: 57.75
Total de odontólogos con unidades dentales funcionando en todos los turnos del 1er. Trimestre y 2do. Trimestre a programar: 105.25

Ejemplo 2: *Cálculo del 2 Trimestre (acumulado)*

Cálculo para obtener el número de odontólogos y pasantes.

Total de odontólogos y pasantes del 1er. Trimestre	130	X 0.475	=	61.75
Total de odontólogos y pasantes del 2do. Trimestre	130	X 0.525	=	68.25

Cálculo para obtener el número de unidades dentales funcionando.

Total de unidades dentales del 1er. Trimestre	100	X	0.475 =	47.50
Total de unidades dentales del 2do. Trimestre	100	X	0.525 =	52.50

Si hay diferencia entre el total de odontólogos y unidades dentales funcionando en cada trimestre, se deberá elegir la cifra menor que resulte de los cálculos anteriores.

Total de odontólogos con unidades dentales funcionando en todos los turnos del 1er. Trimestre: 47.50
Total de odontólogos con unidades Dentales funcionando en todos los turnos del 2do. Trimestre: 52.50
Total de odontólogos con unidades dentales funcionando en todos los turnos del 1er. Trimestre y 2do. Trimestre a programar: 100.00

Ejemplo: *Cálculo del 2 Trimestre (acumulado)*

Fórmula: $\frac{\text{Total de consultas estomatológicas}}{\text{Total de odontólogos y pasantes en servicio Social con unidad funcionando}}$ / (Total de días laborables al semestre) / Promedio de horas diarias contratadas / 1.33 X 100 =

Fórmula: $\frac{78{,}548}{105.25}$ / 95 / 6 / 1.33 X 100 = 98.44

B) Tratamiento Integral Terminado

Objetivo: Promover la conclusión del plan de tratamiento odontológico en la población atendida en el primer nivel de atención.

Notas:

- Actualmente 1 de cada 10 pacientes terminan su tratamiento, se propone elevar esta cifra a 3 de cada 10 pacientes.
- 0.003.- Es la síntesis de multiplicar el resultado por 100 para obtener el porcentaje y después dividirlo entre .30 (30 por ciento), que es el porcentaje esperado para este indicador.

Fuente:

- Tratamiento Integral Terminado: Sistema de Información en Salud (SIS) variable SBI27
- Consulta de Primera Vez: Sistema de Información en Salud (SIS) variable CPP06

Ejemplo: *Indicador de Tratamiento Integral Terminado.*

C) Limitación del Daño

Objetivo: Privilegiar las actividades curativas sobre las mutilantes para limitar el daño en etapas más tempranas que permitan prevenir la pérdida de dientes y las consecuencias en su salud integral.

Notas:

- Es el total de actividades restaurativas realizadas: amalgamas, ionómero de vidrio y resinas, entre el total de actividades mutilantes realizadas: extracciones de dientes permanentes y el resultado se divide entre 0.05

- En promedio nacional se realizan 4.2 actividades restaurativas por una mutilante (extracción de diente permanente). Se modifica este indicador de 3 a 5 actividades restaurativas para incentivar el Tratamiento Integral Terminado.

- 0.05.- Es la síntesis de multiplicar el resultado por 100 para obtener el porcentaje y después dividirlo entre 5, que son las actividades restaurativas esperadas por cada actividad mutilante.

Fuente:

- Actividades Restaurativas: Sistema de Información en Salud (SIS) variables SBI16, SBI17 y SBI18
- Actividades Mutilantes: Sistema de Información en Salud (SIS) variable SBI21

Ejemplo: *Indicador de Limitación del Daño.*

$$\text{Fórmula: } \frac{\text{Actividades Restaurativas (amalgamas, ionómero de vidrio y resinas)}}{\text{Actividades Mutilantes (extracciones en dientes permanentes)}} \ / \ 0.05 =$$

$$\text{Fórmula: } \frac{124{,}968}{25{,}718} \ / \ 0.05 = \quad 97.18$$

Nota General del Indicador:

- Posterior a obtener los resultados de los tres sub-indicadores del Indicador de Eficacia intramuros, se procederá a multiplicar los resultados de cada sub-indicador por su ponderador correspondiente y sumar los resultados de acuerdo a la siguiente fórmula:

Ejemplo:

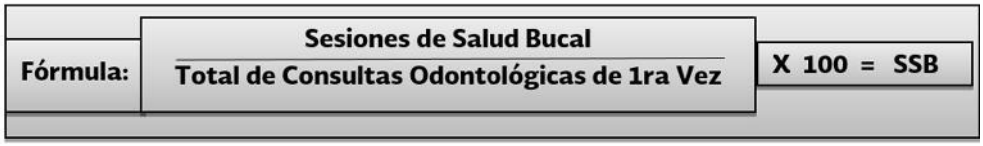
3. Educativo Preventivo Intramuros (30%) Periodicidad trimestral

El indicador educativo preventivo intramuros se compone de 6 sub-indicadores divididos en 2 grupos que son:

A. Educativo Intramuros (50%): Control de Placa Bacteriana (25%) y Sesiones de Salud Bucal (25%).
B. Preventivo Intramuros (50%): Profilaxis (12%), Odontoxesis (12%), Revisión de Tejidos Bucales (12%), Aplicación Tópica de Flúor y/o Barniz con Flúor (14%).

A) Educativo Intramuros

Objetivo: Reducir las enfermedades periodontales mediante el Control de la Placa Bacteriana y registrar su índice para dar seguimiento y concientizar al paciente de la importancia de la salud bucal así como, su relación con la salud general para promover la prevención de las enfermedades bucales y lograr continuidad en el tratamiento.



Fuente:

- Control de Placa Bacteriana: Sistema de Información en Salud (SIS) variables SBI28, SBI29, SBI36 y SBI37 entre CPP06 y CPP13
- Sesiones de Salud Bucal: Sistema de Información en Salud (SIS) variable SBI44 entre CPP06

Ejemplo: *Indicadores Educativos Intramuros.*

Fórmula: Control de Placa Bacteriana / Total de Consultas Odontológicas X 100 = CPB

Fórmula: $\frac{136{,}224}{309{,}934}$ X 100 = 43.95

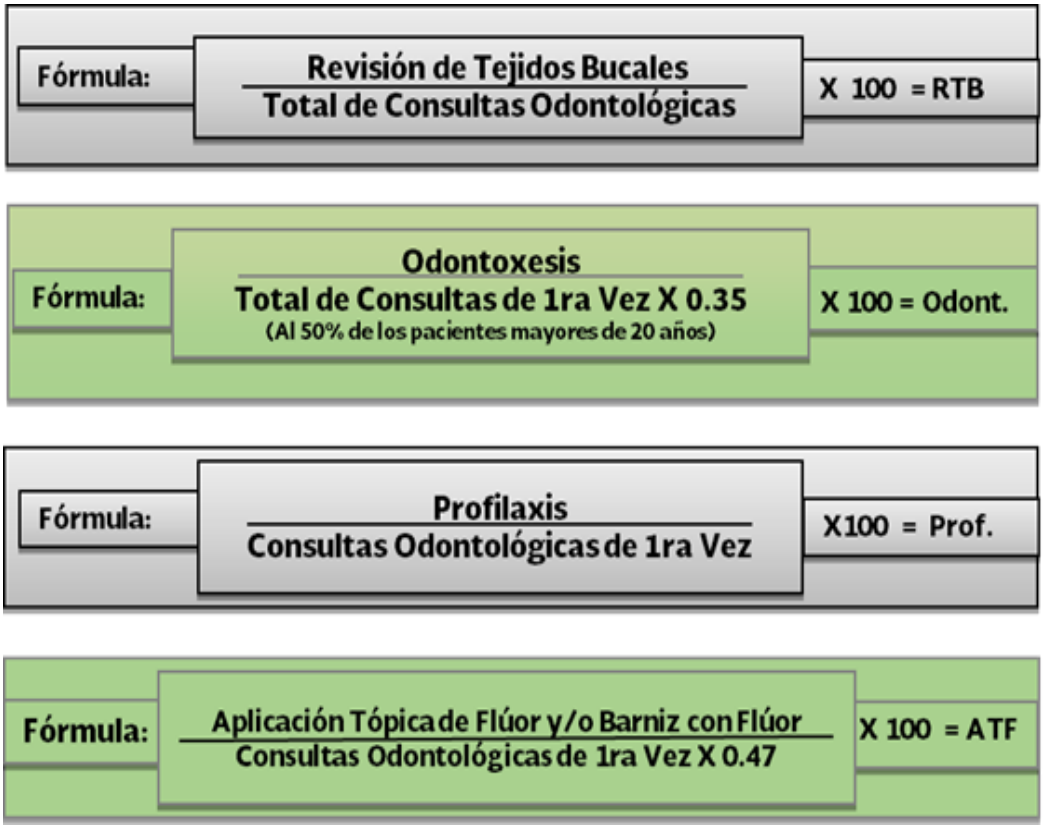
Fórmula: Sesiones de Salud Bucal / Total de Consultas Odontológicas de 1ra Vez X 100 = SSB

Fórmula: $\frac{134{,}419}{139{,}430}$ X 100 = 96.41

B) Preventivo Intramuros

Objetivo: Reducir la caries y enfermedad periodontal mediante la eliminación de la placa bacteriana y el pulido de las superficies dentales (profilaxis), aplicación de fluoruro en las superficies dentarias (aplicación tópica de flúor y/o barniz con flúor) y remoción de sarro y tártaro mediante raspado y

alisado periodontal (odontoxesis), así como concientizar al paciente de la importancia de la realización de examen de los tejidos blandos y duros intra y extra bucales.



Fuente:

- * Revisión de Tejidos Bucales: Sistema de Información en Salud (SIS) variable SBI10 entre CPP06 y CPP13
- * Odontoxesis: Sistema de Información en Salud (SIS) variable SBI14 entre CPP06 por 0.35
- * Profilaxis: Sistema de Información en Salud (SIS) variables SBI34, SBI35, SBI42 y SBI43 entre CPP06
- * Aplicación Tópica de Flúor y/o Barniz con Flúor: Sistema de Información en Salud, (SIS) variables SBI13 y SBI45 entre CPP06 por 0.47

Ejemplo: *Indicadores Preventivos Intramuros.*

$$\text{Fórmula: } \frac{\text{Revisión de Tejidos Bucales}}{\text{Total de Consultas Odontológicas}} \times 100 = \text{RTB}$$

$$\text{Fórmula: } \frac{135{,}777}{309{,}934} \times 100 = 43.81$$

$$\text{Fórmula: } \frac{\text{Odontoxesis}}{\text{Total de Consultas de 1ra Vez X 0.35}} \times 100 = \text{Odont.}$$

$$\text{Fórmula: } \frac{46{,}257}{139{,}430 \times 0.35 = (48{,}801)} \times 100 = 94.79$$

$$\text{Fórmula: } \frac{\text{Profilaxis}}{\text{Consultas Odontológicas de 1ra Vez}} \times 100 = \text{Prof.}$$

$$\text{Fórmula: } \frac{133{,}957}{139{,}430} 100 = 96.07$$

$$\text{Fórmula: } \frac{\text{Aplicación Tópica de Flúor y/o Barniz con Flúor}}{\text{Total de Consultas de 1ra Vez X 0.47}} \times 100 = \text{ATF}$$

$$\text{Fórmula: } \frac{34{,}643}{139{,}430 \text{ X } 0.47 = (65{,}532)} \times 100 = 52.86$$

Nota General del Indicador:

- Posterior a obtener los resultados de los seis sub-indicadores del Educativo Preventivo Intramuros, se procederá a multiplicar los resultados de cada sub-indicador por su ponderador correspondiente y sumar los resultados de acuerdo a la siguiente fórmula:
-

Fórmula:	(CPB x 0.25) + (SSB x 0.25) + (Prof. x 0.12) + (Odont. x 0.12) + (ATF x 0.14) + (RTB x 0.12) =

Fórmula:	(43.95 x 0.25) + (96.41 x 0.25) + (96.07 x 0.12)+ (94.79 x 0.12) + (24.84 x 0.14) + (43.81 x 0.12)=

Fórmula:	(10.987) + (24.102) + (11.528) + (11.374) + (3.477) + (5.257) = = 66.725

4. Indicador de Preescolares y Escolares (30%)

Periodicidad trimestral (A) Periodicidad anual (B)

El indicador preescolares y escolares se compone de 10 sub-indicadores divididos en 2 grupos que son:

A. Esquema Básico de Prevención (80%):

1. Productividad extramuros (10%).
2. Eficacia extramuros (70%):
   1.1. Preescolar: (30%): Técnica de Cepillado (10%), Detección de Placa Bacteriana (10%) y Sesiones de Salud Bucal (10%).
   1.2. Escolar: (40%) (Primaria, Secundaria y Bachillerato): Técnica de Cepillado (6%), Instrucción de Hilo Dental (6%), Detección de Placa Bacteriana (8%), Sesiones de Salud Bucal (6%) y Enjuagues de Flúor y/o Barniz con Flúor (14%).

- B. Sistema de Atención Gradual. (20%)

A) Esquema Básico de Prevención

1. Productividad Extramuros

Objetivo: Determinar el número de niños atendidos extramuros por odontólogos, que destinan el 15% de su jornada laboral para éste componente.
Fuente:

- Alumnos atendidos por primera vez en el ciclo escolar (preescolar y escolar): Sistema de Información en Salud (SIS) variables SBE34 y SBE35.

- Total de odontólogos en el estado: Diagnóstico situacional estatal.

Notas:

- Un odontólogo de base o por contrato o pasante en servicio social debe destinar al menos el 15% de su jornada laboral para este componente, estimándose que desarrolle actividades preventivas al menos a 432 niños en un ciclo escolar.

- El 4.320 es la síntesis de multiplicar el resultado por 100 para obtener el porcentaje y después dividirlo entre 432, que son los niños que se estima atender por odontólogo de base, contrato o servicio social.

- Éste indicador es acumulado y se medirá de acuerdo al ciclo escolar como sigue:

    - 1er Trimestre. - Se tomará la información de agosto a octubre del año anterior.
    - 2do Trimestre. - Se tomará la información de agosto del año anterior a enero del presente año.
    - 3er Trimestre. - Se tomará la información de agosto del año anterior a abril del presente año.
    - 4to Trimestre. - Se tomará la información de agosto del año anterior a julio del presente año.

Ejemplo: *Indicador Esquema Básico de Prevención "Productividad Extramuros"*.

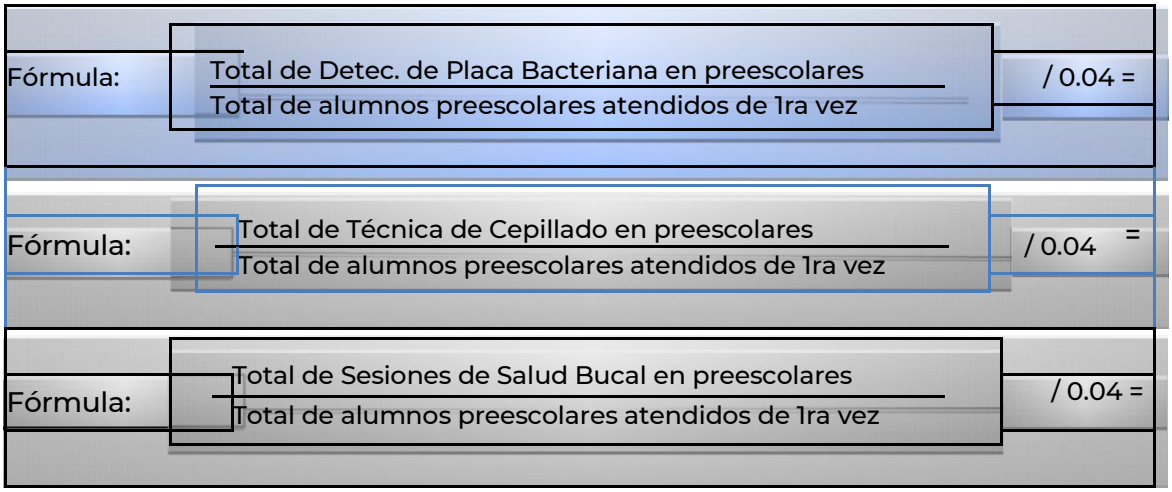
$$\text{Fórmula: } \frac{\text{Total de alumnos atendidos de 1ra vez}}{\text{Total de Odontólogos en el Estado}} \;/\; 4.32 =$$

$$\text{Fórmula: } \frac{192{,}879}{514} \;/\; 4.32 = 86.86$$

A) Esquema Básico de Prevención

2. Eficacia Extramuros
    2.1. Preescolar

Objetivo: Garantizar la aplicación del Esquema Básico de Prevención a los preescolares de acuerdo a los lineamientos nacionales del componente.



Fuente:

- Total de Detecciones de placa bacteriana o Instrucciones de técnica de cepillado o Asistentes a sesiones de salud bucal (preescolar): Sistema de Información en Salud (SIS) variables SBE02, SBE07 y SBE25.
- Total de Alumnos atendidos por primera vez en el ciclo escolar (preescolar): Sistema de Información en Salud (SIS) variable SBE34.

Ejemplo: *Indicadores Eficacia en Preescolares.*

$$\text{Fórmula: } \frac{\text{Total de Detecciones de Placa Bacteriana en preescolares}}{\text{Total de alumnos preescolares atendidos de 1ra vez}} / 0.04 =$$

$$\text{Fórmula: } \frac{144{,}151}{40{,}018} / 0.04 = 90.05$$

$$\text{Fórmula: } \frac{\text{Total de Técnica de Cepillado en preescolares}}{\text{Total de alumnos preescolares atendidos de 1ra vez}} / 0.04 =$$

$$\text{Fórmula: } \frac{144{,}273}{40{,}018} / 0.04 = 90.13$$

$$\text{Fórmula: } \frac{\text{Total de Sesiones de Salud Bucal en preescolares}}{\text{Total de alumnos preescolares atendidos de 1ra vez}} / 0.04 =$$

$$\text{Fórmula: } \frac{70{,}042}{40{,}018} / 0.04 = 43.76$$

Notas:

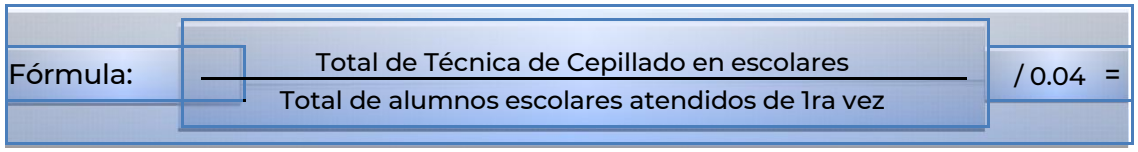
- Éste indicador es acumulado y se medirá de acuerdo al ciclo escolar como sigue:
    - 1er Trimestre. - Se tomará la información de agosto a octubre del año anterior y se dividirá entre 0.01
    - 2do Trimestre. - Se tomará la información de agosto del año anterior a enero del presente año y se dividirá entre 0.02
    - 3er Trimestre. - Se tomará la información de agosto del año anterior a abril del presente año y se dividirá entre 0.03
    - 4to Trimestre. - Se tomará la información de agosto del año anterior a julio del presente año y se dividirá entre 0.04

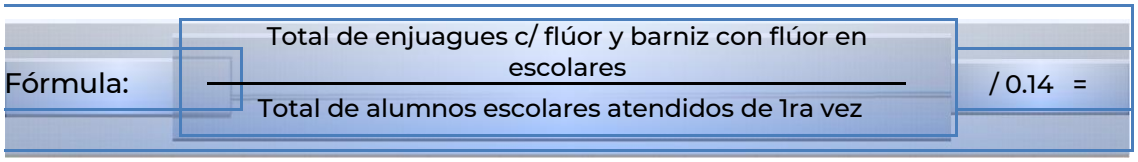
A. Esquema Básico de Prevención

2. Eficacia

2.2 Escolar

Objetivo: Garantizar la aplicación del Esquema Básico de Prevención a los escolares de acuerdo a los lineamientos nacionales del componente.





Fuente:

- Total de Detecciones de placa bacteriana o Instrucciones de técnica de cepillado o Instrucciones del uso del hilo dental o Enjuagues de fluoruro de sodio o Asistentes a sesiones de salud bucal (escolar): Sistema de Información en Salud (SIS) variables SBE29, SBE30, SBE31, SBE32, SBE47 y SBE33.
- Total de Alumnos atendidos por primera vez en el ciclo escolar (escolar): Sistema de Información en Salud (SIS) variable SBE35.

Ejemplo: *Indicadores Eficacia en Escolares.*

Fórmula: $\dfrac{\text{Total de Detección de Placa Bacteriana en escolares}}{\text{Total de alumnos escolares atendidos de 1ra vez}} / 0.04 =$

Fórmula: $\dfrac{400{,}928}{152{,}861} / 0.04 = 65.57$

Fórmula: $\dfrac{\text{Total de Técnica de Cepillado en escolares}}{\text{Total de alumnos escolares atendidos de 1ra vez}} / 0.04 =$

Fórmula: $\dfrac{400{,}583}{152{,}861} / 0.04 = 65.51$

Fórmula: $\dfrac{\text{Total de Instrucción del Uso del Hilo Dental en escolares}}{\text{Total de alumnos escolares atendidos de 1ra vez}} / 0.04 =$

Fórmula: $\dfrac{481{,}019}{152{,}861} / 0.04 = 78.67$

Fórmula: $\dfrac{\text{Total de Enjuagues c/ flúor en escolares}}{\text{Total de alumnos escolares atendidos de 1ra vez menos los alumnos que se atienden en el esquema de barniz.}} / 0.14 =$

Fórmula: $\dfrac{1{,}601{,}957}{107{,}003} / 0.14 = 106.94$ (se ajusta a 100)

Fórmula: $\dfrac{\text{Total de Barnices c/ flúor en escolares}}{\text{Total de alumnos que se atienden en el esquema de barniz.}} / 0.02 =$

Fórmula: $\dfrac{91{,}716}{45{,}858} / 0.02 = 100.00$

Fórmula: $\dfrac{\text{Total de Sesiones de Salud Bucal en escolares}}{\text{Total de alumnos escolares atendidos de 1ra vez}} / 0.04 =$

Fórmula: $\dfrac{211{,}577}{152{,}861} / 0.04 = 34.60$

Notas:

- Para Detecciones de placa bacteriana o Instrucciones de técnica de cepillado o Instrucciones del uso del hilo dental o Asistentes a sesiones de salud bucal en escolares, se medirá de acuerdo al ciclo escolar como sigue:

    - 1er Trimestre. - Se tomará la información de agosto a octubre del año anterior y se dividirá entre 0.01
    - 2do Trimestre. - Se tomará la información de agosto del año anterior a enero del presente año y se dividirá entre 0.02
    - 3er Trimestre. - Se tomará la información de agosto del año anterior a abril del presente año y se dividirá entre 0.03
    - 4to Trimestre. - Se tomará la información de agosto del año anterior a julio del presente año y se dividirá entre 0.04

- Para Enjuagues de fluoruro de sodio en escolares, se medirá de acuerdo al ciclo escolar como sigue:

    - 1er Trimestre. - Se tomará la información de agosto a octubre del año anterior y se dividirá entre 0.03
    - 2do Trimestre. - Se tomará la información de agosto del año anterior a enero del presente año y se dividirá entre 0.06
    - 3er Trimestre. - Se tomará la información de agosto del año anterior a abril del presente año y se dividirá entre 0.09
    - 4to Trimestre. - Se tomará la información de agosto del año anterior a julio del presente año y se dividirá entre 0.14

- Para aplicaciones de Barnices con Flúor en escolares, se medirá de acuerdo al ciclo escolar como sigue:

    - 1er Trimestre. - Se tomará la información de agosto a octubre del año anterior y se dividirá entre 0.01
    - 2do Trimestre. - Se tomará la información de agosto del año anterior a enero del presente año y se dividirá entre 0.01
    - 3er Trimestre. - Se tomará la información de agosto del año anterior a abril del presente año y se dividirá entre 0.02
    - 4to Trimestre. - Se tomará la información de agosto del año anterior a julio del presente año y se dividirá entre 0.02

- Para evaluar el sub-indicador de total de enjuagues con flúor y/o barnices con flúor en escolares, deberán enviar vía oficio a más tardar en el mes de enero, el total de alumnos que se atienden en el esquema de barniz con flúor y así poderlo restar al total de alumnos atendidos de primera vez en el ciclo preescolar y escolar que realicen los enjuagues con flúor quincenalmente.

- En el caso que utilicen los dos esquemas (enjuagues y barnices) se promediarán las calificaciones resultantes.

4. Preescolar y Escolar

B) Sistema de Atención Gradual

Objetivo: Mantener al escolar sano y rehabilitar a los detectados como enfermos (con caries) para lograr “Escuelas Promotoras de Salud Bucal y/o Libres de Caries”.

Fórmula:	Libres de Caries + obturados sin caries (detección final) / Total de alumnos examinados (detección inicial)	/ 0.008 =

Fuente:

- Libres de Caries u Obturados sin Caries en Detección Final: Sistema de Información en Salud (SIS) variables SBE44 y SBE46.
- Total de Alumnos examinados en Detección Inicial: Sistema de Información en Salud (SIS) variable SBE39.

Ejemplo: *Indicador Sistema de Atención Gradual*

Diagnóstico Inicial:		Diagnóstico final:	
Alumnos Examinados:	100 niños	Alumnos Examinados:	95 niños
Libres de Caries:	50 niños	Libres de Caries:	48 niños
Con Caries:	40 niños	Con Caries:	20 niños
Obturados sin Caries:	10 niños	Obturados sin Caries:	27 niños

$$\text{Fórmula: } \frac{\text{Libres de Caries + obturados sin caries (detección final)}}{\text{Total de alumnos examinados (detección inicial)}} \text{ / } 0.008 =$$

$$\text{Fórmula: } \frac{48 + 27 =}{100} \text{ / } 0.008 = 93.75$$

Notas:

- Se registrará en el apartado de Detección Inicial únicamente los niños que cuenten con consentimiento para recibir tratamiento firmado por sus padres o tutor.
- Se espera que el 80% de los niños se mantengan libres de caries o se rehabiliten para obtener el 100% en éste indicador.
- Éste indicador se medirá anualmente, se contabilizará en el cuarto trimestre, repitiéndose la calificación cada trimestre hasta el cuarto trimestre del año siguiente y se medirá de acuerdo al ciclo escolar:
    - 1er Trimestre. - Se tomará la información del ciclo escolar anterior.

- 2do Trimestre. - Se tomará la información del ciclo escolar anterior.
- 3er Trimestre. - Se tomará la información del ciclo escolar anterior.
- 4to Trimestre. - Se tomará la información de agosto del año anterior a julio del presente año (ciclo escolar completo).

Nota General:

- Posterior a obtener los resultados de los diez sub-indicadores del Indicador de Preescolares y Escolares extramuros, se procederá a multiplicar los resultados de cada sub-indicador por su ponderador correspondiente y sumar los resultados de acuerdo a la siguiente fórmula:

Ejemplo:

(Productividad x 0.10) + (TC Preescolar x 0.10) + (DPB Preescolar x Fórmula:0.10) + (SSB Preescolar x 0.10) + (TC Escolar x 0.06) + (DPB Escolar x 0.08) + (IHD Escolar x 0.06) + (EF Escolar x 0.14) + (SSB Escolar x 0.06 + (SAG x 0.20) =

Fórmula:	(86.86 x 0.10) + (90.13 x 0.10) + (90.05 x 0.10) + (43.76 x 0.10) + (65.51 x 0.06) + (65.57 x 0.08) + (78.67 x 0.06) + (100 x 0.14) + (34.60 x 0.06) + (93.75 x 0.20) =

Fórmula:	(8.686) + (9.013) + (9.005) + (4.376) + (3.931) + (5.246) + (4.720) + (14) + (2.076) + (18.75) = 79.80

Índice de Desempeño

Para calcular el índice de desempeño se debe conocer la magnitud vectorial del estado y la magnitud vectorial ideal.

- Magnitud Vectorial del Estado: Es la raíz cuadrada de la suma de cada indicador ponderado y al cuadrado.

$$\sqrt{(\text{Indicador de Infraestructura X } 0.10)^2 + (\text{Indicador de Eficacia X } 0.30)^2 + (\text{Indicador Educativo – Preventivo Intramuros X } 0.30)^2 + (\text{Indicador de Preescolares y Escolares Extramuros X } 0.30)^2}$$

Ejemplo:

$$\sqrt{(90.19 \text{ X } 0.10)^2 + (73.50 \text{ X } 0.30)^2 + (70.48 \text{ X } 0.30)^2 + (79.80 \text{ X } 0.30)^2}$$

$$\sqrt{(9.019)^2 + (22.05)^2 + (21.194)^2 + (23.94)^2}$$

$$\sqrt{81.342 + 486.203 + 449.228 + 573.124}$$

$$\sqrt{1{,}589.897} = 39.87 = \text{Magnitud Vectorial del Estado}$$

- Magnitud Vectorial Ideal: Es la raíz cuadrada de la suma de la máxima calificación de cada indicador ponderado y al cuadrado.

$$\sqrt{(\text{Indicador de Infraestructura} \times 0.10)^2 + (\text{Indicador de Eficacia} \times 0.30)^2 + (\text{Indicador Educativo – Preventivo Intramuros} \times 0.30)^2 + (\text{Indicador de Preescolares y Escolares Extramuros} \times 0.30)^2}$$

Ejemplo:

$$\sqrt{(100 \times 0.10)^2 + (100 \times 0.30)^2 + (100 \times 0.30)^2 + (100 \times 0.30)^2}$$

$$\sqrt{(10)^2 + (30)^2 + (30)^2 + (30)^2}$$

$$\sqrt{100 + 900 + 900 + 900}$$

$$\sqrt{2{,}800} = 52.91 = \text{Magnitud Vectorial Ideal}$$

Índice de Desempeño: Es la magnitud vectorial del estado entre la magnitud vectorial ideal por 100.

Fórmula:

$$\frac{\text{Magnitud vectorial del estado}}{\text{Magnitud vectorial ideal}} \times 100 =$$

Fórmula:

$$\frac{39.26}{52.91} \times 100 = 74.20$$ Índice de desempeño

Semáforo de Rangos

95 a 100 %	Sobresaliente
80 a < 94 %	Satisfactorio
70 a < 79 %	Mínimo
< 70 %	Precario

PROGRAMA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPCIÓN

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

KARLA BERDICHEVSKY FELDMAN
Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

YOLANDA VARELA CHÁVEZ
Directora de Planificación Familiar

MARÍA DEL ROCÍO CUEVAS VARGAS
Subdirectora de Planificación Familiar

HOMERO LEON PINEDA
Responsable del Análisis de la Información

INTRODUCCIÓN

En el presente documento, se describe la metodología que se utiliza en el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) para generar el "BOLETÍN CAMINANDO A LA EXCELENCIA" del Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción en la Secretaría de Salud, con el propósito de que los líderes de este programa en los estados, cuenten con los elementos técnicos necesarios para realizar el ejercicio por jurisdicción sanitaria o incluso por unidad médica.

ÍNDICE DE DESEMPEÑO VECTORIAL EN LA SECRETARÍA DE SALUD

Para calcular el índice de desempeño vectorial del Programa de Acción Planificación Familiar y Anticoncepción, se utilizan los datos por entidad federativa provenientes del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) de la Secretaría de Salud, correspondientes al Subsistema de Información en Prestación de Servicios (SIS) y del Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH), mediante la consulta que hace el CNEGSR a la página Web de la Dirección General de Información en Salud DGIS [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos.html]. Asimismo, se utilizan las estimaciones oficiales de la población no derechohabiente, potencialmente usuaria de los servicios de la Secretaría de Salud, emitidos por la misma DGIS, que realiza con base en información de las proyecciones de población del CONAPO.

INDICADORES SELECCIONADOS

Para la selección se tomaron en consideración diversos aspectos entre los que destacan los siguientes:

- Los objetivos y metas del Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción, 2013-2018; y,
- Los rezagos observados en los últimos años en la cobertura y en la prestación de servicios sobre planificación familiar.

A continuación, se señalan los siete indicadores que se seleccionaron para calcular el índice de desempeño vectorial en la prestación de servicios de planificación familiar en la Secretaría de Salud, de los cuales cinco son de resultado y tres de proceso.

1. Cobertura: Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad que utilizan algún método anticonceptivo aplicado o proporcionado por la Secretaría de Salud, respecto al total de mujeres en edad fértil unidas (MEFU) de la población responsabilidad de la Secretaría de Salud.

2. Calidad: Porcentaje de usuarias y usuarios de métodos anticonceptivos temporales aplicados o proporcionados en unidades médicas de la Secretaría de Salud, que se mantienen activos durante el periodo a evaluar, respecto al total de usuarias y usuarios activos de métodos temporales del mismo periodo del año anterior. Incluye usuarias y usuarios de los siguientes métodos: hormonales orales; hormonales inyectables de aplicación mensual y de aplicación bimestral; implantes subdérmicos; parches dérmicos; dispositivos intrauterinos; condones masculinos y condones femeninos.

3. Oportunidad: Porcentaje de mujeres atendidas por algún evento obstétrico en unidades médicas de la Secretaría de Salud que adoptaron un método anticonceptivo moderno antes de su egreso hospitalario o durante el puerperio.

4. Calidad de APEO: Porcentaje de mujeres cuya resolución del embarazo fue por parto (eutócico o distócico) o cesárea en Hospitales de la Secretaría de Salud, que adoptaron un método anticonceptivo DIU (DIU T Cu o Diu medicado), OTB o Implante subdérmico antes del egreso hospitalario, respecto al total de aceptantes de parto o cesárea, que adoptaron algún método anticonceptivo antes del egreso hospitalario.

5. Corresponsabilidad: Número de vasectomías realizadas durante el periodo a evaluar con fines anticonceptivos, por cada 10 mil hombres de 20 a 64 años de edad responsabilidad de la Secretaría de Salud.
6. Reportes de Abasto: Porcentaje de cumplimiento de entrega de los Informes de Movimientos y Solicitud de Insumos Anticonceptivos, correctamente llenados, “Nivel Estatal y Jurisdiccionales (IMI)” en la Secretaría de Salud.
7. Control: Porcentaje de unidades de salud que han cumplido la captura de información en el Tarjetero Electrónico de Control de Usuarias (TECU), del Programa de Planificación Familiar en la Secretaría de Salud.

FÓRMULAS

1. Cobertura

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad que utilizan algún método anticonceptivo aplicado o proporcionado por la Secretaría de Salud, respecto al total de mujeres en edad fértil unidas (MEFU) de la población responsabilidad de la Secretaría de Salud.

El denominador de este indicador, la población de MEFU responsabilidad de la Secretaría de Salud, se estima con base en la siguiente información: mujeres en edad fértil de 15 a 49 años (MEF) por condición de derechohabiencia a la seguridad social, 2010-2018 (DGIS/ CONAPO); población potencial de MEF del IMSS Prospera (SISPA); así como de resultados de encuestas nacionales como la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID).

Fórmula:

$$\frac{\text{Número de usuarias y usuarios activos de métodos anticonceptivos aplicados o proporcionados en unidades médicas de la Secretaría de Salud}}{\text{Total de mujeres en edad fértil unidas, responsabilidad de la Secretaría de Salud}} \times 100$$

Fuentes de información: numerador: DGIS, SIS. Denominador: DGIS/CONAPO.

Aplica NA cuando: Exista el impedimento de la entrega o generación de información por alguna entidad federativa, para reportar e integrarse en la plataforma de la DGIS (cubos dinámicos del SIS), y que esta causa sea plenamente justificada como un caso extraordinario y en donde las autoridades no tengan el control de la situación en dicha entidad.

2. Calidad

Porcentaje de usuarias y usuarios de métodos anticonceptivos temporales aplicados o proporcionados en unidades médicas de la Secretaría de Salud, que se mantienen activos durante el periodo a evaluar, respecto al total de usuarias y usuarios activos de métodos temporales del mismo periodo del año anterior. Incluye usuarias y usuarios de los siguientes métodos: hormonales orales; hormonales inyectables de aplicación mensual y de aplicación bimestral; implantes subdérmicos; parches dérmicos; dispositivos intrauterinos; condones masculinos y condones femeninos.

Fórmula:

$$\frac{\text{Total de usuarias y usuarios activos de métodos temporales al final del período evaluado en la Secretaría de Salud}}{\text{Número de usuarias y usuarios activos de métodos anticonceptivos temporales al final del mismo periodo del año previo en la Secretaría de Salud} + \text{Número de nuevas aceptantes de métodos anticonceptivos temporales del periodo en curso en la Secretaría de Salud}} \times 100$$

Fuente de información: DGIS, SIS.

Aplica NA cuando: Exista el impedimento de la entrega o generación de información por alguna entidad federativa, para reportar e integrarse en la plataforma de la DGIS (cubos dinámicos del SIS), y que esta causa sea plenamente justificada como un caso extraordinario y en donde las autoridades no tengan el control de la situación en dicha entidad.

3. Oportunidad

Porcentaje de mujeres atendidas por algún evento obstétrico en unidades médicas de la Secretaría de Salud que adoptaron un método anticonceptivo moderno antes de su egreso hospitalario o durante el puerperio.

Fórmula:

$$\frac{\text{Número de aceptantes de métodos anticonceptivos durante el posevento obstétrico, y antes del egreso hospitalario} + \text{Número de aceptantes durante el puerperio en el primer nivel de atención}}{\text{Total de eventos obstétricos atendidos en unidades médicas de la Secretaría de Salud}} \times 100$$

Fuente de información: DGIS; SIS, SAEH.

Aplica NA cuando: Exista el impedimento de la entrega o generación de información por alguna entidad federativa, para reportar e integrarse en la plataforma de la DGIS (cubos dinámicos del SIS y SAEH), y que esta causa sea plenamente justificada como un caso extraordinario y en donde las autoridades no tengan el control de la situación en dicha entidad.

4. Calidad en APEO

Porcentaje de mujeres cuya resolución del embarazo fue por parto (eutócico o distócico) o cesárea en Hospitales de la Secretaría de Salud, que adoptaron un método anticonceptivo DIU (DIU T Cu o Diu medicado), OTB o Implante subdérmico antes del egreso hospitalario, respecto al total de aceptantes de parto o cesárea, que adoptaron algún método anticonceptivo antes del egreso hospitalario.

Fórmula:

$$\frac{\text{Número de mujeres atendidas por parto o cesárea que adoptaron un DIU, OTB o Implante subdérmico antes de su egreso hospitalario}}{\text{Número de mujeres atendidas por parto o cesárea que adoptaron algún método anticonceptivo antes de su egreso hospitalario (se excluye: Ninguna, Otro, No aplica, No especificado y Unknow)}} \text{ X } 100$$

Fuente de información: DGIS; SAEH.

Aplica NA cuando: Exista el impedimento de la entrega o generación de información por alguna entidad federativa, para reportar e integrarse en la plataforma de la DGIS (cubos dinámicos del SAEH), y que esta causa sea plenamente justificada como un caso extraordinario y en donde las autoridades no tengan el control de la situación en dicha entidad.

5. Corresponsabilidad

Número de vasectomías realizadas durante el periodo a evaluar con fines anticonceptivos, por cada 10 mil hombres de 20 a 64 años de edad responsabilidad de la Secretaría de Salud.

El denominador de este indicador, se estima con base en el total de hombres de 20 a 64 años de edad por condición de derechohabiencia a la seguridad social, 2010-2018 (DGIS/ CONAPO), eliminando población masculina de la misma edad que corresponde a IMSS Prospera (SISPA).

Fórmula:

$$\frac{\text{Número de vasectomías realizadas durante el período en la Secretaría de Salud}}{\text{Total de hombres de 20 a 64 años de edad responsabilidad de la Secretaría de Salud}} \text{ X } 10{,}000$$

Fuente de información: numerador, SIS y SAEH (DGIS); y denominador, DGIS/CONAPO.

Aplica NA cuando: Exista el impedimento de la entrega o generación de información por alguna entidad federativa, para reportar e integrarse en la plataforma de la DGIS (cubos dinámicos del SIS y SAEH), y que esta causa sea plenamente justificada como un caso extraordinario y en donde las autoridades no tengan el control de la situación en dicha entidad.

6. Reportes de Abasto

Porcentaje de cumplimiento de entrega de los Informes de Movimientos y Solicitud de Insumos Anticonceptivos, correctamente llenados, “Nivel Estatal y Jurisdiccionales (IMI)” en la Secretaría de Salud.

Fórmula:

$$\frac{\text{Número de jurisdicciones sanitarias que reportan el IMI al final del período + IMI del Nivel Estatal}}{\text{Total de Jurisdicciones del Estado + Nivel Estatal}} \times 100$$

Fuentes de información: numerador: IMI-2, se contabilizan solo las jurisdicciones sanitarias del estado que han reportado su Informe de Movimientos y Solicitud de Insumos Anticonceptivos más el IMI del nivel estatal. Denominador: Total de Jurisdicciones Sanitarias del estado más el del Servicio Estatal de Salud.

Aplica NA cuando: Exista el impedimento de la entrega o generación de información por alguna entidad federativa y que esta causa sea plenamente justificada como un caso extraordinario y en donde las autoridades no tengan el control de la situación en dicha entidad.

7. Control

Porcentaje de unidades de salud que han cumplido la captura de información en el Tarjetero Electrónico de Control de Usuarias (TECU), del programa de planificación familiar en la Secretaría de Salud.

Fórmula:

$$\frac{\text{Número de unidades médicas que han ingresado información al TECU al final del período a evaluar}}{\text{Total de Unidades Médicas con Servicios de Planificación Familiar}} \times 100$$

Fuentes de información: http://tecu.salud.gob.mx Mapa. Porcentaje de consultas por entidad federativa registradas en el sistema con relación a sus unidades médicas. Numerador: se contabilizan las unidades médicas que tienen consultas de planificación familiar, ingresadas en el TECU, al final del periodo a evaluar. Denominador: total de unidades de los Servicios Estatales de Salud con Servicios de Planificación Familiar, al final del periodo a evaluar.
Aplica NA cuando: Exista el impedimento de la entrega o generación de información por alguna entidad federativa al TECU (Tarjetero Electrónico de Control de Usuarias) y que esta causa sea plenamente justificada como un caso extraordinario y en donde las autoridades no tengan el control de la situación en dicha entidad.
CALIFICACION POR INDICADOR

Paso 1:
Se calcula cada uno de los indicadores utilizando las fórmulas que se señalaron en la sección anterior. Para ello es necesario validar e integrar previamente la información de todas las entidades federativas.

Paso 2:
Se le asigna una calificación de 1 a 100 a cada indicador tomando como base el valor ideal esperado para cada uno de ellos. Para tal efecto es necesario aplicar la siguiente fórmula:

$$\text{CALIFICACIÓN} = \frac{\text{Valor obtenido para el indicador}}{\text{Valor ideal esperado para ese indicador}} \text{ X } 100$$

Los valores ideales para cada uno de los indicadores, son los que se señalan a continuación:

- Cobertura Ver Anexo 1
- Calidad: 100.0%
- Oportunidad 70.0%
- Calidad APEO: 100.0%
- Corresponsabilidad Ver anexo 2
- Reportes de Abasto: 100.0%
- Control: 100.0%

PONDERADORES Y MAGNITUD VECTORIAL ACTUALES

- Cobertura: 20
- Calidad: 10
- Oportunidad: 15
- Calidad APEO: 20
- Corresponsabilidad: 15
- Abasto: 15
- Control: 05

PERIODICIDAD DE LA EVALUACIÓN DE LOS INFDICADORES: Trimestral

Magnitud vectorial

De acuerdo a la siguiente fórmula se obtiene la magnitud (MV) vectorial para evaluar el programa:

$MV = \sqrt{(Cobertura*0.20)^2 + (Calidad*0.10)^2 + (Oportunidad*0.15)^2 + (Calidad\ APEO*0.20)^2 (Corresponsabilidad*0.15)^2 + (Abasto*0.15)^2 + (Control*0.05)^2}$

Vector máximo único

40.00

METODOLOGÍA PARA EL CÁLCULO DEL INDICE DE DESEMPEÑO VECTORIAL

El índice de desempeño vectorial, es básicamente la suma ponderada de los siete indicadores seleccionados, pero previamente “calificados” de acuerdo con su valor ideal.

Al igual que en el caso anterior, el ponderador es el peso relativo que se le asigna a cada indicador, de tal forma que en conjunto los siete ponderadores suman el 100%.

$$\text{Formula} = \frac{\text{Magnitud vectorial}}{\text{Vector máximo}} \text{ X } 100$$

RANGOS DE CALIFICACION EN EL INDICE DE DESEMPEÑO

Sobresaliente	90 a 100%
Satisfactorio	75 a 89%
Mínimo	60 a 74%
Precario	0 a 59%

RANGOS DE CALIFICACION DE CADA INDICADOR (es independiente del anterior)

Cobertura

Sobresaliente	80 a 100%	Satisfactorio	65 a 79%
Mínimo	40 a 64%	Precario	0 a 39%

Calidad

Sobresaliente	85 a 100%	Satisfactorio	75 a 84%
Mínimo	65 a 74%	Precario	0 a 64%

Oportunidad

Sobresaliente	80 a 100%	Satisfactorio	65 a 79%
Mínimo	50 a 64%	Precario	0 a 49%

Calidad APEO

Sobresaliente	90 a 100%	Satisfactorio	80 a 89%
Mínimo	65 a 79%	Precario	0 a 64%

Corresponsabilidad

Sobresaliente	90 a 100%	Satisfactorio	80 a 89%
Mínimo	70 a 79%	Precario	0 a 69%

Reportes de Abasto

Sobresaliente	88 a 100%	Satisfactorio	76 a 87%
Mínimo	64 a 75%	Precario	0 a 63%

Control

Sobresaliente	86 a 100%	Satisfactorio	72 a 85%
Mínimo	58 a 71%	Precario	0 a 57%

El Boletín incluye el indicador de “Prevalencia” de CONAPO, mismo que sólo es de carácter informativo y no tiene ningún peso, por lo cual no se considera para construir el Índice de Desempeño (Ver Anexo 3).

ANEXO 1 Usuarios activos de métodos anticonceptivos, Metas AFFASPE 2019

Entidad Federativa	Meta
Aguascalientes	67,457
Baja California	108,211
Baja California Sur	37,458
Campeche	30,586
Coahuila de Zaragoza	68,600
Colima	27,237
Chiapas	180,280
Chihuahua	94,666
Ciudad de México	133,500
Durango	47,914
Guanajuato	475,000
Guerrero	356,069
Hidalgo	161,878
Jalisco	199,625
Estado de México	786,894
Michoacán	145,800
Morelos	78,384
Nayarit	46,644
Nuevo León	186,040
Oaxaca	97,100
Puebla	299,552
Querétaro	78,000
Quintana Roo	88,072
San Luis Potosí	129,294
Sinaloa	80,634
Sonora	81,652
Tabasco	137,736
Tamaulipas	143,314
Tlaxcala	82,387
Veracruz	303,401
Yucatán	59,485
Zacatecas	64,306
Nacional	4,877,176

ANEXO 2

Corresponsabilidad Metas AFFASPE 2019 (trimestral)

Entidad Federativa	Meta	1er Trim	2do Trim	3er Trim	4to Trim
Aguascalientes	542	81	271	352	542
Baja California	792	119	396	515	792
Baja California Sur	167	25	84	109	167
Campeche	209	31	105	136	209
Coahuila de Zaragoza	431	65	216	280	431
Colima	165	25	83	107	165
Chiapas	330	50	165	215	330
Chihuahua	1,025	154	513	666	1,025
Ciudad de México	1,602	240	801	1,041	1,602
Durango	502	75	251	326	502
Guanajuato	2,472	371	1,236	1,607	2,472
Guerrero	650	98	325	423	650
Hidalgo	583	87	292	379	583
Jalisco	2,788	418	1,394	1,812	2,788
Estado de México	2,043	306	1,022	1,328	2,043
Michoacán	638	96	319	415	638
Morelos	750	113	375	488	750
Nayarit	222	33	111	144	222
Nuevo León	800	120	400	520	800
Oaxaca	121	18	61	79	121
Puebla	562	84	281	365	562
Querétaro	574	86	287	373	574
Quintana Roo	394	59	197	256	394
San Luis Potosí	430	65	215	280	430
Sinaloa	269	40	135	175	269
Sonora	460	69	230	299	460
Tabasco	634	95	317	412	634
Tamaulipas	1,026	154	513	667	1,026
Tlaxcala	180	27	90	117	180
Veracruz	2,529	379	1,265	1,644	2,529
Yucatán	163	24	82	106	163
Zacatecas	213	32	107	138	213
Nacional	24,266	3,640	12,133	15,773	24,266

ANEXO 3 Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres unidas de 15 a 49 años de edad por entidad federativa, 2014. (Incluye sectores público y privado)

Indicador informativo

Entidad Federativa	Prevalencia
Aguascalientes	71.7
Baja California	77.1
Baja California Sur	75.5
Campeche	69.5
Coahuila	73.9
Colima	75.7
Chiapas	58.6
Chihuahua	77.0
Ciudad de México	75.1
Durango	74.4
Guanajuato	68.1
Guerrero	67.1
Hidalgo	72.4
Jalisco	72.5
México	77.8
Michoacán	68.1
Morelos	73.5
Nayarit	75.1
Nuevo León	73.5
Oaxaca	61.2
Puebla	73.6
Querétaro	72.4
Quintana Roo	72.3
San Luis Potosí	70.9
Sinaloa	78.2
Sonora	77.1
Tabasco	69.5
Tamaulipas	73.8
Tlaxcala	74.7
Veracruz	69.3
Yucatán	72.3
Zacatecas	69.0
Nacional	72.3

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) con base en resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), 2014.

PROGRAMA DE SALUD MATERNA Y PERINATAL

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

KARLA BERDICHEVSKY FELDMAN
Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

ERIKA PAOLA GARCÍA FLORES
Directora de la Atención a la Salud Materna Perinatal

FERNANDA ARZATE ARENCHAVALA
Subdirectora de Monitoreo y Seguimiento

INTRODUCCIÓN

El Boletín Caminando a la Excelencia del Programa de Salud Materna y Perinatal, es un instrumento que la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud utiliza con el objeto de identificar las áreas de oportunidad para mejorar y retroalimentar el desempeño del programa en los Servicios Estatales de Salud.
La estructura del Boletín ha evolucionado a través de los años, inicialmente se incluyeron indicadores empleados

básicamente para medir los procesos de atención materna y perinatal, sobre todo los que están relacionados con la atención del embarazo, parto y puerperio, así como con la atención a los niños y niñas desde su nacimiento hasta el primer mes de edad.
Actualmente este instrumento vuelve a considerar indicadores orientados a medir el impacto en la calidad de la atención (mortalidad materna), pero además se incluyen indicadores de proceso como son el control prenatal y del puerperio, la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en embarazadas, así como las cesáreas, y sin olvidarnos de las niñas y niños desde su nacimiento con los indicadores de bajo peso y prematurez.
Las fuentes de información para la construcción de los indicadores es el Sistema de Información en Salud (SIS), Sistema de Notificación Inmediata de Mortalidad Materna (SNIMM), Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH), Subsistema de Información de Nacimientos (SINAC), todos ellos de la SSA, así como el concentrado de metas del Programa de Salud Materna y Perinatal.
A partir de estos indicadores se construye un índice que permite identificar el grado de desempeño de cada entidad federativa en el programa en un periodo determinado, clasificándose como estados con desempeño sobresaliente, satisfactorio, mínimo, y precario, según sea el caso.
La publicación periódica del boletín con la información específica de la Secretaría de Salud, aporta elementos para la toma de decisiones orientadas a incrementar el rendimiento y cumplir con las metas del programa.
El presente manual describe la metodología utilizada para la elaboración del Boletín Caminando a la Excelencia en Salud Materna y Perinatal, esperando aportar a los equipos de los niveles Estatal y Jurisdiccional los elementos básicos para que puedan generarlo en sus respectivos ámbitos de competencia.

Indicadores seleccionados

1. Muerte materna

Es el resultado de la combinación del comportamiento calificado de dos indicadores relacionados con las defunciones maternas (Razón de Muerte Materna y oportunidad en la notificación de la muerte materna) en población con y sin seguridad social.

Razón de muerte materna.

Total de muertes maternas notificadas entre el número de recién nacidos vivos registrados en el certificado de nacimiento por 100,000

Oportunidad en la notificación de la muerte materna

Total de defunciones maternas que tardan $\leq$ 4 días en notificar entre el total de defunciones notificadas por 100.

Fuente: Sistema de Notificación Inmediata de Mortalidad Materna, DGE/SSA, Nacimientos registrados en certificados de nacimientos DGIS/SINAC/SSA.

2. Oportunidad Prenatal

Es el número de embarazadas que acuden a su control prenatal desde el primer trimestre gestacional, entre el total de embarazadas que se atienden en las unidades de salud de la Secretaría de Salud por 100.

Fuente: Sistema de Información en Salud (SIS), SSA

3. Control del puerperio

Es el número de mujeres que acuden para su control puerperal a las unidades de salud, del total de eventos obstétricos (partos, cesáreas y abortos) atendidos por 100.

Fuente: Sistema de Información en Salud (SIS), SSA y Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH), SSA

4. Cesáreas

Es el número de nacimientos que fueron atendidos por operación cesárea, respecto al total de nacimientos atendidos por 100.

Fuente: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH), SSA y Sistema de Información en Salud (SIS), SSA

5. Recién nacido bajo peso

Son el total de niñas y niños con 37 semanas o más de gestación, que pesan al nacer menos de 2500 grs., respecto al total de recién nacidos con 37 semanas o más de gestación por 100.

Fuente: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH), Sistema de Información en Salud (SIS), SSA

6. Recién nacido prematuro

Son las niñas y niños que nacen con 36 y menos semanas de gestación sin importar peso, con respecto al total de recién nacidos por 100.

Fuente: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH), Sistema de Información en Salud (SIS), SSA

7. Embarazadas con pruebas de VIH

Es el número de mujeres embarazadas a quienes se les aplicó la prueba para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), respecto al total de nacimientos registrados.

Fuente: Sistema de Información en Salud (SIS), SSA; Total de nacimientos ocurridos en la Secretaria de Salud (SINAC)

DESCRIPCIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES.

1. Muerte materna (Se combinan los resultados calificados de los siguientes indicadores)

Razón de Muerte Materna

$$\frac{\text{No. total de muertes maternas notificadas}}{\text{Nacidos vivos registrados en certificados de nacimiento}} \text{ X 100 mil}$$

Meta: ≤ 35

Oportunidad en la notificación de la Muerte Materna

$$\frac{\text{Total de muertes maternas notificadas} \leq \text{4 días}}{\text{Total de muertes maternas notificadas}} \text{ X 100}$$

Meta: 80%

Muerte Materna

$$\sqrt{\left(\begin{array}{c}\text{0.80 X Calificación de Razón de}\\ \text{la notificación de la muerte materna}\end{array}\right)^2+\left(\begin{array}{c}\text{0.20 X Calificación Oportunidad}\\ \text{en Muerte Materna}\end{array}\right)^2}$$

Meta: 82.46

2. Oportunidad prenatal

$$\text{X 100} \quad \frac{\text{Consultas de 1ª vez otorgadas en el primer trimestre del embarazo}}{\text{Total de consultas de 1ª vez otorgadas a embarazadas}}$$

Meta: 45%

Numerador: Variable del SIS (EMB 01)

Denominador: Variables del SIS (EMB 01, 02 Y 03)

3. Control del puerperio

$$\frac{\text{Consulta de 1ª vez en el puerperio}}{\text{Partos, cesáreas y abortos atendidos}} \text{ X } 100$$

Meta: ≥ 65

Numerador: Variable del SIS (PUE 01 Y 02)

Denominador: Variables del SIS (PAR 01, 02, 03, 04, 05 y 06) más variables del SAEH (Tipo de nacimiento: Cesárea, Distócico vaginal, Eutócico, más tipo de atención: aborto)

Periodicidad:

Ponderación*:*

4. Cesáreas

$$\frac{\text{Total de nacimientos por operación cesárea}}{\text{Total de nacimientos atendidos}} \text{ X } 100$$

Meta: ≤ 25%

Numerador: Variable del SAEH (Tipo de nacimiento: cesárea)

Denominador: Variables del SIS (PAR 01, 02, 03 y 04), más variables del SAEH (Tipo de Nacimiento: cesárea, distócico vaginal y eutócico)

5. Recién nacido bajo peso

$$\frac{\text{Total de niñas y niños con 37 semanas de gestación o más, que pesan al nacer menos de 2,500 grs.}}{\text{Total de recién nacidos vivos con 37 semanas de gestación o más}} \text{ X100}$$

Meta: ≤ 4%

Numerador: Variable del SIS (NAC 03), más variables del SAEH Productos (Condición al nacimiento: nacidos vivos, más semanas de gestación: 37 semanas y más, más peso del producto: menor de 2500 gramos), *en los dos últimos quitar N/A y No especificado*

Denominador: Variables del SIS (NAC 03 Y 04), más variables del SAEH Productos (Condición al nacimiento: Nacido vivo, más semanas de gestación: 37 semanas y más, más peso del producto), *en los dos últimos quitar N/A y No especificado*

6. Recién nacido prematuro

$$\frac{\text{Total de niñas y niños que nacen con menos de 37 semanas de gestación}}{\text{Total de niñas y niños que nacieron sin importar semanas de gestación}} \times 100$$

Meta: ≤ 5%

Numerador: Variable del SIS (NAC 01 y 02) más variables del SAEH Productos (Condición al nacimiento: nacidos vivos, peso del producto, más semanas de gestación: 36 semanas y menos, en los dos últimos quitar N/A y No especificado)

Denominador: Variables del SIS (NAC 01, 02, 03 Y 04), más variables del SAEH Productos (Condición al nacimiento: Nacido vivo, más semanas de gestación y peso del producto: en las dos últimos, solo desactivar el N/A y No especificado)

7. Embarazadas con pruebas de VIH

$$\frac{\text{Total de embarazadas a las que se les aplico la pruebas de VIH por primera vez}}{\text{Total de nacimientos ocurridos en la Secretaria de Salud}} \times 100$$

Meta: ≥ 95%
Numerador: Variable del SIS 079, seleccionar las opciones positiva de primera vez y negativa de primera vez.

Denominador: Variable del SINAC, afiliación a servicios de salud (seleccionar solo las opciones seguro popular y ninguno).

Metodología para el cálculo del índice de desempeño

El índice de desempeño se obtiene aplicando la técnica de análisis vectorial, que mide magnitud, dirección y sentido. Para la aplicación de esta técnica, se requiere: a) asignar una calificación a cada indicador, comparando el logro con la meta a alcanzar y, b) asignar un peso específico (ponderación) a cada indicador, para con ello realizar la suma algebraica de los indicadores.

Los pasos a seguir para establecer el índice de desempeño son:

Paso 1. Calcular el valor alcanzado (logro) de cada uno de los indicadores, utilizando para ello las fórmulas previamente determinadas. Para obtener información veraz, es necesario validar los datos de las 32 entidades federativas.

Paso 2. Determinar una calificación del 1 al 100 para cada indicador. La calificación de 100 será igual a alcanzar o superar la meta establecida. La fórmula a aplicar es la siguiente:

Calificación =

(Meta ascendente)

$$\frac{\text{Logro obtenido en el indicador}}{\text{Meta esperada para ese indicador}} \times 100$$

(Meta descendente)

$$\frac{\text{Meta esperada para ese indicador}}{\text{Logro obtenido de ese indicador}} \times 100$$

Las metas que se estimaron para los indicadores son:

- Muerte Materna: 82.46%
- Oportunidad Prenatal: 45 %
- Control del Puerperio: 65 %
- Porcentaje de cesáreas: ≤ 25 %
- Recién nacido bajo peso: ≤ 4 %
- Recién nacido prematuro: ≤ 5 %
- Porcentaje de embarazadas con pruebas de VIH ≥ 95 %

Nota: Para obtener la calificación de los dos indicadores de la muerte materna, las metas son:

- Razón de muerte materna ≤ 35
- Oportunidad en la notificación de la muerte materna 80

Para la definición de las metas se consideraron las estrategias, acciones y procedimientos establecidos en el Programa de Salud Materna y Perinatal. Estos se encuentran a continuación, así como el ejemplo para obtener la calificación de cada indicador:

Muerte Materna

- Razón de Muerte Materna:

Que la Razón de Muerte Materna no rebase las 35 muertes por cada 100 mil nacimientos registrados en certificados de nacimientos.
Ejemplo:

Si la entidad federativa tuvo una razón de Mortalidad Materna de 61, la calificación que le corresponde de acuerdo a la fórmula es de 57.37 puntos.

$$\text{Calificación} = \frac{35}{61} \times 100 = 57.37$$

- Oportunidad en la notificación de la Muerte Materna:

Que la notificación inmediata de la muerte materna sea antes o hasta los 4 días de haber ocurrido la muerte.

Ejemplo:

Si la oportunidad con la que se notificó la muerte materna en una entidad federativa fue de 46%, la calificación sería de 57.50 puntos.

$$\text{Calificación} = \frac{46}{80} \times 100 = 57.50$$

La calificación del indicador de muerte materna se obtiene combinando el indicador de Razón de Muerte Materna y el de oportunidad en la notificación de la muerte materna.

Ponderando a la Razón de Muerte Materna con el 80% y la oportunidad en la notificación con el 20%.

.80 X calificación de muerte materna más .20 X calificación de oportunidad de la notificación de la muerte materna, ambos resultados llevados al cuadrado y la obtención de la raíz cuadrada, previa suma algebraica y la cantidad obtenida se divide entre la meta, es decir:

$= \sqrt{(.80 \text{ X } 57.37)^2 + (.20 \text{ X } 57.50)^2}$

$= \sqrt{2{,}238.69} = 47.31$

= Calificación combinada = 47.31

Calificación = 47.31*100/82.46 = 57.37

- Oportunidad prenatal:

Que la oportunidad de captación de las embarazadas sea de 45%

Ejemplo:

Si la entidad federativa tuvo un porcentaje de oportunidad prenatal de 27%, entonces la calificación será de 60.0 puntos.

$\text{Calificación} = \frac{27}{45} \text{ X } 100 = 60.0$

*Control del puerperio:

Que el porcentaje de mujeres que inician el control del puerperio sea 65%

Ejemplo:

Si la entidad federativa tuvo un porcentaje de puérperas atendidas de 57, la calificación será de 95 puntos.

$\text{Calificación} = \frac{57}{65} \text{ X } 100 = 87.69$

- Cesáreas:

Mantener por debajo del 25% los nacimientos por cesárea.

Ejemplo:

Si la entidad alcanza un 37% en el porcentaje de nacimientos atendidos por cesárea, entonces su calificación será de 67.57 puntos, esto es:

$\text{Calificación} = \frac{25}{37} \text{ X } 100 = 67.57$

-

- Recién nacido bajo peso:

Mantener el bajo peso al nacimiento por debajo del 4%.
Ejemplo:

Si la entidad alcanza un 5% de bajo peso, la calificación de este indicador será de 80 esto es:

$$\text{Calificación} = \frac{4}{5} \times 100 = 80$$

- Recién nacido prematuro:

Mantener el porcentaje de recién nacidos prematuros por abajo del 5%.

Ejemplo:

Si la entidad alcanza el 4.60% de prematuros, la calificación de este indicador será de 100 puntos.

$$\text{Calificación} = \frac{5}{4.60} \times 100 = \frac{500}{4.60} = 108.69 \text{ (ajustar a 100)}$$

- Embarazadas con pruebas de VIH:

Alcanzar un valor de 90% o más en la cobertura de pruebas de VIH

Ejemplo:

Si la entidad logro un porcentaje de 61.50, entonces la calificación será de 68.33 puntos.

$$\text{Calificación} = \frac{61.50}{95} \times 100 = 64.74$$

Nota: Si alguna entidad tiene una calificación superior al valor máximo 100, entonces esta se deberá ajustar a 100 puntos, a fin de evitar un sesgo en el índice de desempeño.

Paso 3. Considerar para la calificación global el peso específico (ponderación) de cada indicador:

Muerte Materna	30
Oportunidad prenatal	20
Control del puerperio	10
Porcentaje de cesáreas	10
Recién nacido bajo peso	10
Recién nacido prematuro	10
Embarazadas pruebas VIH	10

Paso 4. Calcular el vector esperado. Corresponde a multiplicar la cifra de 100 de cada indicador (equivalente al alcance de la meta) por su ponderador respectivo y la obtención de la raíz cuadrada de estos indicadores, previa suma algebraica.

Ejemplo:

$VE = (.30X100)^2 + (.20X100)^2 + (.10X100)^2 + (.10X100)^2 + (.10X100)^2 + (.10X100)^2 + (.10X100)^2$

$VE = 900 + 400 + 100 + 100 + 100 + 100 + 100$

$VE = \sqrt{1,800}$

$VE = 42.43$

Paso 5.Calcular el vector calificado. Corresponde a la calificación obtenida de cada indicador por su ponderador respectivo, y la obtención de la raíz cuadrada de los indicadores, previa suma algebraica. Es decir se mide el alcance.

Ejemplo:

$VC = (.30X57.37)^2 + (.20X60)^2 + (.10X87.69)^2 + (.10X67.57)^2 + (.10X80)^2 + (.10X100)^2 + (.10X64.74)^2$

$VC = 296.22 + 144 + 76.90 + 45.66 + 64 + 100 + 41.91$

$VC = \sqrt{768.69}$

$VC = 27.73$

Paso 6.Calcular el índice de desempeño. Es el resultado de comparar el valor del vector calificado, entre el valor del vector esperado. Se obtiene al dividir el vector calificado entre el vector esperado y el resultado multiplicado por 100.

Ejemplo:

ID = 27.73 / 42.43 x100

ID = 65.35

Clasificación de entidades según índice de desempeño

La clasificación se establece de acuerdo a las siguientes categorías:

Sobresaliente	90 - 100%
Satisfactorio	75 - 89 %
Mínimo	64 - 74 %
Precario	< 64 %

PROGRAMA CÁNCER CÉRVICO UTERINO

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

KARLA BERDICHEVSKY FELDMAN
Director General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

JOSÉ DE JESÚS MÉNDEZ DE LIRA
Directora de Cáncer de la Mujer

ELIAS YUSED ARGUELLO ESPARZA
Subdirector de Cáncer de Mama

INTRODUCCIÓN

En México, para el año 2015, ocurrieron 291,637 defunciones en mujeres, de las cuales las cuales 13.9% fueron a causa de tumores malignos. Dentro de las neoplasias con el mayor número de defunciones se encuentran el cáncer de mama (CaMa), cuello uterino (CCU) y ovario, que en su conjunto ocasionaron 31.3% de todas las defunciones por cáncer en mujeres para este mismo año.

La incidencia y mortalidad por estas neoplasias, se asocian de manera importante a la transición demográfica, ya que existe una relación directa entre el envejecimiento poblacional y la incidencia de neoplasias malignas. Sin embargo, los estilos de vida y capacidad de respuesta de los sistemas de salud marcan los distintos panoramas regionales.

En México, estas neoplasias, cumplen las principales características reconocidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras instituciones internacionales para ser consideradas como problema de salud pública.

- Magnitud: Constituyen una causa importante de morbilidad y mortalidad.
- Vulnerabilidad: Existen, desde la dimensión técnica, métodos eficaces de prevención y de control.
- Trascendencia: Un elevado impacto económico por años de vida saludable perdidos.

Desde mediados del siglo pasado se realizaron acciones para el control del cáncer del cuello uterino en México. Sin embargo, a pesar de los significativos avances, se han priorizado enfoques predominantemente curativos, que privilegian el diagnóstico y tratamiento en detrimento de la promoción y prevención.

A partir del año 2006, el cáncer de cuello uterino, es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer, mostrando en los últimos años una tendencia a la baja en la incidencia y mortalidad por esta patología. Es el tercer cáncer más frecuente en mujeres a nivel mundial con 530,000 casos anuales. Los países en vías de desarrollo concentran el 85% de los casos y el 88% de las defunciones.

Metodología

Los indicadores epidemiológicos expresan una relación entre el subconjunto de enfermos y el conjunto de miembros de la población. A su vez éstos mantienen fuentes de información formal, homogénea, confiable y disponible para las Entidades Federativas, es decir, los datos derivan de los sistemas convencionales de registro, tal es el caso del Sistema de Información de Cáncer de la Mujer (SICAM) fuente oficial para el cálculo de los indicadores descritos en este manual.

Los mecanismos mediante los cuales se seleccionaron los indicadores que integran los índices de desempeño, son los siguientes:

- Estándares. Se obtuvieron de los comportamientos nacionales, parámetros internacionales, así como las metas del Programa Sectorial de Salud y los Programas de Acción.
- Peso de los indicadores. Se elaboró de acuerdo a prioridad, importancia y magnitud para el programa de acción.
- Fuentes de información. Disponibles de manera oficial.
- Indicadores sectoriales. Se elaboraron sectorialmente de acuerdo con la disponibilidad de la información de cada uno de los programas de acción.

Indicadores del Programa Cáncer del Cuello Uterino.

El objetivo del tamizaje cervical es disminuir la incidencia y mortalidad del cáncer del cuello del útero a través de la detección temprana y tratamiento de lesiones precancerosas y cáncer cervical invasor en estadio temprano. En los últimos años, ha habido cambios significativos en la práctica recomendada para el tamizaje, como la incorporación de la prueba del virus del papiloma humano (VPH) en las entidades federativas.

El monitoreo del desempeño del programa es esencial para evaluar estos cambios a medida que se incorporan a la práctica. A partir de 2018, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva a través de la Dirección de Cáncer de la Mujer evaluará los siguientes indicadores para el programa cáncer de cuello del útero.

Indicadores de cobertura.

La cobertura representa la proporción de la población blanco beneficiada por el tamizaje de manera efectiva, el cual constituye el principal determinante del éxito del programa. Los indicadores de cobertura incluyen:

1. Cobertura de tamizaje en mujeres de 25 a 64 años con citología o prueba de VPH.

Incluye todas las mujeres del grupo blanco tamizadas a través de una prueba de citología o una prueba para la detección del virus de papiloma humano; el tamizaje incluye a mujeres que se realizan una detección por primera vez en su vida o en tres o cinco años posteriores a una detección previa (esto dependerá del tipo de prueba de tamizaje realizada).

Nombre del indicador	Fórmula		Estándar
Cobertura de tamizaje en mujeres de 25 a 64 años con citología o prueba de VPH	Mujeres de 25 a 64 años tamizadas con citología* o prueba de VPH** / Mujeres de 25 a 64 años de edad responsabilidad de la Secretaría de Salud	x 100	70 %

Nota: * Citologías de 25 a 34 años de 2016, 2017 y 2018, y de 35 a 64 años de 2016 y 2017. ** Pruebas de VPH de 35 a 64 años de 2014, 2015, 2016, 2017 y 2018.

Periodicidad: Trimestral

2. Cobertura de evaluación colposcópica a mujeres con citología anormal.

Incluye todas las mujeres cuyo resultado de citología es anormal (con resultado de lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEIBG), lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEIAG), carcinoma de células escamosas, atipias glandulares y adenocarcinomas, así como prueba de VPH con resultado positivo y *triage** con resultado de células escamosas atípicas ASC-US y ASC-H o cualquiera de los anteriores) y recibieron evaluación en clínica de colposcopía.

Nombre del indicador	Fórmula		Estándar
Cobertura de evaluación colposcópica a mujeres con citología anormal	Mujeres con resultado de citología anormal que recibieron evaluación en clínica de colposcopía / Mujeres con resultado de citología anormal	x 100	≥ 95 %

Nota: * *Triage* con citología convencional o en base líquida complementaria a prueba de VPH positiva.

Periodicidad: Trimestral

Cobertura de inicio de tratamiento en clínica de colposcopía a mujeres con diagnóstico de lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEIAG).
Incluye a todas las mujeres con diagnóstico histopatológico de lesión escamosa intraepitelial de alto grado las cuales iniciaron tratamiento en clínica de colposcopia.

Este indicador no será evaluado ni contará para el cálculo del índice del desempeño de Caminando a la Excelencia; sin embargo, es necesario que sea calculado a través de la información recababa mediante la Estrategia de Mejora de la Competitividad.

En cuanto las variables para el cálculo de este indicador se encuentren dimensionadas en los cubos del SICAM, se incorporará a la evaluación de Caminando a la Excelencia.

Nombre del indicador	Fórmula		Estándar
Cobertura de inicio de tratamiento en clínica de colposcopía a mujeres con diagnóstico de lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEIAG)	Mujeres con diagnóstico histopatológico de LEIAG que iniciaron tratamiento en clínica de colposcopía / Mujeres con diagnóstico histopatológico de LEIAG	x 100	100 %

Cobertura de inicio de tratamiento en centro oncológico a mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino.

Incluye a todas las mujeres con diagnóstico histopatológico de cáncer de cuello del útero que iniciaron tratamiento en centro oncológico.

Este indicador no será evaluado ni contará para el cálculo del índice del desempeño de Caminando a la Excelencia; sin embargo, es necesario que sea calculado a través de la información recababa mediante la Estrategia de Mejora de la Competitividad.

En cuanto las variables para el cálculo de este indicador se encuentren dimensionadas en los cubos del SICAM, se incorporará a la evaluación de Caminando a la Excelencia.

Nombre del indicador	Fórmula		Estándar
Cobertura de inicio de tratamiento en centro oncológico a mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino	Mujeres con diagnóstico histopatológico de cáncer de cuello uterino que iniciaron tratamiento en centro oncológico / Mujeres con diagnóstico histopatológico de cáncer de cuello uterino	x 100	100 %

Indicadores de oportunidad.

La oportunidad representa la proporción de la población blanco beneficiada por las acciones derivadas del tamizaje en un determinado lapso de tiempo. Los indicadores de oportunidad incluyen:

Oportunidad en el inicio de tratamiento en clínica de colposcopía a mujeres con diagnóstico de lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEIAG).

Incluye a todas las mujeres con diagnóstico histopatológico de lesión escamosa intraepitelial de alto grado que iniciaron tratamiento en clínica de colposcopia en un periodo igual o menor a nueve semanas a partir del tamizaje con citología o prueba de VPH.

Este indicador no será evaluado ni contará para el cálculo del índice del desempeño de Caminando a la Excelencia; sin embargo, es necesario que sea calculado a través de la información recababa mediante la Estrategia de Mejora de la Competitividad.

En cuanto las variables para el cálculo de este indicador se encuentren dimensionadas en los cubos del SICAM, se incorporará a la evaluación de Caminando a la Excelencia.

Nombre del indicador	Fórmula		Estándar
Oportunidad en el inicio de tratamiento en clínica de colposcopía a mujeres con diagnóstico de Lesión Intraepitelial de Alto Grado (LEIAG)	Mujeres con diagnóstico histopatológico de LEIAG que iniciaron tratamiento en clínica de colposcopía en un periodo ≤ a 9 semanas a partir del tamizaje / Mujeres con diagnóstico histopatológico de LEIAG	x 100	≥ 95 %

Oportunidad en el inicio de tratamiento en centro oncológico a mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino.

Incluye a todas las mujeres con diagnóstico histopatológico de cáncer de cuello del útero que iniciaron tratamiento en centro oncológico en un periodo igual o menor a nueve semanas a partir del tamizaje con citología o prueba de VPH.

Este indicador no será evaluado ni contará para el cálculo del índice del desempeño de Caminando a la Excelencia; sin embargo, es necesario que sea calculado a través de la información recababa mediante la Estrategia de Mejora de la Competitividad.

En cuanto las variables para el cálculo de este indicador se encuentren dimensionadas en los cubos del SICAM, se incorporará a la evaluación de Caminando a la Excelencia.

Nombre del indicador	Fórmula		Estándar
Oportunidad en el inicio de tratamiento en centro oncológico a mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino	Mujeres con diagnóstico histopatológico de cáncer de cuello uterino que iniciaron tratamiento en centro oncológico en un periodo ≤ a 9 semanas a partir del tamizaje / Mujeres con diagnóstico histopatológico de cáncer de cuello uterino	x 100	≥ 95 %

Indicadores de efectividad.

Este concepto involucra la eficiencia y la eficacia, con base a los logros obtenidos. Los indicadores de efectividad incluyen:

3. Tasa de detección.

Incluye a todas las mujeres que a través de una prueba de tamizaje realizada durante el año de evaluación se confirman con un diagnóstico histopatológico de lesión escamosa intraepitelial de alto grado o cáncer de cuello uterino; sin embargo, como la incidencia y los determinantes epidemiológicos son diferentes en cada una de las entidades, sólo será referencial y no comparativo.

Nombre del indicador	Fórmula		Estándar
Tasa de detección	$\frac{\text{Mujeres con diagnóstico histopatológico de LEIAG o cáncer de cuello uterino}}{\text{Mujeres tamizadas en el año de evaluación}}$	x 1000 pruebas de tamizaje	Tasa nacional

Periodicidad: Trimestral

4. Detección de casos invasores tempranos.

Incluye a todas las mujeres con diagnóstico histopatológico de cáncer de cuello uterino detectado en etapas tempranas, estas etapas incluyen de la etapa I a la etapa Ib1.

Nombre del indicador	Fórmula		Estándar
Detección de casos invasores tempranos	$\frac{\text{Mujeres con diagnóstico histopatológico de cáncer de cuello uterino detectadas en etapa temprana (etapa I a Ib1)}}{\text{Mujeres con diagnóstico histopatológico de cáncer de cuello uterino}}$	x 100	≥ 75 %

Periodicidad: Trimestral

Efectividad de la captación.

Incluye a todas las mujeres con diagnóstico histopatológico de cáncer de cuello uterino que fueron detectadas a través del tamizaje ofertado por el programa de cáncer de la mujer.

Este indicador no será evaluado ni contará para el cálculo del índice del desempeño de Caminando a la Excelencia; sin embargo, es necesario que sea calculado a través de la información recababa mediante la Estrategia de Mejora de la Competitividad.

En cuanto las variables para el cálculo de este indicador se encuentren dimensionadas en los cubos del SICAM, se incorporará a la evaluación de Caminando a la Excelencia.

Nombre del indicador	Fórmula		Estándar
Efectividad de la captación	$\frac{\text{Mujeres con diagnóstico histopatológico de cáncer de cuello uterino detectadas a través del tamizaje ofertado por el programa de cáncer de la mujer}}{\text{Mujeres con diagnóstico histopatológico de cáncer de cuello uterino}}$	x 100	≥ 75 %

Indicadores de confiabilidad de la información.

Se refiere a la precisión de los datos y a la confianza que existe en la fuente, estos indicadores miden la confiabilidad de la información en materia de cáncer de cuello uterino que se captura en el Sistema de Información de Cáncer de la Mujer (SICAM).

5. Oportunidad en la captura de citologías.

Incluye a todas las citologías capturadas en un periodo igual o menor a 15 días a partir de la fecha de toma de muestra en la plataforma del SICAM.

Nombre del indicador	Fórmula		Estándar
Oportunidad en la captura de citologías	$\frac{\text{Número de citologías capturadas en el SICAM en ≤ 15 días a partir de la fecha de toma de muestra}}{\text{Número de citologías capturadas en el SICAM}}$	x 100	100 %

Periodicidad: Trimestral

6. Oportunidad en la captura de pruebas para la detección de VPH.

Incluye a todas las pruebas para la detección de VPH capturadas en un periodo igual o menor a 15 días a partir de la fecha de toma de muestra en la plataforma del SICAM.

Nombre del indicador	Fórmula	Estándar

Oportunidad en la captura de pruebas de VPH	$\frac{\text{Número de pruebas de VPH capturadas en el SICAM en ≤ 15 días a partir de la fecha de toma de muestra}}{\text{Número de pruebas de VPH capturadas en el SICAM}}$	x 100	100 %

Periodicidad: Trimestral

7. Biopsias con resultado histopatológico.

Incluye a todas las biopsias registradas en la plataforma del SICAM que cuentan con resultado histopatológico.

Nombre del indicador	Fórmula		Estándar
Biopsias con resultado histopatológico	$\frac{\text{Número de biopsias registradas en SICAM con resultado histopatológico}}{\text{Número de biopsias registradas en SICAM}}$	x 100	≥ 95 %

Periodicidad: Trimestral

Categoría	Intervalo	Gradiente de evaluación
Sobresaliente	90 -100%	
Satisfactorio	80 - 89%	
Mínimo	60 - 79%	
Precario	0 - 59%	

PROGRAMA CÁNCER DE MAMA

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

KARLA BERDICHEVSKY FELDMAN
Director General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

JOSÉ DE JESÚS MÉNDEZ DE LIRA
Directora de Cáncer de la Mujer

ELIAS YUSED ARGUELLO ESPARZA
Subdirector de Cáncer de Mama

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el más común entre las mujeres en todo el mundo, representa el 16% de todos los cánceres femeninos. Se estima que en 2004 murieron 519,000 mujeres por cáncer de mama y, aunque este cáncer está considerado como una enfermedad del mundo desarrollado, la mayoría (69%) de las defunciones por esa causa se registran en los países en desarrollo.

La incidencia varía mucho en todo el mundo, con tasas normalizadas por edad de hasta 99,4 por 100,000 en América del Norte. Europa oriental, América del Sur, África austral y Asia occidental presentan incidencias moderadas, pero en aumento. La incidencia más baja se da en la mayoría de los países africanos, pero también en ellos se observa un incremento de la incidencia de cáncer de mama.

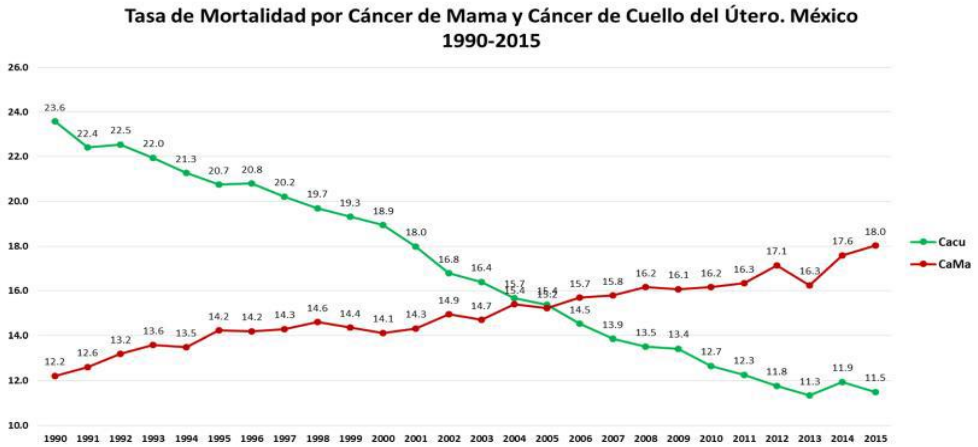
De las 291,637 defunciones ocurridas en mujeres en México, el 13.9% fueron a causa de tumores malignos. De estos, una de cada 6 muertes correspondió a cáncer de mama lo que equivale al 15.4% de las muertes por cáncer en las mujeres de nuestro país.

Para el año 2015, la tasa de mortalidad general por cáncer de mama fue de 18.0 defunciones por cada 100,000 habitantes; del cual 99.5% de estas defunciones son mujeres.

Para este mismo año la tasa de mortalidad por cáncer de mama en mujeres de 20 a 39 años fue de 2.3 por cada 100,000 mujeres; en el grupo de 40 a 69 años de 25.9 y en mayores de 70 años de 54.6 defunciones por cada 100,000 mujeres mexicanas.

Objetivo

Para la presente administración, el Programa de Acción Específico 2013-2018: Prevención y Control del Cáncer de la Mujer, establece 3 objetivos asociados a las Metas Nacionales del Plan Nacional de Desarrollo (PND), específicamente a la Meta II: “México incluyente” y a los objetivos del Programa Sectorial de Salud (PROSESA), principalmente al Objetivo 2.5.3: “Focalizar acciones de prevención y detección de cánceres, particularmente cuello uterino y de mama”.



Fuente: SSA/DGIS. Base multidimensional de las defunciones. 1990-2015

Objetivo General:

- Identificar las áreas de oportunidad para mejorar el desempeño del Programa de Cáncer de Mama.

Objetivo Específicos:

- Identificar con oportunidad problemas y/o deficiencias en los procesos o acciones del Programa de Cáncer de Mama.
- Utilizar los estándares que corresponden a los comportamientos nacionales y metas comprometidas del Programa Sectorial de Salud 2013-2018
- Utilizar las fuentes de información disponibles de manera oficial para fortalecer su veraz y adecuado registro.
- Establecer un medio de evaluación que unifique criterios de desempeño y marque estándares de alcance.
- Contar con una herramienta que permita dar seguimiento a los procesos y acciones operativas del Programa de Cáncer de Mama.
- Evaluar el impacto de las acciones de detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en etapa temprana.

Metodología

Los indicadores epidemiológicos expresan una relación entre el subconjunto de enfermos y el conjunto de miembros de la población. A su vez éstos mantienen fuentes de información formal, homogénea, confiable y disponible para las Entidades Federativas, es decir, los datos derivan de los

sistemas convencionales de registro, tal es el caso del Sistema de Información de Cáncer de la Mujer (SICAM) fuente oficial para el cálculo de los indicadores descritos en este manual.

Los mecanismos mediante los cuales se seleccionaron los indicadores que integran los índices de desempeño, son los siguientes:

- Estándares. Se obtuvieron de los comportamientos nacionales, parámetros internacionales, así como las metas del Programa Sectorial de Salud y los Programas de Acción.
- Peso de los indicadores. Se elaboró de acuerdo a prioridad, importancia y magnitud para el programa de acción.
- Fuentes de información. Disponibles de manera oficial.
- Indicadores sectoriales. Se elaboraron sectorialmente de acuerdo con la disponibilidad de la información de cada uno de los programas de acción.

Indicadores del Programa Cáncer de Mama.

Algunos de los avances del programa de cáncer de mama incluyen la existencia de indicadores de evaluación de desempeño, sobre los cuales se reporta de forma regular. Con base a estos indicadores se puede observar una tendencia ascendente en los índices de mortalidad en los últimos 20 años. Algunas de las dificultades incluyen la falta de detección oportuna, el efectivo seguimiento de pacientes, así como el proveer asistencia en la toma de decisiones relacionadas a la detección temprana de cáncer.

Indicadores de cobertura.

La cobertura representa la proporción de la población blanco beneficiada por el tamizaje de manera efectiva, el cual representa el principal determinante del éxito del programa. Los indicadores de cobertura incluyen:

1. Cobertura de tamizaje en mujeres de 40 a 69 años con mastografía bienal.

Incluye a todas las mujeres del grupo blanco tamizadas a través de mastografía en los últimos 2 años, con respecto a la población responsabilidad de la Secretaría de Salud del año en evaluación.

Nombre del indicador	Fórmula		Estándar
Cobertura de tamizaje en mujeres de 25 a 64 años con mastografía bienal	$\frac{\text{Mujeres de 40 a 69 años tamizadas con mastografía en los últimos 2 años}}{\text{Mujeres de 40 a 69 años de edad responsabilidad de la Secretaría de Salud}}$	x 100	30 %

Periodicidad: Trimestral

2. Cobertura de tamizaje en mujeres de 25 a 39 años con exploración clínica de mama.
Incluye a todas las mujeres del grupo blanco tamizadas a través de exploración clínica de mama en el año de evaluación.

Nombre del indicador	Fórmula		Estándar
Cobertura de tamizaje en mujeres de 25 a 39 años con exploración clínica de mama	$\frac{\text{Mujeres de 25 a 39 años tamizadas con exploración clínica en el año de evaluación}}{\text{Mujeres de 25 a 39 años de edad responsabilidad de la Secretaría de Salud}}$	x 100	22 %

Periodicidad: Trimestral

3. Cobertura de evaluación complementaria a mujeres con exploración clínica anormal.
Incluye a todas las mujeres cuya exploración clínica presenta signos de anormalidad y se realizó alguna evaluación complementaria (evaluación médica especializada o estudio complementario ya sea mastografía o ultrasonido mamario).

Nombre del indicador	Fórmula		Estándar
Cobertura de evaluación complementaria a mujeres con exploración clínica anormal	$\frac{\text{Mujeres con exploración clínica anormal que cuentan con evaluación complementaria}}{\text{Mujeres con exploración clínica anormal en el año de evaluación}}$	x 100	≥ 95 %

4. Cobertura de evaluación complementaria a mujeres con BIRADS 0.
Incluye a mujeres cuyo resultado de la mastografía es BIRADS 0 y se les realizó una evaluación complementaria.

Nombre del indicador	Fórmula		Estándar
Cobertura de evaluación complementaria a mujeres con resultado de BIRADS 0	$\frac{\text{Mujeres con resultado de mastografía de BIRADS 0 que cuentan con evaluación complementaria}}{\text{Mujeres con resultado de mastografía de BIRADS 0}}$	x 100	≥ 95 %

Periodicidad: Trimestral

5. Cobertura de evaluación complementaria a mujeres con BIRADS 4 y 5.

Incluye a mujeres cuya evaluación complementaria tiene como resultado BIRADS 4 y 5 y se les realizó toma de biopsia.

Nombre del indicador	Fórmula		Estándar
Cobertura de evaluación diagnóstica a mujeres con resultado de BIRADS 4 y 5	$\frac{\text{Mujeres con evaluación complementaria con resultado de BIRADS 4 y 5 que se les tomó biopsia}}{\text{Mujeres con evaluación complementaria con resultado de BIRADS 4 y 5}}$	x 100	≥ 95 %

Cobertura de inicio de tratamiento en centro oncológico a mujeres con diagnóstico de cáncer de mama.

Incluye a todas las mujeres con diagnóstico histopatológico de cáncer de mama que iniciaron tratamiento en centro oncológico.

Este indicador no será evaluado ni contará para el cálculo del índice del desempeño de Caminando a la Excelencia; sin embargo, es necesario que sea calculado a través de la información recababa mediante la Estrategia de Mejora de la Competitividad.

En cuanto las variables para el cálculo de este indicador se encuentren dimensionadas en los cubos del SICAM, se incorporará a la evaluación de Caminando a la Excelencia.

Nombre del indicador	Fórmula		Estándar
Cobertura de inicio de tratamiento en centro oncológico a mujeres con diagnóstico de cáncer de mama	$\frac{\text{Mujeres con diagnóstico histopatológico de cáncer de mama que iniciaron tratamiento en centro oncológico}}{\text{Mujeres con diagnóstico histopatológico de cáncer de mama}}$	x 100	100 %

Indicadores de oportunidad.

La oportunidad representa la proporción de la población blanco beneficiada por las acciones derivadas del tamizaje en un determinado lapso de tiempo. Los indicadores de oportunidad incluyen:

Oportunidad en el inicio de tratamiento en centro oncológico a mujeres con diagnóstico de cáncer de mama.

Incluye a todas las mujeres con diagnóstico histopatológico de cáncer de mama que iniciaron tratamiento en centro oncológico en un periodo igual o menor a nueve semanas a partir del tamizaje con mastografía o exploración clínica de la mama.

Este indicador no será evaluado ni contará para el cálculo del índice del desempeño de Caminando a la Excelencia; sin embargo, es necesario que sea calculado a través de la información recababa mediante la Estrategia de Mejora de la Competitividad.

En cuanto las variables para el cálculo de este indicador se encuentren dimensionadas en los cubos del SICAM, se incorporará a la evaluación de Caminando a la Excelencia.

Nombre del indicador	Fórmula		Estándar
Oportunidad en el inicio de tratamiento en centro oncológico a mujeres con diagnóstico de cáncer de mama	Mujeres con diagnóstico histopatológico de cáncer de mama que iniciaron tratamiento en centro oncológico en un periodo ≤ a 9 semanas a partir del tamizaje / Mujeres con diagnóstico histopatológico de cáncer de mama	x 100	≥ 95 %

Indicadores de efectividad.

Este concepto involucra la eficiencia y la eficacia, con base a los logros obtenidos. Los indicadores de efectividad incluyen:

6. Tasa de detección.

Incluye a todas las mujeres que a través de una mastografía de tamizaje realizada durante el año de evaluación se confirman con un diagnóstico histopatológico de cáncer de mama; sin embargo, como la incidencia y los determinantes epidemiológicos son diferentes en cada una de las entidades, sólo será referencial y no comparativo.

Nombre del indicador	Fórmula		Estándar
Tasa de detección	Mujeres con diagnóstico histopatológico de cáncer de mama / Mujeres tamizadas en el año de evaluación	x 1000 mastografías	Tasa nacional

Periodicidad: Trimestral

7. Detección de casos invasores tempranos.

Incluye a todas las mujeres con diagnóstico histopatológico de cáncer de mama detectado en etapas tempranas, estas etapas incluyen de la etapa 0 a la etapa IIA.

Nombre del indicador	Fórmula		Estándar
Detección de casos invasores tempranos	Mujeres con diagnóstico histopatológico de cáncer de mama detectadas en etapa temprana (etapa 0 a IIA) / Mujeres con diagnóstico histopatológico de cáncer de mama	x 100	≥ 75 %

Efectividad de la captación.

Incluye a todas las mujeres con diagnóstico histopatológico de cáncer de mama que fueron detectadas a través del tamizaje ofertado por el programa de cáncer de la mujer.

Este indicador no será evaluado ni contará para el cálculo del índice del desempeño de Caminando a la Excelencia; sin embargo, es necesario que sea calculado a través de la información recababa mediante la Estrategia de Mejora de la Competitividad.

En cuanto las variables para el cálculo de este indicador se encuentren dimensionadas en los cubos del SICAM, se incorporará a la evaluación de Caminando a la Excelencia.

Nombre del indicador	Fórmula		Estándar
Efectividad de la captación	$\frac{\text{Mujeres con diagnóstico histopatológico de cáncer de mama detectadas a través del tamizaje ofertado por el programa de cáncer de la mujer}}{\text{Mujeres con diagnóstico histopatológico de cáncer de mama}}$	x 100	≥ 75 %

Indicadores de confiabilidad de la información.

Se refiere a la precisión de los datos y a la confianza que existe en la fuente, estos indicadores miden la confiabilidad de la información en materia de cáncer de mama que se captura en el Sistema de Información de Cáncer de la Mujer (SICAM).

8. Oportunidad en la captura de mastografías.

Incluye a todas las mastografías capturadas en un periodo igual o menor a 15 días a partir de la fecha de toma de muestra en la plataforma del SICAM.

Nombre del indicador	Fórmula		Estándar
Oportunidad en la captura de mastografías	$\frac{\text{Número de mastografías capturadas en el SICAM en ≤ 15 días a partir de la fecha de toma de muestra}}{\text{Número de mastografías capturadas en el SICAM}}$	x 100	100 %

Periodicidad: Trimestral

9. Oportunidad en la captura de exploraciones clínicas.

Incluye a todas las exploraciones clínicas capturadas en un periodo igual o menor a 15 días a partir de la fecha de realización en la plataforma del SICAM.

Nombre del indicador	Fórmula		Estándar
Oportunidad en la captura de exploraciones clínicas	$\frac{\text{Número de exploraciones clínicas capturadas en el SICAM en} \leq 15 \text{ días a partir de la fecha de realización}}{\text{Número de pruebas de exploraciones clínicas en el SICAM}}$	x 100	100 %

10. Captura de casos confirmados con clasificación de etapa clínica.
    Incluye a todos los casos confirmados con cáncer de mama que cuentan con clasificación de etapa clínica.

Nombre del indicador	Fórmula		Estándar
Captura de casos confirmados con clasificación de etapa clínica	$\frac{\text{Casos de cáncer de mama que cuentan con captura de etapa clínica en la plataforma del SICAM}}{\text{Número de casos confirmados de cáncer de mama registrados en el SICAM}}$	x 100	≥ 95 %

Periodicidad: Trimestral

Categoría	Intervalo	Gradiente de evaluación
Sobresaliente	90 -100%	
Satisfactorio	80 - 89%	
Mínimo	60 - 79%	
Precario	0 - 59%	

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GÉNERO

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

KARLA BERDICHEVSKY FELDMAN
Director General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

NORMA ANGÉLICA SAN JOSÉ RODRÍGUEZ
Directora de Género y Salud

Director de Violencia Intrafamiliar

RAYMUNDO FERNANDEZ PEREZ
Subdirector de prevención de la Violencia

ANA GLORIA GALICIA OGARRIO
Coordinación de Sistemas de planeación y Sistemas de Información

*INTRODUCCIÓN*Antecedentes La violencia familiar y de género es un problema de salud pública que, por su magnitud y trascendencia, tiene implicaciones no solamente físicas, sino también emocionales y económicas, en las personas que la viven.

La magnitud de la violencia, documentada en la Encuesta Nacional sobre Violencia Contra las Mujeres (ENVIM 2006) refiere que la prevalencia nacional de violencia de pareja es del 33.3%.

Asimismo, el informe sobre "La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México"1, presenta los resultados para México (entre 1990 y 2010) de un estudio global y muestra que la violencia interpersonal es la novena causa de años perdidos por muerte prematura en mujeres de 15 a 24 años de edad.

Es evidente que la violencia de pareja es un determinante importante en el perfil de riesgos de las mujeres en México, datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH 2016) muestran que:

- La violencia más extendida continúa siendo la ejercida por el actual o último esposo o compañero
- 44 de cada 100 mujeres de 15 años y más, que han tenido pareja o esposo, han vivido situaciones de violencia emocional, económica, física o sexual durante su actual o última relación.
- El 40.1% de las mujeres encuestadas ha vivido, al menos una vez a lo largo de su relación, insultos, amenazas, humillaciones y otras ofensas de tipo psicológico o emocional.
- 3.3% de las mujeres encuestadas dijeron haber sido violadas antes de los 15 años.
-

En nuestro país la tasa de violaciones denunciadas ante el Ministerio Público de 1997 al 2010, según reporte del INEGI varía entre 23 y 28 por cada 100 mil mujeres, lo que corresponde a 15,000 violaciones en promedio cada año, de las cuales se estima que sólo 40% de estas mujeres acude antes de haber transcurrido 72 horas a los servicios de salud. Asimismo, las estadísticas de mortalidad publicadas por el INEGI muestran que la cifra de defunciones de mujeres por homicidio pasó de 1,284 en el año 2000 a 2,813 en 2016. Dichas defunciones están relacionadas con situaciones de violencia extrema; inclusive, el

[1] Lozano R, Gómez-Dantés H, Pelcastre B, Ruelas MG, Montañez JC, Campuzano JC, Franco F, González JJ. Carga de la enfermedad en México, 1990-2010. Nuevos resultados y desafíos. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública / Secretaría de Salud, 2014

número de mujeres asesinadas en 2016 es el más alto registrado en los últimos 27 años (1990 a 2016) por encima de los registrados en 2011 (2,693 defunciones) y 2012 (2,764 defunciones), que fueron los años donde se presentaron la mayor cantidad de muertes por homicidio en el país.

En México, como respuesta ante esta problemática de salud se promulgó en el año 2007 la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV), la cual establece que corresponde a la Secretaría de Salud (SS), en el marco de la política de salud integral de las mujeres, diseñar con perspectiva de género, la política de prevención, atención y erradicación de la violencia en su contra.

En este contexto, derivado del reconocimiento de la violencia como un problema de salud pública, a través del Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género la Secretaría de Salud en México a través de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS) y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) en coordinación con los Servicios Estatales de Salud (SESA) de las 32 entidades federativas, implementaron estrategias dirigidas a prevenir, detectar y atender la violencia. De ahí la importancia que, desde el ámbito de la salud, la violencia se aborde con un enfoque integral y multidisciplinario, ya que las consecuencias y daños a la salud de las mujeres son múltiples.

En este sentido, el Programa de Acción Especifico de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género, el cual para el año 2019 tiene como población objetivo a un estimado de poco más de 9 millones de mujeres de 15 y más años unidas y que son susceptibles de vivir una situación de violencia familiar y/o de género; desde sus inicios en el año 2002, forma parte del sistema de información institucional SINBA (antes SIS), a través del cual en la actualidad se registran mensualmente cerca de 4,435 variables que corresponden a los servicios otorgados a la población en general, en las más de 15 mil unidades de salud en el país, haciendo complejo para el manejo del registro de información de las personas atendidas por violencia en las 32 entidades federativas; es por ello que se implementó un instrumento paralelo específico para el registro y seguimiento de las acciones implementadas por parte del programa de violencia en las 32 entidades federativas, denominado Informe General de Avances (IGA).

Para el año 2018, el IGA capta información procedente de las 32 entidades federativas al respecto de las actividades de: Prevención, Detección, Referencia al segundo nivel de atención, Atención médica y psicológica especializada, así como de la capacitación al personal de salud; dicho instrumento recopila alrededor de 500 variables de manera mensual para cada entidad federativa.

Caminando a la Excelencia, evaluación del desempeño de los programas de acción.

Es una estrategia que permite evaluar los avances alcanzados por los Programas de Acción en términos de sus indicadores y sus propias escalas de medición, empleando un método de evaluación multidimensional, es decir, con la metodología vectorial o análisis vectorial, el cual permite incorporar de manera simple diversos indicadores y escalas de medición.

Sus objetivos particulares son los siguientes:

1. Identificar con oportunidad problemas y/o deficiencias en los procesos o acciones, y así fortalecer la ejecución de las actividades críticas de cada uno de los Programas.
2. Utilizar los estándares que corresponden a los comportamientos nacionales y metas comprometidas en el Programa Sectorial de Salud.
3. Utilizar las fuentes oficiales de información disponibles para fortalecer su veraz y adecuado registro.
4. Establecer un medio de evaluación que unifique criterios de desempeño y marque estándares de alcance.
5. Contar con una herramienta que permita dar seguimiento a los procesos y acciones operativas de los Programas de Acción, además de verificar sus logros y avances.

La tarea fundamental de la estrategia Caminando a la Excelencia consiste en elaborar trimestralmente un boletín con información sobre los principales indicadores de proceso y/o de resultado de cada uno de los Programas de Acción, a través de los cuales se construye un índice de desempeño que permite clasificar a las entidades federativas en cuatro grupos:

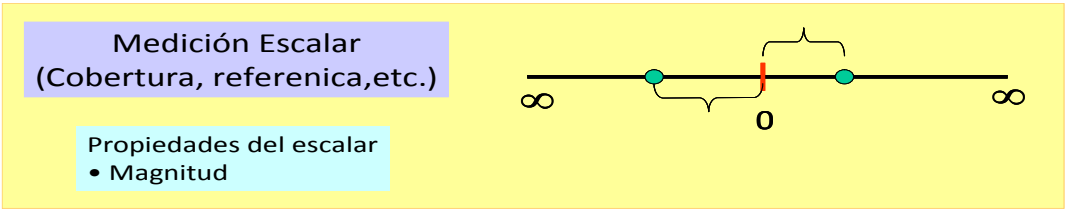
1. Estados con desempeño sobresaliente.
2. Estados con desempeño satisfactorio.
3. Estados con desempeño mínimo.
4. Estados con desempeño precario.

Metodología de análisis vectorial

Para el proceso de evaluación, la estrategia Caminando a la Excelencia utiliza indicadores, medidos a través de vectores.

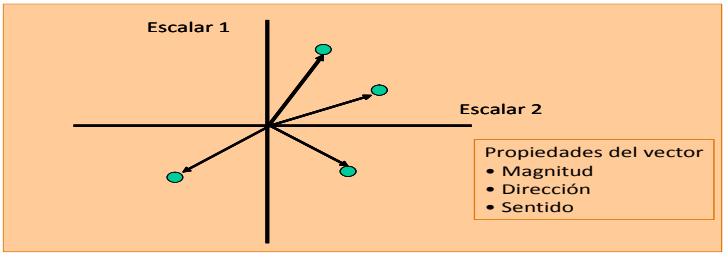
El término indicador deriva del latín indicare, que significa anunciar, apuntar o mostrar, es decir, son números que al interpretarlos o darles un valor se convierten en información que puede ayudar a tomar decisiones, sobre todo si están diseñados detalladamente, por lo que sirven de guías, que nos permiten entender los conceptos básicos expresados en términos numéricos.

Los indicadores permiten disponer de información diagnóstica y por sí solos no proporcionan una información completa, se cuantifican acciones, simplificando la información y presentándola de tal modo que permita obtener uno de los posibles panoramas de evaluación o medición escalar.



Los vectores nos muestran 3 propiedades:

- Magnitud, que indica la dimensión del indicador.
- Dirección que muestra hacia dónde va el indicador.
- Sentido que señala lo positivo o negativo del desarrollo del indicador.



En la gráfica anterior, las líneas ejemplifican las 3 propiedades de los vectores.

Los criterios con los cuales se seleccionaron los indicadores que integran los índices de desempeño, la velocidad de cambio y el índice comparativo de los programas nacionales, son los siguientes:

- Estándares. Se obtuvieron de las normas oficiales, lineamientos y protocolos de operación, así como las metas del Programa Sectorial de Salud y los Programas de Acción Específicos.

- Peso de los indicadores. Se elaboró de acuerdo al proceso a medir, donde los procesos que impactan directamente en la detección y atención de las mujeres víctimas de violencia tienen mayor prioridad, sobre los procesos administrativos los cuales no tienen un impacto directo en la atención de las usuarias; sin embargo, contribuyen al logro de los objetivos del programa de acción.

- Fuentes de información. Disponibles para el programa y que contarán con registros de manera regular e institucional.

Para poder evaluar el funcionamiento de cada uno de los programas de forma integral, se debe considerar que está conformado por diferentes componentes, los cuales tienen diferencias particulares en su funcionamiento y operación, lo cual trae como consecuencia que deban ser evaluados de manera particular de acuerdo a sus propias características, por lo que generar un índice de desempeño permite integrar de manera simple la diversidad de escalas de medición que se requieren.

Evaluación Caminando a la Excelencia del Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género.

El Programa de Acción Específico de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género, se integra a la estrategia "Caminando a la Excelencia", para evaluar el desempeño de los programas estatales a través de indicadores diseñados de manera rigurosa y consistente, con una fuente de información formal, homogénea, confiable y disponible para las entidades federativas.

Para contar con información formal, homogénea, confiable y disponible para el Programa se implementó el Informe General de Avances (IGA), que funge como la principal fuente de registro de información del Programa, en tanto se incorporaban variables en los sistemas institucionales de registro de información de la Secretaría de Salud. Para el año 2010 se incorporaron algunas variables de seguimiento del Programa en el Sistema de Información en Salud (SIS) y se buscó modificar lo correspondiente en el Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE); sin embargo, no ha sido posible contar con una sistema de información oficial que incluya a todas las estrategias y acciones que se han implementado como parte de la operación del Programa, el cual ha estado en constante evolución y dependiente de los recursos presupuestales que se designen para su puesta en marcha.

Dentro de las estrategias del Programa se realizan actividades de prevención, detección y atención a la violencia familiar y de género, las cuales están dirigidas principalmente a mujeres de 15 años y más de la población de responsabilidad de la Secretaria de Salud y con riesgo de presentar algún grado de violencia familiar.

Informe General de Avances (IGA)

Como parte integral del programa, se considera además la congruencia de la información que es fundamental para la toma de decisiones, el fortalecimiento de las políticas de salud y del registro veraz y adecuado de dicha información en las fuentes oficiales de información en Salud.

Para darle seguimiento a la operación del Programa Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género, se implementó el IGA, el cual integra los avances del Programa en las 32 entidades federativas. Dicho informe cuenta con un formato especifico de reporte, mismo que se ha implementado en coordinación con los 32 Programas Estatales para integrar, sistematizar y reportar de manera ordenada, periódica y cuantitativa, las principales acciones que se desarrollan a través del programa a nivel estatal.

Dicho Informe General de Avances concentra y registra información relacionada con las siguientes acciones:

- Detección de la violencia
- Atención especializada de la violencia severa
- Referencia después de la atención
- Promoción y difusión del programa
- Actividades de capacitación con temas afines y de una duración menor a 8 hrs. dirigido a distintos tipos de personal de salud
- Capacitación y Sensibilización en la NOM-046 para la detección y atención de la violencia dirigido a personal médico operativo

Adicionalmente, fue incorporado el registro de acciones específicas que derivan de la modificación realizada a la NOM-046-SSA2-2005 en el año 2016 y que consisten en implementar y garantizar por parte de los servicios de salud la atención inmediata en casos de violación sexual; siendo las siguientes:

- Atención especializada de la violación sexual
- Profilaxis otorgada en casos de violación sexual
- Esquema utilizado para profilaxis de VIH otorgada
- Servicios otorgados de Interrupción Voluntaria del Embarazo en casos de violación sexual
- Actividades de capacitación con temáticas específicas de: *Buen trato, Enfermeras para la atención inmediata en casos de violación sexual, Atención médica en casos de violación sexual, Servicio de Interrupción Voluntaria del Embarazo y Protocolos de atención psicológica*.

El IGA cuenta con procedimientos establecidos para su revisión, validación, integración y procesamiento de manera mensual por parte del área de planeación y sistemas de información de la Dirección de Violencia Intrafamiliar; por lo que se cuenta con información veraz, oportuna y válida para la obtención y cálculo de 7 indicadores de desempeño:

1. *Indicador: Positividad de la herramienta de detección.*
2. *Indicador: Cobertura de atención especializada*
3. *Indicador: Consultas promedio otorgadas por usuaria.*
4. *Indicador: Grupos de re-educación concluidos.*
5. *Indicador: Concordancia del registro de información.*
6. *Indicador: Comprobación del gasto.*
7. *Indicador: Casos de violación sexual atendidos oportunamente.*

Es importante destacar que la evolución que ha tenido el Programa a nivel nacional en términos generales ha correspondido a la disponibilidad de fuentes de información institucional, a través de las cuales se registran las acciones sustantivas del Programa, así como a la necesidad de ampliación y ajuste de los indicadores de seguimiento en la Estrategia; el monitoreo del Programa a través de la Estrategia Caminando a la Excelencia inicio en el año 2008 y se consideraron sólo dos indicadores debido a que la fuente de información disponible era el reporte interno del Programa: Informe General de Avances (IGA).

Para el año 2010, se incorporaron en el Sistema de Información en Salud (SIS), nuevos mecanismos de registro específicos para el reporte de actividades del Programa, el Subsistema de Lesiones a través del formato de Registro de Atención por Lesiones y/o Violencia, denominado (SIS 17P). Hay que considerar que existen otros procesos sustantivos del Programa a los cuales es necesario dar seguimiento para tener una mejor perspectiva de la operación de éste en el nivel estatal, lo que hizo necesarios ampliar y reajustar la batería de indicadores de seguimiento y evaluación de dos a cinco.

Para el año 2018 y derivado del Programa de Acción Específico 2013-2018 prevención y atención de la violencia familiar y de género, ha sido necesario realizar varios ajustes y revisiones para contar con una batería de 7 indicadores, los cuales permitirán dar seguimiento y evaluación de las actividades sustantivas realizadas por los Programas Estatales, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención y sobre todo disminuir los daños en la salud de las mujeres que viven una situación de violencia familiar y/o de género.

Como parte de la evolución de la estrategia Caminando a la Excelencia, en el cuadro siguiente se muestra la cronología de los indicadores considerados desde el año 2010:

Cronología de los indicadores utilizados por el Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género 2010-2018.

2010 - 2013	2014-2015	2016-2017	2018-2019
Porcentaje de cobertura de aplicación de herramienta de detección a mujeres de población de responsabilidad.			
Porcentaje de mujeres de 15 años o más a las que se aplicó la herramienta de detección y resultó positiva.	Porcentaje de mujeres de 15 años o más a las que se aplicó la herramienta de detección y resultó positiva.	Porcentaje de mujeres de 15 años o más a las que se aplicó la herramienta de detección y resultó positiva.	Positividad de la herramienta de detección
Porcentaje de mujeres que viven en violencia severa con atención especializada que son referidas de otras unidades de salud			
Porcentaje de cobertura de atención especializada a mujeres víctimas de violencia familiar severa.	Porcentaje de cobertura de atención especializada a mujeres víctimas de violencia familiar severa.	Porcentaje de cobertura de atención especializada a mujeres víctimas de violencia familiar severa.	Cobertura de atención especializada
Promedio de consultas por mujer atendida con tratamiento de apoyo psico-emocional	Promedio de consultas por mujer atendida con tratamiento de apoyo psico-emocional	Promedio de consultas por mujer atendida con tratamiento de apoyo psico-emocional	Porcentaje de consultas promedio otorgadas por usuaria
	Porcentaje de grupos de reeducación de víctimas y agresores formados	Porcentaje de grupos de reeducación de víctimas y agresores formados y terminados con 25 sesiones	Porcentaje de grupos de re-educación concluidos
	Porcentaje de mujeres de 15 años y más que viven violencia familiar y de género registradas en el SIS-17-P con respecto al IGA	Porcentaje de mujeres de 15 años y más que viven violencia familiar y de género registradas en el SINBA con respecto al IGA	Concordancia del registro de información
	Porcentaje de recursos vía ramo 12 ejercidos y comprobados	Porcentaje de recursos vía ramo 12 ejercidos y comprobados	Porcentaje de comprobación del gasto
			Porcentaje de casos de violación sexual atendidos oportunamente

Objetivo General.

Establecer, definir y difundir los mecanismos, criterios y parámetros para la evaluación de los indicadores del Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género que se integran y evalúan en la Estrategia Caminando a la Excelencia.

Objetivos Particulares.

Establecer los lineamientos para la evaluación del desempeño del Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género a nivel estatal.
Difundir entre los responsables estatales los mecanismos de diseño y calificación de los indicadores de la Estrategia Caminando a la Excelencia para una adecuada interpretación.
Definir los indicadores de desempeño del Programa en la Estrategia Caminando a la Excelencia, mediante la descripción clara y precisa de sus componentes.
Contribuir desde la Dirección de Violencia Intrafamiliar a que los programas estatales cuenten con los datos necesarios para reconocer el esfuerzo, los logros y avances en el Programa.
Indicadores de Evaluación 2019:

1. Indicador: Positividad de la herramienta de detección.

1.1. Definición del Indicador.

Mide la calidad con la que el médico de consulta externa de los servicios estatales de salud aplica la herramienta de detección de la violencia a las mujeres de 15 y más años con pareja y que presentaron los marcadores de riesgo, de acuerdo a lo establecido en el Manual de Operación del Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual, así como la NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

1.2. Fundamento técnico científico

De acuerdo a la NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. La detección busca identificar a las o los usuarios afectados por violencia familiar o sexual y valorar el grado de riesgo durante el desarrollo de las actividades cotidianas en la comunidad, en la consulta de pacientes ambulatorios u hospitalarios y en otros servicios de salud.
La detección temprana es una herramienta básica para proporcionar a las mujeres en situación de violencia los apoyos necesarios para evitar el agravamiento de su situación y es la puerta de entrada al proceso de atención. La magnitud de la violencia documentada en la Encuesta Nacional sobre Violencia Contra las Mujeres (ENVIM 2006) refiere que la prevalencia nacional de violencia de pareja actual es del 33.3%, Este indicador se evalúa en contraste con la prevalencia estimada en cada una de las entidades federativas.

1.3. Metas 2019.

La referencia para evaluar la calidad de la aplicación de dicha Herramienta es la que corresponde a la prevalencia de violencia de pareja actual reportada en la ENVIM 2006, cuya cifra a nivel nacional es de 33.3% (1 de cada 3 mujeres); en tanto que al nivel estatal la menor prevalencia observada fue la de Aguascalientes registrando un 22.8%, por otra parte, la mayor prevalencia fue la del Estado de México con un 45.6%. Por lo tanto, la Positividad de la Herramienta de detección en cada entidad federativa deberá aproximarse a la que se muestra en el cuadro siguiente:

Entidad	Porcentaje %	Orden	Entidad	Porcentaje %	Orden
Aguascalientes	22.8	31	Morelos	28.2	23
Baja California	27.6	26	Nayarit	39.6	2
Baja California Sur	33.2	16	Nuevo León	24.9	28
Campeche	30.9	21	Puebla	23.7	29
Coahuila	30.0	22	Querétaro	33.1	17
Colima	34.4	9	Quintana Roo	39.1	3
Chiapas	32.7	18	San Luis Potosí	26.1	27
Chihuahua	31.5	19	Sinaloa	34.9	8
Distrito Federal	33.9	11	Sonora	34.2	10
Durango	37.6	4	Tabasco	33.8	13
Guanajuato	33.9	12	Tamaulipas	23.0	30
Guerrero	27.8	25	Tlaxcala	28.0	24
Hidalgo	31.2	20	Veracruz	33.7	14
Jalisco	35.4	6	Yucatán	36.2	5
México	45.6	1	Zacatecas	33.4	15
Michoacán	35.2	7	**NACIONAL**	**33.3**	

1.4. Construcción

$$\frac{\text{Porcentaje estatal de mujeres de 15 años o más a las que se aplicó la herramienta de detección y resultó positiva}}{\text{Prevalencia estatal de violencia de la pareja actual}} \text{ X } 100$$

1.5 Criterios

Numerador	Denominador	Consideraciones
Definición: Porcentaje estatal de mujeres de 15 años o más a las que se aplicó la herramienta de detección y resultó positiva Fuente: Informe General de Avances. CNEGSR/DVI	Definición: Prevalencia estatal de violencia de la pareja actual Fuente: Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres 2006.	(1) Si el porcentaje es mayor a 200: Indicador = 0 (2) Cuando el porcentaje está entre 100 y 200: Indicador = 200-porcentaje

1.6. Ponderación

Este indicador representa el 25% del total de la evaluación de los 7 Indicadores del Programa

1.7. Escala:

Evaluación	Escala
Sobresaliente:	90 a 100%
Satisfactorio:	70 a 89%
Mínimo:	51 a 69%
Precario:	≤ 50%

1.8. Periodicidad: Trimestral

1.9. Procedimiento:

1. Con base en los registros del IGA del período a evaluar se obtiene el Porcentaje de mujeres de 15 años o más a las que se aplicó la herramienta de detección y resultó positiva.

$$\frac{\text{Mujeres de 15 y más años que resultaron positivas a la aplicación de la herramienta de detección}}{\text{Total de herramientas de detección aplicadas}} \text{ X } 100$$

2. Posteriormente la positividad de la herramienta de detección se calcula dividiendo el Porcentaje de mujeres de 15 años o más a las que se aplicó la herramienta de detección y resultó positiva entre la Prevalencia estatal de violencia de la pareja actual (ENVIM 2006) y el resultado se multiplica por 100.

$$\frac{\text{Porcentaje estatal de mujeres de 15 años o más a las que se aplicó la herramienta de detección y resultó positiva}}{\text{Prevalencia estatal de violencia de la pareja actual}} \text{ X } 100$$

3. A continuación, se verifican las consideraciones (1) y (2) para el caso en que el resultado de la operación anterior sea mayor que 100%.

(1) Si Porcentaje > 200% entonces: positividad de la herramienta de detección = 0
(2) Si Porcentaje esta entre 100% y 200% entonces: positividad de la herramienta de detección = 200 – porcentaje.

4. Por último, se evalúa la positividad de la herramienta de detección de acuerdo a la escala.

Ejemplo:

Paso1:

- Total de herramientas de detección aplicadas: 5,777
- Mujeres de 15 y más años que resultaron positivas a la aplicación de la herramienta de detección: 3,028

(3,028/5,777)*100= 52.41%

Paso 2:

- Porcentaje de mujeres de 15 años o más a las que se aplicó la herramienta de detección y resultó positiva: 52.41
- Prevalencia estatal de violencia de la pareja actual: 30.00

(52.41/30.00)*100=174.7%

Paso 3:

- Aplicando la consideración (2) la Calidad de la aplicación de la herramienta de detección es la siguiente:

Calidad de la aplicación de la herramienta de detección = 200-174.7 = 52.3%

Paso 4:

- La evaluación del indicador de Calidad de la aplicación de la herramienta de detección de acuerdo a la escala establecida es la siguiente:

Mínimo (50% - 70%) = 52.3%

2. Indicador: Cobertura de atención especializada

2.1. 2.1. Definición del Indicador.

Mide el número de mujeres de 15 y más años, unidas que recibieron atención médica y/o psicológica en los Servicios especializados de atención a la violencia; con respecto del número estimado de mujeres usuarias de los SESAS con las mismas características, en riesgo de vivir violencia severa.

2.2. Fundamento técnico científico

De acuerdo con el Modelo Integrado para la Prevención y Atención a la Violencia Familiar y Sexual, todas las mujeres que han sufrido violencia familiar y/o de género deben recibir atención médica y psicológica especializada, mediante los servicios que se han establecido para ese fin en el nivel hospitalario de los Servicios Estatales de Salud, este indicador permite evaluar el alcance de las acciones del Programa en la población con mayor necesidad de atención al problema de la violencia. Asimismo, los resultados de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2006, muestran que a nivel nacional cerca del 12% de las mujeres de 15 años y más unidas, usuarias de los servicios de salud viven violencia severa; esta prevalencia varía según la entidad federativa, pero es posible estimarla a partir de la propia encuesta.

2.3. Metas 2019.

De acuerdo con la información registrada en el SIS 2010-2016, el CNEGSR consideró la variable "Total de mujeres que fueron atendidas de primera vez en el año en las unidades médicas" X 53.52% (Factor de nupcialidad) para estimar la proyección de mujeres unidas que serán atendidas. Por lo que para el año 2019 la estimación de mujeres de 15 años o más unidas, sin derechohabiencia que serán atendidas de primera vez en el año en los servicios de salud por entidad federativa es de 9,564,754.

Por otra parte, la ENVIM 2006 refiere que el 12% de las mujeres de 15 años y más unidas, usuarias de los servicios de salud viven violencia severa, por lo que el número estimado de mujeres de población de responsabilidad con las mismas características, en riesgo de vivir violencia severa a nivel nacional es de 1,147,770 (12%) y su distribución estatal es la siguiente:

ENTIDAD FEDERATIVA	Población en riesgo 2019	ENTIDAD FEDERATIVA	Población en riesgo 2019
Aguascalientes	10,950	Morelos	24,680
Baja California	18,578	Nayarit	7,976
Baja California Sur	8,049	Nuevo León	32,253
Campeche	8,693	Oaxaca	34,118
Coahuila	9,844	Puebla	73,433
Colima	6,751	Querétaro	21,606
Chiapas	56,457	Quintana Roo	19,227
Chihuahua	30,809	San Luis Potosí	28,554
Distrito Federal	93,575	Sinaloa	37,619
Durango	20,264	Sonora	15,329
Guanajuato	63,044	Tabasco	34,899
Guerrero	55,911	Tamaulipas	41,160
Hidalgo	38,267	Tlaxcala	14,920
Jalisco	52,002	Veracruz	28,405
México	185,881	Yucatán	20,406
Michoacán	34,319	Zacatecas	19,791
		Nacional	1,147,770

En este sentido y de acuerdo a los resultados alcanzados en años previos, para el año 2019 la meta de Cobertura de Atención Especializada en cada entidad se estableció en 30% de la población estimada en riesgo de vivir violencia severa.

Año	Cobertura de atención especializada programada
2019	30%

2.4. Construcción

$$\frac{\text{Porcentaje de cobertura de atención especializada a mujeres víctimas de violencia familiar severa alcanzada.}}{\text{Porcentaje de cobertura de atención especializada a mujeres víctimas de violencia familiar severa programada.}} \text{ X } 100$$

2.5 Criterios

Numerador	Denominador	Consideraciones
Definición: Porcentaje de cobertura de atención especializada a mujeres víctimas de violencia familiar severa alcanzada. Fuente: Informe General de Avances. CNEGSR/DVI	Definición: Porcentaje de cobertura de atención especializada a mujeres víctimas de violencia familiar severa programada. Fuente: Metas CAMEXC 2019. CNEGSR/DVI	(1) Si el porcentaje es mayor a 100: Indicador = 100

2.6. Ponderación

Este indicador representa el 15% del total de la evaluación de los 7 Indicadores del Programa

2.7. Escala

Evaluación	Escala
Sobresaliente:	90 a 100%
Satisfactorio:	70 a 89%
Mínimo:	50 a 69%
Precario:	≤ 50%

2.8. Periodicidad: Trimestral

2.9. Procedimiento:

1. Con base en los registros del IGA del período a evaluar se obtiene el Porcentaje de cobertura de atención especializada a mujeres víctimas de violencia familiar severa alcanzada.

$$\frac{\text{Número de mujeres de 15 y más años que ingresaron a los Servicios Especializados de atención de la violencia}}{\text{Estimación de mujeres usuarias de los SESAS de 15 y más años, en riesgo de vivir violencia severa. 2019}} \text{ X } 100$$

2. Posteriormente la Cobertura de atención especializada se calcula dividiendo el Porcentaje de cobertura de atención especializada a mujeres víctimas de violencia familiar severa alcanzada entre el Porcentaje de cobertura de atención especializada a mujeres víctimas de violencia familiar severa programada y el resultado se multiplica por 100.

$$\frac{\text{Porcentaje de cobertura de atención especializada a mujeres víctimas de violencia familiar severa alcanzada.}}{\text{Porcentaje de cobertura de atención especializada a mujeres víctimas de violencia familiar severa programada.}} \text{ X } 100$$

3. A continuación, se verifica la consideración (1) para el caso en que el resultado de la operación anterior sea mayor que 100%.
   (1) Si Porcentaje > 100% entonces: Cobertura de atención especializada = 100

4. Por último, se evalúa la Cobertura de atención especializada de acuerdo a la escala.

Ejemplo:

Paso1:

- Número de mujeres de 15 y más años que ingresaron a los Servicios Especializados de atención de la violencia: 77,659
- Estimación de mujeres usuarias de los SESAS de 15 y más años, en riesgo de vivir violencia severa: 64,452

(77,659/64,452)*100= 120.5%

Paso 2:

- Porcentaje de cobertura de atención especializada a mujeres víctimas de violencia familiar severa alcanzada: 120.5
- Porcentaje de cobertura de atención especializada a mujeres víctimas de violencia familiar severa programada: 30.00

(120.5/30.00)*100=401%

Paso 3:

- Aplicando la consideración (1) la Cobertura de atención especializada es la siguiente:

Cobertura de atención especializada = 100%

Paso 4:

- La evaluación del indicador de Cobertura de atención especializada de acuerdo a la escala establecida es la siguiente:

Sobresaliente (90% - 100%) = 100.00%

3. Indicador: Consultas promedio otorgadas por usuaria.

3.1 Definición del Indicador.

Mide la eficacia de los servicios especializados de atención a la violencia, mediante la evaluación del grado de cumplimiento de los objetivos establecidos por los protocolos para la atención psicológica de mujeres en situación de violencia severa. Dicha eficacia esta expresada en términos de la Adherencia al tratamiento psicológico mediante el número de consultas promedio otorgadas por usuaria atendida.

3.2 Fundamento técnico científico

De acuerdo a la NOM-046-SSA2-2005, en todos los casos se deberá ofrecer atención psicológica a las personas que viven o han vivido en situaciones de violencia familiar o sexual, de acuerdo al nivel de severidad de la misma. Asimismo, en el Modelo Integrado de Prevención y Atención a la Violencia Familiar y Sexual se específica que se implementarán las acciones pertinentes para garantizar la

atención psicológica necesaria, con el fin de fortalecer la búsqueda de alternativas de solución en el manejo de los conflictos y problemas inherentes a la situación vivida, así como de fortalecer la autoestima para contribuir en el proceso de reestructuración emocional.

Por último, desde el año 2010 el CNEGSR emitió el Manual de Lineamientos y Protocolos para la Atención Psicológica de Mujeres que viven en situación de Violencia Familiar y de Género, el cual se diseñó con el fin de proporcionar una guía práctica para las y los psicólogos que brindan atención en los Servicios Especializados de Atención a mujeres en situación de violencia. Por lo que en él se establecen los criterios para la atención psicológica de las mujeres con la finalidad de brindar un servicio oportuno, de calidad técnica e interpersonal, que limite los daños a la salud de las mujeres y contribuya a parar la situación de violencia; así mismo, retoma los procedimientos para la referencia precisa y eficiente.

Justamente, para el caso de atención de mujeres en situación de violencia severa se brindarán de 9 a 12 sesiones individuales, con el objetivo de ayudar a la usuaria del servicio a desarrollar las habilidades en las esferas cognitiva, emocional, conductual, física y social que le permitan tomar decisiones, recuperar su autonomía y construir alternativas para salir de la situación de violencia.

3.3 Metas 2019.

En concordancia con los protocolos y lineamientos de atención psicológica, la meta para el 2019 debería estar entre 9 y 12 consultas en promedio por usuaria en tratamiento, sin embargo, en la operación de los SESAS ha resultado complejo ya que no se cuenta con la infraestructura y personal de psicología necesarios, así como fuentes de financiamiento complementarias al ramo 12 como son el ramo 33 y Anexo IV. Por lo que el reto es alcanzar 7 sesiones en promedio por usuaria en tratamiento.

3.4 Construcción:

$$\frac{\text{Consultas promedio otorgadas por usuaria atendida}}{\text{Meta de consultas promedio otorgadas por usuaria atendida}} \text{ X } 100$$

3.5 Criterios:

Numerador	Denominador	Consideraciones
Definición: Consultas promedio otorgadas por usuaria atendida Fuente: Informe General de Avances. CNEGSR/DVI	Definición: Meta de consultas promedio otorgadas por usuaria atendida Fuente: Metas CAMEXC 2019. CNEGSR/DVI	(1) Si el porcentaje es mayor a 100: Indicador = 100

3.6 Ponderación:

Este indicador representa el 25% del total de la evaluación de los 7 Indicadores del Programa

3.7 Escala:

Evaluación	Escala
Sobresaliente:	90 a 100%
Satisfactorio:	70 a 89%
Mínimo:	51 a 69%
Precario:	≤ 50%

3.8 Periodicidad: Trimestral

3.9 Procedimiento:

1. Con base en los registros del IGA (apartado Atención psicológica individual) del período a evaluar se obtiene el Número de Consultas promedio otorgadas por usuaria atendida.

$$\frac{\text{Consultas de primera vez + Consultas subsecuentes}}{\text{Consultas de primera vez}}$$

2. Posteriormente el Porcentaje de consultas promedio otorgadas por usuaria se calcula dividiendo el Número de Consultas promedio otorgadas por usuaria atendida entre la Meta de consultas promedio otorgadas por usuaria atendida y el resultado se multiplica por 100.

$$\frac{\text{Consultas promedio otorgadas por usuaria atendida}}{\text{Meta de consultas promedio otorgadas por usuaria atendida}} \text{ X } 100$$

3. A continuación, se verifica la consideración (1) para el caso en que el resultado de la operación anterior sea mayor que 100%.

(1) Si Porcentaje > 100% entonces:

Porcentaje de consultas promedio otorgadas por usuaria = 100

4. Por último, se evalúa la Porcentaje de consultas promedio otorgadas por usuaria de acuerdo a la escala.

Ejemplo:

Paso1:

- Consultas de psicología (primera vez + subsecuentes): 16,905
- Consultas de psicología de primera vez: 3,146

16,905/3,146 = 5.37

Paso 2:

- Promedio estatal de consultas de psicología por usuaria alcanzado: 5.37
- Promedio estatal de consultas de psicología por usuaria programado: 7

(5.37/7.00)*100=76.71%

Paso 3:

- Como el porcentaje es menor que 100% no es necesario aplicar la consideración (1).

Paso 4:

- La evaluación del indicador de Porcentaje de consultas promedio otorgadas por usuaria de acuerdo a la escala establecida es la siguiente:

Satisfactorio (70% - 90%) = 76.71%.

4. Indicador: Grupos de re-educación concluidos.

4.1 Definición del Indicador.

Mide la eficacia de los grupos formados, mediante la evaluación del grado de cumplimiento de los objetivos establecidos por la intervención de reeducación de víctimas y agresores de violencia de pareja, con la conclusión de las 25 sesiones por grupo programado a realizarse en los servicios esenciales de salud.

4.2 Fundamento técnico científico

La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, cuyo principal objetivo es establecer los mecanismos de coordinación entre la Federación y las entidades, a fin de combatir la violencia desde distintos flancos. La Ley provee un marco general, es decir, señala directrices para que los ordenamientos estatales definan con precisión los criterios para aplicar la norma a casos concretos. Existen múltiples formas de violencia contra las mujeres que, además, se verifican en diversos espacios sociales. La Ley general considera, entre los tipos de violencia, la física, la psicológica, la patrimonial, la sexual y la económica. Los sitios en los que las mujeres están expuestas a vivir un acto de maltrato son considerados modalidades: familiar, laboral, docente, comunitaria e institucional. A fin de dar cumplimiento a la Ley general mencionada se elaboró el programa para la reeducación a víctimas y agresores en casos de violencia de pareja para población mexicana.

4.3 Metas 2019.

De acuerdo al manual de la intervención de reeducación de víctimas y agresores de violencia de pareja:

- La meta de grupos a formar está relacionada con presupuesto asignado y con el número y sexo de las facilitadoras/es a contratar para esta intervención
- Las y los facilitadores deberán trabajar siempre en binas
- Los grupos que se formen deben reunirse una vez a la semana por 25 sesiones (cada grupo tiene una duración de 6 meses aproximadamente)
- Una bina = 2 facilitadores/as quienes deberán abrir dos grupos de reeducación por día por cuatro días a la semana para alcanzar 8 grupos formados al semestre o 16 grupos formados al año
- Cada grupo deberá contar con un mínimo de 5 asistentes por cada sesión.

4.4 Construcción:

$$\frac{\text{Grupos de reeducación concluidos con 25 sesiones}}{\text{Grupos de reeducación programados}} \text{ X } 100$$

4.5 Criterios

Numerador	Denominador	Consideraciones
Definición: Grupos de reeducación concluidos con 25 sesiones Fuente: Informe General de Avances. CNEGSR/DVI	Definición: Grupos de reeducación programados Fuente: Programa Anual de Trabajo 2019. CNEGSR/DVI	(1) Si el porcentaje es mayor a 100: Indicador = 100

4.6 Ponderación

Este indicador representa el 10% del total de la evaluación de los 7 Indicadores del Programa

4.7 Escala

Evaluación	Escala
Sobresaliente:	90 a 100%
Satisfactorio:	70 a 89%
Mínimo:	51 a 69%
Precario:	≤ 50%

4.8 Periodicidad: Trimestral

4.9 Procedimiento:

1. Con base en los registros del IGA (componente de reeducación) del período a evaluar se obtiene el Porcentaje de grupos de re-educación concluidos.

$$\frac{\text{Grupos de reeducación concluidos con 25 sesiones}}{\text{Grupos de reeducación programados}} \text{ X } 100$$

2. A continuación, se verifica la consideración (1) para el caso en que el resultado de la operación anterior sea mayor que 100%.

   (1) Si Porcentaje > 100% entonces: Calidad de la atención especializada = 100

3. Por último, se evalúa el Porcentaje de grupos de re-educación concluidos de acuerdo a la escala.

Ejemplo:

Paso1:

- Grupos de reeducación concluidos con 25 sesiones: 24
- Grupos de reeducación programados: 32

24/32 * 100 = 75%

Paso 2:

- Como el porcentaje es menor que 100% no es necesario aplicar la consideración (1).

Paso 3:

- La evaluación del indicador de Porcentaje de grupos de re-educación concluidos de acuerdo a la escala establecida es la siguiente:

Satisfactorio (70% - 90%) = 75%

5. Indicador: Concordancia del registro de información.

5.1 Definición del Indicador.
Mide la concordancia entre los datos registrados en el SINBA y los datos registrados en el IGA, es decir, el número de registros en el sistema institucional de Salud acerca de las mujeres atendidas en los servicios especializados respecto de los registros estadísticos del Informe General de Avances.

5.2 Fundamento técnico científico
La NOM 046, en su apartado 7. Registro de información señala lo siguiente:

7.2. Para cada atención de violencia familiar, sexual y contra las mujeres atendido por las instituciones del Sistema Nacional de Salud, deberá llenarse el formato estadístico denominado Hoja diaria de Consulta Externa de Salud Mental (formato SIS-03-P), el cual contiene variables sobre las usuarias que acuden a consulta en situación de violencia familiar o sexual, el evento más reciente para cada caso detectado y la atención proporcionada conforme al Apéndice Informativo 2. Las instituciones podrán diseñar su propio formato, el cual deberá contener las variables señaladas en dicho Apéndice.
7.8. Es competencia de cada institución entregar a la Secretaría de Salud, a través de los canales ya establecidos para tal efecto, los reportes de concentración y la base de datos, correspondientes a los numerales 7.1 y 7.2 respectivamente. La Secretaría de Salud será responsable de la integración y difusión de la información que apoye el diagnóstico, el diseño de políticas y la toma de decisiones en materia de violencia familiar y sexual.

Por lo anterior y de acuerdo con los procedimientos establecidos por la DGIS para el registro de información, el formato SINBA-SIS-03-P Hoja Diaria de Consulta Externa de Salud Mental es el instrumento diseñado para el registro de las atenciones por violencia de primera vez y subsecuentes que permita contar con información veraz y oportuna de las 32 entidades federativas para la correcta toma de decisiones y definición de políticas públicas.

5.3 Metas 2019.

Consolidar el sistema de información institucional SINBA, con el registro del 100% de los casos de violencia familiar y de género atendidos en los servicios especializados con respecto a lo registrado en los IGAS.

5.4 Construcción:

$$\frac{\text{Consultas de primera vez de psicología en los servicios especializados registradas en SINBA}}{\text{Consultas de primera vez de psicología en los servicios especializados registrados en IGA}} \times 100$$

5.5 Criterios

Numerador	Denominador	Consideraciones
Definición: Consultas de primera vez de psicología en los servicios especializados registradas en SINBA Fuente: Hoja diaria de consulta externa de Salud Mental (SINBA-SIS-03-P), Tipo de personal = 2, Servicio 6, Variable = Psicoterapia individual de primera vez	Definición: Consultas de primera vez de psicología en los servicios especializados registrados en IGA Fuente: Informe General de Avances, Apartado = Atención psicológica individual, Variable = Consultas de primera vez	(1) Si el porcentaje es mayor a 100: Indicador = 100

5.6 Ponderación

Este indicador representa el 10% del total de la evaluación de los 7 Indicadores del Programa

5.7 Escala

Evaluación	Escala
Sobresaliente:	90 a 100%
Satisfactorio:	70 a 89%
Mínimo:	51 a 69%
Precario:	≤ 50%

5.8 Periodicidad: Trimestral

5.9 Procedimiento:

1. Con base en los registros del IGA y del SINBA correspondientes al período a evaluar se calcula el porcentaje de Concordancia del registro de información.

$$\frac{\text{Consultas de primera vez de psicología en los servicios especializados registradas en SINBA}}{\text{Consultas de primera vez de psicología en los servicios especializados registrados en IGA}} \text{ X } 100$$

2. A continuación, se verifica la consideración (1) para el caso en que el resultado de la operación anterior sea mayor que 100%.

   (1) Si Porcentaje > 100% entonces: Concordancia del registro de información = 100

3. Por último, se evalúa la Concordancia del registro de información de acuerdo a la escala.

Ejemplo:

Paso1:

- Consultas de primera vez de psicología en los servicios especializados registradas en SINBA: 593
- Consultas de primera vez de psicología en los servicios especializados registradas en IGA: 813

(593 / 813) * 100 = 72.94%

Paso 2:

- Como el porcentaje es menor que 100% no es necesario aplicar la consideración (1).

Paso 3:

- La evaluación del indicador de Concordancia del registro de información de acuerdo a la escala establecida es la siguiente:

Satisfactorio (70% - 90%) = 72.94%

6. Indicador: Comprobación del gasto.

6.1 Definición del Indicador.

Mide la eficiencia en el manejo de los recursos asignados vía Ramo 12, mediante el convenio AFASPE correspondiente al ejercicio presupuestal inmediato anterior al año en curso, para el desarrollo de las actividades establecidas en el Programa Anual de Trabajo. Para la evaluación de este indicador no se consideran los recursos reintegrados a la Federación, ya que el objetivo es fortalecer el uso eficiente y adecuado del 100% de los recursos asignados.

6.2 Fundamento técnico científico

El Convenio AFASPE 2018 en su cláusula novena referente a las obligaciones del Ejecutivo Federal, establece que "La Secretaria" por conducto de las unidades administrativas y órganos desconcentrados responsables de cada uno de "Los Programas", estará obligada a:

"IX.- Realizar en el ámbito de su competencia, el control, vigilancia, supervisión, seguimiento y evaluación de los recursos presupuestarios federales e insumos federales que en virtud de este instrumento serán ministrados y suministrados, respectivamente, a "La Entidad" de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables en materia del ejercicio del gasto público federal, lo anterior, sin perjuicio de las acciones de control, vigilancia, supervisión, seguimiento y evaluación a que hace referencia en la cláusula Novena del presente instrumento.

X.- Con base en el seguimiento de las metas de los indicadores y en los resultados de las evaluaciones realizadas, establecer medidas de mejora continua para el cumplimiento de los objetivos para los que se destinan los recursos presupuestarios federales y/o los insumos federales"

6.3 Metas 2019.

Ejercer el 100% de los recursos asignados a los Servicios Estatales de Salud, en el cumplimiento de los objetivos establecidos en el convenio AFASPE, para el desarrollo de las actividades de detección y atención de la violencia familiar y de género.

6.4 Construcción:

$$\frac{\text{Presupuesto del ramo 12 comprobado con certificado de gasto}}{\text{Presupuesto del ramo 12 autorizado en el convenio AFASPE}} \text{ X 100}$$

6.5 Criterios

Numerador	Denominador	Consideraciones
Definición: Presupuesto del ramo 12 comprobado con certificado de gasto Fuente: Reporte general de comprobación del gasto, SIAFFASPE, Variable = Presupuesto comprobado con certificado del gasto	Definición: Presupuesto del ramo 12 autorizado en el convenio AFASPE Fuente: Reporte general de comprobación del gasto, SIAFFASPE, Variable = Presupuesto autorizado	Ninguna

6.6 Ponderación

Este indicador representa el 10% del total de la evaluación de los 7 Indicadores del Programa

6.7 Escala

Evaluación	Escala
Sobresaliente:	90 a 100%
Satisfactorio:	70 a 89%
Mínimo:	51 a 69%
Precario:	≤ 50%

6.8 Periodicidad: Trimestral

6.9 Procedimiento:

1. Con base en el reporte general de comprobación del gasto emitido por el SIAFFASPE se calcula el Porcentaje de comprobación del gasto.

$$\frac{\text{Presupuesto del ramo 12 comprobado con certificado de gasto}}{\text{Presupuesto del ramo 12 autorizado en el convenio AFASPE}} \text{ X100}$$

2. Se evalúa el Porcentaje de comprobación del gasto de acuerdo a la escala.

Ejemplo:

Paso1:

- Presupuesto del ramo 12 comprobado con certificado de gasto: $1,880,000.00
- Presupuesto del ramo 12 autorizado en el convenio AFASPE: $2,350,000.00

(1,880,000/2,350,000) * 100 = 80%

Paso 2:

- La evaluación del indicador de Porcentaje de comprobación del gasto de acuerdo a la escala establecida es la siguiente:

Satisfactorio (70% - 90%) = 80%

7. Indicador: Porcentaje de casos de violación sexual atendidos oportunamente.

7.1 Definición del Indicador.

Mide el número de personas en situación de violación sexual que fueron atendidas en los servicios estatales de salud de manera adecuada y oportuna dentro de las primeras 72 horas después de ocurrida la agresión.

7.2 Fundamento técnico científico
De acuerdo a la NOM-046-SSA2-2005 actualizada en marzo del año 2016, en el numeral 6.4 Para el tratamiento específico de la violación sexual:

6.4.1 Los casos de violación sexual son urgencias médicas y requieren atención inmediata.

6.4.2 Los objetivos de la atención a personas violadas son:
6.4.2.1 Estabilizar, repara daños y evitar complicaciones a través de evaluación y tratamiento de lesiones físicas
6.4.2.4 Informar de los riesgos de posibles infecciones de transmisión sexual y de prevención a través de la quimioprofilaxis contra VIH/SIDA conforme a la norma oficial mexicana aplicable, tomando en cuenta la percepción de riesgo de la usuaria o el usuario.

7.3 Metas anuales 2019.

Atender al 100 % de las personas que acuden a los servicios de salud debido a una violación sexual, otorgándoles oportunamente el esquema correspondiente de quimioprofilaxis para VIH.

7.4 Construcción:

$$\frac{\text{Número total de registros con profilaxis de VIH otorgada}}{\text{Número total de registros de casos atendidos dentro de las primeras 72 horas}} \text{ X100}$$

7.5 Criterios

Numerador	Denominador	Consideraciones
Definición: Número total de registros con profilaxis de VIH otorgada Fuente: Informe General de Avances, Apartado = Violencia Sexual, Variable = Profilaxis VIH (Si)	Definición: Número total de registros de casos atendidos dentro de las primeras 72 horas Fuente: Informe General de Avances, Apartado = Violencia Sexual, Variable = Período de atención (Antes de 72 hrs.)	(1) Si el porcentaje es mayor a 100: Indicador = 100

7.6 Ponderación

Este indicador representa el 5% del total de la evaluación de los 7 Indicadores del Programa

7.7 Escala

Evaluación	Escala
Sobresaliente:	90 a 100%
Satisfactorio:	70 a 89%
Mínimo:	51 a 69%
Precario:	≤ 50%

7.8 Periodicidad: Trimestral

7.9 Procedimiento:

1. Con base en los registros del IGA correspondientes al período a evaluar se calcula el Porcentaje de casos de violación sexual atendidos oportunamente.

$$\frac{\text{Número total de registros con profilaxis de VIH otorgada}}{\text{Número total de registros de casos atendidos dentro de las primeras 72 horas}} \text{ X } 100$$

2. A continuación, se verifica la consideración (1) para el caso en que el resultado de la operación anterior sea mayor que 100%.

(1) Si Porcentaje > 100% entonces: Concordancia del registro de información = 100

3. Por último, se evalúa la Porcentaje de casos de violación sexual atendidos oportunamente de acuerdo a la escala.

Ejemplo:

Paso1:

- Número total de registros con profilaxis de VIH otorgada: 42
- Número total de registros de casos atendidos dentro de las primeras 72 horas: 44

(42/44) * 100 = 95.45%

Paso 2:

- Como el porcentaje es menor que 100% no es necesario aplicar la consideración (1).

Paso 3:

- La evaluación del indicador de Porcentaje de casos de violación sexual atendidos oportunamente de acuerdo a la escala establecida es la siguiente:

Sobresaliente (90% - 100%) = 95.45%

Índice de Desempeño.

Para calcular el índice de desempeño empleamos la siguiente formula:

$$IC= \frac{\sqrt[2]{(Ind1 * 0.25)^2 + (Ind2 * 0.15)^2 + (Ind3 * 0.25)^2 + (Ind4 * 0.10)^2 + (Ind5 * 0.10)^2 + (Ind6 * 0.10)^2}}{\sqrt[2]{(100 * 0.25)^2 + (100 * 0.15)^2 + (100 * 0.25)^2 + (100 * 0.10)^2 + (100 * 0.10)^2 + (100 * 0.10)^2 + (10} } X100$$

DUDAS Y APOYO TÉCNICO.

Si requiere resolver alguna duda de carácter técnico al respecto de la metodología de Caminando a la Excelencia o el cálculo de sus indicadores, podrá comunicarse al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, en la Dirección de Violencia Intrafamiliar, donde el equipo de Planeación y Sistemas de Información le estará atendiendo. Las vías de comunicación serán las siguientes:

Teléfono: (0155) 2000 3500 y (0155) 2000 3400 a las extensiones 59158 y 59183.

Correos electrónicos:

eduardo.bautista@salud.gob.mx
ana.galcia@salud.gob.mx
fernando.fierros@salud.gob.mx

PROGRAMA VIH, SIDA E ITS

CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL VIH/SIDA

Directora General del CENSIDA

FRANCISCO JAVIER POSADAS ROBLEDO
Director de Investigación Operativa del CENSIDA

Director de Atención Integral

AGUSTÍN LÓPEZ GONZÁLEZ
Director de Prevención y Participación Social del CENSIDA

DESARROLLO METODOLÓGICO E INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN

MARÍA DEL PILAR RIVERA REYES
Subdirectora de Monitoreo de Indicadores del CENSIDA

GEORGINA ESQUIVEL GARCÍA
Apoyo técnico para los Indicadores Caminando a la Excelencia

ANTECEDENTES

La evaluación Caminando a la Excelencia se inicia durante el periodo 2001-2004. La propuesta utilizada por el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida (Censida) para evaluar el desempeño del Programa VIH, Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), contempló los siguientes indicadores:

1. Usuarios activos de condón.
2. Porcentaje de detección de sífilis en mujeres embarazadas.
3. Gasto en prevención por persona viviendo con VIH.
4. Casos de sida registrados oportunamente.
5. Pacientes con sida que reciben tratamiento antirretroviral (ARV).

En el 2005, con el objeto de mejorar la evaluación, se eliminó el indicador que ya había logrado la excelencia "Pacientes con sida que reciben tratamiento con antirretrovirales (ARV)" y se incorporaron otros que formaban parte de los puntos esenciales para enfrentar las epidemias del VIH, sida e ITS en México. Dicha propuesta estuvo conformada por los siguientes indicadores:

1. Porcentaje de condones distribuidos para la prevención del VIH, sida e ITS en población clave.
2. Porcentaje de detección de sífilis en mujeres embarazadas.
3. Porcentaje de gasto estatal en prevención del VIH y promoción de la salud sexual.
4. Porcentaje de casos de sida registrados oportunamente.
5. Monitoreo de pacientes en tratamiento antirretroviral.
6. Porcentaje de seguimiento de ITS.
7. Coordinación intersectorial en VIH y sida.

Para el 2007, se modificaron ligeramente los indicadores de la evaluación de desempeño del programa. El indicador "casos de sida registrados oportunamente" pasó a formar parte de la evaluación de la Dirección General de Epidemiología (DGE) y en su lugar se incorporó el indicador detección del VIH con pruebas rápidas, estrategia que comenzó a operar en el segundo trimestre del 2007. Los indicadores incluidos en esta propuesta se listan a continuación:

1. Porcentaje de condones distribuidos para la prevención del VIH, sida e ITS en población clave.
2. Porcentaje de detección de sífilis en mujeres embarazadas.
3. Porcentaje de gasto estatal en prevención del VIH y promoción de la salud sexual.
4. Porcentaje de detección del VIH con pruebas rápidas.
5. Monitoreo de pacientes en tratamiento antirretroviral.
6. Porcentaje de seguimiento de ITS.
7. Coordinación intersectorial en VIH y sida.

En el 2008, con motivo de las nuevas necesidades del Programa de Acción para la Prevención del VIH, sida e ITS 2007-2012, se propone una nueva evaluación que mantiene algunos indicadores de la anterior pero que, en su mayor parte, se renueva para incluir los nuevos desafíos en materia de prevención, atención y trabajo en colaboración. Esta propuesta incluyó los siguientes indicadores:

1. Porcentaje de condones distribuidos para la prevención del VIH, sida e ITS en población clave.
2. Porcentaje de detección de pruebas del VIH en poblaciones vulnerables.
3. Porcentaje de detección de pruebas de sífilis y VIH en mujeres en embarazadas.
4. Porcentaje de gasto estatal en prevención del VIH y promoción de la salud sexual.
5. Porcentaje de seguimiento de ITS.
6. Porcentaje de personas en tratamiento antirretroviral en control virológico.

En el 2009, se mantienen los mismos indicadores del 2008, únicamente se propone separar los indicadores de detección de sífilis y VIH en mujeres embarazadas, con lo cual la evaluación incluyó siete indicadores:

1. Porcentaje de condones distribuidos para la prevención del VIH, sida e ITS en población clave.
2. Porcentaje de detecciones de VIH en poblaciones vulnerables.
3. Porcentaje de detecciones de sífilis en mujeres embarazadas.
4. Porcentaje de detecciones de VIH en mujeres embarazadas.
5. Porcentaje de gasto estatal en prevención del VIH y promoción de la salud sexual.
6. Porcentaje de seguimiento de ITS.
7. Porcentaje de personas en tratamiento antirretroviral en control virológico.

En el 2010, se modificaron ligeramente los indicadores. Se eliminó el relativo al "gasto estatal en prevención del VIH y promoción de la salud sexual", incorporándose un indicador del binomio TB-VIH. Dicha propuesta estuvo conformada por los siguientes indicadores, que fueron los mismos para el 2011-2013:

1. Porcentaje de condones distribuidos para la prevención del VIH, sida e ITS en población clave.
2. Porcentaje de detecciones de sífilis en mujeres embarazadas.
3. Porcentaje de detecciones de VIH en mujeres embarazadas.
4. Porcentaje de detección del VIH en poblaciones vulnerables.
5. Porcentaje de seguimiento de ITS.
6. Porcentaje de personas en tratamiento antirretroviral en control virológico.
7. Porcentaje de personas con TB y sida que se encuentran en tratamiento ARV y en tratamiento para TB.

En el 2014, se elaboró una nueva propuesta de indicadores, apegada a las necesidades del Programa de Acción Específico en Respuesta al VIH, sida e ITS 2013-2018. La propuesta estuvo conformada por los siguientes seis indicadores:

1. Porcentaje de intervenciones preventivas financiadas en población clave.
2. Porcentaje de mujeres embarazadas con VIH que reciben medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión vertical.
3. Porcentaje de detecciones de VIH realizadas en poblaciones clave.
4. Porcentaje de diagnóstico tardío de la infección por el VIH.
5. Porcentaje de seguimiento de ITS.
6. Porcentaje de personas en tratamiento antirretroviral (TAR) que se encuentran en tratamiento para la TB latente. Este indicador se queda en la evaluación, pero no se toma en cuenta en el índice de desempeño, debido a la carencia de insumos para tratamiento de la TB en algunas entidades federativas.

A partir del 2015, se propuso una nueva evaluación, la cual fue producto de una reunión específica sobre el tema, con los Programas Estatales:

1. Porcentaje de mujeres embarazadas con VIH que reciben medicamentos antirretrovirales o la ILE para reducir el riesgo de transmisión vertical.
2. Porcentaje de personas con diagnóstico de infección por VIH.
3. Porcentaje de inicio tardío a TAR.
4. Porcentaje de consultas de ITS realizadas.

Para el 2016, se mantienen los cuatro indicadores del año anterior y se agrega uno más relacionado con las personas con VIH y sida vinculadas a la atención en la Secretaría de Salud (SS). El indicador

“Porcentaje de mujeres embarazadas con VIH que reciben medicamentos antirretrovirales o la ILE para reducir el riesgo de transmisión vertical”, reduce su nombre por ser poco operativo para Camex, no obstante, se conserva la misma metodología.

Para el 2017, se elimina el indicador “Porcentaje de personas con VIH y sida vinculadas a la atención” y se sustituye por el indicador "Porcentaje de personas con VIH en supresión viral", quedando la evaluación con los cinco indicadores:

1. Porcentaje de mujeres embarazadas con VIH en TAR.
2. Porcentaje de personas con diagnóstico de infección por VIH.
3. Porcentaje de inicio tardío a TAR.
4. Porcentaje de consultas de ITS realizadas.
5. Porcentaje de personas con VIH en supresión viral.

II.- EVALUACION DEL DESEMPEÑO DE VIH, Sida E ITS 2019

Para el 2019, se conservan los mismos indicadores que en 2017 y 2018, únicamente en 2018 y 2019 se utiliza la misma ponderación para cada indicador en el índice de desempeño, en función de la solidez de las fuentes de la información y la metodología empleada para la estimación de las metas; quedando de la siguiente forma:

Cuadro 1. Indicadores Caminando a la Excelencia

Indicador	Ponderación para el índice de desempeño
1.- Mujeres embarazadas con VIH en TAR	15%
2.- Personas con diagnóstico de infección por VIH.	15%
3.- Inicio tardío a TAR.	30%
4.- Consultas de ITS realizadas.	10%
5.- Personas con VIH en supresión viral.	30%
Total	100%

La ponderación significa el peso relativo que se le asigna a cada indicador y que representa el peso que cada uno tiene en el índice del programa, de tal forma que en conjunto suman 100%. El índice de desempeño es la suma ponderada de todos los indicadores seleccionados, pero previamente calificados de acuerdo con el avance observado respecto al valor ideal esperado (meta).

Los indicadores se calculan utilizando las fórmulas que se describen más adelante, a los cuales se les asigna una calificación de 1 a 100 por ciento tomando a éste último como el valor ideal esperado[1].
DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES

1.- Mujeres embarazadas con VIH en TAR. Mide el incremento cobertura de TAR en mujeres embarazadas con VIH en la Secretaría de Salud, como parte esencial del proceso de atención necesario para la eliminación de la transmisión vertical del VIH.

[1] Para la evaluación Caminando a la Excelencia, cuando una entidad sobrepasa su meta, únicamente se contabiliza que alcanzó el 100%, en ningún caso se toman en cuenta porcentajes superiores; en virtud de que la técnica de análisis vectorial usada para la construcción de los índices de desempeño así lo requiere.

2.- Personas con diagnóstico de infección por VIH. Mide el aumento de la cobertura de diagnóstico de las personas que se estima viven con VIH en la Secretaría de Salud, como el inicio del continuo de la atención del VIH y el monitoreo de las metas regionales 90-90-90.[2]

3.- Inicio tardío a TAR. Mide la reducción del inicio tardío a terapia antirretroviral (TAR) de las personas que viven con VIH y son atendidas en la Secretaría de Salud, a través del seguimiento de su estado inmunológico (recuento de células CD4 <200 células/mm3), como un elemento clave del impacto del tratamiento en la reducción de la mortalidad y aumento calidad de personas con VIH.
4.- Consultas de ITS realizadas. Mide el incremento de las consultas de ITS de primera vez en la Secretaría de Salud, como parte del proceso de búsqueda intencionada de casos nuevos de estas infecciones, para su prevención y control.

5.- Personas con VIH en supresión viral. Mide el aumento de personas con VIH que se encuentran en tratamiento antirretroviral en la Secretaría de Salud y que han logrado la carga viral suprimida, como medida del éxito de tratamiento antirretroviral y el control de la infección.

FÓRMULAS Y FUENTES DE INFORMACIÓN

1.- Mujeres embarazadas con VIH en TAR.

Fórmula:

$$\frac{\text{Mujeres embarazadas con VIH que recibieron TAR en la SS}}{\text{Estimación de mujeres embarazadas con VIH a atender en el último año en la SS}} \text{ X } 100$$

Fuente del numerador:
SS/Censida. SALVAR.

Fuentes del denominador:
SS/Censida, con base en: SS/DGIS. Estimación de nacidos vivos por condición de NO derechohabiencia según entidad de residencia 2017.

SS/Censida. SALVAR.

2.- Personas con diagnóstico de infección por VIH.

Fórmula:

$$\frac{\text{Personas diagnosticadas con VIH y sida, notificadas y que siguen con vida en la SS}}{\text{Personas con VIH y sida que se estima le correspondería detectar a la SS en el 2020}} \text{ X } 100$$

Fuentes del numerador:
SS/DGE. Registros Nacionales de Casos de sida y Seropositivos a VIH. Variable: Casos vivos en la SS, a la fecha de corte de la evaluación.

[2] Las metas regionales 90-90-90 se refieren a lograr 90% de las personas con VIH conozcan su estatus serológico, 90% de las personas que conocen sus estatus ingresen a TAR y que 90% de las personas que se encuentran en TAR alcancen la carga viral suprimida.

SS/Censida. SALVAR.

Fuentes del denominador:
SS/Censida. Con base en: Onusida y SS/Censida. Modelo Spectrum.

SS/Censida. La cascada del continuo de la atención del VIH. México 2016.

SS/DGE. Registros Nacionales de Casos de Sida y Seropositivos a VIH. Variable: Casos vivos acumulados en la SS, a la fecha de corte de la evaluación.

SS/DGIS. Proyecciones de la Población por condición de derechohabiencia, 2010 – 2016.
INEGI y SS. Registros de Mortalidad por VIH.

SS/Censida. SALVAR.

3.- Inicio tardío a TAR.

Fórmulas:

Paso 1. Para el cálculo del porcentaje de inicio tardío a TAR:

$$\frac{\text{Personas seropositivas no tratadas anteriormente cuyo primer recuento de linfocitos CD4 fue menor a 200 células/µl en la SS}}{\text{Personas seropositivas no tratadas anteriormente que tuvieron el primer recuento de linfocitos CD4 en el año en la SS}} \text{ X } 100$$

Fuente del numerador y denominador: SS/Censida. SALVAR.

Paso 2. Para el cálculo de avance o retroceso respecto de la meta:

$$\frac{\text{Meta anual porcentaje de inicio tardío a TAR} - \text{Porcentaje de inicio tardío a TAR}}{\text{Meta anual de porcentaje de inicio tardío a TAR}} + 100$$

Fórmulas:

Paso 1. Para obtener el numerador, es decir, la tasa de consultas de ITS de primera vez en la Secretaría de Salud:

$$\frac{\text{Consultas de ITS de primera vez en la SS}}{\text{Población estimada de 15 a 49 años que le correspondería atender a la SS (no derechohabiente)}} \text{ X } 100 \text{ mil}$$

Fuente del numerador:

SS/DGIS. SIS. Consultas de ITS de primera vez.

Fuentes del denominador:

SS/Censida, con base en: SS/DGIS. SIS. Promedio de consultas de ITS de primera vez, cifras nacionales 2013 – 2015.

SG/CONAPO y DGIS. Proyecciones de la Población por condición de derechohabiencia 2013-2015. En: http://pda.gob.mx/cubos/

Paso 2. Para obtener el porcentaje de consultas de ITS realizadas, respecto de la meta anual:

$$\frac{\text{Tasa de consultas de ITS de primera vez en la SS}}{\text{Meta estimada de consultas de ITS de primera vez en la SS (tasa)}} \text{ X } 100$$

5.- Personas con VIH en supresión viral.

Fórmula:

$$\frac{\text{Personas con VIH en TAR con carga viral suprimida (<1,000 copias/ml) en la SS}}{\text{Personas con VIH en tratamiento ARV en la SS}} \text{ X } 100$$

Fuente del numerador y denominador:
SS/Censida. SALVAR.

Metas, periodos y gradientes de evaluación

Para los cinco indicadores, las metas son del 90 - 100%.

Para los siguientes indicadores, los periodos de evaluación se llevan a cabo de manera trimestral acumulada:

1.- Mujeres embarazadas con VIH en TAR.
2.- Personas con diagnóstico de infección por VIH.
3.- Consultas de ITS realizadas.

1er. trimestre:	31 marzo (1° enero - 31 marzo).
2° trimestre:	30 de junio (1° enero -30 junio).
3er. trimestre:	30 de septiembre (1° enero - 30 septiembre).
4° trimestre:	31 de diciembre (1° enero - 31 diciembre).

Para el indicador personas con VIH en supresión viral, los periodos de evaluación son al cierre del cada trimestre, tomando en cuenta los 12 meses previos:

1er. trimestre: 31 marzo (12 meses previos).

2° trimestre: 30 de junio (12 meses previos).

3er. trimestre: 30 de septiembre (12 meses previos).

4° trimestre: 31 de diciembre (12 meses previos).

Para el indicador inicio tardío a TAR, la evaluación se realiza al cierre de cada trimestre, siendo los periodos de evaluación los siguientes:

1er. trimestre: 31 marzo (1° diciembre - 28 febrero).

2° trimestre: 30 de junio (1° diciembre – 31 mayo).

3er. trimestre: 30 de septiembre (1° diciembre – 31 agosto).

4° trimestre: 31 de diciembre (1° diciembre – 30 noviembre).

Finalmente, los gradientes de evaluación para todos los indicadores y el índice de desempeño son:

Verde	Sobresaliente	90 - 100 %
Amarillo	Satisfactorio	70 - 89 %
Rojo	Mínimo	50 - 69 %
Negro	Precario	Menor a 50 %

PROGRAMA DE VACUNACIÓN UNIVERSAL

CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA (CENSIA)

MIRIAM ESTHER VERAZ GODOY
Director General

Directora del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia

Cesar Misael Gómez Altamirano
Subdirector de Coordinación y Operación del CONAVA

Ingrid Paola Hernández Ibarra
Supervisor Médico en Área Normativa

I. INTRODUCCIÓN

La vacunación como política pública es una actividad de salud mediante la cual se ha logrado reducir la incidencia de la mayoría de las enfermedades prevenibles por vacunación logrando así su control, eliminación y erradicación. Los logros alcanzados en las coberturas de vacunación contribuyen a mejorar la esperanza de vida en la población.

El Programa de Vacunación es considerado un bien público de carácter universal y gratuito que permite reducir las brechas de la desigualdad en la población que radica en el territorio nacional, cuenta con la participación de diversas instituciones de los sectores público, social y privado; los Lineamientos del Programa de Vacunación Universal (PVU) contienen las acciones que deben llevarse a cabo en todas las Instituciones del Sistema Nacional de Salud.

El Sistema Nacional de Salud, a través del programa de vacunación, pone un esquema de vacunación a disposición de toda la población.

OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA DE VACUNACIÓN

Desarrollar las estrategias de vacunación que permitan la reducción de la morbilidad y mortalidad de enfermedades prevenibles por vacunación.

II. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Vacunación Universal
- Alcanzar y mantener el 90% de cobertura de vacunación con el Esquema Básico de Vacunación: BCG (una dosis), Hepatitis B (3 dosis) Pentavalente acelular (4 dosis), rotavirus (3 dosis), neumocócica (3 dosis), triple bacteriana DPT (una dosis), triple viral SRP (una dosis), en menores de cinco años de edad en cada entidad federativa
- Alcanzar y mantener el 95% de cobertura de vacunación para cada uno de los biológicos del esquema en menores de 5 años de edad, en cada entidad federativa
- Mantener la erradicación de la poliomielitis por el polio virus silvestre
- Prevenir brotes de poliomielitis por virus derivado de vacuna
- Mantener el control epidemiológico de la difteria
- Mantener la eliminación del tétanos neonatal, como problema de salud pública
- Mantener el control epidemiológico del tétanos no neonatal
- Mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita (SRC)
- Mantener el control de la tos ferina
- Prevención de las formas graves de tuberculosis (tuberculosis meníngea y miliar)
- Prevenir infecciones invasivas por Haemophilus influenzae tipo b (meningitis, neumonía y artritis séptica) y por neumococo
- Control epidemiológico de la parotiditis
- Disminuir la severidad de la gastroenteritis causada por rotavirus
- Prevenir las complicaciones de las Infecciones Respiratorias Agudas por el virus de la Influenza
- Reducir la incidencia de infección por el Virus del Papiloma Humano
- Asegurar el manejo adecuado de biológicos e insumos del Programa
- Asegurar la detección, notificación, estudio y seguimiento oportunos de los Eventos Supuestamente Atribuibles a Vacunación o Inmunización (ESAVI)
- Asegurar la disponibilidad continua de vacunas del Esquema Nacional de Vacunación mediante la adecuada programación y abasto
- Apoyar con información técnico-científica para la introducción de biológicos de importancia en salud pública
- Mantener la rectoría mediante la generación de recomendaciones sólidas, transparentes y basadas en evidencia

III. JUSTIFICACIÓN

La supervisión y evaluación objetiva a través de indicadores que permitan conocer el desempeño del programa de vacunación universal en sus diferentes líneas de acción con base en la normativa nacional vigente, permite analizar los logros y retos del programa en los diferentes niveles técnico administrativos, para la toma de decisiones informadas y la implementación de medidas correctivas para alcanzar las metas del programa.

ESTRATEGIAS

ESTRATEGIAS	LÍNEAS DE ACCIÓN
1.1. Implementar acciones de vacunación enfocadas a grupos vulnerables.	1.1.1. Promover la participación social y del Sistema Nacional de Salud. 1.1.2. Fortalecer las acciones del Programa permanente de Vacunación Universal. 1.1.3. Garantizar las acciones intensivas del Programa de Vacunación Universal.
1.2. Fortalecer las actividades sectoriales que permitan reducir las enfermedades prevenibles por vacunación.	1.2.2. Evaluar semestralmente las actividades del Programa de Vacunación.

La estrategia 1.1 Implementar acciones de vacunación enfocadas a grupos vulnerables, se evaluará mediante los Consejos Estatales de Vacunación (COEVAS).

Con relación a la línea de acción 1.1.1 Promover la participación social y del Sistema Nacional de Salud, El Consejo Estatal de Vacunación (COEVA) tiene por objeto fungir como órgano colegiado rector para la vacunación, con acciones permanentes de coordinación con los sectores público, social y privado para promover y apoyar las acciones de prevención, control, eliminación y erradicación de las enfermedades prevenibles por vacunación entre la población residente en el estado.

Los COEVAS tienen como objetivos:

1) Difundir las políticas, acciones y estrategias, que emanen del Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA) y establecer estrategias estatales.
2) Promover la coordinación de acciones entre las Jurisdicciones Sanitarias y Delegaciones de la administración pública estatal, así como entre autoridades estatales y gobiernos municipales.
3) Promover la sistematización y difusión de la normatividad e información científica, técnica y sanitaria en materia de prevención, control, eliminación y erradicación de las enfermedades que pueden evitarse por vacunación, así como en materia de aplicación de vacunas, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano.

Lo anterior mediante el desarrollo de las siguientes actividades:

- Unificar criterios de programación y estrategias de trabajo.
- Coordinación para elaborar el Plan de Trabajo de las actividades del PVU y cada una de las Semanas Nacionales de Salud.
- Establecer mecanismos de coordinación y vinculación con los responsables del PVU de los diferentes niveles (estatal o delegacional, jurisdiccional) para el logro del cumplimiento de la normatividad del PVU.

El COEVA celebrará mínimo seis sesiones ordinarias al año, de acuerdo con el calendario que al efecto apruebe el consejo y extraordinarias cuando así lo considere necesario su Secretario Técnico, o cuando así lo propongan cuando menos tres de sus integrantes y sea aprobado por el primero.

Por cada sesión celebrada se levantará un acta o minuta que será firmada por todos los asistentes.

El CENSIA evaluará las minutas recibidas en base a los siguientes puntos:

- Cumplimiento del cronograma.
- Integrantes.
- Temas o asuntos tratados.

Con relación a la línea de acción 1.1.2 Fortalecer las acciones del Programa permanente de Vacunación Universal, se consideran los "Temas o asuntos tratados en cada reunión del COEVA", los cuales deben incluir:

1) Revisión de dosis aplicadas por institución, por biológico y por grupos de edad en cada reunión ordinaria:

- Menores de 1 año.
- Un año de edad.
- 4 años de edad.
- 6 años de edad.

2) Al menos dos de los siguientes puntos:

- Estrategias operativas de fortalecimiento de coberturas de vacunación.
- Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación (EPV–Brotes y estudios de casos), y Eventos Supuestamente Atribuibles a Vacunación e Inmunización.
- Coordinación de acciones entre los diferentes niveles de atención e instituciones, donde se opera el PVU.
- Cronograma para la supervisión interinstitucional del PVU tanto en su fase permanente como fases intensivas.
- Evaluación de logros de las Semanas Nacionales de Salud por institución.
- Seguimiento de recomendaciones de las supervisiones interinstitucionales.
- Conciliación de vacunas:

    - ✓ Distribución de biológico por jurisdicción.
    - ✓ Dosis aplicadas por biológico y por jurisdicción.
    - ✓ Dosis de desperdicio por perdida en la operación o por accidente de red de frío, por biológico por jurisdicción.

La línea de acción 1.1.3 Garantizar las acciones intensivas del Programa de Vacunación Universal, se evalúa a través de las acciones realizadas durante las Semanas Nacionales de Salud.

1. Logros de vacunación con vacuna oral contra la poliomielitis tipo Sabin (OPV) durante las Semanas Nacionales de Salud
2. Logro de vacunación con vacuna contra VPH durante las Semanas Nacionales de Salud

La estrategia 1.2. Fortalecer las actividades sectoriales que permitan reducir las enfermedades prevenibles por vacunación, se evaluará mediante Coberturas de Vacunación.

1. Cobertura de vacunación con esquema completo en niños menores de 1 año de edad
2. Cobertura de vacunación con SRP en niños de 6 años de edad

IV. METAS:

1. Alcanzar y mantener cobertura ≥ 90% con esquema completo de vacunación en menores de 1 año.
2. Alcanzar y mantener cobertura ≥ 95% con SRP a los 6 años de edad.
3. Alcanzar y mantener cobertura ≥ 95% con vacuna anti poliomielítica tipo Sabin en población de 6 a 59 meses de edad, durante las Semanas Nacionales de Salud.
4. Alcanzar y mantener cobertura ≥ 90% con VPH en niñas de 5° de primaria y 11 años no escolarizadas, durante las Semanas Nacionales de Salud.
5. Alcanzar y mantener el 100% de cumplimiento en las acciones programadas por los COEVA´s.

Nota:

Los resultados finales se someterán a la Metodología del Análisis Vectorial que realiza la Dirección General Adjunta de Epidemiología, como lo específica en el Manual Metodológico:
http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/bol_camexc.html

V. CRITERIOS DE CALIFICACIÓN

Los criterios para determinar la calificación obtenida como sobresaliente, satisfactorio, mínimo y precario, están basados en los resultados del índice de desempeño vectorial y los obtenidos para cada indicador.
El índice de desempeño del Componente de Vacunación, se obtiene matemáticamente con base en los valores de cada uno de los indicadores que lo conforman, y sus calificaciones son las siguientes:

Categoría	Intervalo
Sobresaliente	96 - 100%
Satisfactorio	91 - 95%
Mínimo	86 - 90%
Precario	≤85%

VI.INDICADORES

Nombre del Indicador 1: Cobertura de vacunación con esquema completo en menores de 1 año de edad.

Definición del Indicador:
Proporción de menores de 1 año de edad que cuentan con: una dosis de vacuna BCG, tres dosis de vacuna contra la hepatitis B, tres dosis de vacuna pentavalente acelular, dos dosis de vacuna neumocócica conjugada y tres dosis de vacuna contra rotavirus, con la relación al total de menores de un año de edad estimados de acuerdo con el Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) para el mismo período.

El valor de la cobertura debe ser ≥90%.

Fundamento técnico científico:
Se evalúa la cobertura de vacunación con esquema completo en menores de 1 año de edad ya que a esta edad se aplica el mayor número de dosis de biológicos (BCG, pentavalente acelular, anti rotavirus, antineumocócica conjugada, hepatitis B).

Tipo de indicador: Impacto

Utilidad:
Evalúa el porcentaje de menores de 1 año de edad que cuentan con el esquema completo de vacunación para su edad, lo cual permite mantener:

- La eliminación de la Poliomielitis
- Mantener la eliminación del Tétanos neonatal
- Mantener el control de la Tuberculosis, Difteria, Tos ferina, Parotiditis, Haemophilus Influenzae b, Rotavirus, Hepatitis B e infecciones por neumococo
- Prevención de las formas graves de tuberculosis, principalmente la tuberculosis meníngea y la miliar
- Disminuir la severidad de las infecciones diarreicas causadas por rotavirus

Construcción:

Variable 1: Número de menores de 1 año de edad con esquema completo de vacunación para su edad, en un período determinado.
Variable 2: Total de menores de 1 año de edad, estimados de acuerdo con el Subsistema de Información sobre Nacimientos, para el mismo período.
Fórmula:

$$\frac{\text{Número de menores de 1 año de edad con esquema completo de vacunación para su edad, en un periodo de tiempo determinado}}{\text{Total de menores de 1 año de edad estimados de acuerdo al Sistema de Información sobre Nacimientos para el mismo periodo}} \times 100$$

Ponderación: Semestral 30%

Calificación:

Categoría	Intervalo
Sobresaliente	90 - 100%
Satisfactorio	85 - 89%
Mínimo	80 - 84%
Precario	≤79%

Periodicidad: Semestral

Fuente de Información:
Secretaría de Salud; Centro Nacional Para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (SIS-SINBA y Subsistemas de las Instituciones), Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC).

Nombre del Indicador 2: Cobertura de vacunación con SRP en niños de 6 años de edad.

Definición del Indicador:
Porcentaje alcanzado con la aplicación de vacuna SRP en población de 6 años de edad en un periodo determinado, con relación a la población total de 6 años de edad proyectados por CONAPO para el mismo periodo.

El valor de la cobertura debe ser ≥95%.

Fundamento técnico científico:
El sarampión es una enfermedad de distribución universal y de trascendencia social; anualmente fallecen en el mundo más de un millón de niños por este padecimiento o sus complicaciones, el mayor riesgo de padecerlo es el antecedente vacunal negativo, de ahí la importancia de asegurar la vacunación contra sarampión.

La vacunación en contra de la rubéola permite además la prevención del síndrome de rubéola congénita, que es una enfermedad que requiere atención médica especializada y servicios de enseñanza especial para la sordera, ceguera y retardo mental, generando elevados costos sociales y económicos en la sociedad.

Tipo de Indicador: Impacto

Utilidad:

Evaluar la vacunación con SRP en el grupo de 6 años de edad en un período determinado.

Construcción:

Variable 1: Número de dosis aplicadas de vacuna SRP en población de 6 años de edad en un período determinado.
Variable 2: Total de población de 6 años de edad de acuerdo con los proyectados por CONAPO para el mismo período.

Formula:

$$\frac{\text{Número de dosis aplicadas de vacuna SRP en población de 6 años de edad en un periodo determinado}}{\text{Total de población de 6 años de edad proyectados por CONAPO para un periodo determinado}} \text{ X } 100$$

Ponderación: Semestral 30%

Calificación:

Categoría	Intervalo
Sobresaliente	95 - 100%
Satisfactorio	90 - 94%
Mínimo	85 - 89%
Precario	≤84%

Periodicidad: Semestral

Fuente de Información:
Secretaría de Salud; Centro Nacional Para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (SIS-SINBA y Subsistemas de las Instituciones), proyecciones CONAPO.

Nombre del Indicador 3: Logros de vacunación con vacuna anti poliomielítica tipo Sabin durante las Semanas Nacionales de Salud (SNS).

Definición del Indicador:
Expresa el porcentaje alcanzado con la aplicación de vacuna anti poliomielítica tipo Sabin durante la SNS en los niños de 6 a 59 meses de edad, con relación al total de población de 6 a 59 meses de edad programados para aplicar vacuna anti poliomielítica tipo Sabin durante la SNS.

El valor estándar es ≥ 95 %.

Fundamento técnico científico:
La aplicación de vacuna anti poliomielítica tipo Sabin a la población 6 a 59 meses de edad permite mantener la eliminación de la poliomielitis en el territorio nacional y contribuir a su erradicación. En el caso de los menores de un año de edad, solo se aplicará a aquellos que hayan recibido previamente dos dosis de vacuna inactivada de poliovirus contenida en la vacuna pentavalente acelular (DPaT/VIP+Hib).

Tipo de Indicador: Impacto

Utilidad:
Permite mantener la eliminación de la poliomielitis en el territorio nacional.

Construcción:

Variable 1: Número de dosis aplicadas de vacuna anti-poliomielítica tipo Sabin en población de 6 a 59 meses de edad durante la SNS correspondiente.
Variable 2: Total de población de 6 a 59 meses de edad programados para aplicar vacuna anti-poliomielítica tipo Sabin durante la SNS correspondiente.

Formula:

$$\frac{\text{Número dosis aplicadas de vacuna anti- poliomielítica tipo Sabin en población de 6 a 59 meses de edad durante la SNS correspondiente}}{\text{Total de Población de 6 a 59 meses de edad programados para aplicar vacuna anti poliomielítica tipo Sabin durante la SNS correspondiente}} X100$$

Ponderación: Semestral 10%

Calificación:

Categoría	Intervalo
Sobresaliente	95 - 100%
Satisfactorio	90 - 94%
Mínimo	85 - 89%
Precario	≤84%

Periodicidad: Semestral

Se utilizará NA cuando:

- No exista disponibilidad de la vacuna SABIN para realizar las actividades de la SNS correspondiente
- Se suspendan las actividades de la SNS correspondiente

Fuente de Información:
Subsistema de Información en Salud; se evaluará en el primero y segundo semestre. Se integrará información Sectorial, Subsistema de Información sobre Nacimientos, SINAC/ proyecciones CONAPO.

Nombre del Indicador 4: Logro de vacunación con vacuna contra VPH durante las Semanas Nacionales de Salud (SNS).

Definición del Indicador:
Expresa el porcentaje alcanzado con la aplicación de vacuna VPH durante las SNS en la población niñas de 5° grado de primaria y de 11 años no escolarizadas, con relación al total de la población de niñas de 5° grado de primaria y de 11 años de edad no escolarizadas programadas para aplicar la vacuna VPH durante las SNS.

Fundamento técnico científico:
La vacunación en las niñas en quinto grado de primaria, tiene como objetivo prevenir la infección por el virus del papiloma humano antes de que tengan contacto con él, debido a que este virus se ha encontrado asociado al 70% de los casos de cáncer cervicouterino.
El valor estándar es > 90 %.

Tipo de Indicador: Impacto

Utilidad:
Evaluar el esquema de vacunación con VPH en el grupo de niñas de 5° grado de primaria y de 11 años no escolarizadas.

Construcción:

Variable 1: Número de niñas de 5° grado de primaria y de 11 años de edad no escolarizadas, vacunadas con VPH durante la SNS correspondiente.
Variable 2: Total de niñas de 5° grado de primaria y de 11 años no escolarizadas programadas para la aplicación de VPH durante la SNS correspondiente.

Formula:

$$\frac{\text{Número de niñas de 5º grado de primaria y de 11 años de edad no escolarizada, vacunadas con VPH durante la SNS correspondiente}}{\text{Denominador: Total de niñas de 5º grado de primaria y de 11 años no escolarizadas programados para la aplicación de VPH durante la SNS correspondiente}} \text{ X100}$$

Ponderación: Semestral 10%

Calificación:

Categoría	Intervalo
Sobresaliente	90 - 100%
Satisfactorio	85 - 89%
Mínimo	80 - 84%
Precario	≤79%

Periodicidad: Semestral

Se utilizará NA cuando:

- No exista disponibilidad de la vacuna contra VPH para realizar las actividades de la SNS correspondiente
- Se suspendan las actividades de la SNS correspondiente

Fuente de Información:
Subsistema de Información en Salud; se evaluará en el primero y segundo semestre. Se integrará información Sectorial, proyecciones CONAPO.

Nombre del Indicador 5: Consejos Estatales de Vacunación (COEVAS).

Definición del Indicador:
Expresa el valor porcentual del índice de desempeño de los Consejos Estatales de Vacunación.

Fundamento técnico científico:
Los Consejos Estatales de Vacunación son grupos colegiados representados por las diferentes instituciones del Sistema Estatal de Salud que asumirán con plena responsabilidad, tanto la planeación como el desarrollo de las actividades permanentes de Vacunación y de las Semanas Nacionales de Salud; para lo cual, sesionarán mínimo seis veces por año y tantas veces como sea necesario para precisar con suma claridad las estrategias operativas, metas y necesidades de insumos para el cumplimiento de los objetivos.

Tipo de Indicador: Impacto

Utilidad:
Permite evaluar el desempeño de los 32 Consejos Estatales de Vacunación mediante el cumplimiento del 100% de la normatividad (reuniones programadas, temas o asuntos tratados y acuerdos y/o seguimiento a los mismos).

Construcción:

Variable: Resultado del índice de desempeño de Consejos Estatales de Vacunación.

Formula:

El indicador de Consejos Estatales de Vacunación se obtiene del resultado del índice de desempeño de los COEVAS.

Ponderación: Semestral 20 %, Trimestral 100%

Calificación:

Categoría	Intervalo
Sobresaliente	96 - 100%
Satisfactorio	91 - 95%
Mínimo	86 - 90%
Precario	≤85%

Periodicidad: Trimestral

Se utilizará NA cuando: En la entidad federativa ocurra una situación de desastre que impida la realización de las reuniones de COEVA, durante el trimestre a evaluar.

Fuente de Información:
Secretaría de Salud; Centro Nacional Para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Análisis de las minutas de las reuniones de los COEVAS enviadas por los Estados al CENSIA.
IX. Metodología para la construcción del Índice de Desempeño de los Consejos Estatales de Vacunación

Su valor se obtendrá por el método vectorial que considera los valores de cada uno de los indicadores para cada entidad federativa.

Este índice se basa en tres indicadores:

1. Reuniones realizadas por los COEVAS
2. Temas o asuntos tratados en las reuniones de los COEVAS
3. Proporción de reuniones de los COEVAS en las que participaron las principales instituciones del Sector Salud (SS IMSS-Ordinario IMSS-Prospera, ISSSTE)

Su evaluación es trimestral

Nombre del Indicador 5.1: Reuniones realizadas por los COEVAS.

Definición del Indicador:
Expresa el porcentaje de cumplimiento de las reuniones realizadas por los COEVAS con relación a las reuniones programadas para un mismo periodo.

El valor estándar es de 100%.

Fundamento técnico científico:
Los COEVAS sesionarán tantas veces como sea necesario para precisar con suma claridad las estrategias operativas, metas y necesidades de insumos para el cumplimiento de los objetivos del Programa de Vacunación.

Con base en la normativa vigente para COEVA, se realizarán un mínimo de seis sesiones por año, por lo que para la construcción de este indicador se considerarán únicamente las reuniones programadas de acuerdo con el cronograma autorizado.

Tipo de Indicador: Proceso

Utilidad:
Evaluar el cumplimiento del 100% de las reuniones programadas por los COEVAS.

Construcción:

Variable1: Número de reuniones realizadas por los COEVAS en un periodo determinado.
Variable 2: Número de reuniones programadas por los COEVAS en un periodo determinado.

Formula:

$$\frac{\text{Número de reuniones realizadas por los COEVAS en un periodo determinado}}{\text{Total de reuniones programadas por los COEVAS para realizar en un periodo determinado}} \times 100$$

Ponderación: 40%

Calificación:

Categoría	Intervalo
Sobresaliente	96 - 100%
Satisfactorio	91 - 95%
Mínimo	86 - 90%
Precario	≤85%

Periodicidad: Trimestral

Fuente de Información:

Secretaría de Salud; Centro Nacional Para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.
Análisis de las minutas de las reuniones de los COEVAS enviadas por los Estados al CENSIA por trimestre.

Nombre del Indicador 5.2: Temas o asuntos tratados en las reuniones de los COEVAS.

Definición del Indicador:

Expresa el porcentaje de cumplimiento en la revisión de temas correspondientes al Programa de Vacunación, con relación al total de Reuniones realizadas por los COEVAS en un periodo de tiempo determinado.

En cada una de las reuniones los COEVAS deberán revisar el tema de dosis aplicadas por tipo de biológico, por grupo de edad e institución y al menos otros dos temas relacionados con el Programa de Vacunación Universal.

Fundamento técnico científico:
El Consejo Estatal de Vacunación tiene por objeto fungir como una instancia permanente de coordinación de los sectores público, social y privado para promover y apoyar las acciones de prevención, control, eliminación y erradicación, entre toda la población residente en el estado, de las enfermedades que pueden evitarse mediante la administración de vacunas y dar cumplimiento a los objetivos del Programa de Vacunación.

Tipo de Indicador: Proceso

Utilidad:
Evaluar el cumplimiento de la revisión de los temas competentes al Programa de Vacunación que permitan la coordinación de los sectores público, social y privado para promover y apoyar las acciones de prevención, control, eliminación y erradicación de enfermedades prevenibles por vacunación, entre toda la población residente en el estado y el desarrollo óptimo del programa.

Construcción:

Variable 1: Número de reuniones en las que se revisaron dosis aplicadas por tipo de biológico, grupo de edad e institución y al menos dos temas relacionados con el Programa de Vacunación Universal, en un periodo determinado.
Variable 2: Número de reuniones realizadas por los COEVAS en un periodo determinado.

Formula:

$$\frac{\text{Total de reuniones realizadas en las que se revisaron dosis aplicadas por tipo de biológico, por grupo de edad e institución y al menos dos temas relacionados con el Programa de Vacunación Universal, en un periodo determinado}}{\text{Total de reuniones realizadas por los COEVAS en un periodo determinado}} \text{ X100}$$

Ponderación: 40%

Calificación:

Categoría	Intervalo
Sobresaliente	96 - 100%
Satisfactorio	91 - 95%
Mínimo	86 - 90%
Precario	≤85%

Periodicidad: Trimestral

Fuente de Información:
Secretaría de Salud; Centro Nacional Para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Análisis de las minutas de las reuniones de los COEVAS enviadas por los Estados al CENSIA por trimestre.

Nombre del Indicador 5.3: Proporción de reuniones de los COEVAS en las que participaron las principales instituciones del Sector Salud, SS IMSS-Ordinario IMSS-Prospera, ISSSTE.

Definición del Indicador:
Expresa el porcentaje del número de reuniones de los COEVAS en las que participaron las principales instituciones del Sector Salud.

Fundamento técnico científico:
La participación de las Instituciones del Sector Salud permite la coordinación y vinculación de las actividades del Programa de Vacunación Universal para alcanzar las metas del mismo.

En cada reunión del COEVA deben participar las principales instituciones del Sector Salud, para analizar el avance, cumplimiento y desviaciones de la normatividad del Programa de Vacunación, para que en conjunto se determinen los acuerdos necesarios.

Tipo de Indicador: Proceso

Utilidad:
Evaluar la participación de las instituciones del Sector Salud en las reuniones de COEVA.

Construcción:

Variable 1: Número de reuniones de los COEVAS en las que participaron SS, IMSS-Ordinario IMSS-Prospera, ISSSTE en un periodo determinado.
Variable 2: Número de reuniones realizadas por los COEVAS en un periodo determinado.

Formula:

$$\frac{\text{Total de reuniones de COEVAS en las que participaron SS, IMSS Ordinario, IMSS Prospera e ISSSTE en un periodo determinado}}{\text{Total de reuniones realizadas por los COEVAS en periodo determinado}} \text{ X100}$$

Ponderación: 20%

Calificación:

Categoría	Intervalo
Sobresaliente	96 - 100%
Satisfactorio	91 - 95%
Mínimo	86 - 90%
Precario	≤85%

Periodicidad: Trimestral

Fuente de Información:
Secretaría de Salud; Centro Nacional Para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, análisis de las minutas de las reuniones de los COEVAS enviadas por los Estados al CENSIA por trimestre.

PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA ADOLESCENCIA

CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA (CENSIA)

MIRIAM ESTHER VERAZ GODOY
Director General

Directora del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia

BLANCA YOLANDA CASAS DE LA TORRE
Subdirectora de Componentes Estratégicos de la Adolescencia

I. INTRODUCCIÓN

Adolescencia

De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO) 1, para 2019 la población adolescente se estima en 22, 158, 405 lo que representa el 17.6% de la población total del país.

Las y los adolescentes constituyen un grupo poblacional con realidades culturales, económicas y sociales diferentes, así como con necesidades específicas respecto a su salud.

La adolescencia es un período de cambios, con nuevas experiencias y aprendizajes donde llega a definirse su identidad como persona; sin embargo, en ocasiones puede ser un período de complejas dificultades y expuesta a riesgos elevados.

Las secuelas de las conductas de riesgo que prevalecen en la adolescencia son la principal causa de muerte e incapacidad durante este periodo de vida: violencia, consumo de drogas, accidentes, trastornos alimentarios, suicidio, actividad sexual sin protección y embarazo no planificado, sólo por señalar algunas.

Cuando los jóvenes no consiguen llegar a la edad adulta en condiciones saludables, con una educación sólida y sin problemas de embarazo, el costo que esto genera para los gobiernos y los propios individuos es considerable y siempre superior al costo de los programas para ayudarlos a lograr sus metas y objetivos.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) desde inicio del siglo XXI, implementó un nuevo marco conceptual centrado en el desarrollo humano y en la promoción de la salud dentro del contexto de la familia, la comunidad y el desarrollo social, político y económico; donde el gran desafío ha sido utilizar este marco para implantar programas integrales, recolectar información desagregada, mejorar el acceso a los servicios, el ambiente donde viven adolescentes y jóvenes, el vínculo entre escuelas, familias y comunidades, así como apoyar la transición a la edad adulta, con una amplia participación juvenil y coordinación interinstitucional e intersectorial (Crf. PAE 2013-2018).

Por ello, las acciones de salud deben reenfocarse de la atención hacia la prevención y promoción de la salud, a la reducción de riesgos y al fomento de los factores protectores de la salud, ya que la adolescencia, después de la niñez, es la segunda etapa más vulnerable del ciclo vital donde se adquiere la mayoría de los hábitos dañinos para la salud que pueden permanecer toda la vida.

En este contexto, la Secretaría de Salud a través del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA) instrumenta un Modelo de Intervención Integral, donde las y los adolescentes son considerados los principales sujetos de

[1] http://pda.salud.gob.mx/cubos/ccubopobcensal2010CA.html

atención. El enfoque del Modelo de Intervención se compone de tres ejes transversales: la inclusión, la equidad de género y los derechos humanos.

Las problemáticas de salud se abordan desde el punto de vista preventivo sustentado en las aportaciones de los determinantes de la salud, en ella juega un papel muy importante la participación activa de las y los adolescentes. Se busca que ellos mismos sean capaces de prevenir enfermedades y promover estilos de vida saludables en los ámbitos personal, familiar y comunitario que repercutan a lo largo de su vida y disminuyan los costos en materia de salud asociados a enfermedades crónicas no transmisibles.

Para lograr los objetivos es necesario acompañarlos en el proceso de formación de estilos de vida saludable, comprender los procesos de maduración que están pasando y propiciar la toma de consciencia sobre los riesgos que enfrentan en las condiciones sociales en las que viven.

Por lo anterior, se han actualizado los Indicadores Caminando a la Excelencia para el Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia (PASA), a afecto de desarrollar una metodología de trabajo que permita realizar intervenciones directas con adolescentes de 10 a 14 años y de 15 a 19 años de edad y se promueva una participación activa que genere competencias y habilidades protectoras que prevengan daños a su salud, no sólo relacionadas a su persona sino como una influencia en el medio en el que se desarrollan, lo cual impactará en la disminución de los problemas de salud y las tasas de morbilidad y mortalidad asociados a factores y conductas de riesgo.

II. OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO ATENCIÓN A LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA.

Disminuir la morbilidad y mortalidad en menores de 19 años mediante estrategias que reduzcan la desigualdad.

III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Contribuir a la prevención y promoción de estilos de vida saludables en la población adolescente.
2. Fortalecer acciones que promuevan la prevención de violencia en la adolescencia a través de la crianza positiva y el buen trato entre pares, la familia y la comunidad, desde un enfoque de parentalidad, derechos y equidad de género.
3. Consolidar esfuerzos intra y extrainstitucionales que contribuyan a la disminución de las causas que originan los principales problemas que afectan a la población adolescente en nuestro país.

IV. ESTRATEGIAS

1. Implementar acciones para la Prevención de Violencia en la adolescencia, con equidad de género y enfoque de derechos en la familia y la comunidad.
2. Fortalecer los mecanismos de evaluación y seguimiento del Programa en las entidades federativas.
3. Realizar acciones de Prevención y Promoción de la Salud de la Adolescencia.

V. JUSTIFICACIÓN

Es indudable que las y los adolescentes, son el grupo poblacional que menos utiliza los servicios de salud. Sin embargo, es en este periodo en el que inician mayormente exposiciones a factores de riesgo que determinan graves problemas de salud, así como la aparición de las enfermedades crónico-degenerativas en la vida adulta, generando importantes cargas socioeconómicas a la familia y al sistema de salud. De ahí la importancia de implementar acciones de intervención dirigidos a crear conciencia en materia preventiva, tal es el caso de los Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS), integrados por grupos permanentes de 25 adolescentes en promedio, quienes bajo la coordinación del personal de salud capacitado, son informados y sensibilizados en temas y necesidades de salud que les afectan en el ámbito personal, familiar o comunitario, a partir de lo cual desarrollan la adquisición de habilidades protectoras y competencias para disminuir los factores de riesgos y promover estilos de vida saludables. Para multiplicar los efectos de la intervención las y los adolescentes trabajan en equipo en un ambiente de libertad de opinión y diversión, salen de las unidades de salud para acercarse a sus pares y mejoran la calidad de vida de los adolescentes de su familia y comunidad.

En este mismo sentido y con el propósito de prevenir la violencia entre adolescentes, a nivel nacional se imparten Sesiones Informativas dirigidas a adolescentes, madres, padres y/o tutores. Las Sesiones tienen por objetivo proporcionar información y herramientas que permitan poner en práctica acciones enfocadas a la promoción del buen trato, las relaciones sin violencia y la crianza positiva que impacten en la salud y autocuidado de los adolescentes, así como en la construcción de una mejor convivencia en los ámbitos personal, familiar, escolar y comunitario.

Finalmente, estas intervenciones se intensifican durante la Semana Nacional de Salud de la Adolescencia, cuyo objetivo principal es promover estilos de vida saludable entre la población adolescente a través de la oferta de servicios, información y orientación. Esta intervención se lleva a cabo en todo el país de manera intersectorial, se realiza a través de las unidades de salud y se cuenta con la participación de los GAPS.

Metas para 2019:

1. Realizar a nivel nacional el 100% de las metas establecidas en el componente de Prevención de Violencia, específicamente para las Sesiones Informativas dirigidas a adolescentes, madres, padres y/o tutores en materia de prevención de violencia en la adolescencia.
2. Alcanzar el 100% de las metas establecidas para la formación de Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS) a nivel nacional.
3. Ejecutar el 100% de las metas programadas para la Semana Nacional de Salud de la Adolescencia en cada entidad federativa.

VI. DESCRIPCIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES.

Para este año, el índice de desempeño de “CAMINANDO A LA EXCELENCIA” correspondiente al Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia, estará integrado por las siguientes categorías e indicadores:

Escala General

Categoría	Intervalo
Sobresaliente	90 - 100%
Satisfactorio	70 - 89%
Mínimo	51 - 69%
Precario	≤ 50%

Indicador No. 1

Nombre del Indicador: Sesiones Informativas en Prevención de Violencia en la Adolescencia dirigidas a adolescentes, madres, padres y/o tutores.

Metodología

Fundamento técnico científico: Las sesiones informativas tienen como objetivo prevenir la violencia en las y los adolescentes, a través de información, sensibilización y generación de herramientas para ellos y sus familias.

Tipo de indicador: Proceso

Utilidad: Las sesiones informativas brindan herramientas tanto a la población adolescente como a las madres, padres y/o tutores que permite poner en práctica acciones enfocadas a la promoción del buen trato, las relaciones sin violencia, la resolución pacífica de conflictos y la crianza positiva que impacten en la salud y autocuidado de las y los adolescentes, así como en la construcción de una mejor convivencia e interacción a nivel familiar y social.

Construcción: Número de sesiones informativas para adolescentes, madres, padres y/o tutores en prevención de violencia realizadas en el año previo anterior en cada Entidad Federativa, en relación al total de sesiones informativas para adolescentes, madres, padres y/o tutores en prevención de violencia programadas en 2019 en cada Entidad Federativa, tomando como base de programación los siguientes criterios:

- El 70% del valor del indicador será considerado con el cumplimiento de meta, es decir, la realización de las sesiones informativas.
- Un 20% se considerará con la calidad y veracidad de la información, para esto, se solicitará de manera aleatoria la documentación soporte que avale el avance reportado. Los criterios de validación son:
  a) Formatos debidamente requisitados (todos los campos llenados correctamente en los formatos oficiales).
  b) Formatos coherentes con la información reportada (la información de las listas debe aparecer sin alteraciones como tachaduras, enmendaduras o datos falseados).
  c) Tiempo de entrega – Para validar el informe y que la entidad obtenga el porcentaje máximo de este rubro, el informe deberá ser entregado una semana antes de la fecha de corte. Todo informe entregado en los días posteriores, sólo podrán obtener la mitad o una cuarta parte del porcentaje o valor total para este rubro.
- Por último, se considerará un 10% relacionado a la ampliación del espectro de aplicación de las acciones en las Unidades de Salud en cada Entidad.

NOTA: El resultado final serán valores cerrados hasta centésimas, es decir sin posibilidad de ser incrementado de manera arbitraria.

Fórmula: Número de sesiones informativas para adolescentes, madres, padres y/o tutores en prevención de violencia realizadas en 2019 en cada Entidad Federativa / Número de sesiones

informativas para adolescentes, madres, padres y/o tutores en prevención de violencia programadas en 2019 en cada Entidad Federativa x 100.

Ponderación: 40% semestral y 35% anual.

Calificación:

Categoría	Intervalo
Sobresaliente	90 - 100%
Satisfactorio	80 - 89%
Mínimo	70 - 79%
Precario	≤ 69%

Periodicidad: Semestral

Fuente de información:

Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Subsistema de Información en prestación de Servicios Consolidado SINBA - PLIISA, variables SES14 y SES15.

Reporte Estatal con base a Lineamientos para la Operación del PASA 2019.

Reporte de evaluación: 2do. periodo 23 de julio de 2019 (enero - junio) y 4to. periodo 17 de enero de 2020 (julio – diciembre).

Indicador No.2

Nombre del Indicador: Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS).

Metodología

Fundamento técnico científico: Los GAPS constituyen un componente de intervención directa con las y los adolescentes de 10 a 19 años con el objetivo de promover estilos de vida activa y saludable, así como su participación en los ámbitos personal, familiar y comunitario.

Tipo de indicador: Resultado

Utilidad: A través de ellos, se favorece la participación activa de la población adolescente en la promoción de estilos de vida saludables que repercutan a lo largo de toda la línea de vida y contribuyen en la disminución de los costos en materia de salud asociados a enfermedades crónicas no transmisibles.

Construcción: Número de Grupos GAPS en operación en el año inmediato anterior en la Entidad Federativa, tomando como base de programación los siguientes criterios:

- Un 60% del valor del indicador será considerado con el cumplimiento de meta programada de GAPS en operación.
- Un 20% será considerado con la permanencia del 80% de los integrantes (adolescentes) de los GAPS.
- Por último, se considerará un 20% a través de la calidad de la información, los cuales tienen como criterios de validación:

a) Acta Constitutiva – Enviada en tiempo y forma, debidamente requisitada (firma de los integrantes y coordinador responsable del grupo) y actualizada conforme al periodo de reporte.
b) Padrón de Atención – Enviado en tiempo y forma, debidamente requisitado y actualizado conforme al periodo de reporte. El padrón deberá tener todos los campos debidamente llenados y en coherencia con las actas constitutivas.

NOTA: El resultado final serán valores cerrados hasta centésimas, es decir sin posibilidad de ser incrementado de manera arbitraria.

Fórmula: Número de Grupos GAPS en operación en la Entidad Federativa en 2019 / Número de Grupos GAPS programados a operar en la Entidad Federativa en 2019 X 100.

Ponderación: 60% semestral y 45% anual.

Calificación:

Categoría	Intervalo
Sobresaliente	90 - 100%
Satisfactorio	70 - 89%
Mínimo	51 - 69%
Precario	≤50%

Periodicidad: Semestral

Fuente de información: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Subsistema de Información en prestación de Servicios Consolidado SINBA - PLIISA, variable GAP10.

Actas Constitutivas y Padrón de Atención GAPS con base a Lineamientos 2019.

Reporte de evaluación: 2do. periodo 23 de julio de 2019 (enero - junio) y 4to. periodo 17 de enero de 2020 (julio – diciembre).

INDICADOR NO. 3

Nombre del Indicador: Semana Nacional de Salud de la Adolescencia (SNSA).

Metodología

Fundamento técnico científico: La SNSA es un componente cuyo principal reto radica en consolidar la atención integral de las y los adolescentes, a través de la coordinación sectorial e interinstitucional de la oferta de servicios de salud.

Tipo de indicador: Proceso

Utilidad: Con las intervenciones de la SNSA se pretende coadyuvar en la promoción de estilos de vida saludables y contribuir al aseguramiento del acceso a los servicios de salud por parte de la población adolescente, así como la creación de espacios que favorezcan una cultura de prevención basada en actividades deportivas y recreativo-culturales.

Construcción: Resultado del índice de desempeño de la Semana Nacional de Salud de la Adolescencia en 2019. Consta de dos apartados, los cuales se definen a continuación:

1. *Planeación de la SNSA* (30%) con base en los Criterios de organización de la SNSA 2019.
   a) Elaboración y envío del Programa de trabajo (80%)
   b) Calidad de la información, desglosada de la siguiente forma:
      - Oportunidad 10%
      - Suficiencia 10%

2. *Ejecución de la SNSA* (70%) con base en los Criterios de Organización de la SNSA 2019.
3.
   a) Informe de Logros (70%), desglosado de la siguiente forma:
      - Reseña de Inauguración Estatal 10%
      - Evidencia de participación J.S. 10%
      - Evidencia de participación de GAPS 10%
      - Evidencia de actividades de PVA 10%
      - Evidencia de actividades de NA 10%
      - Supervisión Jurisdiccional 10%
      - 1 Vídeo de experiencia participativa y 10 fotografías 10%
   b) Congruencia entre programación de metas y logros (10%)
   c) Calidad de la información (20%), desglosada de la siguiente forma:

      - Oportunidad 10%
      - Suficiencia 10%

NOTA: El resultado final serán valores cerrados hasta centésimas, es decir sin posibilidad de ser incrementado de manera arbitraria.

Fórmula: El indicador de la SNSA se obtiene del resultado del índice de desempeño de la SNSA.

Ponderación: 20% anual.

Calificación:

Categoría	Intervalo
Sobresaliente	90 - 100%
Satisfactorio	70 - 89%
Mínimo	51 - 69%
Precario	≤50%

Periodicidad: Anual

Fuente de información: Programa de Trabajo e Informe de Logros con base en los Criterios de Organización de la SNSA 2019.

Reporte de evaluación: 4to. periodo 17 de enero de 2020.

PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA INFANCIA

CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA (CENSIA)

MIRIAM ESTHER VERAZ GODOY
Director General

Directora del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia

YOSHINORI JAVIER ESTÉVEZ GÓMEZ
Subdirector Técnico de Salud de la Infancia

I. INTRODUCCIÓN

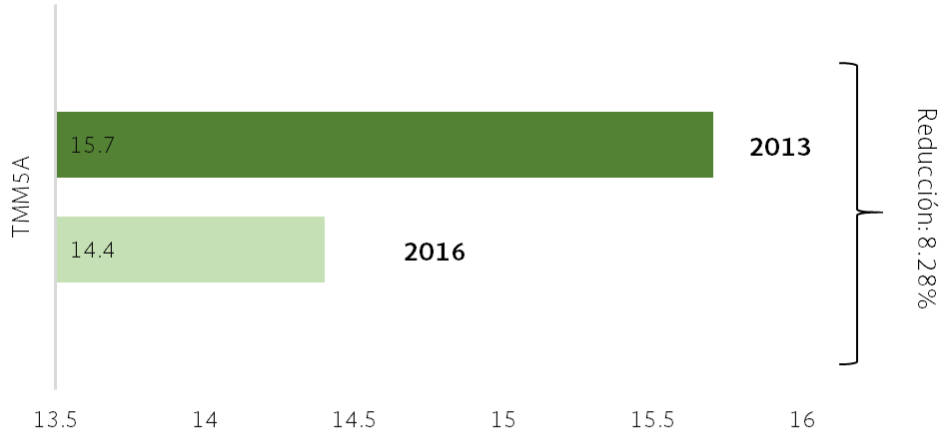
La atención a la salud de las niñas y niños es un derecho y representa un importante desafío en todo el mundo. El Programa de Atención a la Salud de la Infancia aborda a la salud infantil en México a través de un enfoque global que busca reducir la mortalidad y morbilidad de este grupo de edad además de promover su mejor crecimiento y desarrollo.

La mortalidad infantil es uno de los indicadores que nos ayuda a medir el desarrollo de un país. Se han realizado esfuerzos a nivel mundial, incluido México, para reducir la mortalidad en esta etapa de la vida. México ha logrado una disminución drástica en este indicador gracias a las acciones realizadas por el Programa de Atención a la Salud de la Infancia en su conjunto.

Una de las acciones que ha favorecido la reducción de la mortalidad infantil a nivel nacional es la consolidación de los Comités de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia, cuyo objetivo es analizar las defunciones por enfermedades diarreicas agudas (EDA) e infecciones respiratorias agudas (IRA) principalmente, a través de un grupo colegiado interinstitucional, que genere políticas, acciones y estrategias sectoriales en salud pública que mejoren el proceso de calidad en la atención; para el año 2018 se contaba ya con el 100% de los Comités, es decir, las 32 entidades federativas realizan este análisis.

Podemos afirmar que las acciones del Programa sobre la reducción de la mortalidad han dado resultados, de 1990 a 2015, se ha reducido en un 63.1% la tasa de mortalidad en niñas y niños menores de cinco años; al respecto, la reducción durante el periodo de 2013-2016, fue de 8.28%, al disminuir de 15.7 a 14.4. (Gráfica 1).

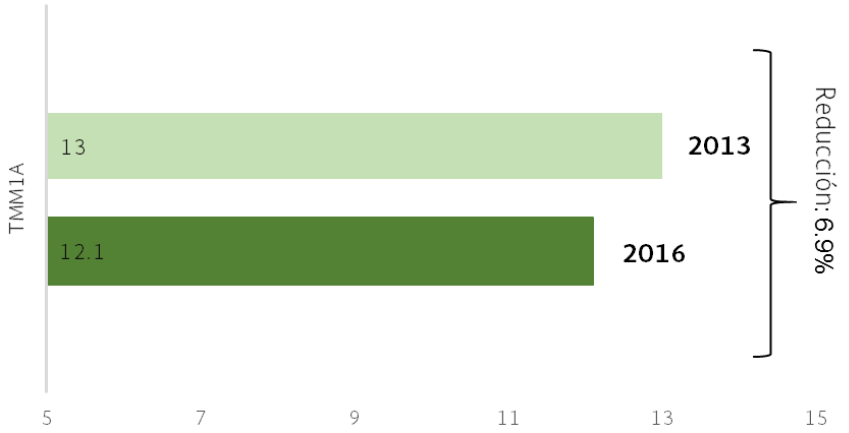
Gráfica 1. Tasa de mortalidad en menores de cinco años 2013-2016.



Tasa por 1000 Nacidos Vivos
Fuente: Objetivos de Desarrollo de Milenio México. Actualizado el 30 de diciembre de 2016. Disponible en: http://www.objetivosdedesarrollodelmilenio.org.mx/odm/odm.htm. Fecha de consulta: 5 de enero de 2018.

Con respecto a la mortalidad infantil (niñas y niños menores de un año), la reducción entre 1990 y 2015 fue del 61.5%, igualmente en el periodo de 2013 a 2016 se observó una reducción de 6.9%, al pasar de 13.0 a 12.1 defunciones en menores de un año, respectivamente. (Gráfica 2).

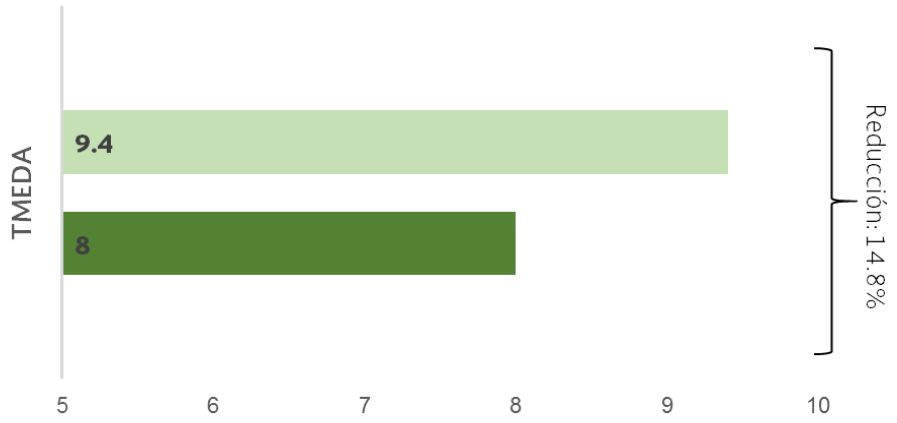
Gráfica 2. Tasa de mortalidad en menores de un año 2013-2016



Tasa por 1000 Nacidos Vivos
Fuente: Objetivos de Desarrollo de Milenio México. Actualizado el 30 de diciembre de 2016. Disponible en: http://www.objetivosdedesarrollodelmilenio.org.mx/odm/odm.htm. Fecha de consulta: 5 de enero de 2018.

De las enfermedades transmisibles, la diarrea y las infecciones respiratorias agudas continúan siendo parte de las causas de morbi mortalidad en los menores de diez años, por ello, consideramos que las acciones del Programa han favorecido una reducción en las mismas. Por ejemplo, la tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda se redujo en 94.9% de 1990 a 2015, al respecto, en el periodo 2013-2016 se logró una reducción al 14.8% de la tasa de mortalidad por esta causa (Gráfica 3).

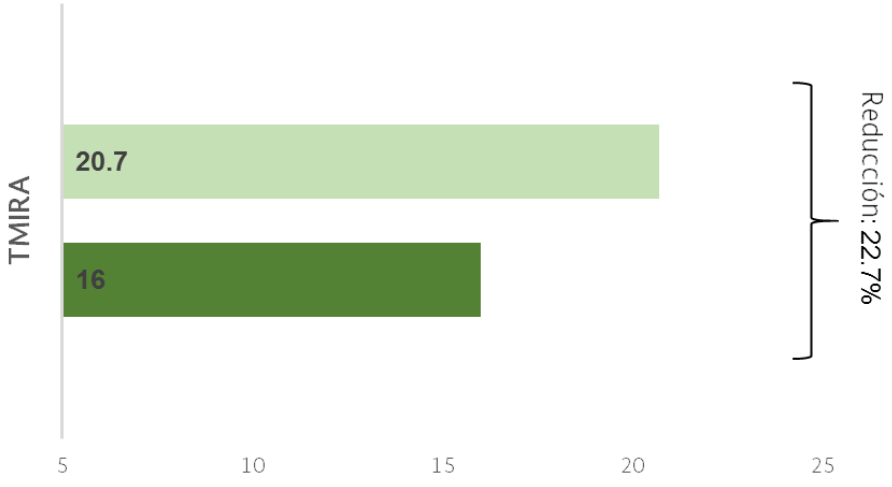
Gráfica 3. Tasa de mortalidad por EDA en niñas y niños menores de cinco años, 2013-2016.



Tasa por 100,000 menores de cinco años
Fuente: Objetivos de Desarrollo de Milenio México. Actualizado el 30 de diciembre de 2016. Disponible en: http://www.objetivosdedesarrollodelmilenio.org.mx/odm/odm.htm. Fecha de consulta: 5 de enero de 2018.

En lo que respecta a la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas la reducción porcentual de 1990 a 2015 es de 86.7%, igualmente en el periodo de 2013 a 2016 la reducción fue del 22.7%, al pasar de una tasa de 20.7 a 17.6 respectivamente (Gráfica 4).

Gráfica 4. Tasa de mortalidad por IRA en niñas y niños menores de cinco años, 2013-2016.



Tasa por 100,000 menores de cinco años
Fuente: Objetivos de Desarrollo de Milenio México. Actualizado el 30 de diciembre de 2016. Disponible en: http://www.objetivosdedesarrollodelmilenio.org.mx/odm/odm.htm. Fecha de consulta: 5 de enero de 2018.

Nutrición

La nutrición es uno de los aspectos a considerar en la atención integrada, debido a su verticalidad al presentarse como coadyuvante en los procesos de enfermedad de las niñas y niños, o bien, como factor protector al evitar complicaciones que se pudiesen presentar durante este periodo de la vida. En este sentido, la evaluación y vigilancia del estado nutrición de las niñas y niños menores de 10 años es un objetivo fundamental en la prevención de enfermedades para favorecer un óptimo crecimiento y desarrollo en la infancia.

En las primeras etapas de la vida, el principal problema relacionado con la nutrición en los menores de cinco años, sigue siendo la desnutrición, mientras que, a partir de los cinco años, el sobrepeso y la obesidad encabezan la problemática. La mala nutrición en la infancia (que incluye la desnutrición, sobrepeso y obesidad) tienen causas complejas que involucran determinantes biológicos, socioeconómicos y culturales.

A partir de la identificación de la desnutrición, sobrepeso y/u obesidad, en conjunto con la implementación de estrategias que guíen a una adecuada orientación alimentaria desde la lactancia materna, podremos alcanzar una buena nutrición en la infancia.

Capacitación

El Programa de Atención a la Salud de la Infancia cuenta con una estrategia transversal que contribuye a todas sus acciones, capacitación. Las acciones de esta estrategia se llevan a cabo en las 32 Entidades Federativas a través de los Centros Regionales y Estatales de Capacitación. La estrategia de capacitación integra la educación médica continua y justifica la actualización permanente del personal de salud que opera el programa en el primer nivel de atención con base al modelo de atención integrada para la salud de la infancia.

Contar con personal de salud capacitado en los temas que integran el modelo de atención integrada es un aspecto que incide directamente sobre el desarrollo de enfermedades en la población que se atiende en las unidades de salud; por consiguiente, resulta una estrategia medible que puede ayudar a disminuir la morbi -mortalidad infantil.

II. OBJETIVO GENERAL

Disminuir la morbilidad y mortalidad en menores de 10 años mediante estrategias que reduzcan la desigualdad.

III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Realizar acciones preventivas para disminuir la morbilidad y mortalidad por enfermedades prevalentes de la infancia.

2. Implementar acciones de prevención, vigilancia y control de la nutrición en la infancia.

3. Fortalecer el modelo de atención integrada a la salud de la infancia en el primer nivel de atención.

IV. ESTRATEGIAS

1. Realizar acciones preventivas para disminuir la morbilidad y mortalidad por enfermedades prevalentes de la infancia.

    1.1. Consolidar la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas y enfermedades respiratorias agudas.

    1.2. Fortalecer el análisis de la mortalidad en la infancia.

2. Implementar acciones de prevención, vigilancia y control de nutrición en la infancia.

    2.1 . Implementar acciones de vigilancia de la nutrición en niñas y niños.

    2.2 . Definir acciones de orientación alimentaria y favorecer la activación física en niñas y niños.

    2.3. Coadyuvar la atención integral del sobrepeso y obesidad en niñas y niños en el primer nivel de atención.

3. Fortalecer el modelo de atención integrada a la salud de la infancia en el primer nivel de atención.

    3.1Fortalecer acciones de capacitación del Programa de Atención a la Salud de la Infancia.

V. JUSTIFICACIÓN

El compromiso con las niñas y los niños menores de diez años de edad es asegurar su sobrevivencia y contribuir a mejorar su calidad de vida a través del desarrollo de sus potencialidades con participación conjunta de los servicios de salud, la familia y la comunidad.

La mortalidad en la infancia es un problema que ocupa un lugar primordial en las agendas de salud a nivel mundial y es considerada como un indicador fundamental de desarrollo social y nivel de salud en todos los países. Desde el final del periodo neonatal hasta los cinco años, más de la mitad de las muertes se deben a enfermedades prevenibles por vacunación y tratables mediante intervenciones simples y asequibles, como el fortalecimiento de los sistemas de salud. Las principales causas de mortalidad infantil continúan siendo las infecciones respiratorias y las enfermedades diarreicas agudas, la desnutrición es una causa subyacente que contribuye aproximadamente a 45% del total de las muertes. Debido a que la mayor parte de las muertes ocurren en este periodo es importante focalizar nuestros esfuerzos en este grupo de edad.

Debemos continuar fortaleciendo las acciones del programa de atención a la salud de la infancia para contribuir a la salud infantil.

VI. METAS 2019

1. Reducir la tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años.

2. Reducir la tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias agudas en menores de cinco años.

3. Realizar el 90% o más de las sesiones programadas del Comité de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad (COERMI) en las Entidades Federativas.

4. Reducir la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años.

5. Ingresar a control nutricional al menos al 80% de los niños menores de diez años de edad diagnosticados con desnutrición o bajo peso.

6. Ingresar a control nutricional al menos al 80% de los niños menores de diez años de edad diagnosticados con sobrepeso y obesidad.

7. Capacitar al 100% del personal de salud operativo del primer nivel de atención en contacto con el paciente, en temas del modelo de atención integrada a la salud en la infancia en modalidad presencial o a distancia.

VII. METODOLOGÍA

Los criterios para determinar la calificación obtenida como sobresaliente, satisfactorio, mínimo y precario, están basados en los resultados del índice de desempeño vectorial y los obtenidos para cada indicador. (El análisis vectorial e índice de desempeño lo realizará la Dirección General de Epidemiología).

El índice de desempeño del Programa de Atención a la Salud de la Infancia, se obtiene matemáticamente con base en la suma de la ponderación que se le da a cada uno de los indicadores que lo conforman. Su resultado se establece de acuerdo a cuartiles:

Categoría	Intervalo
Sobresaliente	90 – 100%
Satisfactorio	80 - 89%
Mínimo	70 – 79%
Precario	< 69.0%

Se propone que el índice de desempeño de “CAMINANDO A LA EXCELENCIA”, correspondiente al Programa de Atención a la Salud de la Infancia, se integre por los siguientes indicadores:

DESCRIPCIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES.

INDICADOR NO. 1

Nombre del Indicador: Reducción de la tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas agudas (EDAS) en menores de 5 años.

Definición del Indicador: Inverso de la tasa de mortalidad por EDAS en menores de cinco años expresados en porcentaje 2019.

Metodología

Fundamento técnico científico: Indicador que representa la probabilidad de sobrevivencia de los menores de 5 años por enfermedades diarreicas agudas (EDAS) en un lugar y periodo determinado como resultado de apego a las intervenciones específicas para esta causa.

Tipo de indicador: Impacto

Utilidad: La evaluación del resultado permite establecer estrategias que refuercen las acciones prioritarias de prevención y control de EDAS.

Construcción:

Nota Metodológica: Para la evaluación de este indicador se empleará la información oficial consolidada del año 2018 (cifra consolidada INEGI/SS), y preliminar del año 2019 (SEED/SS), reportadas por la Dirección General de Información en Salud (DGIS)/Secretaría de Salud (SS), en el cubo de información dinámica de la DGIS.

A partir del año 2011 la fuente de información son las defunciones registradas por INEGI/SS de niños menores de cinco años y éstas se corrigen debido al subregistro, la corrección se realiza por un lado para el grupo de niños menores de 1 año y de niños de 1 a 4 años de manera separada, de tal manera que las defunciones para niños menores de 5 años se obtienen de la suma de defunciones de menores de 1 y de 1 a 4 años ajustadas.

La corrección de las defunciones se basa en el cálculo de un factor de ajuste que se obtiene a través de la tendencia de las diferencias porcentuales entre las defunciones estimadas del CONAPO y las defunciones registradas del INEGI/SS. El factor de ajuste de las defunciones de cada entidad se aplica a las defunciones registradas por enfermedades diarreicas.

Las defunciones registradas de INEGI/SS se reportan por entidad de residencia y año de registro.

Para la conversión de tasa a porcentaje se utiliza el método actuarial.

Fórmula:

Inverso de la tasa de mortalidad expresado en porcentaje = (100 – qEDAS)

Donde:
q= tasa de mortalidad por EDAS, la cual se calcula de la siguiente manera: (Defunciones por enfermedades diarreicas en menores de cinco años en 2019/Población de menores de cinco años en 2019) x 100, 000.
Posterior a la determinación del inverso de tasa de mortalidad, se calculan los cuartiles, cuya interpretación se indica a continuación:

1. Los cuartiles son los valores que dividen al conjunto de datos ordenados en cuatro partes porcentualmente iguales.
2. Los colores rojo y amarillo están separados por la media y, gráficamente como representan la anchura de la caja (diagrama de cajas).

3. El color verde se encuentra por arriba de lo esperado, lo que significa que en el Estado se han cumplido las metas y logros.
4. En el color negro se ubican aquellas Entidades Federativas con logros y metas por debajo de la media nacional.
5. El cálculo de cuartiles se puede realizar a través de un paquete estadístico.

Ponderación: 20%

Calificación:

La evaluación se realiza con base a la distribución por cuartiles del inverso de la TMEDA, de tal manera que se considera:

Categoría	Intervalo
Sobresaliente	4to. cuartil
Satisfactorio	3er. cuartil
Mínimo	2do. cuartil
Precario	1er. cuartil

NOTA: La determinación de los límites de los cuartiles se establecerá en el momento de realizar la evaluación 2019, toda vez que la determinación de la tasa es anual.

Periodicidad: Anual.

En este indicador no tiene NA

Fuente de Información:

Para elaborar la TMEDA se empleará la siguiente información:

Numerador: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)/ Secretaría de Salud (SS)/ Dirección General de Información en Salud (DGIS). Bases de datos de Mortalidad (cifra consolidada 2018); Sistema Estadístico y Epidemiológico de Defunciones (SEED)/SS/DGIS (cifra preliminar 2019). Causa básica de defunción clave CIE10: A00-A09X. Con ajuste en las Entidades que lo requieran.

Denominador: Consejo Nacional de Población (CONAPO). Proyecciones de la población de México 2010-2050 y estimaciones 1990 - 2009. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones.

INDICADOR NO. 2

Nombre del Indicador: Reducción de la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas (IRAS) en menores de cinco años.
Definición del Indicador: Inverso de la tasa de mortalidad por IRAS en menores de cinco años expresado en porcentaje 2019.

Metodología

Fundamento técnico científico: Indicador que representa la probabilidad de sobrevivencia de los menores de 5 años por infecciones respiratorias agudas (IRAS) en un lugar y periodo determinado como resultado de apego a las intervenciones específicas para esta causa.

Tipo de indicador: Impacto

Utilidad: La evaluación del resultado permite establecer estrategias que refuercen las acciones prioritarias de prevención y control de IRAS.

Construcción:

Nota Metodológica: Para la evaluación de este indicador se empleará la información oficial consolidada del año 2018 (cifra consolidada INEGI/SS), y preliminar del año 2019 (SEED/SS), reportadas por la Dirección General de Información en Salud (DGIS)/Secretaría de Salud (SS), en el cubo de información dinámica de la DGIS.

A partir de 2011 la fuente de información son las defunciones registradas por INEGI/SS de niños menores de cinco años y éstas se corrigen debido al subregistro, la corrección se realiza por un lado para el grupo de niños menores de 1 año y de niños de 1 a 4 años de manera separada, de tal manera que las defunciones para niños menores de 5 años se obtienen de la suma de defunciones de menores de 1 y de 1 a 4 años ajustadas.

La corrección de las defunciones se basa en el cálculo de un factor de ajuste que se obtiene a través de la tendencia de las diferencias porcentuales entre las defunciones estimadas del CONAPO y las defunciones registradas del INEGI/SS. El factor de ajuste de las defunciones de cada entidad se aplica a las defunciones registradas por enfermedades respiratorias.

Las defunciones registradas de INEGI/SS se reportan por Entidad de residencia y año de registro.

Fórmula:

Inverso de la tasa de mortalidad por IRAS en menores de cinco años expresado en porcentaje = (100 – qIRAS)

Donde:

q= tasa de mortalidad por IRAS, la cual se calcula de la siguiente manera: (Defunciones por enfermedades diarreicas en menores de cinco años en 2019/Población de menores de cinco años en 2019) x 100, 000.

Posterior a la determinación del inverso de tasa de mortalidad, se calculan los cuartiles, cuya interpretación de indica a continuación:

1. Los cuartiles son los valores que dividen al conjunto de datos ordenados en cuatro partes porcentualmente iguales.
2. Los colores rojo y amarillo están separados por la media y, gráficamente como representan la anchura de la caja (diagrama de cajas).
3. El color verde se encuentra por arriba de lo esperado, lo que significa que en el Estado se han cumplido las metas y logros.

4. En el color negro se ubican aquellas Entidades Federativas con logros y metas por debajo de la media nacional.
5. El cálculo de cuartiles se puede realizar a través de un paquete estadístico.

Ponderación: 20%

Calificación:

La evaluación se realiza en base a la distribución por cuartiles del inverso de la TMIRA, de tal manera que se considera:

Categoría	Intervalo
Sobresaliente	4to. cuartil
Satisfactorio	3er. cuartil
Mínimo	2do. cuartil
Precario	1er. cuartil

NOTA: La determinación de los límites de los cuartiles se establecerá en el momento de realizar la evaluación 2019, toda vez que la determinación de la tasa es anual.

Periodicidad: Anual.

Este indicador no tiene NA

Fuente de Información:

Para elaborar la TMIRA se empleará la siguiente información:

Numerador: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)/ Secretaría de Salud (SS)/ Dirección General de Información en Salud (DGIS). Bases de datos de Mortalidad (cifra consolidada 2018); Sistema Estadístico y Epidemiológico de Defunciones (SEED)/SS/DGIS (cifra preliminar 2019). Causa básica de defunción clave CIE10: J00-J22. Con ajuste en las entidades que lo requieran.

Denominador: Consejo Nacional de Población (CONAPO). Proyecciones de la población de México 2010-2050 y estimaciones 1990-2009.Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones.

INDICADOR NO. 3

Nombre del Indicador: Desempeño de los Comités de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia (COERMI).

Definición del Indicador: Porcentaje de sesiones de COERMI estatal y/o jurisdiccional realizadas en 2019.

Metodología

Fundamento técnico científico: El COERMI tiene como objetivo principal: identificar los factores de riesgo que inciden en las defunciones por EDA e IRA en menores de cinco años para poder establecer estrategias y acciones que mejoren la prevención y promoción de la salud, la calidad de

la atención médica y que impacten en la reducción de la morbilidad y mortalidad por estas causas en menores de cinco años.

Tipo de Indicador: Proceso

Utilidad: Determinar el porcentaje de sesiones de COERMI realizadas para dar seguimiento al correcto funcionamiento de los mismos.

Construcción:

Se emplearán los siguientes documentos disponibles:
1) Calendario Estatal de sesiones programadas en 2019.
2) Reporte de minutas con lista de asistencia de sesiones de COERMI 2019.

Se tomará en cuenta para la evaluación la oportunidad del envío de la información (dentro de los diez días posteriores a la fecha de sesión), uso del formato específico del Comité, registro completo de datos solicitados en la minuta y lista de asistencia.

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Número total de sesiones de COERMI realizadas en el periodo}}{\text{Número total de sesiones de COERMI programadas en el periodo}}\right) \text{x } 100$$

Ponderación: 10%

Calificación:

Categoría	Intervalo
Sobresaliente	90 – 100%
Satisfactorio	80 – 89%
Mínimo	60 – 79%
Precario	< 60%

Periodicidad: Anual.

Este indicador no tiene NA

Fuente de Información:
Numerador: Reportes de minutas con lista de asistencia de sesiones COERMI 2019 enviadas por las Entidades Federativas.

Denominador: Calendario estatal de sesiones programadas 2019 enviado por las Entidades Federativas.

INDICADOR NO. 4

Nombre del Indicador: Apego adecuado al Plan A de hidratación oral para el tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas (EDA) en menores de cinco años de edad.

Definición del indicador: Porcentaje de menores de 5 años de edad con enfermedad diarreica aguda de primera vez que son tratados exitosamente en Plan A.

Metodología

Fundamento técnico científico: Se considera tratamiento exitoso cuando el 95% o más de los casos por enfermedad diarreica aguda son resueltos utilizando la administración vía oral de Vida Suero Oral, líquidos caseros, alimentación continua de acuerdo a la edad y demanda de consulta oportuna. Todo esto se lleva a cabo en el hogar.

Tipo de indicador: Proceso.

Utilidad: Permite identificar fallas en el proceso de la atención primaria para la prevención y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda.

Construcción:

Nota metodológica: Para la evaluación de este indicador se empleará la información oficial reportada en la plataforma 2019 del Sistema de Información en Salud.

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Número de} < 5 \text{ años con EDA en consulta de primera vez que recibieron tratamiento con Plan A en el semestre}}{\text{Total de niños} < 5 \text{ años con EDA en consulta de primera vez en el semestre}} \right) \text{x } 100$$

Ponderación: 5%

Calificación:

Categoría	Intervalo
Sobresaliente	95 – 100%
Satisfactorio	90 – 94%
Mínimo	85 – 89%
Precario	< 85%

Periodicidad: Semestral.

Este indicador no tiene NA

Fuente de información:

Numerador: Sistema de Información en Salud, variables EDA01, EDA02 y EDA03, 2019.

Denominador: Sistema de Información en Salud, variables EDA01 a EDA09, 2019.

INDICADOR NO.5

Nombre del Indicador: Apego adecuado al Plan B de hidratación oral para el tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años de edad.

Definición del indicador: Porcentaje de menores de 5 años de edad con enfermedad diarreica aguda de primera vez que son tratados exitosamente en Plan B.

Metodología

Fundamento técnico científico: Se considera tratamiento exitoso cuando el 3% o menos de los casos por enfermedad diarreica aguda con deshidratación son resueltos utilizando terapia de hidratación oral con Vida Suero Oral, en la unidad de salud.

Tipo de indicador: Proceso.

Utilidad: Permite identificar fallas en el proceso de la atención primaria para la prevención y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda con deshidratación.

Construcción:

Nota metodológica: Para la evaluación de este indicador se empleará la información oficial reportada en la plataforma 2019 del Sistema de Información en Salud.

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Número de} < 5 \text{ años con EDA en consulta de primera vez que recibieron tratamiento con Plan B en el semestre}}{\text{Total de niños} < 5 \text{ años con EDA en consulta de primera vez en el semestre}} \right) \text{x } 100$$

Ponderación: 5%

Calificación:

Categoría	Intervalo	Cuartiles Escala general
Sobresaliente	≤ 3%	76 - 100%
Satisfactorio	3.1 – 4%	51 -75%
Mínimo	4.1 – 6%	26 - 50%
Precario	≥ 6.1%	< 26%

Periodicidad: Semestral.

Este indicador no tiene NA
Fuente de información:

Numerador: Sistema de Información en Salud, variables EDA04, EDA05 y EDA06, 2019.

Denominador: Sistema de Información en Salud, variables EDA01 a EDA09, 2019.

INDICADOR NO. 6

Nombre del Indicador: Apego adecuado al Plan C de hidratación oral para el tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años de edad.

Definición del indicador: Porcentaje de menores de 5 años de edad con enfermedad diarreica aguda de primera vez que son tratados exitosamente en Plan C.

Metodología

Fundamento técnico científico: Se considera tratamiento exitoso cuando el 2% o menos de los casos por enfermedad diarreica aguda con deshidratación y choque hipovolémico son resueltos utilizando terapia de hidratación intravenosa y referidos al siguiente nivel de atención.

Tipo de indicador: Proceso.

Utilidad: Permite identificar fallas en el proceso de atención primaria para la prevención y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda con deshidratación y choque, además de verificar los mecanismos de referencia del paciente grave.

Construcción:

Nota metodológica: Para la evaluación de este indicador se empleará la información oficial reportada en la plataforma 2019 del Sistema de Información en Salud.

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Número de} < 5 \text{ años con EDA en consulta de primera vez que recibieron tratamiento con Plan C en el semestre}}{\text{Total de niños} < 5 \text{ años con EDA en consulta de primera vez en el semestre}} \right) \text{x } 100$$

Ponderación: 5%

Calificación:

Categoría	Intervalo	Cuartiles Escala general
Sobresaliente	≤ 2%	76 - 100%
Satisfactorio	2.1 – 3%	51 -75%
Mínimo	3.1 – 4%	26 - 50%
Precario	≥ 4.1%	< 26%

Periodicidad: Semestral.

Este indicador no tiene NA
Fuente de información:

Numerador: Sistema de Información en Salud, variables EDA07, EDA08 y EDA09, 2019.

Denominador: Sistema de Información en Salud, variables EDA01 a EDA09, 2019.

INDICADOR NO. 7

Nombre del Indicador: Apego adecuado al tratamiento sintomático de las infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años de edad.

Definición del indicador: Porcentaje de menores de cinco años con infección respiratoria aguda que reciben tratamiento sintomático de manera exitosa.

Metodología

Fundamento técnico científico: Los agentes causales de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en más del 90% de los casos son generados por virus, en especial las de vías respiratorias altas y en el caso de las vías respiratorias bajas la frecuencia llega hasta el 70%, por lo que al menos este último porcentaje se deben tratar de manera sintomática sin olvidar la vigilancia de los factores de mal pronóstico, educación a los padres en signos de alarma, con énfasis en el seguimiento de los casos.

Tipo de indicador: Proceso.

Utilidad: Permite identificar fallas en el proceso de la atención primaria para la prevención y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas.

Construcción:

Nota metodológica: Para la evaluación de este indicador se empleará la información oficial reportada en la plataforma 2019 del Sistema de Información en Salud.

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Número de} < 5 \text{ años con IRA en consulta de primera vez que recibieron tratamiento sintomático en el semestre}}{\text{Total de niños} < 5 \text{ años con IRA en consulta de primera vez en el semestre}} \right) \text{x } 100$$

Ponderación: 5%

Calificación:

Categoría	Intervalo	Cuartiles Escala general
Sobresaliente	≥ 70%	76 - 100%
Satisfactorio	62 – 69%	51 -75%
Mínimo	55 – 61%	26 - 50%
Precario	≤ 54%	< 26%

Periodicidad: Semestral.

Este indicador no tiene NA.
Fuente de información:

Numerador: Sistema de Información en Salud, variables IRA01 e IRA13 2019.

Denominador: Sistema de Información en Salud, variables IRA01, IRA04, IRA13, IRA14 2019.

INDICADOR NO. 8

Nombre del Indicador: Niñas y niños menores de 10 años de edad atendidos en control nutricional por desnutrición y bajo peso.

Definición del Indicador: Porcentaje de niñas y niños menores de 10 años de edad con desnutrición y bajo peso ingresados a control nutricional.

Metodología

Fundamento técnico científico: Indicador que representa la cantidad proporcional de niñas y niños menores de 10 años de edad que una vez diagnosticados con desnutrición o bajo peso (menores o mayores de cinco años respectivamente) se encuentran en el seguimiento del control nutricional.

Tipo de indicador: Impacto

Utilidad: La evaluación trimestral del resultado permite dimensionar el alcance y la capacidad de diagnóstico y seguimiento de la desnutrición y el bajo peso.

Construcción:

Nota Metodológica: Para la evaluación de este indicador se empleará la información oficial del año en curso reportada por la Dirección General de Información en Salud (DGIS)/Secretaría de Salud (SS), en el cubo de información dinámica de la DGIS.

Para obtener el numerador: hará el corte trimestral (último mes del trimestre) de las variables correspondientes a las niñas y niños menores de diez años en control nutricional (NPT).
Para obtener el denominador: hará el corte trimestral (último mes del trimestre) de las variables de niñas y niños, menores de diez años en consulta por el estado de nutrición (CEN).
Para la obtención tanto del numerador como denominador, deberá considerar únicamente la consulta externa de la unidad de salud (filtro de la plataforma).

Notas:

Niños Peso para la Talla (NPT). – Se refiere a las niñas y niños que son diagnosticados por el indicador Peso para la Talla que están en control nutricional (tarjetero).

Consulta por Estado de Nutrición (CEN). – Se refiere a las niñas y niños que acuden a consulta por estado de nutrición, estén o no en control nutricional (tarjetero).

Fórmula:

$$\frac{\text{Total de niñas y niños menores de 10 años de edad ingresados a control nutricional por desnutrición y bajo peso}}{\text{Total de niñas y niños menores de 10 años de edad diagnosticados, en consulta por desnutrición y bajo peso.}} \times 100$$

Ponderación: 10%

Calificación:

Categoría	Intervalo mayor a 100	Intervalo menor a 100	Calificación Cuartiles
Sobresaliente	100 - 177.7	75.1 – 100	76 - 100%
Satisfactorio	177.8 – 264.0	50.1 – 75	51 -75%
Mínimo	264.1 – 339.6	25.1 – 50	26 - 50%
Precario	≥ 339.7	< 25	< 26%

Periodicidad: Trimestral.

Este indicador no tiene NA

Fuente de Información:

Fuente de Información: Plataforma PLIISA SINBA-SIS, reportadas por la Dirección General de Información en Salud (DGIS)/Secretaría de Salud (SS), en el cubo de información dinámica de la DGIS.

INDICADOR NO. 9

Nombre del Indicador: Niñas y niños menores de 10 años de edad atendidos en control nutricional por sobrepeso y obesidad.

Definición del Indicador: Porcentaje de niñas y niños menores de 10 años de edad con sobrepeso y obesidad ingresados a control nutricional.

Metodología

Fundamento técnico científico: Indicador que representa la cantidad proporcional de niñas y niños menores de 10 años que una vez diagnosticados con sobrepeso u obesidad (de acuerdo a su edad, menores y mayores de cinco años), se encuentran en el seguimiento de control nutricional.

Tipo de indicador: Impacto

Utilidad: La evaluación trimestral del resultado permite dimensionar el alcance y la capacidad de seguimiento y control del sobrepeso y la obesidad.

Construcción:

Nota Metodológica: Para la evaluación de este indicador se empleará la información oficial del año en curso reportada por la Dirección General de Información en Salud (DGIS)/Secretaría de Salud (SS), en el cubo de información dinámica de la DGIS.
Para obtener el numerador: hará un corte trimestral (último mes del trimestre) de las variables correspondientes a las niñas y niños menores de diez años en control nutricional (NPT e IMC).
Para obtener el denominador: hará un corte trimestral (último mes del trimestre) de las variables de niñas y niños, menores de diez años en consulta por el estado de nutrición (CEN).
Para la obtención tanto del numerador como denominador, deberá considerar únicamente la consulta externa de la unidad de salud (filtro de la plataforma).

Nota: En niñas y niños menores de cinco años se utilizará como criterio diagnóstico Niños Peso para la Talla (NPT). – Se refiere a las niñas y niños que son diagnosticados por el indicador Peso para la Talla que están en control nutricional (tarjetero).
En niñas y niños de cinco a menores de diez años se utilizará como criterio diagnóstico Índice de Masa Corporal (IMC), de acuerdo al grupo de edad al que se refiera.

Consulta por Estado de Nutrición (CEN). - Se refiere a las niñas y niños que acuden a consulta por estado de nutrición, estén o no en control nutricional (tarjetero).

Fórmula:

Total de niñas y niños menores de 10 años ingresados a control nutricional por sobrepeso y obesidad
Total de niñas y niños menores de 10 años diagnosticados en consulta por sobrepeso y obesidad X 100

Ponderación: 10%

Calificación:

Categoría	Intervalo mayor a 100	Intervalo menor a 100	Cuartiles Escala general
Sobresaliente	100 - 118.5	75.1 – 100	76 - 100%
Satisfactorio	118.6 – 132.2	50.1 – 75	51 -75%
Mínimo	132.3 – 142.4	25.1 – 50	26 - 50%
Precario	≥ 142.5	< 25	25%

Periodicidad: Trimestral.

Este indicador no tiene NA
Fuente de Información:

Fuente de Información: Plataforma PLIISA SINBA-SIS, reportadas por la Dirección General de Información en Salud (DGIS)/Secretaría de Salud (SS), en el cubo de información dinámica de la DGIS.

INDICADOR NO. 10

Nombre del Indicador: Personal de salud operativo del primer nivel de atención en contacto con el paciente, capacitado en temas del modelo de atención integrada a la salud de la infancia en modalidad presencial o a distancia.

Definición del Indicador: Porcentaje de personal de salud operativo del primer nivel de atención en contacto con el paciente, capacitado en temas del modelo de atención integrada a la salud de la infancia en modalidad presencial o a distancia.

Metodología

Fundamento técnico científico: La capacitación al personal de salud del primer nivel de atención en contacto con el paciente constituye una de las estrategias más importantes que, mediante la mejora de la calidad de la atención, contribuyen a la reducción de la morbi mortalidad en la infancia.

Tipo de Indicador: Resultado.

Utilidad: Determinar el porcentaje del personal de salud operativo del primer nivel de atención en contacto con el paciente que fue capacitado en temas del modelo de atención integrada a la salud de la infancia en cualquiera de las modalidades descritas.

Metas:

Anual: En el periodo comprendido entre los años 2019 al 2023, se capacitará, por año, al 17% del personal de salud operativo del primer nivel de atención adscrito a la Secretaría de Salud por Entidad Federativa que esté en contacto con el paciente. En el año 2024, se deberá capacitar al personal restante, representando el 15% del total.

Sexenal: Al término de la administración, se deberá haber capacitado al 100% del personal de salud operativo del primer nivel de atención en contacto con el paciente, adscrito a la Secretaría de Salud por Entidad Federativa.

Construcción:

Año	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Construcción	$\left(\frac{N}{D} \text{ X } 100\right) + \left(\frac{N}{D} \text{ X } 100\right) + \left(\frac{N}{D} \text{ X } 100\right) + \left(\frac{N}{D} \text{ X } 100\right) + \left(\frac{N}{D} \text{ X } 100\right) + \left(\frac{N}{D} \text{ X } 100\right) = 100\%$						
Equivalente en la evaluación anual	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Meta anual a cumplir. Con respecto al porcentaje de población a capacitar por año (acumulado sexenal)	17% +	17% +	17% +	17% +	17% +	15% =	100%

Fórmula:

Número de personal de salud operativo del primer nivel de atención en contacto con el paciente (médicos, enfermeras, psicólogos, nutriólogos, promotores de salud, trabajadores sociales, técnicos en atención primaria a la salud, y demás personal involucrado con el Programa de Infancia) capacitado en el año, en temas del modelo de atención integrada a la salud de la infancia en modalidad presencial o a distancia.

X 100

*Total de personal de salud operativo en contacto con el paciente (médicos, enfermeras, psicólogos, nutriólogos, promotores de salud, trabajadores sociales, técnicos en atención primaria a la salud y demás personal involucrado con el Programa de Infancia) en el primer nivel de atención, adscrito a la Secretaría de Salud por Entidad Federativa (Fuente SINERHIAS), más la cantidad de personal eventual adscrito a las unidades de salud. (Plantilla de Recursos Humanos).

Ponderación: 10%

Calificación:

Categoría	Intervalo
Sobresaliente	100%
Satisfactorio	95 – 99%
Mínimo	90 – 94%
Precario	< 90%

Periodicidad: Anual (Sexenal)

Cada año se realizará la evaluación de las actividades de capacitación en escala del 0 al 100%, sin embargo, por considerarse un indicador acumulado, deberá reflejar al término de la administración la capacitación al 100% de la población objetivo.

Este indicador no tiene NA

Fuente de Información:

Numerador: Informe anual de actividades de capacitación enviado por cada entidad federativa en formato oficial y electrónico, listas de asistencia firmadas por el personal capacitado (calificación aprobatoria mínima de 8).

Denominador: Total de personal de salud operativo del primer nivel de atención en contacto con el paciente (médicos, enfermeras, psicólogos, nutriólogos, promotores de salud, trabajadores sociales, técnicos en atención primaria a la salud y demás personal involucrado con el Programa de Infancia), adscrito a la Secretaría de Salud por Entidad Federativa (Fuente SINERHIAS), más la cantidad de personal eventual adscrito a las unidades de salud. (Plantilla de Recursos Humanos).

*Es responsabilidad de cada Entidad Federativa validar la población objetivo a capacitar de acuerdo al SINERHIAS vigente para el año en curso, así como las plantillas físicas de Recursos Humanos para determinar la cifra de personal eventual.

PROGRAMA DE CÁNCER EN LA INFANCIA YADOLESCENCIA

CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA (CENSIA)

MIRIAM ESTHER VERAZ GODOY
Director General

Director de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia

BLANCA YOLANDA CASAS DE LA TORRE
Subdirectora de Componentes Estratégicos de la Adolescencia

CESAR MISAEL GOMEZ ALTAMIRANO
Subdirección de Coordinación y Operación del Conava

YOSHINORI JAVIER ESTEVEZ GOMEZ
Subdirector Técnico de la Salud de la Infancia

INTRODUCCIÓN

El Programa de Cáncer en la Infancia y la Adolescencia tiene la misión de disminuir la mortalidad e incrementar la sobrevida en los menores de 18 años de edad.

Está dirigido a promover la detección y diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno, efectivo para las niñas, niños y adolescentes con cáncer a través de la estrategia búsqueda intencionada de casos con sospecha de cáncer.

El fortalecimiento de dicha estrategia consiste en actividades de capacitación del personal de salud tanto de primero y segundo nivel como de las unidades médicas acreditadas, supervisión, difusión y promoción de la salud, seguimiento a la operación y funcionamiento de los Consejos Estatales de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y Adolescencia (COECIA) y actualización de la información de los casos reportados en el Registro de Cáncer en la Infancia y Adolescencia.

Estas actividades están diseñadas para mejorar la articulación del primer nivel de atención, el acceso y la prestación del servicio, eficientar los mecanismos para la articulación con el segundo nivel y las unidades médicas acreditadas.

Considerando que la evaluación es un proceso permanente encaminado a corregir y mejorar las acciones con el fin de aumentar la pertinencia, eficiencia y eficacia de las actividades, se diseñaron indicadores, teniendo en cuenta que deben de ser válidos, objetivos, sensibles y específicos.

Este manual representa una guía para la construcción de los indicadores estratégicos del Programa para el año 2019.

Objetivo General del Programa

Favorecer la detección temprana y el tratamiento oportuno, efectivo y universal para las niñas, niños y adolescentes con cáncer.

ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN

Estrategias

1) Fortalecer la rectoría del Programa de Cáncer en la Infancia y Adolescencia.
2) Promover la capacitación y difusión en materia de cáncer en la infancia y adolescencia.
3) Coadyuvar en el fortalecimiento de los sistemas de información en salud relacionados al cáncer en la infancia y adolescencia.

Líneas de Acción

Estrategia 1: Fortalecer la rectoría del Programa de Cáncer en la Infancia y Adolescencia.

1.1. Evaluar el Programa de Cáncer en la Infancia y Adolescencia en apego a la normatividad aplicable.
1.2. Verificar el funcionamiento de los Consejos Estatales de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y Adolescencia (COECIA).
1.3. Reforzar la detección temprana y tratamiento oportuno de niñas, niños y adolescentes con cáncer a través de la estrategia "Búsqueda intencionada de casos con sospecha de cáncer en menores de 18 años".

Estrategia 2: Promover la capacitación y difusión en materia de cáncer en la infancia y adolescencia para lograr detección y tratamiento oportuno e incrementar la posibilidad de curación.

2.1. Mejorar las habilidades y competencias del personal de salud para la detección y atención del cáncer en menores de 18 años.
2.2. Difundir mensajes de detección oportuna y de signos y síntomas de sospecha de cáncer en la infancia y adolescencia.

Estrategia 3: Coadyuvar en el fortalecimiento de los sistemas de información en salud relacionados al cáncer en la infancia y adolescencia.

3.1. Fomentar el reporte en los sistemas de información relacionados al cáncer en la infancia y adolescencia, así como el análisis del contenido para la toma de decisiones.
3.2. Elaborar y difundir reportes epidemiológicos relevantes sobre cáncer en la infancia y adolescencia.

Metas para 2019

1. Realizar en las unidades médicas del primer nivel de atención, el 100% de las supervisiones programadas y de las Unidades Médicas Acreditadas (UMA), en correspondencia a la meta establecida para cada entidad federativa.
2. Realizar 2 sesiones ordinarias del COECIA (una por semestre) y 2 de sus Comités (una por semestre).
3. Asistencia del 100% de las instituciones indicadas en la normatividad oficial vigente de la entidad, a las sesiones de los COECIA y Comités.
4. Planear y ejecutar 1 proyecto anual, que contribuya a la atención y/o tratamiento integral del cáncer en menores de 18 años en la(s) UMA, emanado y coordinado por el COECIA.
5. Capacitar al 100% de los médicos pasantes en servicio social en cada entidad federativa.

6. Capacitar al 100% de los médicos, familiares y generales del primer nivel y pediatras de segundo nivel de atención, en correspondencia con la meta programada.
7. Capacitar al 100% del personal de enfermería del primer nivel de atención, en correspondencia con la meta programada.
8. Capacitar al 100% del personal de enfermería en contacto con pacientes oncológicos pediátricos en la(s) UMA, en correspondencia con la meta programada.
9. Capacitar al 100% de los promotores de salud, en correspondencia con la meta programada.
10. Difundir 3 de los 6 materiales impresos autorizados (al año) y 10 mensajes mensuales en redes sociales (Twitter y Facebook) con contenido alusivo a la prevención, detección oportuna y diagnóstico temprano de cáncer en la infancia y adolescencia.
11. Actualizar el 100% del seguimiento de los casos con fecha de diagnóstico a partir de 2008 al cierre del presente año.

Índice de desempeño del Programa:
El desempeño de cada entidad federativa dependerá de la calificación global alcanzada en el Programa y será clasificado de acuerdo a los siguientes rangos:

Calificación:	
90 - 100%	Sobresaliente
80 - 89%	Satisfactorio
60 - 79%	Mínimo
Menor a 60%	Precario

DESCRIPCIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES.

Indicador 1: Unidades médicas supervisadas

Definición del indicador: Porcentaje de unidades médicas supervisadas.

Metodología

Fundamento técnico científico: La supervisión periódica a las unidades médicas, es una actividad fundamental para evaluar el cumplimiento de los objetivos y actividades del Programa, permite la mejora continua a través de la identificación de áreas de oportunidad para brindar mejor atención a las niñas, niños y adolescentes con sospecha o diagnóstico de cáncer.

Tipo de indicador: Proceso.

Utilidad: Contar con datos que permitan evaluar indirectamente los procesos de detección temprana, diagnóstico, referencia y atención de los menores de 18 años con sospecha de cáncer en las unidades médicas.

Construcción: Este indicador se compone de 3 variables:
1.- Supervisión a las unidades médicas de primer nivel de atención,
2.- Cumplimiento de compromisos derivados de las supervisiones a unidades de primer nivel,
3.- Supervisión a Unidad (es) Médica (s) Acreditada (s) (UMA).

Fórmula: El valor del indicador se obtiene del resultado del índice de desempeño de cada variable que compone este indicador (25%, 25% y 50% respectivamente).
Ponderación: 15 %

Calificación:

90 - 100%	Sobresaliente
80 - 89%	Satisfactorio
60 - 79%	Mínimo
Menor a 60%	Precario

Periodicidad: Semestral.

Fuente de información:
Plan Anual de Trabajo e Informe Trimestral de Actividades del Programa de cada entidad federativa.

Construcción del Indicador 1

INDICADOR	META	FÓRMULA	VALOR
1.1 Unidades médicas del primer nivel de atención supervisadas	Meta establecida para cada entidad	Número de unidades médicas supervisadas/ Número de unidades médicas programadas *100	25%
1.2 Compromisos cumplidos derivados de la supervisión a unidades médicas de primer nivel de atención.	3 compromisos cumplidos, derivados de los informes de supervisión realizadas en el primer semestre	Número de compromisos cumplidos/ Número de compromisos seleccionados *100	25%
1.3 Supervisiones realizadas a Unidades Médicas Acreditadas	Meta establecida para cada entidad	Número de supervisiones a UMA realizadas/Número de supervisiones a UMA programadas*100	50
TOTAL			100

Indicador 1.1: Unidades médicas del primer nivel de atención supervisadas.

Definición del Indicador: Porcentaje de unidades médicas del primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud supervisadas.

Metodología

Fundamento técnico científico: La supervisión periódica a las unidades médicas del primer nivel de atención, permite verificar las actividades de búsqueda intencionada de casos sospechosos de cáncer en menores de 18 años, fortalece la capacidad técnica y mejora la eficiencia del recurso humano involucrado.

Tipo de indicador: Proceso.

Utilidad: Contar con información que permita evaluar indirectamente el proceso de detección y referencia de los menores de 18 años con sospecha de cáncer hacia la UMA, así como otorgar la asesoría inmediata al personal operativo que lo requiera.

Construcción: Unidades médicas de primer nivel de atención supervisadas, con relación a la meta establecida para cada entidad federativa.

Fórmula: Unidades médicas del primer nivel de atención supervisadas / Número de unidades médicas programadas para supervisar (Meta establecida para cada entidad federativa) *100.
Ponderación: 25%

Calificación:

90 - 100%	Sobresaliente
80 - 89%	Satisfactorio
60 - 79%	Mínimo
Menor a 60%	Precario

Periodicidad: Semestral y acumulado anual.

Fuente de información:
Plan Anual de Trabajo e Informe Trimestral de Actividades del Programa de cada entidad federativa.

Indicador 1.2: Compromisos cumplidos derivados de la supervisión a unidades médicas de primer nivel de atención.

Definición del Indicador: Compromisos, hallazgos o áreas de mejora cumplidos (3) emanados de los informes de supervisión realizados durante el primer semestre a unidades de primer nivel de atención.

Metodología

Fundamento técnico científico: El establecimiento y cumplimiento de compromisos para solventar los hallazgos o áreas de oportunidad se contribuye en los procesos de atención a los menores de 18 años con sospecha de cáncer infantil y sus familias.

Tipo de indicador: Proceso.

Utilidad: A través de la identificación de áreas de oportunidad en las supervisiones a unidades de primer nivel de atención y el establecimiento y cumplimiento de acuerdos para solventarlos, contribuyen a la mejora continua en los procesos de atención a los menores de 18 años con sospecha de cáncer infantil.

Construcción: Compromisos que cuenten con documentación soporte de su cumplimiento en relación a los compromisos seleccionados por nivel federal, con las características de viabilidad, factibilidad, oportunidad y que aporten beneficio a los menores de 18 años con sospecha de cáncer.

Fórmula: Número de compromisos cumplidos / 3 compromisos seleccionados * 100.

Ponderación: 25%

Calificación:

90 - 100%	Sobresaliente
80 - 89%	Satisfactorio
60 - 79%	Mínimo
Menor a 60%	Precario

Periodicidad: Semestral y acumulado anual.

Fuente de información:
Informe de supervisión de la unidad de primer nivel de atención y documentación oficial soporte de cumplimiento del compromiso.

Indicador 1.3: Supervisiones realizadas a Unidades Médicas Acreditadas

Definición del indicador: Porcentaje de supervisiones realizadas a Unidades Médicas Acreditadas en oncología pediátrica (UMA).

Metodología

Fundamento técnico científico: La supervisión periódica a la UMA identifica las áreas de oportunidad en el proceso del diagnóstico, atención y seguimiento de los casos y orienta las medidas correctivas específicas con la finalidad de eficientar el tiempo de atención a los menores de 18 años con cáncer.

Tipo de indicador: Proceso.

Utilidad: Contar con información que permita evaluar indirectamente el proceso de atención de los menores de 18 años con cáncer en la UMA.

Construcción: Número de supervisiones realizadas a la UMA, con relación al total de supervisiones programadas a la UMA.

NOTA: Una UMA acreditada en la atención oncológica pediátrica debe ser supervisada 2 veces al año (una cada semestre).

Fórmula: Supervisiones realizadas a la Unidad Médica Acreditada / Número de supervisiones programadas a UMA *100.

Ponderación: 50%

Calificación:
90 - 100% Sobresaliente
80 - 89% Satisfactorio
60 - 79% Mínimo
Menor a 60% Precario

Periodicidad: Semestral

Fuente de información:
Plan Anual de Trabajo e Informe Trimestral de Actividades del Programa de cada entidad federativa.

Indicador 2: Operación y funcionamiento de los COECIA.

Definición del Indicador: Porcentaje de Operación y funcionamiento de los COECIA.

Metodología

Fundamento técnico científico: Los Consejos Estatales para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia (COECIA), y los Comités que lo integran, son órganos consultivos e instancias permanentes de coordinación y concertación de acciones de los sectores público, privado y social en materia de prevención, diagnóstico y tratamiento integral del cáncer en los menores de 18 años de edad en nuestro país.

Tipo de indicador: Proceso.

Utilidad: Contar con un mecanismo sistemático y permanente de monitoreo que permita medir de manera objetiva las actividades de gestión y operación, y coadyuvar al cumplimiento del objetivo del Programa.

Construcción: Este indicador está compuesto por 2 variables:

1) Es el número de sesiones ordinarias realizadas semestralmente por el COECIA y sus Comités Técnico, Normativo y Financiero, válidas a partir del porcentaje de asistencia de las instituciones establecidas en la normatividad oficial vigente.

2) La segunda variable corresponde a la planeación y ejecución de un proyecto anual, que contribuya a la atención y/o tratamiento integral del cáncer en menores de 18 años en la(s) UMA, emanado y coordinado por el COECIA.

Fórmula: El indicador de la operación y funcionamiento de los COECIA se obtiene del desempeño de cada variable que lo conforma.

Ponderación: 15 %

Calificación:

90 - 100%	Sobresaliente
80 - 89%	Satisfactorio
60 - 79%	Mínimo
Menor a 60%	Precario

Periodicidad: Semestral

Descripción del indicador y su ponderación para la evaluación:

INDICADOR	ACTIVIDAD	META ANUAL	VALOR OTORGADO (%)	PONDERACIÓN (%)
2.1	(1) Sesiones del COECIA y asistencia de instituciones indicadas en normatividad oficial vigente.	2 sesiones ordinarias (una cada semestre, de otra forma *no será contabilizada*) y 100% de asistencia de instituciones.	20	40
	(2) Sesiones de Comités y asistencia de instituciones indicadas en normatividad oficial vigente.	2 sesiones ordinarias (una cada semestre, de otra forma *no será contabilizada*) y 100% de asistencia de instituciones.	20	
2.2	(3) Planeación y ejecución de un proyecto anual, que contribuya a la atención y/o tratamiento integral del cáncer en menores de 18 años en la(s) UMA, emanado y coordinado por el COECIA.	1 proyecto concluido con el cumplimiento del 100% de sus objetivos.	60	60
TOTAL:				100

Indicador 2.1: Funcionamiento de las sesiones del COECIA y sus Comités

Definición del indicador: Porcentaje de funcionamiento de las sesiones del COECIA y sus Comités.

Metodología

Fundamento técnico científico: Que las sesiones de los COECIA y sus Comités cuenten con la presencia y participación de autoridades e instituciones estatales con poder de decisión y que

definan y apoyen el desarrollo de estrategias y acuerdos para mejorar la detección temprana y tratamiento oportuno para menores de 18 años con cáncer.

Tipo de indicador: Proceso.

Utilidad: A través de las sesiones de los COECIA y sus Comités, se dan a conocer a sus integrantes los problemas que en materia de detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer en menores de 18 años de edad existen en la entidad federativa, para generar proyectos y cumplir con los mismos.

Construcción:
a) Instituciones del Sector Salud asistentes a las sesiones de los COECIA del total de instituciones del Sector Salud con presencia en las entidades federativas, estipulados en la normatividad oficial vigente.
b) Instituciones del Sector Salud asistentes a las sesiones de los Comités del total de instituciones del Sector Salud estipulados en la normatividad vigente para operación de Comités.

NOTA: Para la evaluación, se considerará para el COECIA, el haber sesionado una vez al semestre y para los Comités, haber sesionado una vez al semestre *en conjunto los 3 Comités*.

Fórmulas:

a) Número de instituciones participantes del Sector Salud en los COECIA / Total de instituciones del Sector Salud con presencia en las entidades federativas estipuladas en la normatividad oficial vigente de cada entidad *100.

b) Número de dependencias del Sector Salud asistentes en sesiones de Comités / Total de dependencias del Sector Salud indicadas en la normatividad vigente para Comités *100.

Ponderación: 40%

Calificación:

90 - 100%	Sobresaliente
80 - 89%	Satisfactorio
60 - 79%	Mínimo
Menor a 60%	Precario

Periodicidad: Semestral.

Fuente de información:
- Programa de Acción Específico 2013-2018.
- Lineamientos para operación de los Comités Técnico, Normativo y Financiero 2018.
- Informe Trimestral de Actividades de cada entidad federativa.
- Minutas y listas de asistencia de las sesiones de los COECIA y Comités.

Indicador 2.2: Evaluación de proyecto anual

Definición del indicador: Porcentaje anual de cumplimiento del proyecto.

Metodología

Fundamento técnico científico: Los proyectos emanados en el seno de los COECIA y coordinados por éstos, deben ser ejecutados y finalizados en el plazo establecido, así como contribuir a la atención y/o tratamiento integral del cáncer en menores de 18 años en la(s) UMA.

Tipo de indicador: Proceso.

Utilidad: Generar acciones que favorezcan el diagnóstico, financiamiento y/o tratamiento integral del cáncer en menores de 18 años.

Construcción: Se debe considerar el número total de proyectos ejecutados y concluidos. Dichos proyectos deberán haber sido emanados y ejecutados a través de la intervención del COECIA, con relación al número total de proyectos programados durante el año.

Fórmula: Número de proyectos ejecutados / 1*100.

Ponderación: 60%

Calificación:

90 - 100%	Sobresaliente
80 - 89%	Satisfactorio
60 - 79%	Mínimo
Menor a 60%	Precario

Periodicidad: Anual.

Nota: Este indicador es anual; se considerará No Aplica (NA) para la evaluación semestral con la finalidad de no afectar la calificación global de las entidades federativas.

Fuente de información:
Documento propio de (los) Proyecto(s).
Formato de avance en las actividades de los Proyectos COECIA 2019 de cada entidad federativa.
Informe Trimestral de Actividades de cada entidad federativa.
Minutas de las sesiones de los COECIA y Comités.

Indicador 3: Capacitación al personal de salud.

Definición del indicador: Porcentaje de personal capacitado sobre temas de cáncer en menores de 18 años.
Metodología

Fundamento técnico científico: La capacitación continua del personal de salud lo sensibiliza acerca de la presencia de cáncer en menores de 18 años, favorece la identificación y detección oportuna de los signos y síntomas de sospecha.
Tipo de indicador: Proceso.

Utilidad: La capacitación continua permite al personal de salud mejorar los conocimientos para reforzar el nivel de cualificación y abordaje de los problemas de diagnóstico en materia de cáncer que pudieran presentarse.

Construcción: Este indicador es un índice compuesto por 5 variables:

1) Número de médicos pasantes en Servicio Social, capacitados en signos y síntomas de sospecha de cáncer en menores de 18 años.
2) Número de médicos generales y pediatras de 1° y 2° nivel de atención capacitados en el diagnóstico oportuno de cáncer en menores de 18 años.
3) Personal de enfermería del primer nivel de atención capacitado en signos y síntomas de sospecha de cáncer en menores de 18 años.
4) Personal de enfermería en las UMA que se capacita en el cuidado y manejo del paciente oncológico pediátrico.
5) Número de promotores en salud capacitados en signos y síntomas de sospecha de cáncer en menores de 18 años.

Fórmula: El indicador de capacitación se obtiene del resultado del índice de desempeño de cada variable que compone este indicador (20%, 40%, 15%, 15%, 10% respectivamente).

Ponderación: 15 %

Calificación:

90 - 100%	Sobresaliente
80 - 89%	Satisfactorio
60 - 79%	Mínimo
Menor a 60%	Precario

Periodicidad: Semestral.

Fuente de información:
Plan Anual de Trabajo e Informe Trimestral de Actividades del Programa de cada entidad federativa.

Indicador 3.1: Capacitación a médicos pasantes en servicio social.

Definición del indicador: Porcentaje de médicos pasantes en servicio social capacitados en signos y síntomas de sospecha de cáncer en menores de 18 años, detección y referencia oportunas.

Metodología

Fundamento técnico científico: La capacitación continua del personal de primer nivel de atención favorece el reforzamiento del conocimiento en médicos de primer contacto con el paciente y por lo tanto la detección temprana, el manejo y la referencia oportuna de casos sospechosos.

Tipo de indicador: Proceso.

Utilidad: Permite medir el porcentaje de médicos pasantes en primer nivel de atención que fueron capacitados en signos y síntomas de cáncer en el menor de 18 años, y reforzar o ampliar sus conocimientos teóricos para llevarlos a la práctica en beneficio directo de este grupo poblacional. La duración del curso que se les debe otorgar será mínimo de 1 hora.

Construcción: Capacitar semestralmente a los médicos pasantes de nuevo ingreso, de primer nivel de atención, pertenecientes a la Secretaría de Salud de cada entidad federativa, en signos y síntomas de cáncer en menores de 18 años, detección y referencia oportunas.

Nota: La evaluación de este indicador es semestral y no acumulada ya que las entidades tienen una meta por semestre. Las entidades a las que no le fueron enviados médicos pasantes en el semestre, su calificación será NA para no afectar el porcentaje global del indicador.

Fórmula: Número de médicos pasantes de nuevo ingreso capacitados / Número de médicos pasantes de nuevo ingreso programados *100.
Ponderación: 20%

Calificación:

90 - 100%	Sobresaliente
80 - 89%	Satisfactorio
60 - 79%	Mínimo
Menor a 60%	Precario

Periodicidad: Semestral.

Fuente de información:
Plan Anual de Trabajo e Informe Trimestral de Actividades del Programa de cada entidad federativa. Información proporcionada por los Servicios Estatales de Salud.

Indicador 3.2: Capacitación a médicos, familiares y generales del primer nivel de atención y pediatras del segundo.

Definición del Indicador: Porcentaje de médicos, familiares y generales del primer nivel de atención y pediatras del segundo, en contacto con paciente pediátrico y adolescente, capacitados en temas de cáncer.

Metodología

Fundamento técnico científico: La capacitación continua del personal de primer y segundo nivel de atención, permite concientizarlo de la importancia que tiene la detección temprana y tratamiento oportuno, ya que a medida que se invierte en ellos se refleja en una disminución directa en el tiempo de atención, costo del tratamiento y las complicaciones propias de la enfermedad.

Tipo de indicador: Proceso.

Utilidad: Permite medir el porcentaje de médicos actualizados, pediatras, familiares y generales del primer y segundo nivel de atención, en términos de conocimiento y habilidades para un mejor desempeño en la detección del cáncer en el menor de 18 años.

Construcción: Capacitar en diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer en menores de 18 años, a los médicos, familiares y generales del primer nivel de atención y pediatras del segundo en contacto con el paciente, pertenecientes a los Servicios Estatales de Salud.
Nota: La medición de este indicador es semestral y acumulada anual. Para ser contabilizado, la duración del curso debe ser mínimo de 6 horas.
Fórmula: Número de médicos familiares y generales del primer nivel de atención y pediatras del segundo, capacitados y evaluados / Número de médicos familiares y generales del primer nivel de atención y pediatras del segundo, programados para capacitación *100.

Ponderación: 40%

Calificación:

90 - 100%	Sobresaliente
80 - 89%	Satisfactorio
60 - 79%	Mínimo
Menor a 60%	Precario

Periodicidad: Semestral y acumulado anual.

Fuente de información:
Plan Anual de Trabajo e Informe Trimestral de Actividades del Programa de cada entidad federativa.

Indicador 3.3: Capacitación al personal de enfermería del primer nivel de atención.

Definición del Indicador: Porcentaje de personal de enfermería del primer nivel de atención capacitado en la identificación de signos y síntomas de sospecha de cáncer en menores de 18 años.

Metodología

Fundamento técnico científico: La capacitación permanente del personal de enfermería en el tema de “Búsqueda intencionada” e identificación de signos y síntomas de cáncer, coadyuva a la detección de casos sospechosos en las unidades médicas y su pronta referencia; los servicios que presta este personal deben responder a necesidades y expectativas de la población y a mejorar la efectividad del sistema. Los cursos de capacitación a enfermería están dirigidos para proporcionarle mayor responsabilidad, más capacidad y autonomía para resolver y gestionar demandas asistenciales de este grupo.

Tipo de indicador: Proceso.

Utilidad: Permite medir el porcentaje de personal de enfermería del primer nivel de atención, capacitado en “Búsqueda intencionada” e identificación de signos y síntomas de sospecha de cáncer; así como para la difusión del tema para la sensibilización a madres, padres, tutores y maestros.

Construcción: Número de personal de enfermería de primer nivel de atención capacitado en signos y síntomas de sospecha de cáncer para la búsqueda intencionada, con relación al personal de enfermería programado en cada entidad federativa.

Nota: La evaluación de este indicador es semestral y acumulado anual. Para ser contabilizado, la duración del curso-taller para el personal de enfermería del primer nivel de atención deberá ser mínimo de 5 horas.

Fórmula: Número de personal de enfermería del primer nivel de atención capacitado / Número de personal de enfermería del primer nivel de atención programado *100.

Ponderación: 15%

Calificación:

90 - 100%	Sobresaliente
80 - 89%	Satisfactorio
60 - 79%	Mínimo
Menor a 60%	Precario

Periodicidad: Semestral y acumulado anual.

Fuente de información:
Plan Anual de Trabajo e Informe Trimestral de Actividades del Programa de cada entidad federativa.

Indicador 3.4: Capacitación al personal de enfermería en la(s) UMA.

Definición del Indicador: Porcentaje de personal de enfermería en contacto con pacientes oncológicos pediátricos capacitado en la(s) UMA.
Metodología

Fundamento técnico científico: La capacitación permanente del personal de enfermería en el cuidado del paciente oncológico pediátrico, es una pieza fundamental para la asistencia integral de estos pacientes; se busca que las acciones de este grupo de enfermería sean participativas y resolutivas en todos los niveles de actuación. Además de conocimientos técnicos, los profesionales deben tener habilidades en la relación interpersonal, favoreciendo acciones de salud y prácticas educativas en el sentido de prevenir, detectar tempranamente el cáncer y contribuir al tratamiento del mismo.

Tipo de indicador: Proceso.

Utilidad: Permite medir el personal de enfermería capacitado en el cuidado y atención del paciente oncológico pediátrico con el que se cuenta en las unidades médicas acreditadas.

Construcción: Personal de enfermería en contacto con pacientes oncológicos pediátricos en la(s) UMA, capacitado en el cuidado de este grupo, con relación al personal programado.
Nota: La evaluación de este indicador es semestral y acumulada anual. Para ser contabilizado, la duración del curso-taller para personal de enfermería de las UMA debe contemplar mínimo 10 horas.

Fórmula: Número de personal de enfermería en contacto con pacientes oncológicos pediátricos en la(s) UMA capacitado / Número de personal de enfermería en contacto con pacientes oncológicos pediátricos en la(s) UMA programado para capacitación *100.

Ponderación: 15%

Calificación:

90 - 100%	Sobresaliente
80 - 89%	Satisfactorio
60 - 79%	Mínimo
Menor a 60%	Precario

Periodicidad: Semestral y acumulado anual.
Fuente de información:
Plan Anual de Trabajo e Informe de Actividades del programa enviados al CeNSIA.
Información proporcionada por los Servicios Estatales de Salud.

Indicador 3.5: Capacitación a promotores de salud.

Definición del Indicador: Porcentaje de promotores de salud capacitados en la identificación de signos y síntomas de sospecha de cáncer en menores de 18 años. Se define como promotor de

salud al personal de salud del primer nivel de atención y docentes (capacitados en escuelas), que participan en la estrategia de “Búsqueda intencionada” de casos sospechosos.

Metodología

Fundamento técnico científico: La capacitación del personal promotor de salud, en el tema de “Búsqueda intencionada” e identificación de signos y síntomas de sospecha de cáncer, contribuirá a la detección de casos sospechosos en la comunidad y su pronta referencia a las unidades de salud, así como la difusión del tema para la sensibilización de la comunidad. El promotor de salud está más cerca y en permanente contacto con la comunidad por lo que puede favorecer y apoyar las actividades que se desarrollen en favor de la salud de manera continua.

Tipo de indicador: Proceso.

Utilidad: Permite medir el porcentaje de promotores de salud, capacitado en “Búsqueda intencionada” e identificación de signos y síntomas de sospecha de cáncer, para la difusión del tema en la comunidad e identificación de casos sospechosos.

Construcción: Número de promotores de salud capacitados en “Búsqueda intencionada” e identificación de signos y síntomas de sospecha de cáncer, con relación a los promotores de salud programados para capacitación en cada entidad federativa.

Nota: La evaluación de este indicador es semestral y acumulada anual. Para ser contabilizado, la duración del curso para promotor de salud, deberá ser mínimo de 5 horas.

Fórmula: Número de promotores de salud capacitados / Número de promotores de salud programados *100.

Ponderación: 10%

Calificación:

90 - 100%	Sobresaliente
80 - 89%	Satisfactorio
60 - 79%	Mínimo
Menor a 60%	Precario

Periodicidad: Semestral y acumulado anual.

Fuente de información:
Plan Anual de Trabajo e Informe Trimestral de Actividades del Programa enviados al CENSIA.
Información proporcionada por los Servicios Estatales de Salud.

Indicador 4: Difusión

Definición del Indicador: Emitir periódica y continuamente mensajes en materia de detección de signos y síntomas de sospecha de cáncer en la infancia y adolescencia.

Metodología

Fundamento técnico científico: Tiene por objeto utilizar la comunicación para promover estilos de vida saludables en niños, niñas y adolescentes menores de 18 años. La realización y entrega de mensajes y estrategias, deben basarse en el grupo objetivo. Es necesario diseñar

estrategias para el abordaje de la salud de sectores específicos de la población, así como enfatizar las particularidades de los grupos etarios, cuyas características no deben ser abordadas de manera homogénea.

Tipo de indicador: Proceso.

Utilidad: Promover estilos de vida saludables y brindar información a la población sobre la detección de signos y síntomas de cáncer en menores de 18 años, con la finalidad de que acudan a los servicios de salud; a través del uso cada vez mayor de las computadoras personales, la posibilidad de difundir por este medio material de origen diverso y cada vez más accesibles al grueso del público, así como las opciones que ofrece el Internet, alternativas que están al alcance de usuarios individuales y colectivos como colegios, escuelas, centros de recreación, clubes juveniles, centros comunitarios a precios accesibles.

Construcción: Este indicador está compuesto por 2 variables:

1) Corresponde al material impreso y distribuido a la población (3 de los 6 tipos de materiales al año).

2) El número de mensajes digitales difundidos en redes sociales (10 mensajes mensuales en Twitter y Facebook).

NOTA: Los 6 tipos de materiales autorizados son manta o espectacular Signos y Síntomas versión niña y versión niño, manta o espectacular UMA, postal Signos y Síntomas, Postal Tipos de Cáncer y Tríptico Cáncer en la Adolescencia.

Fórmula: El indicador es el resultado del índice de desempeño de las variables que componen este indicador.

Ponderación: 10 %

Calificación:

90 - 100%	Sobresaliente
80 - 89%	Satisfactorio
60 - 79%	Mínimo
Menor a 60%	Precario

Periodicidad: Semestral y acumulado anual.
Fuente de información: Plan Anual de Trabajo e Informe Trimestral de Actividades del Programa de cada entidad federativa.

Indicador 4.1: Distribución de material impreso

Definición del indicador: Proporción de materiales impresos distribuido en la entidad, con el tema de cáncer en menores de 18 años.
Metodología

Fundamento técnico científico: El material impreso, complementa y reafirma la información difundida entre la población respecto a la detección de signos y síntomas de cáncer en menores de 18 años. Está diseñado para dirigirse a un público objetivo, se proporciona información puntual y puede distribuirse de mano en mano.

Tipo de indicador: Proceso.

Utilidad: Permite llegar a la población objetivo, complementa y reafirma la información emitida por distintos medios de comunicación e instituciones. La información es completa y cuidadosamente seleccionada para el Programa de Cáncer y su población objetivo: menores de 18 años, padres, madres, tutores y docentes.

Construcción: Difundir mensajes a través de materiales impresos, los cuales incluyan 3 de los 6 materiales autorizados, y hayan sido distribuidos en su totalidad.

Nota: La evaluación de este indicador es semestral y acumulado anual.

Fórmula: Medios impresos realizados y distribuidos / Medios impresos programados * 100

Ponderación: 50%

Calificación:

90 - 100%	Sobresaliente
80 - 89%	Satisfactorio
60 - 79%	Mínimo
Menor a 60%	Precario

Periodicidad: Semestral y acumulado anual.

Fuente de información:
Plan Anual de Trabajo e Informe Trimestral de Actividades del Programa de cada entidad federativa.

Indicador 4.2: Difusión de mensajes digitales en redes sociales.

Definición del Indicador: Proporción de mensajes digitales difundidos en redes sociales (Twitter y Facebook).

Metodología

Fundamento técnico científico: En la actualidad las redes sociales tienen alto impacto en la población a un costo bajo, por lo que este tipo de medios es fundamental para la difusión masiva respecto a la detección de signos y síntomas de cáncer en menores de 18 años. Esta propuesta busca fortalecer las redes de información y de servicios, apoyando la recopilación de la información disponible en menores de 18 años, población en general y facilitando el acceso a ella.

Tipo de indicador: Proceso.

Utilidad: Permite la difusión constante, masiva e instantánea.

Construcción: Difundir 10 mensajes mensuales digitales a través de redes sociales: Twitter y Facebook.

Fórmula: Número de mensajes digitales emitidos/ Número de mensajes digitales programados para su emisión* 100

Ponderación: 50%

Calificación:

90 - 100%	Sobresaliente
80 - 89%	Satisfactorio
60 - 79%	Mínimo
Menor a 60%	Precario

Periodicidad: Semestral y acumulado anual.

Fuente de información:
Plan Anual de Trabajo e Informe Trimestral de Actividades del Programa de cada entidad federativa.

Indicador 5: Seguimiento de casos en el Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes (RCNA).

Definición del Indicador: Porcentaje de casos en seguimiento en el Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes (RCNA).

Metodología

Fundamento técnico científico: Una de las características evaluadas para promover la calidad de los registros es la exhaustividad. Esto requiere que el número de notificaciones por caso sea completo y válido. Para generar un registro exhaustivo de los casos de cáncer en menores de 18 años, se reportarán los seguimientos médicos de todos los casos y estos deben cumplir los criterios de temporalidad. Lo anterior, permite conocer el panorama epidemiológico del cáncer en ellos, definir prioridades y tomar decisiones con base en evidencia.

Tipo de indicador: Proceso.

Utilidad: Contar con información epidemiológica exhaustiva sobre los casos atendidos en las UMA, que sirva como insumo para orientar la toma de decisiones hacia temas prioritarios en cáncer en la infancia y adolescencia.

Construcción: Número de casos abiertos de menores de 18 años con cáncer registrados en el RCNA, y con seguimiento en los 6 meses previos al periodo de medición; total de casos abiertos registrados en el RCNA. La medición comprende a todos los casos cuya fecha diagnóstica es en el año 2008 o posterior.

Definiciones:

Caso cerrado: Casos que cuenta con un registro de defunción, abandono, referencia o curación en su último seguimiento.

Caso abierto: Casos que no cumplen con el criterio anterior o casos incongruentes (ver más adelante).
Fórmula: Número de casos abiertos registrados en el RCNA con seguimiento en los 6 meses previos al periodo de medición / Total de casos abiertos registrados en el RCNA *100.

Nota: Los casos que muestren incongruencia entre las variables: estado actual; fases de remisión y actividad tumoral se contabilizarán como casos abiertos.

Ejemplo de casos incongruentes:

Estado Actual	Fases de Remisión	Actividad Tumoral
Defunción	Tratamiento de Leucemia	Vivo sin actividad tumoral
Remisión	Vigilancia	Muerto con actividad tumoral

Ponderación: 15%

Calificación:

90 - 100%	Sobresaliente
80 - 89%	Satisfactorio
60 - 79%	Mínimo
Menor a 60%	Precario

Periodicidad: Semestral y acumulado anual.

Fuente de información:
Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes, administrado por la Dirección General de Epidemiología.

Indicador 6: Duplicidad de casos en el RCNA.

Definición del Indicador: Tasa de casos duplicados en el RCNA.

Metodología

Fundamento técnico científico: Para promover la calidad en un registro de cáncer se evalúa la validez, que corresponde a la coincidencia entre la información registrada y la real. Evaluar la validez evitando la duplicación contribuye a que se conozca con certeza el número de casos y sus características.

Tipo de Indicador: Proceso.

Utilidad: Contar con información epidemiológica válida sobre los casos atendidos en las UMA, que sirva como insumo para orientar la toma de decisiones hacia temas prioritarios en cáncer en la infancia y adolescencia

Construcción: Casos duplicados en el RCNA que serán identificados con un CAN ID único y que son consistentes con las variables de identificación del caso primario. La naturaleza de la dirección del indicador es negativa, por lo que en la fórmula el 100 se utiliza para invertir el resultado anterior y facilitar su interpretación.

Fórmula: 100 - (Número de casos duplicados registrados en el RCNA en la entidad a evaluar/ Total de casos únicos registrados en el RCNA en la misma entidad *100).
Nota: Los casos duplicados se analizarán a partir de la consistencia entre las variables: nombre, diagnóstico, sexo, edad, fecha de diagnóstico y diagnóstico. Cada caso duplicado deberá tener un CAN ID único y deberá mostrar consistencia en las variables mencionadas con algún caso único contabilizado en el denominador, a este último se le llama caso primario.

Ponderación: 10%

Calificación:

90 - 100%	Sobresaliente
80 - 89%	Satisfactorio
60 - 79%	Mínimo
Menor a 60%	Precario

Periodicidad: Semestral y acumulado anual.

Fuente de Información: Dirección General de Epidemiología, Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes.

Indicador 7: Porcentaje de defunciones validadas por cáncer en la infancia y adolescencia como causa básica.

Definición del Indicador: Razón de menores de 18 años que muere por cáncer en un periodo registrados en el RCNA y en el SEED

Metodología

Fundamento técnico científico: La razón de las defunciones por cáncer en el RCNA y en el SEED expresa la relación que existe entre ambas plataformas de registro. Mantiene la consistencia de la información relacionada con las muertes por cáncer como causa básica y su validez es esencial para realizar un cálculo confiable de la sobrevida.

Tipo de indicador: Proceso.

Utilidad: La representación porcentual de la razón de defunciones entre el RCNA y el SEED, es la relación que permite evaluar la consistencia en el registro de las muertes en el RCNA. Favorece un registro de mortalidad con validez.

Construcción: Defunciones por cáncer de menores de 18 años de edad, reportadas en el RCNA por Entidad de residencia ocurridas en el 2017, con relación a las defunciones por cáncer en menores de 18 años de edad reportadas en el SEED (DGIS) en el año 2017 en la misma entidad.

Fórmula: Número de defunciones por cáncer en población menor a 18 años registradas en el RCNA en el año previo al año en curso/ Número de defunciones por cáncer en población menor a 18 años registradas en el SEED en el año previo al año en curso * 100).
Nota: Solo se contabilizarán en el numerador aquellos casos con el número del certificado de defunción registrado.

Ponderación: 10 %

Calificación:

90 - 100%	Sobresaliente
80 - 89%	Satisfactorio
60 - 79%	Mínimo
Menor a 60%	Precario

Periodicidad: Semestral y acumulado anual.

Fuente de información: DGIS; estimaciones a partir del Censo de Población y vivienda 2010, Proyecciones de Población CONAPO 2010-2030 y SEED.

Indicador 8: Casos registrados con exhaustividad.

Definición del Indicador: Tasa de casos registrados con exhaustividad en el RCNA.
Metodología

Fundamento técnico científico: Una de las características evaluadas por organismos internacionales para promover la calidad de los registros es la exhaustividad. Esto requiere completitud de las variables de cada reporte para que este sea válido. Para generar un registro exhaustivo de los casos de cáncer en menores de 18 años, se reportarán en todos los casos un conjunto de variables indispensables. Lo anterior, permite conocer el panorama epidemiológico del cáncer en ellos, definir prioridades y tomar decisiones con base en evidencia.

Tipo de Indicador: Proceso.

Utilidad: Contar con información epidemiológica válida y completa sobre los casos atendidos en las UMA, que sirva como insumo para orientar la toma de decisiones hacia temas prioritarios en cáncer en la infancia y adolescencia

Construcción: Se identificará a los casos registrados de forma incompleta. Para que un caso sea contabilizado como incompleto tendrá que tener ausencia de información en alguna de las siguientes variables:

Registro tumor sólido	Registro leucemia	Seguimiento de casos
Nombre	Nombre	Estado actual
RFC	RFC	Fecha del estado actual
CURP	CURP	Certificado de defunción *
Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento	Fase de remisión *
Edad	Edad	Actividad tumoral
Sexo	Sexo	Fecha de elaboración
Estado de nacimiento	Estado de nacimiento	
Estado de residencia	Estado de residencia	
Estado de la unidad notificante	Estado de la unidad notificante	
Nombre de la unidad	Nombre de la unidad	
CLUES	CLUES	
Tipo histológico	Tipo de leucemia	
Etapa/estadificación	Riesgo	
Fecha de confirmación diagnóstica	Fecha de confirmación diagnóstica	
Fecha de inicio de tratamiento	Fecha de inicio de tratamiento	

* Solo en caso de que aplique

La naturaleza de la dirección del indicador es negativa, por lo que en la fórmula el 100 se utiliza para invertir el resultado anterior y facilitar su interpretación.

Fórmula: 100 - (Número de casos incompletos registrados en el RCNA en la entidad a evaluar/ Total de casos registrados en el RCNA en la misma entidad *100).
Ponderación: 10%

Calificación:

90 - 100%	Sobresaliente
80 - 89%	Satisfactorio
60 - 79%	Mínimo
Menor a 60%	Precario

Periodicidad: Semestral y acumulado anual.
Fuente de Información: Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes.

PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES

COMISIÓN NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

Comisionado Nacional Contra las Adicciones

NORA FRÍAS MELGOZA
Directora del Centro Nacional para la prevención y Control de las Adicciones

INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas (drogas) es considerado uno de los principales problemas de salud a nivel nacional e internacional, no sólo por los daños que ocasiona en la salud física y mental de las personas usuarias de drogas, sino también por las consecuencias que se generan en los diferentes ámbitos en que se desenvuelven: familiar, laboral, recreativo y comunitario.

Es importante destacar los costos económicos que deben afrontarse en el sector salud para atender los padecimientos asociados al consumo de las sustancias psicoactivas, tales como: cánceres, trastornos cardiovasculares, enfermedades hepáticas y condiciones neuropsiquiátricas, entre otras.

Así mismo, las problemáticas correlacionadas como accidentes, lesiones, delitos, y la violencia.

Por ello, se requiere prevenir, atender y controlar de manera integral el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas.

México, a través de la Secretaría de Salud y de la Comisión Nacional Contra las Adicciones determina la política a seguir en materia de reducción de la demanda, y mediante la gestión de compromisos intersectoriales y de la participación de instancias de la sociedad civil los implementa a la largo del territorio nacional.

Objetivo

Ejercer rectoría en materia de prevención y control del consumo de sustancias psicoactivas como un problema de salud pública, así como de instrumentar la ejecución de la política y las estrategias nacionales para su atención.

Justificación

El consumo de tabaco, alcohol y drogas es un importante problema de salud pública. Con base a los resultados de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016[1] , que se realiza con población entre 12 y 65 años, entrevistadas en sus hogares, se muestra que:

- 10.3% ha consumido cualquier droga alguna vez en la vida
- 2.9% lo hizo en el último año (2.5 millones)
- 1.5% en el último mes
- 0.6% presenta posible dependencia al consumo de drogas en el último año (546 mil)

Por tipo de sustancia de consumo, población de 12 a 65 años, se encontró que:

Mariguana
- 8.6% ha consumido alguna vez en la vida
- 2.1% en el último año (1.8 millones)
- 1.2% en el último mes

Cocaína
- 3.5% ha consumido alguna vez en la vida
- 0.8% en el último año
- 0.4% en el último mes
- La edad de inicio de consumo de drogas es de 17.8 años (hombres 17.7 y mujeres 18.2).
- De las personas que presentan posible dependencia a drogas en el último año, 20.3% ha asistido a tratamiento (22% hombres y 12.8% mujeres)

En el caso de Población de 12 a 17 años, los resultaron mostraron que:
- 6.4% ha consumido cualquier droga alguna vez,
- 3.1% lo ha hecho en el último año (437 mil)
- 1.2% en el último mes.

Consumo alguna vez:
- 5.3% ha consumido mariguana
- 1.1% cocaína
- 1.3% inhalables alguna vez;

Alcohol[2]

Población total (12-65 años):
- 71% ha consumido alcohol alguna vez en la vida (80.1% hombres y 62.6% mujeres)
- 49.1% (41.8 millones) en el último año (59.8% hombres y 39% mujeres)
- 35.9% en el último mes (48.1% hombres y 24.4% mujeres)
- Consumo excesivo de alcohol en el último mes se presentó en el 19.8% (16.8 millones) de la población; 29.9% hombres y 10.3% mujeres
- La posible dependencia al alcohol fue de 2.2% (1.8 millones) (hombres 3.9% y mujeres 0.6%)

[1] Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016 – 2017. Consumo de drogas: prevalencias globales, tendencias y variaciones estatales.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/234856/CONSUMO_DE_DROGAS.pdf

[2] Consumo de alcohol: prevalencias Globales, patrones de consumo y variaciones estatales.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/246052/hojasresumen_Alcohol-V3.pdf

Población adolescente (12-17 años)

- 39.8% ha consumido alcohol alguna vez en la vida (41.7% hombres y 37.9% mujeres)
- 28% (4 millones) ha consumido en el último año (28.8% hombres y 27.2% mujeres)
- Consumo excesivo de alcohol en el último mes fue de 8.3% (1.1 millones) (8.9% hombres y 7.7% mujeres)
- La posible dependencia al alcohol fue de 0.8% (115 mil) (0.9% hombres y 0.7% mujeres)

Tabaco[3]

- 17.6% (14.9 millones) fumaron tabaco el último mes (fumadores actuales) (8.7% de las mujeres y 27.1% de los hombres).
- 6.4% (5.5 millones) fuman diariamente; 11.1% fuman ocasionalmente (9.4 millones)
- Los fumadores adultos diarios fuman en promedio 7.4 cigarros. Los fumadores adolescentes diarios fuman en promedio 5.6 cigarros.
- 12.3% (1.8 millones) de los fumadores actuales tiene adicción a la nicotina (10.8% de las mujeres y 12.9% de los hombres).

Entre otros hallazgos que arrojó la ENCODAT, se observa el incremento del consumo de tabaco, alcohol y drogas en la población de mujeres, principalmente en las menores de edad, en comparación a la encuesta del 2011.

Descripción y construcción de indicadores.

Indicador 1
Consultas de primera vez otorgadas en las UNEME-CAPA.

Finalidad:
Atender a las personas con problemas relacionados al uso, abuso y dependencia de tabaco, alcohol y otras drogas.

Tipo de Indicador: Proceso

Fórmula:

$$\frac{\text{Número de consultas de primera vez otorgadas en las UNEME-CAPA}}{\text{Número de consultas de primera vez programadas}} * 100$$

Ponderación: Primer y Tercer Trimestre 12.5%
Segundo y Cuarto 10%

Aplica NA cuando no se le solicitó meta en el trimestre.

Fuentes oficiales:

Numerador: Sesiones de consultas de primera vez, correspondiente al reporte de sesiones de personas en tratamiento, según tipo de sesión. Sistema de Información de los Consejos Estatales contra las Adicciones (SICECA).

[3] Consumo de tabaco*, exposición al humo de tabaco De segunda mano y estrategias de control en México
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/246059/fact_transversal_final_01_0417_V6.pdf

Denominador: Número de consultas de primera vez programadas según la meta planteada en la matriz de indicadores del Programa de Acción Específico.

Periodicidad: Trimestral

Cobertura Geográfica: Nacional con desagregación por entidad federativa

Meta: 100%

Estratificación de valores:

Sobresaliente	90 a 100%
Satisfactorio	80 a 89%
Mínimo	70 a 79%
Precario	0 a 69%

Precisión Técnica
Se aplicará un factor de penalización de 0.5 con respecto a la programación de metas para valores iguales o mayores a 140% de avance por cada 30 puntos porcentuales; de esta manera, valores entre 140 a 170 = 99.5; 171 a 200 = 99; 201 a 230 = 98.5 231 a 260 = 98 y así sucesivamente.

Indicador 2
Tratamientos Concluidos en las UNEME-CAPA

Finalidad:
Reflejar la adherencia terapéutica de las personas con consumo de drogas, así como de los familiares de éstos.

Tipo de Indicador: Eficiencia

Fórmula:

$$\frac{\text{Número de tratamientos concluidos en las UNEME-CAPA}}{\text{Numero de tratamientos concluidos programados}} * 100$$

Ponderación: 10%

Aplica NA cuando no se le solicitó meta en el semestre.

Fuentes oficiales:
Numerador: Reporte: Sesiones de tratamiento, seleccionar la columna de sesiones de tratamiento a consumidores, elegir la columna de Número y en el nuevo reporte que se despliega la columna de “Tratamientos Concluidos”, Sistema para los Consejos Estatales contra las Adicciones (SICECA)

Denominador: Número de tratamientos concluidos programados según la meta planteada en la matriz de indicadores del Programa de Acción Específico.
Periodicidad: Semestral.

Cobertura Geográfica: Nacional con desagregación por entidad federativa.

Meta: 100%

Estratificación de valores:

Sobresaliente	90 a 100%
Satisfactorio	80 a 89%
Mínimo	70 a 79%
Precario	0 a 69%

Precisión Técnica:
Se considera como tratamiento concluido aquel que se dio de alta en el registro de cita subsecuente, existe evidencia que la persona que acudió a la UNEME-CAPA y reúne los siguientes criterios:

1) Concluyó su tratamiento: Asistió a la última sesión del programa de intervención.
2) Mejoró satisfactoriamente: Logró reducir significativamente su patrón de consumo, no consume sustancias psicoactivas, logró los objetivos de tratamiento, mejoró sus áreas de funcionamiento, se solucionó su demanda de tratamiento.

Excluye: Número de sesiones de seguimiento, y Personas que solicitan su alta voluntaria: Externo y firmo su hoja de alta voluntaria.

Se aplicará un factor de penalización de 0.5 con respecto a la programación de metas para valores iguales o mayores a 140% de avance por cada 30 puntos porcentuales; de esta manera, valores entre 140 a 170 = 99.5; 171 a 200 = 99; 201 a 230 = 98.5 231 a 260 = 98 y así sucesivamente.

Indicador 3
Visitas de seguimiento y supervisión a establecimientos especializados en adicciones.

Finalidad:
Avanzar en la calidad de los servicios que proporcionan los establecimientos de carácter público, privado o social, fijos o móviles, cualquiera que sea su denominación, en la atención específica de personas con consumo perjudicial o adicción a sustancias psicoactivas.

Fórmula:

$$\frac{\text{Número de visitas realizadas}}{\text{Número de visitas programadas}} * 100$$

Tipo de Indicador: Proceso

Ponderación: Primer y Tercer Trimestre 12.5%
Segundo y Cuarto 10%

Aplica NA cuando no se le solicitó meta en el trimestre.

Fuentes oficiales:
Numerador: Reportes Trimestrales por estado y a nivel nacional de la Dirección de la Oficina Nacional de Control del Consumo de Alcohol y Drogas Ilícitas.

Denominador: Número de visitas programadas según la meta planteada en la matriz de indicadores del Programa de Acción Específico.

Periodicidad: Trimestral

Cobertura Geográfica: Nacional con desagregación por entidad federativa

Meta: 100%

Estratificación de valores:

Sobresaliente	90 a 100%
Satisfactorio	80 a 89%
Mínimo	70 a 79%
Precario	0 a 69%

Precisión Técnica
Se aplicará un factor de penalización de 0.5 con respecto a la programación de metas para valores iguales o mayores a 140% de avance por cada 30 puntos porcentuales; de esta manera, valores entre 140 a 170 = 99.5; 171 a 200 = 99; 201 a 230 = 98.5 231 a 260 = 98 y así sucesivamente.

Indicador 4

Adolescentes de 12 a 17 años que participan en acciones para la prevención de adicciones.

Finalidad:

Progresar en la prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas dirigida a los adolescentes de 12 a 17 años de edad.

Fórmula:

$$\frac{\text{No. de Adolescentes de 12 a 17 años en actividades de prevención en las UNEME-CAPA}}{\text{No. de Adolescentes de 12 a 17 años programados para participar en actividades de prevención en las UNEME-CAPA.}} * 100$$

Tipo de Indicador: Proceso

Ponderación: Primer y Tercer Trimestre 12.5%
Segundo y Cuarto 10%

Aplica NA cuando no se le solicitó meta en el trimestre.

Fuentes oficiales:

Numerador: Reporte correspondiente al total de personas por grupos de edad (12-17 años), según actividad preventiva en UNEME-CAPA. Sistema para los Consejos Estatales contra las Adicciones SICECA.

Denominador: Número de Adolescentes de 12 a 17 años programados para participar en actividades de prevención según la meta planteada en la matriz de indicadores del Programa de Acción Específico.

Periodicidad: Trimestral

Cobertura Geográfica: Nacional con desagregación por entidad federativa

Meta: 100%

Estratificación de valores:

Sobresaliente	90 a 100%
Satisfactorio	80 a 89%
Mínimo	70 a 79%
Precario	0 a 69%

Precisión Técnica.
Se consideran los adolescentes de 12 a 17 años que participan en las siguientes actividades de prevención:

1) Taller de desarrollo de habilidades
2) Modelo preventivo comunitario
3) Jornadas Preventivas
4) Sesiones informativas

Se aplicará un factor de penalización de 0.5 con respecto a la programación de metas para valores iguales o mayores a 140% de avance por cada 30 puntos porcentuales; de esta manera, valores entre 140 a 170 = 99.5; 171 a 200 = 99; 201 a 230 = 98.5 231 a 260 = 98 y así sucesivamente.

Indicador 5

Pruebas de tamizaje aplicadas y evaluadas en población adolescente para prevención.

Finalidad:
Identificar los riesgos de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes.

Tipo de Indicador: Proceso

Fórmula:

$$\frac{\text{Número de pruebas de tamizaje en adolescentes de 12-17 años,completas en las UNEME-CAPA}}{\text{Número de pruebas de tamizaje en adolescentes de 12-17 años programadas en las UNEME-CAPA}} * 100$$

Ponderación: Primer y Tercer Trimestre 12.5%

Segundo y Cuarto 10%

Aplica NA cuando no se le solicitó meta en el trimestre.

Fuentes oficiales:

Numerador: Reporte de Tamizajes en adolescentes de 12-17 años, Possit Evaluados que se obtienen del Sistema para los Consejos Estatales contra las Adicciones (SICECA).

Denominador: Número de Tamizajes en adolescentes de 12-17 años, Possit programados para realizarse en población estudiantil según la meta en la matriz de indicadores del Programa de Acción Específico.

Periodicidad: Trimestral

Cobertura Geográfica: Nacional con desagregación por entidad federativa

Meta: 100%

Estratificación de valores:

Sobresaliente	90 a 100%
Satisfactorio	80 a 89%
Mínimo	70 a 79%
Precario	0 a 69%

Precisión Técnica

Se considera al ciclo completo de pruebas POSSIT, como la aplicación, calificación, análisis y reporte de resultados derivados de su aplicación.

Se aplicará un factor de penalización de 0.5 con respecto a la programación de metas para valores iguales o mayores a 140% de avance por cada 30 puntos porcentuales; de esta manera, valores entre 140 a 170 = 99.5; 171 a 200 = 99; 201 a 230 = 98.5 231 a 260 = 98 y así sucesivamente.

Indicador 6

Promotores Preventivos

Finalidad:

Contar con una Red de Promotores Preventivos de los sectores público, privado y social para el despliegue de acciones de prevención universal, selectiva e indicada, mediante la instrumentación de proyectos en los ámbitos escolar, familiar, recreativo, laboral y comunitario.

Tipo de Indicador: Proceso

Fórmula:

$$\frac{\text{Total de promotores preventivos formados}}{\text{Total de promotores preventivos programados}} *100$$

Ponderación: 20%

Aplica NA cuando no se le solicitó meta en el trimestre.

Fuentes oficiales:

Numerador: Total extraído del reporte por estado y a nivel nacional trimestral emitido por la Dirección de Coordinación de Estrategias.

Denominador: Número de promotores preventivos programados según la meta planteada en la matriz de indicadores del Programa de Acción Específico.

Periodicidad: Trimestral

Cobertura Geográfica: Nacional con desagregación por entidad federativa

Meta: 100%

Estratificación de valores:

Sobresaliente	90 a 100%
Satisfactorio	80 a 89%
Mínimo	70 a 79%
Precario	0 a 69%

Indicador 7

Espacios reconocidos como 100% Libres de Humo de Tabaco (ELHT)

Finalidad:

Reflejar el estado de actualización de ELHT reconocidos a nivel nacional.

Tipo de Indicador: Estructura

Fórmula:

$$\frac{\text{Número de espacios libres de humo reconocidos}}{\text{Número de solicitudes de reconocimiento de Espacios Libres de humo}} * 100$$

Ponderación: 10%

Aplica NA cuando no se le solicitó meta en el trimestre.

Fuentes oficiales:

Numerador: Total de ELHT extraído del Reporte por estado y a nivel nacional de Espacios libres de humo de tabaco Trimestral emitido por la Oficina Nacional para el Control de Tabaco.

Denominador: Número de solicitudes de reconocimiento de Espacios Libres de Humo según la meta planteada para éste indicador en la matriz de indicadores del Programa de Acción Específico.
Periodicidad: Trimestral
Cobertura Geográfica: Nacional con desagregación por entidad federativa

Meta: 100%

Estratificación de valores:

Sobresaliente	90 a 100%
Satisfactorio	80 a 89%
Mínimo	70 a 79%
Precario	0 a 69%

Indicador 8

Visitas de supervisión a las UNEMES-CAPA.

Finalidad:

Supervisar los avances y dificultades de las UNEME CAPA en las 32 entidades federativas, para fortalecer el servicio de prevención y tratamiento que prestan a la población en general.

Tipo de Indicador: Proceso

Fórmula:

$$\frac{\text{Número de visitas realizadas}}{\text{Número de visitas programadas}} * 100$$

Ponderación: 20%

Aplica NA cuando no se le solicitó meta en el trimestre.

Fuentes oficiales:

Numerador: Total del Reporte de Supervisiones Trimestrales por estado y a nivel nacional emitido por las Subdirecciones Regionales de las UNEME CAPA.

Numerador: Reporte de las Coordinaciones Regionales

Denominador: Número de visitas programadas según la meta planteada para éste indicador en la matriz de indicadores del Programa de Acción Específico.

Periodicidad: Trimestral

Cobertura Geográfica: Nacional con desagregación por entidad federativa.

Meta: 100%

Estratificación de valores:

Sobresaliente	90 a 100%
Satisfactorio	80 a 89%
Mínimo	70 a 79%
Precario	0 a 69%

Precisión Técnica:
Se aplicará un factor de penalización de 0.5 con respecto a la programación de metas para valores iguales o mayores a 140% de avance por cada 30 puntos porcentuales; de esta manera, valores entre 140 a 170 = 99.5; 171 a 200 = 99; 201 a 230 = 98.5 231 a 260 = 98 y así sucesivamente.

PROGRAMA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y DETERMINANTES SOCIALES

DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

RICARDO CORTES
Director General de Promoción de la Salud

LUCERO RODRÍGUEZ CABRERA
Directora de Estrategias y Desarrollo de Entornos Saludables

Directora de Determinantes, Competencias y Participación Social

ADRIANA STANFORD CAMARGO
Directora de Evidencia en Salud

INTRODUCCIÓN

En el marco del Plan Nacional de Desarrollo (PND) y del Programa Sectorial de Salud (PROSESA), se diseña el Programa de Acción Específico (PAE) Promoción de la Salud y Determinantes Sociales, cuyo fin es contribuir al logro de un México Incluyente, así como optimizar el recurso destinado a los diferentes sectores de gobierno, que inciden en los determinantes de la salud a través de la coordinación intra e intersectorial y el impulso de políticas públicas a favor de la salud.

Esta propuesta ha sido integrada a partir de tres programas que anteriormente venían operando en la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS): y que son Promoción de la Salud: Una Nueva Cultura,

Escuela y Salud, Vete Sano y Regresa Sano, así como un modelo de atención intersectorial de Promoción de la Salud para la Población Indígena.

El contenido de este Programa fortalece aquellas acciones que inciden en los determinantes de la salud.

Es a través de seis objetivos, seis estrategias y 13 líneas de acción, que se propone la entrega de los servicios de promoción de la salud a los diferentes grupos poblacionales que están bajo la cobertura de la Secretaría de Salud con énfasis en la población vulnerable.

Las líneas de acción contribuyen al acercamiento de los servicios de salud a la población, con enfoque de determinantes de la salud, enfoque de género, pertinencia cultural y lingüística, tomando en cuenta condiciones a las que se enfrenta la población como son: migración, etnicidad, etapa de la línea de vida en la que se encuentra y la oportunidad de cuidar la salud en entornos determinados como lo es la escuela.

Con este Programa, la Dirección General de Promoción de la Salud proporciona información y herramientas necesarias para mejorar los conocimientos, habilidades y competencias para la vida; genera opciones para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el ambiente, prepara a las personas para que afronten con mayores recursos las enfermedades, lesiones y sus secuelas, además de utilizar los servicios de salud en forma anticipatoria, preventiva y con oportunidad.

Es así, que el Programa lleva los servicios de promoción de la salud al ámbito más local de acción a toda la población mediante herramientas, como las Cartillas Nacionales de Salud, los talleres comunitarios y la mercadotecnia social, poniendo especial atención en la población vulnerable: la indígena, la migrante, la infantil y adolescente, para lograr con ello mayor equidad entre las regiones del país.

Objetivos

1. Realizar la entrega de los servicios de Promoción de la Salud, con enfoque de determinantes de la salud.
2. Fortalecer la promoción de la salud en la Atención Integrada de Línea de Vida.
3. Desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes para el manejo adecuado de los determinantes de la salud.
4. Favorecer la incorporación de políticas públicas saludables en los sectores público, social y privado.
5. Generar hábitos y conductas favorables a la salud, basados en los principios de la mercadotecnia social en salud.
6. Fortalecer los mecanismos de seguimiento y evaluación para incrementar la efectividad del Programa.

DESCRIPCIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES.

Los indicadores propuestos para medir el índice de desempeño del Programa de Acción Específico Promoción de la Salud y Determinantes Sociales en la Estrategia de Caminando a la Excelencia son:

1. Consultas con presentación de Cartillas Nacionales de Salud

Definición
Mide la proporción del total de consultas otorgadas en las que la persona presenta su Cartilla Nacional de Salud (CNS).

Metodología

1. Identificar en Salud en Números/Cubos Dinámicos/Servicios Otorgados/Concentrado por unidad médica/2019 plataforma, datos preliminares. Consolidado SIS/SINBA. El Apartado 055 Consultas con presentación de CNS, las variables UCN01 niñas y niños de 0 a 9 años; UCN02 mujeres de 20 a 59 años; UCN03 hombres de 20 a 59 años; UCN04 mujeres y hombres de 60 y más años y UCN05 adolescentes de 10 a 19 años. Seleccionar el Ítem: Tipo de Unidad (Unidad de Consulta Externa) e Ítem: Informe (Informe de Unidad Médica).
2. Identificar en Salud en Números/Cubos Dinámicos/Servicios Otorgados/Concentrado por unidad médica/2019 plataforma, datos preliminares. Consolidado SIS/SINBA. El Apartado 001 Consultas, las variables CON01 a CON04 primera vez y CON11 a CON14 subsecuentes, mujeres de <1 a 9 años; CON21 a CON24 primera vez y CON31 a CON34 subsecuentes, hombres de <1 a 9 años; CON05 a CON06 primera vez y CON15 a CON16 subsecuente, mujeres de 10 a 19 años; CON25 a CON26 primera vez y CON35 a CON36 subsecuente, hombres de 10 a 19 años; CON07 a CON09 primera vez y CON17 a CON19 subsecuente, mujeres de 20 a 59 años; CON27 a CON29 primera vez y CON37 a CON39 subsecuente, hombres de 20 a 59 años; y CON10, CON20, CON30 y CON40 primera vez y subsecuentes de mujeres y hombres de 60 y más años, así mismo, se consideran las variables de CON41 a CON47 (que fueron registradas de manera inadecuada pero también fueron objeto de una consulta). Seleccionar el Ítem: Tipo de Unidad (Unidad de Consulta Externa) e Ítem: Informe (Informe de Unidad Médica).
3. Dividir el número de consultas con presentación de CNS de 0 a 60 años y más entre el número total de consultas y multiplicar por 100.

Fórmula

$$X = \frac{\text{Número de consultas con presentación de Cartillas Nacionales de Salud}}{\text{Número total de consultas otorgadas}} \times 100$$

Fuente de Información
Numerador: Se obtiene de Salud en Números/Cubos Dinámicos/Servicios Otorgados/Concentrado por unidad médica/2019 plataforma, datos preliminares. Consolidado SIS/SINBA. El Apartado 055 Consultas con presentación de Cartillas Nacionales de Salud, las variables UCN01 niñas y niños de 0 a 9 años; UCN02 mujeres de 20 a 59 años; UCN03 hombres de 20 a 59 años; UCN04 mujeres y hombres de 60 y más años y UCN05 adolescentes de 10 a 19 años. Seleccionar el Ítem: Tipo de Unidad (Unidad de Consulta Externa) e Ítem: Informe (Informe de Unidad Médica). URL: Disponible en:
http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s_index.html
http://sinba08.salud.gob.mx/cubos/cubosis2019_plataforma_sinba.htm

Denominador: Se obtiene de Salud en Números/Cubos Dinámicos/Servicios Otorgados/Concentrado por unidad médica/2019 plataforma, datos preliminares. Consolidado SIS/SINBA. El Apartado 001 Consultas, las variables CON01 a CON04 primera vez y CON11 a CON14 subsecuentes, mujeres de <1 a 9 años; CON21 a CON24 primera vez y CON31 a CON34 subsecuentes, hombres de <1 a 9 años; CON05 y CON06 primera vez y CON15 y CON16 subsecuente, mujeres de 10 a 19 años; CON25 y CON26 primera vez y CON35 y CON36 subsecuente, hombres de 10 a 19 años; CON07 a CON09 primera vez y CON17 a CON19 subsecuente, mujeres de 20 a 59 años; CON27 a CON29 primera vez y CON37 a CON39 subsecuente, hombres de 20 a 59 años; y CON10, CON20, CON30 y CON40 primera vez y subsecuentes, mujeres y hombres de 60 y más años; así mismo, se consideran las variables de CON41 a CON47 (que fueron registradas de manera inadecuada pero también fueron objeto de una consulta) Seleccionar el Ítem: Tipo de Unidad (Unidad de Consulta Externa) e Ítem: Informe (Informe de Unidad Médica). URL: Disponible en:
http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s_index.html
http:// sinba08.salud.gob.mx/cubos/cubosis2019_plataforma_sinba.htm

Notas
1) El responsable del componente validará el cumplimiento del indicador a través de la evidencia que respalda los registros en el sistema, conforme a lo establecido en el Programa

Calificación

Categoría	Intervalo	Gradiente de evaluación
Sobresaliente	85 a 100%	
Satisfactorio	70 a 84 %	
Mínimo	50 a 69 %	
Precario	<50 %	

Ponderación: 100%
Tipo de indicador: De Proceso
Periodicidad: Trimestral

2. Consultas con presentación de Cartilla Nacional de Salud del Hombre de 20 a 59 años de edad

Definición

Mide la proporción de consultas otorgadas a los hombres en las que este presentó su Cartilla Nacional de Salud

Metodología

1. Identificar en Salud en Números/Cubos Dinámicos/Servicios Otorgados/Concentrado por unidad médica/2019 plataforma, datos preliminares. Consolidado SIS/SINBA. El Apartado 055 Consultas con presentación de CNS, las variables UCN03 hombres de 20 a 59 años. Seleccionar el Ítem: Tipo de Unidad (Unidad de Consulta Externa) e Ítem: Informe (Informe de Unidad Médica).
2. Identificar en Salud en Números/Cubos Dinámicos/Servicios Otorgados/Concentrado por unidad médica/2019 plataforma, datos preliminares. Consolidado SIS/SINBA. El Apartado 001 Consultas, las variables CON27, CON28, CON29 consultas de primera vez, hombres de 20 a 59 años de edad y CON37, CON38, CON39 consultas subsecuentes, hombres de 20 a 59 años de edad. Seleccionar el Ítem: Tipo de Unidad (Unidad de Consulta Externa) e Ítem: Informe (Informe de Unidad Médica).
3. Dividir el número de consultas con presentación de CNS de hombres de 20 a 59 años de edad entre el número de consultas a hombres de 20 a 59 años de edad otorgadas y multiplicar por 100.

Fórmula

$$X = \frac{\text{Número de consultas con presentación de Cartillas Nacionales de Salud de hombre de 20 a 59 años}}{\text{Número de consultas de primera vez y subsecuentes otorgadas a hombres de 20 a 59 años de edad}} \times 100$$

Fuente de Información
Numerador: Se obtiene de Salud en Números/Cubos Dinámicos/Servicios Otorgados/Concentrado por unidad médica / 2019 plataforma, datos preliminares. Consolidado SIS/SINBA. El Apartado 055 Consultas con presentación de CNS, las variables UCN03 hombres de 20 a 59 años. Seleccionar el Ítem: Tipo de Unidad (Unidad de Consulta Externa) e Ítem: Informe (Informe de Unidad Médica). URL: Disponible en:
http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s_index.html
http://sinba08.salud.gob.mx/cubos/cubosis2019_plataforma_sinba.htm

Denominador: Se obtiene de Salud en Números/Cubos Dinámicos/Servicios Otorgados/Concentrado por unidad médica / 2019 plataforma, datos preliminares. Consolidado SIS/SINBA. El Apartado 001 Consultas, las variables CON27, CON28, CON29 consultas de primera vez, hombres de 20 a 59 años de edad y CON37, CON38, CON39 consultas subsecuentes, hombres de 20 a 59 años de edad. Seleccionar el Ítem:
Tipo de Unidad (Unidad de Consulta Externa) e Ítem: Informe (Informe de Unidad Médica). URL: Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s_index.html
http:// sinba08.salud.gob.mx/cubos/cubosis2019_plataforma_sinba.htm
Notas

1) El responsable del componente validará el cumplimiento del indicador a través de la evidencia que respalda los registros en el sistema, conforme a lo establecido en el Programa

Calificación

Categoría	Intervalo	Gradiente de evaluación
Sobresaliente	85 a 100%	
Satisfactorio	70 a 84 %	
Mínimo	50 a 69 %	
Precario	<50 %	

Ponderación: 100%
Tipo de indicador: De Proceso
Periodicidad: Trimestral

3. Consultas con Atención Integrada de Línea de Vida (AILV)

Definición
Mide la proporción del total de consultas otorgadas en las que la persona recibe al menos cinco de las acciones que se registran en la Cartilla Nacional de Salud.

Metodología

1. Identificar en Salud en Números/Cubos Dinámicos/Servicios Otorgados/Concentrado por unidad médica/2019 plataforma, datos preliminares. Consolidado SIS/SINBA. El Apartado 054 Consultas con Atención Integrada de Línea de Vida, las variables de ALV01 a ALV07 correspondiente a todos los grupos de edad. Seleccionar el Ítem: Tipo de Unidad (Unidad de Consulta Externa) e Ítem: Informe (Informe de Unidad Médica)

2. Identificar en Salud en Números/Cubos Dinámicos/Servicios Otorgados/Concentrado por unidad médica/2019 plataforma, datos preliminares. Consolidado SIS/SINBA. El Apartado 001 Consultas, las variables CON01 a CON04 primera vez y CON11 a CON14 subsecuentes, mujeres de <1 a 9 años; CON21 a CON24 primera vez y CON31 a CON34 subsecuentes, hombres de <1 a 9 años; CON05 a CON06 primera vez y CON15 a CON16 subsecuente, mujeres de 10 a 19 años; CON25 a CON26 primera vez y CON35 a CON36 subsecuente, hombres de 10 a 19 años; CON07 a CON09 primera vez y CON17 a CON19 subsecuente, mujeres de 20 a 59 años; CON27 a CON29 primera vez y CON37 a CON39 subsecuente, hombres de 20 a 59 años; y CON10, CON20, CON30 y CON40 primera vez y subsecuentes de mujeres y hombres de 60 y más años, así mismo, se consideran las variables de CON41 a CON47 (que fueron registradas de manera inadecuada pero también fueron objeto de una consulta). Seleccionar el Ítem: Tipo de Unidad (Unidad de Consulta Externa) e Ítem: Informe (Informe de Unidad Médica).
3. Dividir el número de consultas con Atención Integrada de Línea de Vida de 0 a 60 años y más entre el número total de consultas y multiplicar por 100.

Fórmula

$$X = \frac{\text{Número de consultas con Atención Integrada de Línea de Vida}}{\text{Número total de consultas otorgadas}} \times 100$$

Fuente de Información
Numerador: Se obtiene de Salud en Números/Cubos Dinámicos/Servicios Otorgados/Concentrado por unidad médica/2019 plataforma, datos preliminares. Consolidado SIS/SINBA. El Apartado 054 Consultas con Atención Integrada de Línea de Vida, las variables de ALV01 a ALV07 correspondiente a todos los grupos de edad. Seleccionar el Ítem: Tipo de Unidad (Unidad de Consulta Externa) e Ítem: Informe (Informe de Unidad Médica) URL: Disponible en:
http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s_index.html
http://sinba08.salud.gob.mx/cubos/cubosis2019_plataforma_sinba.htm

Denominador: Se obtiene de Salud en Números/Cubos Dinámicos/Servicios Otorgados/Concentrado por unidad médica/2019 plataforma, datos preliminares. Consolidado SIS/SINBA. El Apartado 001 Consultas, las variables CON01 a CON04 primera vez y CON11 a CON14 subsecuentes, mujeres de <1 a 9 años; CON21 a CON24 primera vez y CON31 a CON34 subsecuentes, hombres de <1 a 9 años; CON05 a CON06 primera vez y CON15 a CON16 subsecuente, mujeres de 10 a 19 años; CON25 a CON26 primera vez y CON35 a CON36 subsecuente, hombres de 10 a 19 años; CON07 a CON09 primera vez y CON17 a CON19 subsecuente, mujeres de 20 a 59 años; CON27 a CON29 primera vez y CON37 a CON39 subsecuente, hombres de 20 a 59 años; y CON10, CON20, CON30 y CON40 primera vez y subsecuentes de mujeres y hombres de 60 y más años, así mismo, se consideran las variables de CON41 a CON47 (que fueron registradas de manera inadecuada pero también fueron objeto de una consulta). Seleccionar el Ítem: Tipo de Unidad (Unidad de Consulta Externa) e Ítem: Informe (Informe de Unidad Médica)
http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s_index.html
http:// sinba08.salud.gob.mx/cubos/cubosis2019_plataforma_sinba.htm

Notas

1) El responsable del componente validará el cumplimiento del indicador a través de la evidencia que respalda los registros en el sistema, conforme a lo establecido en el Programa

Calificación

Categoría	Intervalo	Gradiente de evaluación
Sobresaliente	85 a 100%	
Satisfactorio	70 a 84 %	
Mínimo	50 a 69 %	
Precario	<50 %	

Ponderación: 100%
Tipo de indicador: De Proceso
Periodicidad: Trimestral

4. Escuelas Validadas como Promotoras de la Salud en el nivel básico y medio superior

Definición
Mide la proporción de escuelas que cumplen con el 80 % o más de los criterios establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM -009-SSA2-2013 Promoción de la Salud Escolar, apéndice Normativo “E” Proceso de Reconocimiento de Escuela Promotora de la Salud.

Metodología

1. Seleccionar el número de Escuelas Validadas como Promotoras de la Salud en nivel básico y medio superior realizadas.
2. Seleccionar el número de Escuelas Validadas como Promotoras de la Salud en nivel básico y medio superior programadas.
3. Dividir el número de escuelas validadas como promotoras de la salud en el nivel básico y medio superior realizadas entre número de escuelas validadas como promotoras de la salud en el nivel básico y medio superior programadas y multiplicar por 100.

Fórmula

$$X = \frac{\text{Número de Escuelas Validadas como Promotoras de la Salud realizadas}}{\text{Número de Escuelas Validadas como Promotoras de la Salud programadas}} x\ 100$$

Fuente de Información

Numerador: Se obtiene de Salud en Números/Cubos Dinámicos/Servicios Otorgados/Concentrado por unidad médica / 2019 plataforma, datos preliminares. Consolidado SIS/SINBA. El Apartado 135 Promoción de la Salud Escolar Preescolar, la variable PRE10 EVPS; Apartado 136 Promoción de la Salud Escolar Primaria, variable PRI10 EVPS; el Apartado 137 Promoción de la Salud Escolar Secundaria, variable SEC10 EVPS y el Apartado 138 Promoción de la Salud Escolar Medio Superior, la variable MES08 EVPS. URL: Disponible en:
http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s_index.html
http://sinba08.salud.gob.mx/cubos/cubosis2019_plataforma_sinba.htm

Denominador: Se obtiene del número de EVPS en el nivel básico y medio superior programadas. Tabla 1

Notas

1) El responsable del componente validará el cumplimiento del indicador a través de la evidencia que respalda los registros en el sistema, conforme a lo establecido en el Programa

Calificación

Categoría	Intervalo	Gradiente de evaluación
Sobresaliente	85 a 100%	
Satisfactorio	70 a 84 %	
Mínimo	50 a 69 %	
Precario	<50 %	

Ponderación: 100%
Tipo de indicador: De proceso
Periodicidad: Trimestral

5 Atención Integrada de Línea de Vida a Migrantes

Definición

Mide la proporción de consultas con Atención Integrada de Línea de Vida (AILV) que reciben los migrantes con respecto a la población migrante atendida, por medio de las acciones integradas de línea de vida por grupo de edad y sexo, promoviendo la prestación de por lo menos cinco acciones, en el momento que los migrantes acuden a las unidades de salud para consulta médica, durante las ferias de la salud y en los albergues para migrantes.
Se entiende por consulta con AILV aquella en la que se realizan por lo menos 5 acciones de aquellas incluidas en la Cartilla Nacional de Salud.

Metodología

1. Identificar el número de consultas con atención integrada de línea de vida a migrantes.
2. Identificar el número de consultas a migrantes.
3. Dividir el número total de consultas con atención integrada de línea de vida a migrantes entre el número de consultas a migrantes atendidos y multiplicar por 100.

Fórmula

$$X = \frac{\text{Número de consultas con atención integrada de línea de vida a migrantes}}{\text{Número de consultas a migrantes atendidos}} x\ 100$$

Fuente de Información

Numerador: Se obtiene de Salud en Números/Cubos Dinámicos/Servicios Otorgados/Concentrado por unidad médica / 2019 plataforma, datos preliminares. Consolidado SIS/SINBA. El Apartado 54 Atención integrada de línea de vida, variable ALV10 Migrantes. Ítem: Tipo de Unidad (Unidad de consulta externa). URL: Disponible en:
http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s_index.html
http:// sinba08.salud.gob.mx/cubos/cubosis2019_plataforma_sinba.htm

Denominador: Se obtiene de Salud en Números/Cubos Dinámicos/Servicios Otorgados/Concentrado por unidad médica / 2019 plataforma, datos preliminares. Consolidado SIS/SINBA. El Apartado 14 Migrantes Atendidos, variable AMI01 consulta a migrantes mujeres y variable AMI02 consulta a migrantes hombres. Ítem: Tipo de Unidad (Unidad de consulta externa). URL: Disponible en:
http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s_index.html
http:// sinba08.salud.gob.mx/cubos/cubosis2019_plataforma_sinba.htm

Notas

1) El responsable del componente validará el cumplimiento del indicador a través de la evidencia que respalda los registros en el sistema, conforme a lo establecido en el Programa

Calificación

Categoría	Intervalo	Gradiente de evaluación
Sobresaliente	85 a 100 %	
Satisfactorio	70 a 84 %	
Mínimo	50 a 69 %	
Precario	<50 %	

Ponderación: 100%
Tipo de indicador: De proceso
Periodicidad: Trimestral

6 Atención integrada de línea de vida en pueblos indígenas

Definición
Mide la proporción de consultas con atención integrada de línea de vida (AILV) que se otorgan en unidades de consulta externa en municipios indígenas (municipios catalogados como indígenas por INEGI/CDI).

Se entiende por consulta con AILV aquella en la que se realizan por lo menos 5 acciones de aquellas incluidas en la Cartilla Nacional de Salud.

Metodología

1. Seleccionar en DGIS/Salud en números/Cubos Dinámicos /Servicios Otorgados/concentrado por unidad médica/2019 plataforma los siguientes filtros:

    a. Ítem. <Tipo de Unidad>. Unidad de consulta externa.
    b. Ítem. <Pueblos indígenas>. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas).
    c. Ítem. <Informe> Informe de unidad médica.

2. Identificar el número de consultas con Atención Integrada de Línea de Vida otorgada a pueblos indígenas. Seleccionar en el Apartado 054 desde la variable ALV01 hasta la variable ALV07. *El resultado será el numerador*.
3. Identificar el número <total de consultas otorgadas a pueblos indígenas> en el Apartado 001, el cual incluye todas las variables, de la <CON01 a CON47>. *El resultado será el denominador*.
4. Dividir el número de consultas integradas de línea de vida otorgadas en pueblos indígenas entre el número total de consultas otorgadas en pueblos indígenas.
5. Multiplicar el resultado anterior por 100.

Fórmula

$$X = \frac{\text{Número de consultas con atención integrada de línea de vida otorgadas a pueblos indígenas}}{\text{Número de consultas otorgadas a pueblos indígenas}} x\ 100$$

Fuente de Información

Numerador: Se obtiene de Salud en Números/Cubos Dinámicos/Servicios Otorgados/Concentrado por unidad médica / 2019 plataforma, datos preliminares. Consolidado SIS/SINBA. El Apartado 54 Atención integrada de línea de vida, variables ALV01 a ALV07. Ítem: Tipo de Unidad (Unidad de consulta externa), Ítem: Pueblos Indígenas (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas) e Ítem: Informe (Informe de Unidad Médica). URL: Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s_index.html
http:// sinba08.salud.gob.mx/cubos/cubosis2019_plataforma_sinba.htm

Denominador: Se obtiene de Salud en Números/Cubos Dinámicos/Servicios Otorgados/Concentrado por unidad médica / 2019 plataforma, datos preliminares. Consolidado SIS/SINBA. El Apartado 001 Consultas, variables CON01 a CON47 de primera vez y subsecuentes. Ítem: Tipo de Unidad (Unidad de consulta externa), Ítem: Pueblos Indígenas (Comisión Nacional para el Desarrollo de Pueblos Indígenas); e Ítem: Informe (Informe de Unidad Médica). URL: Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s_index.html
http:// sinba08.salud.gob.mx/cubos/cubosis2019_plataforma_sinba.htm

Notas

1) Este indicador no aplica para las siguientes entidades federativas: Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, y Zacatecas.

2) El responsable del componente validará el cumplimiento del indicador a través de la evidencia que respalda los registros en el sistema, conforme a lo establecido en el Programa

Calificación

Categoría	Intervalo	Gradiente de evaluación
Sobresaliente	85 a 100 %	
Satisfactorio	70 a 84 %	
Mínimo	50 a 69 %	
Precario	<50 %	

Ponderación: 100%
Tipo de indicador: De resultado
Periodicidad: Trimestral

7 Materiales de comunicación educativa con enfoque de mercadotecnia social en salud producido y reproducido

Definición
Mide los productos comunicativos que transmiten información de salud de manera clara, veraz y oportuna para motivar la adopción de comportamientos y actitudes saludables en públicos objetivos.

Metodología
1. Identificar el número materiales de comunicación educativa con enfoque de mercadotecnia social en salud producidos y reproducidos realizados.
2. Identificar el número de materiales de comunicación educativa con enfoque de mercadotecnia social en salud producido y reproducido programados.
3. Dividir el número de materiales de comunicación educativa con enfoque de mercadotecnia social en salud producidos y reproducidos realizados entre el número materiales de comunicación educativa con enfoque de mercadotecnia social en salud producidos y reproducidos programados y multiplicar por 100.

Nota
Los materiales producidos y reproducidos se refieren al número de materiales educativos elaborados en el año, no a su tiraje ni al número de repeticiones en medios audiovisuales, digitales y de perifoneo.

Fórmula

$$X = \frac{\text{Número de materiales de comunicación educativa con enfoque de mercadotecnia realizados}}{\text{Número de materiales de comunicación educativa con enfoque de mercadotecnia programado}} x\ 100$$

Fuente de Información

Numerador: Se obtiene de Salud en Números/Cubos Dinámicos/Servicios Otorgados/Concentrado por unidad médica / 2019 plataforma, datos preliminares. Cons0lidado SIS/SINBA. El Apartado 231 Producidos, variables MAP01 a MAP36 Masivos electrónicos, masivos de visibilidad externa, masivos

impresos y complementarios y Apartado 232 Reproducidos, variables MAR01 a MAR36 Masivos electrónicos, masivos de visualidad, masivos impresos y complementarios. Ítem: Tipo de Unidad "Establecimiento de apoyo". URL: Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s_index.html
http:// sinba08.salud.gob.mx/cubos/cubosis2019_plataforma_sinba.htm

Denominador: Se obtiene de la meta de materiales de comunicación educativa con enfoque de mercadotecnia social en salud programados. Tabla 2

Calificación

Categoría	Intervalo	Gradiente de evaluación
Sobresaliente	85 a 100 %	
Satisfactorio	70 a 84 %	
Mínimo	50 a 69 %	
Precario	<50 %	

Ponderación: 100%
Tipo de indicador: De proceso
Periodicidad: Semestral

METAS 2019

1. Consultas con Presentación de Cartillas Nacionales de Salud

En este indicador la meta nacional para el año 2019 se manejara de acuerdo al ideal que es de, mínimo 95%. La meta operativa a validar en otras plataformas se fijará de acuerdo a la tendencia del indicador y la disponibilidad de recursos.

2. Consultas con Presentación de Cartillas Nacionales de Salud del Hombre de 20 a 59 años de edad

En este indicador la meta nacional para 2019 es para cada entidad federativa de acuerdo a la tendencia observada en el SIS/SINBA, pero se espera el 95%, dado que se trata de un cambio de actitud poblacional, en la que se involucran todos los programas y estrategias de atención primaria a la salud.

3. Consultas con Atención Integrada de Línea de vida

En este indicador la meta nacional para 2019 es para cada entidad federativa de acuerdo a la tendencia observada, pero se espera el 100%, dado que se trata de un cambio de actitud, en la que se involucran todos los programas y estrategias de atención primaria a la salud.

4. Escuelas Validadas como Promotoras de la Salud en el nivel básico y medio superior

Tabla 1 Meta de escuelas validadas como promotoras de la salud

META 2019		
Entidad		Escuelas Validadas como promotoras de la salud
1	Aguascalientes	216
2	Baja California	42
3	Baja California Sur	20
4	Campeche	61
5	Coahuila de Zaragoza	78
6	Colima	60
7	Chiapas	47
8	Chihuahua	80
9	Ciudad de México	130
10	Durango	92
11	Guanajuato	275
12	Guerrero	70
13	Hidalgo	400
14	Jalisco	320
15	México	511
16	Michoacán de Ocampo	111
17	Morelos	85
18	Nayarit	80
19	Nuevo León	900
20	Oaxaca	30
21	Puebla	91
22	Querétaro de Arteaga	70
23	Quintana Roo	120
24	San Luis Potosí	66
25	Sinaloa	100
26	Sonora	108
27	Tabasco	125
28	Tamaulipas	82
29	Tlaxcala	60
30	Veracruz de Ignacio de la Llave	138
31	Yucatán	101
32	Zacatecas	52
Total Nacional		4,721

Fuente: DGPS/Dirección de Determinantes, Competencias y Participación Social

5. Atención integrada de línea de vida a migrantes

Para este indicador, la meta es lograr que en el 95% de las consultas a migrantes se otorguen por lo menos cinco de las acciones incluidas en la Cartilla Nacional de Salud.

6. Atención integrada de línea de vida en pueblos indígenas

Por acuerdo con las entidades federativas, la meta es lograr que en el 95% de las consultas otorgadas en unidades de salud de los municipios indígenas se otorguen por lo menos cinco de las acciones incluidas en la Cartilla Nacional de Salud.

Este indicador no aplica para: Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, y Zacatecas, los cuales, a la fecha, no cuentan con municipios indígenas en la clasificación de INEGI/CDI.

7. Materiales de comunicación educativa con enfoque de mercadotecnia social en salud producido y reproducido

Tabla 2. Meta de materiales de comunicación educativa por entidad federativa 2019

	Entidad Federativa	Número
1	Aguascalientes	47
2	Baja California	96
3	Baja California Sur	1
4	Campeche	22
5	Coahuila de Zaragoza	35
6	Colima	4
7	Chiapas	86
8	Chihuahua	34
9	Ciudad de México	39
10	Durango	47
11	Guanajuato	55
12	Guerrero	54
13	Hidalgo	49
14	Jalisco	36
15	México	29
16	Michoacán de Ocampo	138
17	Morelos	0
18	Nayarit	67
19	Nuevo León	43
20	Oaxaca	30
21	Puebla	85
22	Querétaro de Arteaga	102
23	Quintana Roo	21
24	San Luis Potosí	0
25	Sinaloa	73
26	Sonora	35
27	Tabasco	104
28	Tamaulipas	45
29	Tlaxcala	77
30	Veracruz de Ignacio de la Llave	37
31	Yucatán	32
32	Zacatecas	90
	Total Nacional	1,613

Fuente: Dirección de Estrategias y desarrollo de Entornos Saludables/Subdirección de Mercadotecnia en Salud. SIAFFASPE. Meta correspondiente a lo autorizado en el primer modificatorio. Url: Disponible en: https://siaffaspe.gob.mx/App/Portal/index

Validación

Además de los criterios establecidos en el presente Manual Metodológico "Caminando a la Excelencia 2019", el Programa Promoción de la Salud y Determinantes Sociales se evaluará tomando en cuenta los siguientes criterios:

a) Para participar en la evaluación del programa (PSDS) en CAMEX, las entidades deberán establecer meta en cada uno de los indicadores en el Programa Anual de Trabajo (PAT) y en el "Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas" (SIAFFASPE), según proceda y registrar de forma oportuna los avances trimestrales incorporando la evidencia correspondiente.

b) El avance de los indicadores se validará utilizando la evidencia documental y gráfica que reportan las entidades federativas en Sistema de Información en Salud (SIS) y en el Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE).

PROGRAMA ALIMENTACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA

DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

RICARDO CORTES
Director General de Promoción de la Salud

LUCERO RODRÍGUEZ CABRERA
Directora de Estrategias y Desarrollo de Entornos Saludables

Directora de Determinantes, Competencias y Participación Social

ADRIANA STANFORD CAMARGO
Directora de Evidencia en Salud

INTRODUCCIÓN

El Sistema Nacional de Salud a través de la puesta en marcha de sus diferentes estrategias y Programas de Acción Específicos, ha tenido avances significativos que se han visto reflejados en un incremento importante de la esperanza de vida de la población. Sin embargo, persisten retos que han evolucionado a la par de los cambios demográficos, epidemiológicos y nutricionales de la sociedad.

En el marco de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes se promueve la construcción de una política pública nacional incluyente que promueva la generación de hábitos alimentarios correctos y la realización de actividad física en la población en todas sus etapas de la vida, involucrando al sector público, privado y social. Para ello, se insta al Gobierno Federal y los Gobiernos Estatales a instrumentar acciones que den respuesta oportuna y eficaz al Eje Estratégico de "Promoción de la salud y comunicación educativa" de la Estrategia Nacional. Es por esto que la creación del presente Programa de Acción Específico (PAE) Alimentación y Actividad Física conforma un componente fundamental en el logro de los objetivos de la Estrategia Nacional.

Los retos que el Programa enfrenta son múltiples, ya que el panorama epidemiológico y nutricional ha cambiado en las últimas décadas; es así como en México coexiste una doble carga de enfermedad relacionada con la nutrición, por un lado el aumento a un ritmo exacerbado en magnitud y frecuencia de sobrepeso y obesidad en donde 1 de cada 3 niñas, niños y adolescentes; y 7 de cada 10 adultos presentan este problema, lo que se ha reflejado en elevadas tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades no transmisibles como la diabetes mellitus y las enfermedades cardiacas; y por otro lado, la persistencia de desnutrición y carencias nutricionales.

Aunque México ha tenido grandes avances en la erradicación de la emaciación en niños menores de cinco años, aún existen regiones y grupos vulnerables en el país que requieren acciones para el combate de la desnutrición aguda, en este sentido México ha documento una de las prevalencias más bajas de la práctica de lactancia materna. La coexistencia de esta doble carga requiere de una alimentación correcta que asegure un crecimiento y desarrollo adecuado en ambos sentidos.

Estos retos ejercen una enorme presión en el Sistema Nacional de Salud, en donde la prevención y promoción de la salud son la mejor solución para disminuir la carga de estas enfermedades.

Las estrategias y líneas de acción planteadas en el presente Programa de Acción buscan contribuir al mejoramiento de los hábitos alimentarios y de actividad física, el fomento de la lactancia materna y el rescate de una cultura alimentaria tradicional saludable en la población por medio de la promoción, educación y fomento de estilos de vida saludables en todos los entornos, teniendo como imperativo que la salud pública y la atención médica constituyen elementos fundamentales para garantizar la protección a la salud tal como lo establece el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Objetivos

Los objetivos y estrategias del Programa de Acción Específico Alimentación y Actividad Física 2013-2018 son los siguientes:

1. Promover estilos de vida saludables que contribuyan a mejorar los hábitos alimentarios y de actividad física de la población.
2. Incentivar la práctica de la lactancia materna exclusiva y la cultura alimentaria tradicional para que contribuyan a un estilo de vida saludable.
3. Fortalecer acciones de capacitación y supervisión en materia de salud alimentaria en el personal de salud.

Estrategias

1. La promoción de la alimentación correcta en diferentes entornos.
2. La promoción de la actividad física en todos los grupos de edad.
3. La implementación de campañas educativas para promover estilos de vida saludables.
4. El fomento de la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria adecuada.
5. El fomento del rescate de la cultura alimentaria tradicional.
6. El fortalecimiento de las competencias del personal de salud en materia de salud alimentaria.
7. La supervisión y evaluación de las acciones desarrolladas.

El seguimiento periódico de las acciones de ecuación en la promoción de estilos de vida saludable a desarrollar permitirá incrementar el número de personas que reciben educación en salud para la prevención del sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionados; así mismo este seguimiento es el marco para identificar el avance y cumplimiento de las mismas por parte de los Servicios Estatales de Promoción de la Salud, de tal forma que se pueda asegurar el logro de los objetivos planteados.

Descripción y construcción de indicadores.

Los indicadores propuestos para medir el índice de desempeño del Programa de Acción Específico Alimentación y Actividad Física en la Estrategia de Caminando a la Excelencia son:

1. Eventos educativos para la promoción de la alimentación correcta y el consumo de agua simple en diferentes entornos.

Definición

Mide el porcentaje de cumplimiento de los eventos educativos dirigidos a la población con enfoque en promoción de estilos de vida saludable, que impulsan una cultura de hábitos alimentarios correctos.

Metodología

1. Identificar el número de eventos educativos para la promoción de la alimentación correcta y el consumo de agua simple realizados.
2. Identificar el número de eventos educativos para la promoción de la alimentación correcta y el consumo de agua simple programados.
3. Dividir el número de eventos educativos para la alimentación correcta y el consumo de agua simple realizados entre el número de eventos educativos para la alimentación correcta y el consumo de agua simple programados y multiplicar por 100.

Fórmula

$$X = \frac{\text{Número de eventos educativos para la alimentación correcta y consumos de agua simple realizados}}{\text{Numero de eventos educativos para la alimentación correcta y consumo de agua simple programados}} x\ 100$$

Fuente de Información

Numerador: Se obtiene de Salud en Números/Cubos Dinámicos/Servicios Otorgados/Concentrado por unidad médica / 2019 plataforma, datos preliminares. Consolidado SINBA –PLIISA. El Apartado 228 Alimentación y Actividad Física-Eventos Educativos, variable AAF01 Alimentación correcta número de eventos educativos. Ítem: Tipo de Unidad (Establecimiento de Apoyo). URL: Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s_index.html
http:// sinba08.salud.gob.mx/cubos/cubosis2019_plataforma_sinba.htm

Denominador: Se obtiene de la meta de eventos educativos para la promoción de la alimentación correcta y el consumo de agua simple programados. (Tabla 1. Metas Estatales 2019).

Calificación

Categoría	Intervalo	Gradiente de evaluación
Sobresaliente	90 a 100 %	
Satisfactorio	70 a 89 %	
Mínimo	50 a 69 %	
Precario	<50 %	

Ponderación: 100%

Tipo de indicador: De proceso

Periodicidad: Trimestral

2. Eventos educativos para la promoción de la actividad física en diferentes entornos

Definición

Mide el porcentaje de cumplimiento en el desarrollo de eventos de promoción de la actividad física en los entornos laboral, escolar y comunitario para impulsar la formación de estilos de vida activos que permitan a la población desarrollar aprendizajes hacia una vida más sana.

Metodología

1. Identificar el número de eventos educativos para la promoción de la actividad física en diferentes entornos programados realizados.
2. Identificar el número de eventos educativos para la promoción de la actividad física en diferentes entornos programados.
3. Dividir el número de eventos educativos para la promoción de la actividad física en diferentes entornos realizados entre el número de eventos educativos para la promoción de la actividad física en diferentes entornos programados y multiplicar por 100.

Fórmula

$$X = \frac{\text{Número de eventos educativos para la promoción de la actividad física en diferentes entornos realizados}}{\text{Número de eventos educativos para la promoción de la actividad física en diferentes entornos programados}} x\ 100$$

Fuente de Información

Numerador: Se obtiene en la Salud en Números/Cubos Dinámicos/Servicios Otorgados/Concentrado por unidad médica / 2019 plataforma, datos preliminares. Consolidado SINBA –PLIISA. El Apartado 228 Alimentación y Actividad Física-Eventos Educativos, variable AAF04 Promoción de la actividad física número de eventos educativos. URL: Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s_index.html

http:// sinba08.salud.gob.mx/cubos/cubosis2019_plataforma_sinba.htm

Denominador: Se obtiene de la meta de eventos educativos para la promoción de la actividad física programados. (Tabla 1. Metas Estatales 2019).

Calificación

Categoría	Intervalo	Gradiente de evaluación
Sobresaliente	90 a 100 %	
Satisfactorio	70 a 89 %	
Mínimo	50 a 69 %	
Precario	<50 %	

Ponderación: 100 %

Tipo de indicador: De proceso

Periodicidad: Trimestral

3. Eventos educativos para la promoción de los beneficios de la lactancia materna y la alimentación complementaria

Definición

Mide el porcentaje de cumplimiento en el desarrollo de eventos educativos dirigidos a la población para impulsar la lactancia materna y la alimentación complementaria.

Metodología

1. Identificar el número de eventos educativos de lactancia materna y alimentación complementaria realizados.
2. Identificar el número de eventos educativos de lactancia materna y alimentación complementaria programados.
3. Dividir el número de eventos educativos de lactancia materna y alimentación complementaria realizados entre número de eventos educativos de lactancia materna y alimentación complementaria programados y multiplicar por 100.

Fórmula

$$X = \frac{\text{Número eventos educativos de lactancia materna y alimentación complementaria realizados}}{\text{Numero de eventos educativos de lactancia materna y alimentación complementaria programados}} \text{ x } 100$$

Fuente de Información

Numerador: Se obtiene de Salud en Números/Cubos Dinámicos/Servicios Otorgados/Concentrado por unidad médica / 2018 plataforma, datos preliminares. Consolidado SINBA –PLIISA. El Apartado 228 Alimentación y Actividad Física-Eventos Educativos, variable AAF10 Lactancia materna y alimentación complementaria. URL: Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s_index.html

http:// sinba08.salud.gob.mx/cubos/cubosis2019_plataforma_sinba.htm

Denominador: Se obtiene de la meta de eventos educativos de lactancia materna y alimentación complementaria programados. (Tabla 1. Metas Estatales 2019).

Calificación

Categoría	Intervalo	Gradiente de evaluación
Sobresaliente	90 a 100 %	
Satisfactorio	70 a 89 %	
Mínimo	50 a 69 %	
Precario	<50 %	

Ponderación: 100 %

Tipo de indicador: De proceso

Periodicidad: Trimestral

4. Eventos educativos para la difusión de la cultura alimentaria tradicional correcta

Definición

Mide el porcentaje de cumplimiento en el desarrollo de eventos educativos dirigidos a la población para la difusión de la cultura alimentaria correcta.

Metodología

1. Identificar el número de eventos educativos para la difusión de la cultura alimentaria tradicional correcta realizados.
2. Identificar el número de eventos educativos para la difusión de la cultura alimentaria tradicional correcta programados.
3. Dividir el número de eventos educativos para la difusión de la cultura alimentaria tradicional correcta realizados entre el número de eventos educativos para la difusión de la cultura alimentaria tradicional correcta programados y multiplicar por 100.

Fórmula

$$X = \frac{\text{Número eventos educativos para la difusión de la cultura alimentaria tradicional correcta realizados}}{\text{Número eventos educativos para la difusión de la cultura alimentaria tradicional correcta programados}} x\ 100$$

Fuente de Información

Numerador: Se obtiene de Salud en Números/Cubos Dinámicos/Servicios Otorgados/Concentrado por unidad médica / 2019 plataforma, datos preliminares. Consolidado SINBA –PLIISA. El Apartado 228 Alimentación y Actividad Física-Eventos Educativos, variable AAF07 Difusión de la cultura alimentaria número de eventos educativos. URL: Disponible en:

http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s_index.html

http:// sinba08.salud.gob.mx/cubos/cubosis2019_plataforma_sinba.htm

Denominador: Se obtiene de la meta de eventos educativos para la difusión de la cultura alimentaria correcta programados. (Tabla 1. Metas Estatales 2019).

Calificación

Categoría	Intervalo	Gradiente de evaluación
Sobresaliente	90 a 100 %	
Satisfactorio	70 a 89 %	
Mínimo	50 a 69 %	
Precario	<50 %	

Ponderación: 100 %

Tipo de indicador: De proceso

Periodicidad: Trimestral

5. Población orientada en estilos de vida saludables.

Definición

Mide el porcentaje de personas que recibe información y educación en promoción de estilos de vida saludables a través de los eventos educativos en alimentación correcta y consumo de agua, actividad física, lactancia materna y rescate de la cultura alimentaria tradicional saludable.

Metodología

1. Identificar el número total de personas (hombre y mujeres) orientadas en estilos de vida saludables.
2. Identificar el número de personas programadas para su orientación en estilos de vida saludables a través de los eventos educativos.
3. Dividir el número de personas orientadas entre el número de personas programadas y multiplicar por 100.

Fórmula

$$X = \frac{\text{Número de personas orientadas en estilos de vida saludables}}{\text{Numero de personas para orientar en estilos de vida salusables programadas}} x\ 100$$

Fuente de Información

Numerador: Se obtiene de Salud en Números/Cubos Dinámicos/Servicios Otorgados/Concentrado por unidad médica / 2018 plataforma, datos preliminares. Consolidado SINBA –PLIISA. El Apartado 228 Alimentación y Actividad Física-Eventos Educativos, en la suma de las variables AAF02 Asistentes mujeres, AAF03 Asistentes hombres, AAF05 Asistentes mujeres, AAF06 Asistentes hombres, AAF08 Asistentes mujeres, AAF09 Asistentes hombres, AAF11 Asistentes mujeres, AAF12 Asistentes hombres. Ítem: Tipo de Unidad (Establecimiento de Apoyo). URL: Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s_index.html

http:// sinba08.salud.gob.mx/cubos/cubosis2019_plataforma_sinba.htm

Denominador: Se obtiene de la meta poblacional estatal orientada en estilos de vida saludables. (Tabla 1. Metas Estatales 2019).

Calificación

Categoría	Intervalo	Gradiente de evaluación
Sobresaliente	90 a 100 %	
Satisfactorio	70 a 89 %	
Mínimo	50 a 69 %	
Precario	<50 %	

Ponderación: 100%

Tipo de indicador: De propósito

Periodicidad: Trimestral

Validación del avance de los Indicadores por parte de la Dirección General de Promoción de la Salud, responsable del Programa de Alimentación y Actividad Física

De acuerdo al Manual Metodológico “Caminando a la Excelencia” 2018, y el Plan Anual de Trabajo y el Manual Operativo 2018 del Programa de Acción Específico Alimentación y Actividad Física se evaluarán los indicadores a través de los siguientes criterios:

Evento educativo

Actividades de promoción de la salud dirigidas a la población con el fin de proporcionar orientación, educación, información y herramientas para desarrollar habilidades y conocimientos que promueven estilos de vida saludables, en los temas del Programa de Alimentación y Actividad Física, con una duración mínima 30 minutos, pudiendo extenderse a un mayor tiempo si las características de planeación así lo requieren. Consta de un proceso educativo estructurado a través de una carta descriptiva que contiene: fecha, objetivos, población destinataria, entorno, temas, tiempos, herramientas educativas y de apoyo utilizadas, nombre del personal de salud capacitado o calificado responsable del evento y firma o sello de validación por el área correspondiente (jurisdicción, centro de salud, nivel estatal, jefe inmediato). El sustento de su desarrollo se valida a través de evidencia gráfica (fotografías del evento) y/o documental (listas de asistencia). Los eventos se deben desarrollar en entornos: laboral, escolar, comunitario y/o unidades de salud. Los diferentes tipos de eventos son: eventos masivos, talleres, sesiones educativas, activaciones físicas, ferias de la salud, recorridos, exposiciones, tianguis, entre otros que compartan las características de la agrupación de personas, de todos los grupos de edad y ambos sexos, para realizar promoción sobre estilos de vida saludables.

Validación

Los eventos educativos se validarán tomando en cuenta su registro en la fuente oficial SINBA/SIS 2018 en los meses correspondiente, apartado 228 Alimentación y Actividad Física- Eventos Educativos y verificando que dichos eventos cuenten con al menos dos de las tres evidencias establecidas (carta descriptiva, lista de asistencia y/o fotografía del evento), en la definición de evento educativo, que permita comprobar el desarrollo de la educación y promoción de la salud a la población.

Tabla 1 *Metas estatales 2019. Indicadores CAMEX.* Programa de Acción Específico Alimentación y Actividad Física.

No	Entidad Federativa	Metas de Eventos Educativos para la Promoción de Estilos de Vida Saludables				Meta Poblacional Estatal Orientada
		Alimentación correcta y consumo de agua	Actividad física	Lactancia materna y alimentación complementaria	Rescate de la cultura alimentaria tradicional correcta	
1	Aguascalientes	1950	1950	1300	650	290,941
2	Baja California	5319	4641	3315	1658	782,567
3	Baja California Sur	1005	650	429	390	157,445
4	Campeche	1183	780	676	676	201,374
5	Coahuila de Zaragoza	1040	1040	520	540	665,472
6	Colima	1300	1300	1950	540	157,715
7	Chiapas	1080	1040	520	520	665,472
8	Chihuahua	2661	1209	2475	3245	809,257
9	Ciudad de México	2145	2145	1690	1690	2,109,348
10	Durango	2600	2600	2600	1690	387,944
11	Guanajuato	11310	9620	8190	1560	1,330,747
12	Guerrero	2772	2355	1650	1790	807,805
13	Hidalgo	6435	7800	3250	2535	641,383
14	Jalisco	9100	9100	3900	1560	1,769,323
15	México	20,275	20,275	20,275	20,275	3,727,517
16	Michoacán	2600	3250	2600	650	1,031,063
17	Morelos	910	924	4320	390	425,637
18	Nayarit	1310	1300	785	780	258,633
19	Nuevo León	2210	2080	1820	1300	1,130,933
20	Oaxaca	1040	1040	650	650	899,946
21	Puebla	1230	1230	1118	299	1,390,482
22	Querétaro de Arteaga	2600	2600	1300	1300	449,910
23	Quintana Roo	4940	4420	1256	1528	332,758
24	San Luis Potosí	1859	1859	1430	1430	617,114
25	Sinaloa	2175	2044	1300	1596	671,334
26	Sonora	3822	4550	780	750	647,504
27	Tabasco	2600	2340	1690	1950	546,602
28	Tamaulipas	1794	1500	1490	960	773,617
29	Tlaxcala	2059	2293	936	390	285,058
30	Veracruz de Ignacio de la Llave	3900	3900	3900	3900	1,826,218
31	Yucatán	5760	5360	3990	4200	472,733
32	Zacatecas	1440	1320	520	1300	351,978
	Total	112,424	108,515	82,625	62,692	26,615,830

Fuente: Programa Anual de Trabajo 2019. Programa de Acción Específico Alimentación y Actividad Física. Dirección General de Promoción de la Salud / Dirección de Estrategias y Desarrollo de Entornos Saludables / Subdirección de Políticas Intersectoriales en Salud

PROGRAMA DE ENTORNOS Y COMUNIDADES SALUDABLES

DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

RICARDO CORTES
Director General de Promoción de la Salud

LUCERO RODRÍGUEZ CABRERA
Directora de Estrategias y Desarrollo de Entornos Saludables

Directora de Determinantes, Competencias y Participación Social

ADRIANA STANFORD CAMARGO
Directora de Evidencia en Salud

INTRODUCCIÓN

La presente administración federal, considera a los municipios un aliado importante para el desarrollo de la salud participando activamente en las acciones de protección, promoción y prevención, constituyéndose un eje prioritario para el mejoramiento y conservación de la salud de la población del país, de acuerdo la Estrategia 2.3.2 de "México Incluyente", del Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018.

En este sentido, la colaboración de los municipios es fundamental por ser éstos la instancia de gobierno que se encuentra más cercana a las necesidades y las carencias de la población; por ello, la importancia de su contribución para desarrollar acciones que favorezcan la disminución de los principales problemas de salud pública.

El mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes de las localidades y los municipios del país, es una tarea que ha estado presente en los planes de desarrollo municipales desde hace varios años, y actualmente se refleja en la creciente voluntad política para atender las necesidades de salud pública de la población mediante la reglamentación municipal y la elaboración de políticas locales a favor de la salud, vinculadas a otros determinantes sociales que afectan la salud

El Programa de Acción Específico (PAE) Entornos y Comunidades Saludables 2013-2018, tiene como ámbitos de acción a los municipios, a las comunidades y a los diversos entornos en donde las personas crecen, viven, trabajan y se desarrollan.

Estos ámbitos de acción considerados en el Programa son elementos fundamentales para considerar el papel que tienen los gobiernos municipales, como instancia decisiva para avanzar en el desarrollo económico y el consecuente fortalecimiento de las comunidades, orientadas a facilitar el proceso de búsqueda de mejores condiciones para lograr una vida sana.

En el Programa se han planteado los siguientes objetivos específicos: fomentar que las comunidades y los entornos sean higiénicos, seguros y propicien una mejor salud; impulsar que los municipios aborden de manera integral los determinantes que influyen en el estado de salud de la población; fortalecer las competencias del personal de salud y de los diferentes actores sociales de la comunidad y el municipio y fortalecer los mecanismos de seguimiento y evaluación para incrementar la efectividad del Programa.

La concepción del PAE Entornos y Comunidades Saludables, parte del reconocimiento del entorno, la comunidad y el municipio, como los espacios locales para la construcción de un nuevo orden social, ya que constituye la unidad administrativa-política más pequeña geográficamente, con una población definida, que comparte condiciones favorables y riesgos; que tiene el mandato, la autoridad y gran parte de los recursos y mecanismos para desarrollar actividades concretas de Promoción de la Salud.

En este contexto la Secretaria de Salud (SSA) propone con el Programa, acciones integradas de prevención y promoción de la salud, donde se identifiquen los determinantes sociales que influyen en la salud de sus habitantes para coadyuvar así en la disminución de los principales problemas de salud pública y en la mejora de la salud de la población mediante la promoción de estilos de vida saludables.

Objetivos

1. Fomentar que las comunidades y los entornos sean higiénicos, seguros y propicien una mejor salud.
2. Impulsar que los municipios aborden de manera integral los determinantes que influyen en el estado de salud de la población.
3. Fortalecer las competencias del personal de salud y de los diferentes actores sociales de la comunidad y el municipio.
4. Fortalecer los mecanismos de seguimiento y evaluación para incrementar la efectividad del Programa

Descripción y construcción de indicadores.

Los indicadores propuestos para medir el índice de desempeño del Programa de Acción Específico Entornos y Comunidades Saludables, en la Estrategia Caminando a la Excelencia son:

1. Cobertura de Comunidades Certificadas como Saludables

Definición

Mide a la comunidad certificada como saludable.
Es aquella en donde todos sus integrantes (personas, familias, instituciones, organizaciones de la sociedad civil) participan activamente sobre los determinantes sociales de la salud, para crear ambientes favorables a la salud.

Metodología

1. Identificar el número de Comunidades Certificadas como Saludables.
2. Identificar el número de localidades de 500 a 2,500 habitantes en las entidades federativas. Al total de comunidades por entidad federativa, se le resta el número de comunidades certificadas en 2017, con el fin de reducir la meta que tiene cada entidad. (ver tabla 1. Columna número de localidades 2018)
3. Dividir el número de comunidades certificadas como saludables entre el número de localidades de 500 a 2,500 habitantes en las entidades federativas y multiplicar por 100.

Fórmula

$$X = \frac{\text{Número de comunidades certificadas como saludables}}{\text{Número de localidades de 500 a 2,500 habitantes}} x\ 100$$

Fuente de Información

Numerador: Se obtiene de la Salud en Números/Cubos Dinámicos/Servicios Otorgados/Concentrado por unidad médica / 2019 plataforma, datos preliminares. Consolidado SINBA –PLIISA. El Apartado 139 Comunidades Saludables Participación Social, variable PPS06 Comunidad Saludable Certificada.
URL: Disponible en:
http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s_index.html
http:// sinba08.salud.gob.mx/cubos/cubosis2019_plataforma_sinba.htm
Denominador: Se obtiene de la. Meta de localidades de 500 a 2,500 habitantes. Tabla 1

Calificación

Categoría	Intervalo	Gradiente de evaluación
Sobresaliente	≥6%	
Satisfactorio	4 a 5 %	
Mínimo	2 a 3 %	
Precario	<1 %	

Tipo de indicador: De Resultado
Periodicidad: Anual

Evidencia: Cédula para la certificación de una comunidad Promotora de la Salud (De acuerdo a lo señalado en el Manual para la Certificación de Comunidades Promotoras de la Salud)

2. Porcentaje de avance de certificación de municipios promotores de la salud

Definición

Mide el compromiso e intervención de la autoridad municipal en la realización de acciones en beneficio de los habitantes de su demarcación, a través del cumplimiento de los requisitos de cada una de las etapas del proceso de certificación de municipios promotores de la salud de acuerdo al año de administración municipal.

Metodología

1. Identificar la etapa del Proceso de Certificación de Municipios Promotores de la Salud con la que se evaluará la entidad, en la Tabla No. 2 Meta de Avance de Certificación de Municipios Promotores de la Salud, para determinar la fórmula y variables aplicar.
2. Determinar el número de municipios incorporados, activos o certificados, según sea la etapa a evaluar, registrados durante el ejercicio en el Sistema de Información en Salud (SINBA-SIS).
3. El valor reportado en el Sistema de Información en Salud (SINBA-SIS): número de municipios incorporados, activos o certificados según sea la etapa a evaluar para el estado, será validado conforme a los requisitos de la etapa del proceso de certificación que le corresponda; con los criterios de validación dados a conocer mediante oficio a principio de año, y con la evidencia documental que da sustento al cumplimiento de la actividad.
4. A partir de valor validado, se aplicará la fórmula para obtener el porcentaje de avance de certificación de municipios promotores de la salud, dividiendo el número de municipios incorporados, activos o certificados según sea el caso, entre la meta de desempeño de municipios incorporados, activos o certificados, que le corresponde al estado, y multiplicar por 100.
5. El resultado obtenido forma parte del cálculo del índice de desempeño del Programa de Entornos y Comunidades Saludables.

De acuerdo a la etapa del Proceso de Certificación de Municipios Promotores de la Salud
Fórmula

Municipio incorporado:

$$X = \frac{\text{Número de municipios incorporados}}{\text{Meta de municipios incorporados programados}} x\ 100$$

Municipio activo:

$$X = \frac{\text{Número de municipios activos}}{\text{Meta de municipios activos programados}} x\ 100$$

Municipio certificado:

$$X = \frac{\text{Número de municipios certificados}}{\text{Meta de municipios certificados programados}} x\ 100$$

Fuente de Información

Numerador: Se obtiene de Salud en Números/Cubos Dinámicos/Servicios Otorgados/Concentrado por unidad médica/2018 plataforma, datos preliminares. Consolidado SINBA –PLIISA. Apartado 202 Informe Mensual de Actividades de Participación Municipal, variable PMN10 Municipios Incorporados; variable PMN11 Municipios Activos y variable PMN12 Certificados como Promotores de la Salud. URL: Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s_index.html
http:// sinba08.salud.gob.mx/cubos/cubosis2019_plataforma_sinba.htm
Denominador: Se obtiene de la Tabla No. 2 Meta de Avance de Certificación de Municipios Promotores de la Salud. Cada entidad federativa, según el periodo de la administración de sus municipios obtiene la meta de desempeño que le corresponde (municipios a incorporar; municipios a activar y municipios a certificar como promotores de la salud).

Criterios de desempate

1. Entidades Federativas que han obtenido en el año que se evalúa, el mejor cumplimiento de las metas del programa reportadas en el Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE).
2. Cumplir con los criterios de validación del Programa de Entornos y Comunidades Saludables (enviados mediante oficio a principio de año).

Calificación

Categoría	Intervalo	Gradiente de evaluación
Sobresaliente	80 a 100 %	
Satisfactorio	60 a 79 %	
Mínimo	30 a 59 %	
Precario	0 a 29 %	

Tipo de indicador: De proceso
Periodicidad: Anual

Evidencia: Reporte General de Avance de Indicadores del Programa Entonos y Comunidades Saludables. SIAFFASPE.

Tabla 1 Número de localidades de 500 a 2,500 habitantes, México 2017-2019

No	Entidad Federativa	Número de Localidades 2017	Número de localidades 2018	Número de localidades 2019
1	Aguascalientes	144	135	126
2	Baja California	141	120	112
3	Baja California Sur	42	41	40
4	Campeche	120	111	102
5	Coahuila de Zaragoza	147	135	122
6	Colima	41	34	27
7	Chiapas	1,359	1346	1,345
8	Chihuahua	175	159	149
9	Ciudad de México	8	8	8
10	Durango	252	238	232
11	Guanajuato	1,024	1004	970
12	Guerrero	873	853	829
13	Hidalgo	784	747	714
14	Jalisco	478	471	465
15	México	1,376	1372	1,367
16	Michoacán	783	776	753
17	Morelos	168	160	146
18	Nayarit	218	210	201
19	Nuevo León	82	64	43
20	Oaxaca	1,130	1130	1,128
21	Puebla	1,038	1028	1,006
22	Querétaro de Arteaga	307	298	286
23	Quintana Roo	110	98	90
24	San Luis Potosí	513	468	443
25	Sinaloa	440	431	426
26	Sonora	199	184	178
27	Tabasco	678	676	673
28	Tamaulipas	163	152	145
29	Tlaxcala	156	147	128
30	Veracruz de Ignacio de la Llave	1,695	1684	1,658
31	Yucatán	195	180	173
32	Zacatecas	346	338	322
	Total	15,185	14798	14,407

Fuente: INEGI. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2010. Localidades y su población por entidad federativa según tamaño de la localidad. [URL]Disponible en: http://www3.inegi.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/Default.aspx?c=27302&=est

Tabla 2 Meta de Avance de Certificación de Municipios Promotores de la Salud

No	Entidad Federativa	Etapa del Proceso a Evaluar	Variable SIS (Numerador)	Meta desempeño (Denominador)
1	Aguascalientes	Municipio Certificado	PMN12	11
2	Baja California	Municipio Certificado	PMN12	5
3	Baja California Sur	Municipio Incorporado	PMN10	5
4	Campeche	Municipio Incorporado	PMN10	11
5	Chiapas	Municipio Incorporado	PMN10	42
6	Chihuahua	Municipio Incorporado	PMN10	50
7	Coahuila de Zaragoza*	Municipio Incorporado	PMN10	38
8	Colima	Municipio Incorporado	PMN10	10
9	Ciudad de México	Municipio Incorporado	PMN10	16
10	Durango	Municipio Certificado	PMN12	16
11	Guanajuato	Municipio Incorporado	PMN10	46
12	Guerrero	Municipio Incorporado	PMN10	40
13	Hidalgo	Municipio Activo	PMN11	42
14	Jalisco	Municipio Incorporado	PMN10	42
15	México	Municipio Incorporado	PMN10	42
16	Michoacán de Ocampo	Municipio Incorporado	PMN10	42
17	Morelos	Municipio Incorporado	PMN10	33
18	Nayarit	Municipio Activo	PMN11	14
19	Nuevo León	Municipio Incorporado	PMN10	51
20	Oaxaca	Municipio Incorporado	PMN10	43
21	Puebla*	Municipio Incorporado	PMN10	43
22	Querétaro	Municipio Incorporado	PMN10	18
23	Quintana Roo	Municipio Incorporado	PMN10	10
24	San Luis Potosí	Municipio Incorporado	PMN10	39
25	Sinaloa	Municipio Incorporado	PMN10	18
26	Sonora	Municipio Incorporado	PMN10	39
27	Tabasco	Municipio Incorporado	PMN10	17
28	Tamaulipas	Municipio Incorporado	PMN10	39
29	Tlaxcala	Municipio Activo	PMN11	27
30	Veracruz de Ignacio de la Llave	Municipio Activo	PMN11	29
31	Yucatán	Municipio Incorporado	PMN10	42
32	Zacatecas	Municipio Incorporado	PMN10	39
	Total			959

Fuente: DGPS/Dirección de Evidencia en Salud

*Entidades Federativas con cambio de gobierno municipal en 2018. Estas entidades federativas solo se evaluaran con el indicador de Cobertura de Comunidades Certificadas como Saludables

PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES (STCONAPRA)

ARTURO GARCÍA CRUZ
Secretario Técnica del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes

RAFAEL GÜEMES GARCÍA
Director para la Prevención de Accidentes

BLANCA M. VILLA CONTRERAS
Directora para la Prevención de Lesiones

LAURA M. BAAS BRICEÑO
Directora de Información y Evidencia

INTRODUCCIÓN

En el marco de la Asamblea General de las Naciones Unidas realizada en septiembre de 2015, se suscribió la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, siendo una de las metas de los objetivos establecidos reducir a la mitad el número mundial de muertes y traumatismos por accidente de tránsito para 2020, lo cual constituye un avance significativo para la seguridad vial.

De acuerdo con el Informe sobre la Situación Mundial de la Seguridad Vial 2015, los traumatismos causados por el tránsito son una de las principales causas de defunción en el mundo y la principal causa de muerte entre personas de edades comprendidas entre los 15 y los 29 años, dado que todos los años acaban con la vida de cerca de 1.24 millones de personas. Dicha cifra se ha mantenido estable desde 2010, pese al aumento mundial de la población y del uso de vehículos de motor, lo cual indica que las intervenciones puestas en práctica han salvado vidas humanas.

México, al igual que otros países, enfrenta un gran reto de salud pública como consecuencia de las lesiones generadas por la inseguridad vial. En 2013, la carga de la enfermedad a causa de las lesiones por accidentes de tránsito fue de 1.17 millones de años de vida saludable perdidos (AVISA), ubicándose como la sexta causa en la carga de la enfermedad (IHME, 2014). Sin embargo, en niños entre 5 y 14 años se ubica como la cuarta y en jóvenes y adultos de 15 a 49 años como la tercera, lo que significa que fueron afectados al inicio de sus vidas o bien cuando son económicamente más productivos, lo que representa un impacto a la estabilidad económica y emocional de las familias y de la sociedad en su conjunto.

Ante tal escenario, desde 2007, México estableció un plan de acción sobre Seguridad Vial que incluye actividades multisectoriales y acciones de seguimiento. Para contar con información confiable y oportuna se establecieron los observatorios estatales de lesiones; para disuadir la conducción bajo la influencia de alcohol se fortalecieron los operativos de alcoholimetría; se establecieron las auditorías viales para mejorar la infraestructura de movilidad; para sensibilizar a la población se impulsan programas educativos y campañas en medios masivos de comunicación.

JUSTIFICACIÓN INDICADORES

Evidentemente, una de las fases fundamentales en el proceso administrativo de planeación es el seguimiento y evaluación de las intervenciones realizadas, a fin de mejorar o corregir las acciones, alcanzar las metas y objetivos, así como para contar con evidencia para la rendición de cuentas.

El establecimiento de indicadores y su aplicación de manera periódica permite medir el grado de avance de las iniciativas implantadas con el fin de ajustar su operación para mejorar su desempeño. La evaluación, por su parte, tiene como propósito medir los resultados, impacto y eficiencia de esas mismas iniciativas y sirve como herramienta para la gestión y asignación de recursos. Bajo esta misma lógica, la rendición de cuentas da transparencia y legitima las acciones realizadas.

En este marco, el Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes en consenso con los titulares y representantes de los Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes de las 32 entidades federativas, acordaron la definición, seguimiento y reporte de seis indicadores dentro del Programa Caminando a la Excelencia, mediante los cuales se busca evaluar el avance de resultados para mejorar las intervenciones y procesos establecidos para disminuir la mortalidad por accidentes viales, conforme al Programa de Acción Específico (PAE) de Seguridad Vial 2013-2018 y los programas de prevención de accidentes de tránsito de cada entidad federativa.

Calificación Global:

	Calificación
Sobresaliente	90% - 100%
Satisfactorio	80% - 89%
Mínimo	60% - 79%
Precario	0% - 59%%

1.- CAPACITACIÓN A PRIMEROS RESPONDIENTES

En concordancia con el objetivo general del PAE de Seguridad Vial que es reducir el número de muertes causadas por accidentes de tráfico de vehículo de motor en la República Mexicana particularmente en la población de 15 a 29 años de edad, mediante la promoción de la seguridad vial y la prevención de accidentes, mejorando la oportunidad y calidad en la atención a víctimas.

Un miembro de la comunidad, suele ser siempre el primer contacto con un paciente accidentado, de ahí la importancia de capacitar a la población para reconocer una urgencia médica, iniciar apoyo básico de sobrevivencia y solicitar al Centro Regulador de Urgencias Médicas el apoyo especializado. El indicador Porcentaje de Personas Capacitadas como Primeros Respondientes proporciona información sobre el número de primeros respondientes capacitados en la atención de urgencias médicas y tratamiento inicial de lesiones, como parte de la estrategia de atención a víctimas

Definición del indicador: Cada entidad federativa debe enviar trimestralmente al STCONAPRA un informe documentado con la evidencia de los cursos a primeros respondientes impartidos (a través del portafolio de evidencias, debidamente integrado), a fin de cumplir con la meta anual establecida de la siguiente manera:

a) Entidades federativas con menos de 1,000,000 de habitantes. Deben reportar al programa 125 alumnos capacitados como primeros respondientes cada trimestre.

   Anual 500 primeros respondientes capacitados.

b) Entidades federativas que cuenten con 1,000,001 a 2,500,000 de habitantes. Deben reportar al programa 250 alumnos capacitados como primeros respondientes cada trimestre.

   Anual 1,000 primeros respondientes capacitados.

c) Entidades federativas que cuenten con 2´500,001 a 5,000,000 de habitantes. Deben reportar al programa 375 alumnos capacitados como primeros respondientes cada trimestre.

   Anual 1,500 primeros respondientes capacitados.

d) Entidades federativas que cuenten con 5,000,001 a 8,000,000 de habitantes. Deben reportar al programa 500 alumnos capacitados como primeros respondientes cada trimestre.

   Anual 2,000 primeros respondientes capacitados.

e) Entidades federativas que cuenten con más de 8,000,000 de habitantes. Deben reportar al programa 625 alumnos capacitados como primeros respondientes cada trimestre.

   Anual 2,500 primeros respondientes capacitados.

Los informes trimestrales reflejarán la cifra acumulada en el cumplimiento del indicador y una vez publicado el boletín en la Dirección General de Epidemiología NO SE PODRÁN MODIFICAR LAS CIFRAS DE LOS TRIMESTRES.

Fuentes de información*:* STCONAPRA / Servicios Estatales de Salud / COEPRA / CONAPO

Informe documentado de los Servicios Estatales de Salud que incluye para el curso de Primeros Respondientes: portafolios de evidencias (plan de sesión, lista de asistencia de tres días, evaluación diagnóstica, hojas de destreza, formato de calificaciones y dictamen de competencias) y llenado de base de datos establecida por el STCONAPRA de las actividades de capacitación realizadas en cada trimestre que incluye fecha, sede, municipio, nombre, competencias desarrolladas, nombre del instructor que impartió el curso.

Valores esperados*:* 100% que corresponde a los informes trimestrales entregados al STCONAPRA los primeros diez días hábiles posteriores a la conclusión del trimestre. Cada informe podrá alcanzar un valor máximo de 25%.

Ponderación*:* 15%

Formula de construcción: Total de personas capacitadas como primer respondiente / Total de población programada para capacitar en el año X 100

Meta estatal 2019*:* 100% de personas capacitadas conforme a la meta programada

Calificación	Calificación
Sobresaliente	90% - 100%
Satisfactorio	80% - 89%
Mínimo	60% - 79%
Precario	0% - 59%

2.- SENSIBILIZACIÓN EN SEGURIDAD VIAL

El Pilar 4 de la Estrategia Nacional de Seguridad Vial 2010-2020 busca mejorar el comportamiento de los usuarios de las vialidades incidiendo en los factores de riesgo que propician la ocurrencia de accidentes de tránsito. Para lograrlo se requiere de la formación, capacitación y actualización continua de promotores en seguridad vial y de la sensibilización a la población.

El Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes imparte cursos de capacitación a Promotores en Seguridad Vial en las entidades federativas a fin de fortalecer los conocimientos, capacidades y habilidades en la materia, con el objetivo de transmitir a la población de su entidad federativa, municipio o localidad, la información sobre los factores de riesgo para que los receptores de estos mensajes modifiquen sus conductas y puedan transformarlos en factores preventivos y protectores de la movilidad, cualquiera que sea su rol en las vías.

Sobre esta premisa, los promotores en seguridad vial tienen el compromiso de apoyar al COEPRA capacitando a otros promotores de la entidad federativa para, entre todos, hacer llegar a la población la información sobre los riesgos latentes en las vías y cómo pueden prevenirlos, asumiendo conductas que favorecen su seguridad y fomentando el respeto a los demás usuarios, procurando con ello una convivencia sana y solidaria. Con este trabajo coordinado se dará cumplimiento a la meta anual establecida de personas beneficiadas a través de las pláticas de sensibilización.

Definición del indicador: La población beneficiada en la República Mexicana mediante las pláticas de sensibilización puede abarcar desde niños en edad preescolar hasta adultos mayores. El compromiso anual es sensibilizar a nivel nacional y por entidad federativa al 1.3% de la población de acuerdo a las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) 2016-2050, conforme a lineamientos y carta descriptiva establecidos por el STCONAPRA. Trimestralmente cada COEPRA debe enviar al STCONAPRA un informe documentado con la evidencia de las pláticas impartidas a la población, los primeros diez días hábiles posteriores a la conclusión del mismo.

Los informes trimestrales reflejarán la cifra acumulada en el cumplimiento del indicador y una vez publicado el boletín en la Dirección General de Epidemiología NO SE PODRÁN MODIFICAR LAS CIFRAS DE LOS TRIMESTRES.

Fuentes de información: STCONAPRA / Servicios Estatales de Salud / COEPRA / CONAPO

Informe documentado de los Servicios Estatales de Salud que incluye para las pláticas de sensibilización: temario, lista de asistencia u oficios de la institución receptora con firma del representante y sello; así como el llenado de la base de datos establecida por el STCONAPRA de las actividades de sensibilización realizadas en cada trimestre que incluye, entre otros: fecha, municipio, grupo de edad, tema o factor de riesgo, nombre del promotor que impartió el curso o la plática.

Valores esperados: 1.3% de la población total en el país y por cada entidad federativa, que será beneficiada mediante pláticas de sensibilización sobre seguridad vial.

Ponderación: 10%

Fórmula de construcción: Total de población que ha recibido pláticas de sensibilización sobre seguridad vial/Total de población x 100

Meta Estatal 2019: 1.3% de la población total sensibilizada en seguridad vial.

Calificación	Calificación
Sobresaliente	90% - 100%
Satisfactorio	80% - 89%
Mínimo	60% - 79%
Precario	0% - 59%

3. CONTROLES DE ALCOHOLIMETRÍA

En el marco de la Estrategia Nacional de Seguridad Vial 2011-2020 que tiene el propósito de reducir en el país 50% las muertes por accidentes de tráfico de vehículo de motor, así como disminuir al máximo posible las lesiones y discapacidades relacionadas con dichos percances, promoviendo la participación de las autoridades de los tres niveles de gobierno, atendiendo a su ámbito de competencia y facultades en la implementación de las diversas acciones.

Una de dichas acciones está relacionada con asegurar el efectivo cumplimiento de la legislación por parte de los usuarios de las vialidades a fin de prevenir los accidentes de tránsito con la conducción bajo la influencia del alcohol. Entre otros factores de riesgo y protectores.

En este contexto, la Acción Estratégica de Alcoholimetría tiene como objetivo contribuir a la disminución, mediantes acciones preventivas, de la ocurrencia y gravedad de lesiones de tránsito como consecuencia de la conducción bajo los efectos del alcohol. La evidencia científica muestra resultados exitosos con el establecimiento de controles de sobriedad y pruebas aleatorias, reduciendo en un 20% los choques (OMS, 2004: 153).

Definición del indicador. La Acción Estratégica de Alcoholimetría debe aplicarse en las 32 entidades federativas en sus municipios definidos como prioritarios para este fin. Para la implementación de los controles de alcoholimetría, se sugiere establecer acuerdos de colaboración entre las autoridades involucradas (Secretaría de Salud, Secretaría de Seguridad Pública, Tránsito y Vialidad, o equivalente) a fin de lograr llevar a cabo esta estrategia de manera correcta. El cumplimiento del indicador se valorará de acuerdo a los informes trimestrales entregados al STCONAPRA de los puntos de control establecidos en los municipios definidos como prioritarios de acuerdo a los siguientes criterios:

1. Municipios que formen parte de la lista más reciente de municipios prioritarios del Programa Nacional de Prevención Social de la Violencia y Delincuencia de la Secretaría de Gobernación (correspondiente a 2015); o

2. Municipios que actualmente realizan puntos de control de alcoholimetría; o

3. Municipios prioritarios desde el punto de vista de la seguridad vial, esto es:

    a. Con una población media mayor a los 50 mil habitantes en 2013; y

    b. Que tuvieron una tasa de mortalidad mayor a 20 por 100 mil habitantes, en tres de los últimos cuatro años (2010-2013) para evitar la influencia de eventos masivos aislados ocurridos en alguno de estos años; y

    c. Que presentaron el porcentaje de colisiones relacionado con alcohol mayor a la media nacional, en tres de los últimos cuatro años (2010-2013), o que tuvieron una tasa de colisiones por arriba de la media nacional, en tres de los últimos cuatro años (2010-2013).

Los informes trimestrales reflejarán la cifra acumulada en el cumplimiento del indicador y una vez publicado el boletín en la Dirección General de Epidemiología NO SE PODRÁN MODIFICAR LAS CIFRAS DE LOS TRIMESTRES, NI SE PODRÁN ACUMULAR LOS DATOS POSTERIORMENTE.

Fuentes de información: STCONAPRA / Servicios Estatales de Salud / COEPRA/ Reporte trimestral de información elaborado conforme a los criterios establecidos por el STCONAPRA.

Valores esperados: 100% que corresponde a los reportes trimestrales entregados al STCONAPRA los primeros diez días hábiles posteriores a la conclusión del trimestre. Cada reporte tendrá un valor de 25%.

Ponderación: 25%

Formula de construcción: No. de municipios prioritarios que aplican controles de alcoholimetría / Total de municipios prioritarios x 100

Meta Estatal 2019: 100% de municipios prioritarios con controles de alcoholimetría.

Calificación	Calificación
Sobresaliente	100%
Satisfactorio	75% - 99%
Mínimo	50% - 74%
Precario	0% - 49%

4.- MEDICIÓN DE FACTORES DE RIESGO

La Medición de Factores de Riesgo tiene como propósito recabar y sistematizar información sobre el comportamiento de los usuarios en las vialidades sobre los principales factores de riesgo para la seguridad vial. El Plan Mundial para el Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011–2020, propuesto por la Organización Mundial de la Salud resalta en los Pilares 1 y 4 la importancia de establecer mecanismos para recolectar información sobre el comportamiento de los usuarios con respecto a los principales factores de riesgo: exceso de velocidad y velocidad inadecuada, la conducción bajo la influencia de alcohol, uso de distractores, no uso de casco de seguridad ni vestimenta adecuada entre motociclistas, no uso de cinturón de seguridad ni silla porta infante, entre otros.

Dicha información es útil para establecer las intervenciones integrales y focalizadas por factor de riesgo entre la población y eventualmente, al realizar de manera periódica las mediciones se puede verificar el avance y resultado de dichas intervenciones.

En cada estado, los Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes (COEPRA) coordinarán la medición de un factor de riesgo en por lo menos un municipio de su entidad o zona metropolitana. Las mediciones se realizarán de acuerdo a la metodología establecida y difundida por el Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (STCONAPRA).

En todos los casos se realizarán observaciones del comportamiento de los usuarios y se recabarán encuestas en puntos determinados para obtener información sobre sus características conforme la metodología propuesta por el STCONAPRA.

Definición del indicador: La medición de los factores de riesgo se realizará CONFORME LA METODOLOGÍA PROPUESTA POR EL STCONAPRA en los municipios definidos en común acuerdo con el COEPRA.

Los informes trimestrales serán entregados al STCONAPRA los primeros diez días hábiles posteriores a la conclusión del trimestre, reflejarán la cifra acumulada en el cumplimiento del indicador y una vez publicado el boletín en la Dirección General de Epidemiología NO SE PODRÁN MODIFICAR LAS CIFRAS DE LOS TRIMESTRES.

Fuentes de información: STCONAPRA / Servicios Estatales de Salud / COEPRA/ Informe documentado de los Servicios Estatales de Salud, que debe incluir el siguiente sustento documental:

1. Difusión de los resultados de las mediciones y de las actividades que conforman el plan de acción. Los resultados obtenidos de las mediciones de factores de riesgo realizadas en 2018 (uso de casco en motociclistas y sujeción), así como las actividades que conforman el plan de acción de cada una, serán difundidos en la 1° sesión de COEPRA del 2019. La evidencia documental será la minuta firmada de dicha reunión en la que se mencione la presentación de los resultados y las actividades del plan de acción a desarrollar en 2019. El valor de este rubro será de 5% por la presentación de los resultados y plan de acción de cada medición.

2. Planeación. Se llenará un formato en el que se indiquen los municipios en que se realizará el registro de información, quiénes formarán parte del grupo de trabajo, los periodos programados para realizar las actividades y el calendario de trabajo. El valor de este rubro será de 10%.

3. Base de datos. Con la información recabada durante el levantamiento de información se elaborará una base de datos. El valor de este rubro será de 40%.

4. Reporte de resultados. Se realizará el análisis de información y un reporte de resultados. Dicho reporte tendrá un valor de 20%.

5. Plan de acción. Con base en los resultados, se reportarán las intervenciones a realizar para promover el uso de aditamentos protectores o para la disminución de conductas de riesgo en los diferentes usuarios de la vía pública a nivel local. Estas acciones deberán ser incluidas en el programa de trabajo de seguridad vial 2020 de cada entidad federativa. El valor de este rubro será máximo de 20% en función de su viabilidad y sustentabilidad.

Valores esperados: 100% que corresponde a la suma de cada uno de los porcentajes que se obtienen al contar con el soporte documental de los puntos antes descritos. CADA DOCUMENTO SERÁ REVISADO POR EL RESPONSABLE DEL COMPONENTE PARA SU APROBACIÓN Y VALIDACIÓN.

Ponderación: 15%

Formula de construcción: Sumatoria de los porcentajes asignados a cada actividad realizada en los municipios seleccionados.

Meta estatal 2019: Realizar la medición de un factor de riesgo establecido en los municipios seleccionados, incluyendo el sustento documental de los cinco puntos previstos en la metodología establecida por el STCONAPRA para lograr el 100% de cumplimiento.

Calificación:

	Calificación
Sobresaliente	100%
Satisfactorio	80% - 99%
Mínimo	60% - 79%
Precario	0% - 59%

5.- OBSERVATORIO ESTATAL DE LESIONES

La información permite diseñar intervenciones que enfrentan y resuelven problemas específicos, para ello se requiere contar con datos claros, precisos, oportunos y completos, que al analizarlos proporcionen orientación para la toma de decisiones. Esta información es de utilidad para fortalecer el compromiso multisectorial colocando en un lugar prioritario la prevención de accidentes, porque permiten documentar la naturaleza y magnitud del problema de las lesiones causadas por los accidentes y demostrar la eficacia de las intervenciones.

Por ello, el STCONAPRA impulsa la operación de Observatorios Estatales de Lesiones (OEL), los cuales se definen como un espacio intersectorial y multidisciplinario orientado a la difusión y análisis de información disponible, relevante y confiable sobre los accidentes de tránsito y las lesiones o daños que causan. Asimismo, con base en los datos estadísticos que reflejan que los accidentes de tránsito en Zonas Urbanas y Suburbanas ascienden a más del 90% es importante delimitarlos de los que ocurren en Carreteras Federales. Con el intercambio de información en los OEL referente a los Accidentes Viales en Zonas Urbanas y Carreteras Federales, entre otros, es posible apoyar la definición de acciones, estrategias, políticas públicas e intervenciones dirigidas a mejorar las condiciones de seguridad en un lugar específico.

Para fines de este indicador, este componente está conformado por:

Minutas de reuniones de trabajo del OEL

Se refiere a las listas de asistencia y minutas con acuerdos generados producto de las reuniones de trabajo de los integrantes del observatorio estatal instalado, en donde se hayan tratado asuntos relacionados con las fuentes de información y datos relacionados con la ocurrencia y registro de accidentes viales en Zonas Urbanas y Suburbanas de la entidad federativa.

Análisis e Informe semestral homologado.

Como producto del trabajo del observatorio estatal se integrará el informe preliminar y final utilizando como fuente las diferentes bases de datos compartidas por las instituciones participantes aplicando el criterio de seguimiento de los accidentes con base en los lineamientos otorgados por el STCONAPRA a través de la Guía Metodológica para el Registro de Accidentes Viales en Zonas Urbanas y Suburbanas.

Definición del indicador: Cada entidad federativa debe enviar al STCONAPRA los siguientes documentos para su evaluación:

1. Minutas de trabajo. Se debe hacer referencia a las instituciones participantes, los acuerdos adoptados y a su cumplimiento, mismos que deben estar vinculados con el trabajo al interior del observatorio y con lo establecido en el acta de creación. Se deben presentar cuatro minutas al año, de preferencia una por trimestre. El valor de este rubro será de 40%, es decir, cada minuta tendrá un valor de 10%.

2. Informes con el análisis de accidentes viales del OEL. Los informes deben contener los datos más actualizados de los accidentes viales en Zonas Urbanas y Suburbanas ocurridos en la entidad federativa considerando los criterios establecidos bajo la Guía Metodológica correspondiente. El valor de este rubro será de 60%, es decir, en el 1° semestre informe preliminar 30% e Informe final en el 2° semestre con un valor de 30%

Los informes trimestrales serán entregados al STCONAPRA los primeros diez días hábiles posteriores a la conclusión del trimestre, reflejarán la cifra acumulada en el cumplimiento del indicador y una vez publicado el boletín en la Dirección General de Epidemiología NO SE PODRÁN MODIFICAR LAS CIFRAS DE LOS TRIMESTRES.

Fuentes de información: STCONAPRA / Servicios Estatales de Salud / COEPRA/

Valores esperados: 100% que corresponde a la suma de cada uno de los porcentajes que se obtienen al contar con la evidencia de los puntos antes descritos.

Ponderación: 25%

Formula de construcción: Sumatoria de los porcentajes asignados a cada rubro establecido para la operación de los OEL. Obtendrán una calificación sobresaliente (100%) aquellas entidades que entreguen, cuatro minutas de trabajo (40%) y el análisis semestral de accidentes viales del OEL obtendrán una calificación satisfactoria (30% por cada semestre)

Meta Estatal 2019: Operar el Observatorio Estatal de Lesiones conforme a los criterios establecidos por el STCONAPRA para lograr 100% de cumplimiento.

Calificación	Calificación
Sobresaliente	100%
Satisfactorio	51% - 99%
Mínimo	11% - 50%
Precario	0% - 10%

6.- AUDITORÍAS DE SEGURIDAD VIAL

La Secretaría de Salud, a través de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y del Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (STCONAPRA), ejecuta el Programa de Acción Específico (PAE) 2013-2018 de Seguridad Vial. Este programa tiene 5 objetivos los cuales son: 1. Generar datos y evidencia científica para la prevención de lesiones ocasionadas por accidentes viales; 2. Proponer un marco jurídico en seguridad vial que incluya los principales factores de riesgo presentes en los accidentes viales; 3. Contribuir a la adopción de conductas seguras de usuarios de vialidades para reducir daños a la salud por accidentes viales; 4. Impulsar la colaboración multisectorial a nivel nacional para la prevención de lesiones ocasionadas por accidentes viales; y 5. Normar la atención prehospitalaria de urgencias médicas por lesiones.

La auditoría de seguridad vial es un procedimiento sistemático en el que se comprueban las condiciones de seguridad de las vialidades existentes, por lo que el indicador se alinea con el objetivo uno, tres y cuatro del PAE al permitir que se disponga de datos confiables, oportunos y completos que ayuden a mejorar la gestión de la seguridad vial con resultados sólidos y sostenibles en el tiempo y de utilidad para las instituciones involucradas en la prevención de lesiones ocasionadas por accidentes viales; con el objetivo tres reconociendo que en nuestro país existe una notable ausencia de cultura vial, siendo por tanto indispensable fortalecer las acciones de promoción de la salud, a fin de generar una cultura de prevención, particularmente entre niños, adolescentes y jóvenes; y con el objetivo 4 dado que la reducción de lesiones por accidentes viales requiere de la participación de múltiples actores, involucrando a la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales, instituciones de gobierno e incluso incorporando el apoyo científico, técnico y de experiencias exitosas de la comunidad internacional, motivo por el cual se ha solicitado a las entidades federativas la creación de un Subcomité Estatal de Infraestructura Segura (SEIS).

Definición del indicador: Cada entidad federativa deberá contar con un Subcomité Estatal de Infraestructura Segura (SEIS) y enviar al STCONAPRA durante el primer trimestre el acta de instalación y al menos una minuta de sesión de trabajo, posteriormente enviará un informe documentado con la evidencia de tres auditorías de seguridad vial implementadas, sin que esto limite la posibilidad de aumentar el número de estudios implementados. Dicho informe debe incluir:

1. Acta de instalación del Subcomité Estatal de Infraestructura Segura (SEIS), así como la minuta de la sesión de instalación. El valor de ambos documentos será de 25%.

2. Realización. Se deben elaborar tres auditorías de seguridad vial en diferentes sitios. El valor de este rubro será de 5% para cada reporte entregado.

3. Gestión. Se entregará una minuta de trabajo de cada sesión del Subcomité donde se acuerde la realización de las adecuaciones sugeridas de 1, 2 o 3 auditorías levantadas. El valor de este rubro será de 5, 10 o 15% respectivamente.

4. Implementación. Se enviará un informe con evidencia de las adecuaciones realizadas de acuerdo a las evaluaciones reportadas. Cada informe tendrá un valor de 15%.

Los informes trimestrales entregados al STCONAPRA los primeros diez días hábiles posteriores a la conclusión del trimestre, reflejarán la cifra acumulada en el cumplimiento del indicador y una vez publicado el boletín en la Dirección General de Epidemiología NO SE PODRÁN MODIFICAR LAS CIFRAS DE LOS TRIMESTRES:

Fuentes de información*:* STCONAPRA / Servicios Estatales de Salud / COEPRA/ Informe documentado de los Servicios Estatales de Salud que incluya la evidencia de tres auditorías viales realizadas, gestionadas e implementadas.

Valores esperados*:* 100% que corresponde a la suma de cada uno de los porcentajes que se obtienen al contar con el soporte documental de los puntos antes descritos. Se asignará la calificación sumando los porcentajes de acuerdo a la documentación entregada por cada una de las auditorías realizadas e implementadas, la conformación del Subcomité de Infraestructura Segura y la minuta de la sesión realizada.

Ponderación*:* 10%

Formula de construcción: Sumatoria de los porcentajes asignados a cada actividad realizada para cada una de las auditorías de seguridad vial realizadas, gestionadas e implementadas, la conformación del Subcomité de Infraestructura Segura y la minuta de la sesión realizada.

Obtendrán una calificación sobresaliente aquellas entidades que documenten tres auditorias de seguridad vial, tres gestiones y tres implementaciones y que comprueben la conformación del Subcomité de Infraestructura Segura y envíen la minuta de la primer sesión realizada; obtendrán una calificación satisfactoria al realizar dos auditorías y sus respectivas gestiones e implementaciones y comprueben la conformación del Subcomité de Infraestructura Segura y envíen la minuta de la primer sesión realizada; y la calificación mínima la obtendrán aquellas que realicen, gestionen e implementen una auditoría y comprueben la conformación del Subcomité de Infraestructura Segura y envíen la minuta de la primer sesión realizada.

Meta estatal 2019: Tres auditorías de seguridad vial realizadas, gestionadas e implementadas y comprobación de la conformación del Subcomité de Infraestructura Segura y envío de la minuta de la primera sesión realizada.

Calificación	Calificación
Sobresaliente	100%
Satisfactorio	75% - 99%
Mínimo	50% - 74%
Precario	0% - 49%

PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

KARLA BERDICHEVSKY FELDMAN
Director General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

YOLANDA VARELA CHÁVEZ
Directora de Planificación Familiar

MAYRA MAHOGANY TORRES CHAIRES
Subdirectora de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes

INTRODUCCIÓN

En el presente documento, se describe la metodología que se utiliza en el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) para generar el "BOLETÍN CAMINANDO A LA EXCELENCIA" del Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en la Secretaría de Salud, con el propósito de que quienes son responsables de este programa en los estados, cuenten con los elementos técnicos necesarios para realizar el ejercicio a nivel estatal por jurisdicción sanitaria o incluso por unidad médica.

ÍNDICE DE DESEMPEÑO VECTORIAL EN LA SECRETARÍA DE SALUD

Para calcular el índice de desempeño vectorial del Programa de Acción de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, se utilizan los datos por entidad federativa provenientes del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) de la Secretaría de Salud, correspondientes al Subsistema de Información de Prestación de Servicios (SIS) y del Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH), mediante la consulta que hace el CNEGSR a la página Web de la Dirección General de Información en Salud DGIS [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos.html].

Asimismo, se utilizan las estimaciones oficiales de la población no derechohabiente, potencialmente usuaria de los servicios de la Secretaría de Salud, emitidos por la misma DGIS, que realiza con base en información de las proyecciones de población del CONAPO.

También se hace uso del Directorio de Servicios Amigables informado por las entidades federativas al CNEGSR.

INDICADORES SELECCIONADOS

A continuación, se señalan los siete indicadores que se seleccionaron para calcular el índice de desempeño vectorial en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes en la Secretaría de Salud.
Para la selección se tomaron en consideración diversos aspectos entre los que destacan los siguientes:

- Los objetivos y metas del Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, 2013-2018;
- Los alcances deseados y enmarcados en la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo ENAPEA; y
- Los retos observados en los últimos años en la cobertura y en la prestación de servicios en materia salud sexual y reproductiva en adolescentes.

DESCRIPCIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES.

Para evaluar el Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes con la metodología de Caminando a la Excelencia se han incluido siete indicadores:

1. Cobertura de usuarias de anticonceptivos respecto al número de adolescentes de 15 a 19 años de edad sexualmente activas, que son responsabilidad de la Secretaría de Salud. (Cobertura de usuarias)
2. Cobertura de Anticoncepción Post Evento Obstétrico en adolescentes menores de 20 años. (APEO)
3. Tasa de retención de usuarias de anticonceptivos (Calidad de la atención)
4. Productividad de los Servicios Amigables, con base en el promedio mensual de adolescentes atendidos por primera vez en este tipo de servicios. (Productividad de Servicios Amigables)
5. Número de promotores voluntarios que participan en las actividades de promoción que se realizan en Servicios Amigables. (Participación juvenil)
6. Acciones de promoción realizadas en Servicios Amigables en materia de salud sexual y reproductiva (Acciones de Promoción)
7. Porcentaje de municipios que cuentan con al menos un Servicio Amigable para Adolescentes o un Centro de Atención Rural al Adolescente (CARA). (Cobertura de Servicios Amigables)

A continuación se describe la metodología para la construcción de cada uno de los indicadores.

1. Cobertura de usuarias

Dicho indicador se refiere al porcentaje de mujeres de 15 a 19 años de edad que utilizan algún método anticonceptivo aplicado o proporcionado por la Secretaría de Salud, respecto al total de mujeres sexualmente activas de 15 a 19 años de edad responsabilidad de la Secretaría de Salud.

El Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes establece en su estrategia 2.2.4. Mejorar el abasto de anticonceptivos y ampliar la gama de opciones, incluyendo anticoncepción de emergencia, para prevenir embarazos e ITS. Con esta acción se establece por ende la necesidad de impulsar acciones específicas para la prevención del embarazo en mujeres de 15 a 19 años mediante

la promoción y oferta de métodos anticonceptivos, así como establecer mecanismos para darle seguimiento a las usuarias activas captadas tanto en los Servicios Amigables como en los servicios de planificación familiar de las unidades de primer nivel de atención.

1.1 Construcción

El denominador de este indicador; es decir, la población de mujeres sexualmente activas de 15 a 19 años de edad que son responsabilidad de la Secretaría de Salud, se estima con base en la siguiente información: mujeres de 15 a 19 años por condición de derechohabiencia a la seguridad social, 2010-2018 (DGIS/ CONAPO); población potencial del IMSS Prospera (SISPA); así como de resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID).

1.2 Fórmula

$$\frac{\begin{array}{c}Número\ de\ usuarias\ activas\ menores\ de\ 20\ años\ de\ edad\ de\\ métodos\ anticonceptivos\ aplicados\ o\ proporcionados\ en\ unidades\\ médicas\ de\ la\ SS\end{array}}{\begin{array}{c}Total\ de\ mujeres\ sexualmente\ activas\ de\ 15-19\ años\ de\ edad\\ responsabilidad\ de\ la\ SS\end{array}} x100$$

1.3 Ponderación

Este indicador representa el 20% del total de la evaluación de los siete Indicadores del Programa de SSRA.

1.4 Valor ideal

El valor ideal para este indicador es del 63%, que corresponde a la tasa de uso de anticonceptivos modernos en mujeres unidas de 15 a 49 años de edad, en las regiones más desarrolladas; según el avance de los indicadores hacia los objetivos del marco de medidas para el seguimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo[1]. El valor mínimo corresponde a la prevalencia de uso de anticonceptivos que había en el país en la década de los setenta.

1.5 Rangos de calificación

Para la evaluación de este indicador se establecen los siguientes rangos:

Escala	Rango
Sobresaliente	63 a 100%
Satisfactorio	50 a 62%
Mínimo	30 a 49%
Precario	0 a 29%

Aquellas entidades en las cuales el valor de este indicador supere el 100%; se les asignará el valor mínimo del rango satisfactorio.

[1] UNFA. Estado de la Población Mundial 2017. Mundos aparte. La salud y los derechos reproductivos en tiempos de desigualdad. Pág. 123.

1.6 Periodicidad
Trimestral

1.7 Fuente de información
Numerador: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Subsistema de Prestación de Servicios (SIS). [en línea].
Denominador: CONAPO/DGIS. - Proyecciones de la Población por condición de derechohabiencia, 2010 - 2018, DGIS plataforma, e INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009 y 2014.

2. APEO

En este indicador se integra el porcentaje de mujeres menores de 20 años de edad que adoptaron un método anticonceptivo DIU (DIU T Cu o Diu medicado), OTB o Implante subdérmico antes de su egreso de la unidad médica en la que fueron atendidas para la resolución de su embarazo, respecto del total de eventos obstétricos (parto, cesárea o aborto) atendidos en la Secretaría de Salud.

Uno de los ejes prioritarios de la Salud Reproductiva se refiere a la planificación familiar, entendida ésta de acuerdo a la NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar como "*el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos*". En ese sentido uno de los elementos fundamentales que integra derivado de que algunas mujeres no tienen acceso oportuno a las opciones anticonceptivas es lo relativo a la Anticoncepción Post Evento Obstétrico (APEO). Es importante recordar que estas acciones están enmarcadas en el Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Ordenamientos que estipulan estrategias, líneas de acción y actividades concretas para impactar a la población objetivo (mujeres en edad fértil) con especial énfasis en la población menor de 20 años.

De tal manera que el APEO cumple una función importante en las estrategias para disminuir las necesidades de insatisfechas de métodos anticonceptivos. Las puérperas tienen la mayor cantidad de estas necesidades. No obstante, en general no reciben los servicios que necesitan para lograr intervalos intergenésicos más prolongados o para disminuir los embarazos no planificados y sus consecuencias.

Por lo tanto, este indicador se alimenta de las acciones que ya se están realizando en este tema tanto en unidades de primer nivel como en el ámbito hospitalario lo que nos marca el área de oportunidad para reforzar esas acciones.

2.1 Construcción

El numerador contempla a todas las mujeres menores de 20 años de edad atendidas por parto, cesárea o aborto y que adoptaron un método Anticonceptivo Reversible de Acción Prolongada (ARAP) o un método definitivo antes de su egreso de la unidad médica o durante el puerperio.
El denominador de este indicador contempla todos los eventos obstétricos atendidos en las unidades médicas de la Secretaría de Salud independientemente del tipo de resolución del embarazo (parto, cesárea o aborto) en mujeres menores de 20 años de edad.

2.2 Fórmula

$$\frac{\text{Número de mujeres menores de 20 años de edad atendidas por parto, cesárea o aborto que adoptaron un DIU, OTB o implante subdérmico antes de su egreso de la unidad médica o durante el puerperio}}{\text{Total de eventos obstétricos atendidos por parto, cesárea o aborto en mujeres menores de 20 años de edad en la SS}} x100$$

2.3 Ponderación

Este indicador representa el 20% del total de la evaluación de los siete Indicadores del Programa de SSRA.

2.4 Valor ideal

El valor ideal para este indicador es el 70%, tomando en cuenta que la meta de cobertura de APEO en adolescentes es de 80% pero incluye las aceptantes de todos los métodos.

2.5 Rangos de calificación

Para la evaluación de este indicador se establecen los siguientes rangos:

Escala	Rango
Sobresaliente	70 a 100%
Satisfactorio	50 a 69%
Mínimo	30 a 49%
Precario	0 a 29%

Aquellas entidades en las cuales el valor de este indicador supere el 100%; se les asignará el valor mínimo del rango satisfactorio.

2.6 Periodicidad

Trimestral

2.7 Fuente de información

Numerador y Denominador: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH). [en línea]. Y Dirección General de Información en Salud (DGIS). Subsistema de Prestación de Servicios (SIS). [en línea].

3. Calidad de la atención

Se refiere a la tasa de retención de usuarias adolescentes menores de 20 años de edad de métodos anticonceptivos; es decir, al porcentaje de usuarias y usuarios menores de 20 años de edad de métodos anticonceptivos aplicados o proporcionados en unidades médicas de la Secretaría de Salud, que se mantienen activos durante el periodo a evaluar, respecto al total de usuarias y usuarios activos de métodos anticonceptivos del mismo periodo del año anterior. Incluye usuarias y usuarios de todos los métodos de planificación familiar.

Incrementar la tasa de retención de usuarias adolescentes menores de 20 años de edad de métodos anticonceptivos involucra una serie de pasos para garantizar no solo la adopción por parte de las adolescentes con vida sexual activa de un método per se, sino la sensibilización y satisfacción de su demanda para generar continuidad en el uso y con ello prevenir embarazos no planeados.

La tasa de retención permite evaluar y medir dicha continuidad entre las mujeres adolescentes e identificar las áreas de oportunidad para tener un incremento en esta tasa.

3.1 Construcción

En el numerador se considera el número de usuarias y usuarios activos menores de 20 años de edad de métodos anticonceptivos aplicados o proporcionados en unidades médicas de la Secretaría de Salud.

En el denominador se considera el número de usuarias y usuarios activos menores de 20 años de edad de métodos anticonceptivos aplicados o proporcionados en unidades médicas de la Secretaría de Salud del mismo periodo a evaluar, pero del año previo más el número de usuarias y usuarios nuevos menores de 20 años de edad de métodos anticonceptivos aplicados o proporcionados en unidades médicas de la Secretaría de Salud del periodo a evaluar.

3.2 Fórmula

$$\frac{\textit{Total de usuarias activas de métodos anticonceptivos menores de 20 años de edad de la SS del periodo a evaluar}}{\textit{Total de usuarias activas de métodos anticonceptivos menores de 20 años de edad de la SS del periodo previo al periodo a evaluar} + \textit{Nuevas usuarias de métodos anticonceptivos menores de 20 años de edad de la SS del periodo a evaluar}} \textit{ x100}$$

3.3 Ponderación

Este indicador representa el 10% del total de la evaluación de los siete Indicadores del Programa de SSRA.

3.4 Valor ideal

El valor ideal para este indicador es el 80%, tomando en cuenta que algunas adolescentes desean abandonar el programa por alguna razón en particular.

3.5 Rangos de calificación

Para la evaluación de este indicador se establecen los siguientes rangos:

Escala	Rango
Sobresaliente	80 a 100%
Satisfactorio	65 a 79%
Mínimo	50 a 64%
Precario	0 a 49%

Aquellas entidades en las cuales el valor de este indicador supere el 100%; se les asignará el valor máximo del rango mínimo.

3.6 Periodicidad
Trimestral

3.7 Fuente de información
Numerador y Denominador: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Subsistema de Prestación de Servicios (SIS). [en línea].

4. Productividad de Servicios Amigables

Este indicador se refiere al número promedio de adolescentes atendidos por primera vez al mes en los Servicios Amigables de la Secretaría de Salud.

Los Servicios Amigables para Adolescentes, dependen de los Servicios Estatales de Salud que constituyen el brazo operativo que permite proporcionar servicios de salud sexual y reproductiva para los integrantes de este grupo etario, Con base en el Modelo de Atención Integral para la Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (MAISSRA), proporcionan un paquete integral de servicios que incluye desde una orientación-consejería hasta la dotación de un método anticonceptivo.

De ahí la importancia de tener un seguimiento puntual tanto de la productividad que generan estos Servicios Amigables, así como de la calidad y la cobertura de los mismos.

4.1 Construcción

En el numerador se considera el número de consultas y/o atenciones otorgadas de primera vez a hombres y mujeres en los Servicios Amigables en el mes a evaluar.

En el denominador se considera el número del total de CLUES que registraron el número de consultas y/o atenciones otorgadas de primera vez en hombres y mujeres en los Servicios Amigables en el mes a evaluar.
El promedio mensual corresponde a la suma de los promedios mensuales entre el número de meses del periodo a evaluar.

4.2 Fórmula

$$\frac{Suma\ de\ los\ promedios\ mensuales\ de\ atenciones\ otorgadas\ de\ primera\ vez\ en\ mujeres\ y\ hombres\ en\ los\ SA\ del\ periodo\ a\ evaluar}{Número\ de\ meses\ del\ periodo\ a\ evaluar}$$

Nota: El promedio mensual de atenciones o consultas por primera vez en mujeres y hombres adolescentes, se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\textit{Número de atenciones o consultas otorgadas de primera vez en mujeres y hombres en los SA de SS en el mes a evaluar}}{\textit{Total de CLUES que registraron dichas atenciones o consultas en el mes a evaluar}}$$

4.3 Ponderación

Este indicador representa el 20% del total de la evaluación de los siete Indicadores del Programa de SSRA.

4.4 Valor ideal

El valor ideal para este indicador es el 100% que equivale a por lo menos 60 adolescentes nuevos atendidos de primera vez al mes.

4.5 Rangos de calificación

Para la evaluación de este indicador se establecen los siguientes rangos:

Escala	Rango
Sobresaliente	100%
Satisfactorio	70 a 99%
Mínimo	40 a 69%
Precario	0 a 39%

Aquellas entidades en las cuales el valor de este indicador supere el 100%; se les asignará el valor del rango sobresaliente.

4.6 Periodicidad

Trimestral

4.7 Fuente de información

Numerador y Denominador: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Subsistema de Prestación de Servicios (SIS). [en línea].

5. Participación juvenil

En el Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes se cuenta con el apoyo de promotoras y promotores en los Servicios Amigables, estrategia de educación de pares diseñada para fomentar la educación en salud y la prevención de riesgos y daños a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente.

Adicionalmente a ello y como otra figura de promotoría, en el marco de la Estrategia de “Atención en Salud Sexual y Reproductiva en Comunidades Indígenas”, la cual está enfocada exclusivamente a promover la salud sexual y reproductiva en la población adolescente que radica en dichas comunidades, se cuenta con la formación y trabajo de las y los brigadistas juveniles de las zonas indígenas, los cuales participan voluntariamente en acciones de promoción y educación para la salud sexual y reproductiva, enfocadas a la prevención del embarazo adolescente en las

comunidades rurales mientras que los promotores juveniles trabajan en áreas urbanas y en coordinación con los Servicios Amigables.

Para llevar a cabo dichas actividades de promoción, difusión y educación siempre las realizan en equipo con apoyo del personal de salud de las Unidades Médicas (Brigadistas) y de los Servicios Amigables (promotores).

Este indicador establece los alcances deseados y enmarcados para las tareas que realizan promotores al interior de los Servicios Amigables como en acciones extramuros ya sea en los ámbitos familiares, escolares y comunitarios.

Con lo anterior se logra un mayor acercamiento con la población objetivo, fomentar el uso de métodos anticonceptivos en este grupo etario y así poder incidir en la problemática tanto del incremento de embarazos no planeados como de ITS.

5.1 Construcción

En el numerador se considera el número de promotores activos en el mes que se esté evaluando.
En el denominador se considera el número de total de CLUES que registraron promotores activos en el mes que se esté evaluando.
El promedio mensual corresponde a la suma de los promedios mensuales entre el número de meses del periodo a evaluar.

5.2 Fórmula

$$\frac{\begin{array}{c}Suma\ de\ los\ promedios\ mensuales\ de\ los\ promotores\ activos\\ en\ los\ SA\ de\ la\ SS\ del\ periodo\ a\ evaluar\end{array}}{N\acute{u}mero\ de\ meses\ del\ periodo\ a\ evaluar}$$

Nota: El promedio mensual de promotores activos en los Servicios Amigables de la Secretaría de Salud, se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{N\acute{u}mero\ de\ promotores\ activos\ en\ los\ SA\ de\ la\ SS\ del\ mes\ a\ evaluar}{\begin{array}{c}Total\ de\ CLUES\ que\ registraron\ promotores\ activos\\ en\ el\ mes\ a\ evaluar\end{array}}$$

5.3 Ponderación
Este indicador representa el 10% del total de la evaluación de los siete Indicadores del Programa de SSRA.

5.4 Valor ideal
El valor ideal para este indicador es el 100%, que corresponde a por lo menos 20 promotores activos por mes.

5.5 Rangos de calificación
Para la evaluación de este indicador se establecen los siguientes rangos:

Escala	Rango
Sobresaliente	90 a 100%
Satisfactorio	55 a 89%
Mínimo	40 a 54%
Precario	0 a 39%

Aquellas entidades en las cuales el valor de este indicador supere el 100%; se les asignará el valor máximo del rango sobresaliente.

5.6 Periodicidad
Trimestral

5.7 Fuente de información
Numerador y Denominador: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Subsistema de Prestación de Servicios (SIS). [en línea].

6. Acciones de promoción.

En el Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, se tienen Servicios Amigables donde se realizan acciones para la población adolescente desde la oferta del paquete básico de servicios de Salud Sexual y Reproductiva enmarcados en el MAISSRA (Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes); así como la conformación de adolescentes como promotores y promotoras juveniles.

Esta es una estrategia de educación de pares diseñada para fomentar la educación en salud y la prevención de riesgos y daños a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente; dichos promotores participan voluntariamente en acciones de promoción y educación para la salud sexual y reproductiva.

La labor de los promotores de salud sexual y reproductiva cobra gran relevancia pues son los actores sociales y líderes comunitarios que realizan acciones con sus pares buscando el fortalecimiento de capacidades y espacios de incidencia en salud sexual y reproductiva (promotoría), a través de actividades como estilos de vida saludables bajo una perspectiva intercultural, impartición de pláticas (algunas en sus lenguas originarias), ferias de la salud, visitas domiciliarias, etc.

Es necesario que los promotores juveniles realicen acciones permanentes en estas áreas que sean reportadas de manera mensual como parte de las actividades de los Servicios Amigables, lo que será un reflejo del trabajo sistemático con las y los adolescentes.

Este indicador establece el parámetro de acciones o intervenciones que se deben realizar mínimamente por las y los promotores juveniles en salud sexual y reproductiva en el Servicio Amigable.

Con lo anterior se logra un mayor acercamiento con la población objetivo, fomentar el uso de métodos anticonceptivos en este grupo etario y así poder incidir en la problemática tanto del incremento de embarazos no planeados como de ITS.

6.1 Construcción

En el numerador se considera el número de intervenciones realizadas por los servicios amigables en el mes que se esté evaluando para promover los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.
En el denominador se considera el número de total de CLUES que registraros las intervenciones en el mes que se esté evaluando.

El promedio mensual corresponde a la suma de los promedios mensuales entre el número de meses del periodo a evaluar.

6.2 Fórmula

$$\frac{\begin{array}{c}Suma\ de\ los\ promedios\ mensuales\ de\ intervenciones\ realizadas\\ en\ los\ SA\ de\ la\ SS\ del\ periodo\ a\ evaluar\end{array}}{N\acute{u}mero\ de\ meses\ del\ periodo\ a\ evaluar}$$

Nota: El promedio mensual de intervenciones realizadas por los Servicios Amigables de la Secretaría de Salud, se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{N\acute{u}mero\ de\ intervenciones\ realizadas\ por\ los\ SA\ de\ la\ SS\ del\ mes\ a\ evaluar}{\begin{array}{c}Total\ de\ CLUES\ que\ registraron\ intervenciones\\ en\ el\ mes\ a\ evaluar\end{array}}$$

6.3 Ponderación
Este indicador representa el 5% del total de la evaluación de los siete Indicadores del Programa de SSRA.

6.4 Valor ideal
El valor ideal para este indicador es el 100%, que corresponde a por lo menos 30 intervenciones realizadas al mes por Servicio Amigable.

6.5 Rangos de calificación
Para la evaluación de este indicador se establecen los siguientes rangos:

Escala	Rango
Sobresaliente	95 a 100%
Satisfactorio	70 a 94%
Mínimo	30 a 69%
Precario	0 a 29%

Aquellas entidades en las cuales el valor de este indicador supere el 100%; se les asignará el valor máximo del rango sobresaliente.

6.6 Periodicidad
Trimestral

6.7 Fuente de información
Numerador y Denominador: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Subsistema de Prestación de Servicios (SIS). [en línea].

7. Cobertura de Servicios Amigables.

Este indicador establece los alcances deseados y enmarcados en la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) y en el Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, orientados a lograr un mayor acceso a Servicios Amigables.

Con lo anterior se pretende tener un mayor acercamiento a la población objetivo, fomentar el uso de métodos anticonceptivos en este grupo etario y así poder incidir en la reducción tanto de embarazos no planeados como de ITS. Para ello se ha considerado instalar al menos un Servicio Amigable a nivel municipal de tal manera que en conjunto con el programa de IMSS PROSPERA y sus Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA) se pueda lograr la meta pactada en el seno de la ENAPEA que corresponde a cubrir el 100% de los municipios del país con al menos un servicio de este tipo.

7.1 Construcción

En el numerador se considera el número de municipios cubiertos con al menos un Servicio Amigable y/o un CARA.

En el denominador se considera el total de municipios con los que cuente la entidad federativa según la versión más reciente del catálogo de municipios publicado por INEGI.

7.2 Fórmula

$$\frac{Número\ de\ municipios\ con\ al\ menos\ un\ SA\ y\ /\ o\ un\ CARA}{Total\ de\ municipios\ por\ Entidad\ Federativa}\ \ x\ \ 100$$

7.3 Ponderación
Este indicador representa el 15% del total de la evaluación de los siete Indicadores del Programa de SSRA.

7.4 Valor ideal
El valor ideal para este indicador es de 100%.

7.5 Rangos de calificación
Para la evaluación de este indicador se establecen los siguientes rangos:

Escala	Rango
Sobresaliente	100%
Satisfactorio	70 a 99%
Mínimo	50 a 69%
Precario	0 a 49%

7.6 Periodicidad
Trimestral

7.7 Fuente de información
Numerador: CNEGSR, Directorio de Servicios Amigables.
Denominador: INEGI, Catálogo de municipios.

CALIFICACION DEL INDICADOR

Paso 1:

Se calcula cada uno de los indicadores utilizando las fórmulas que se señalaron en la sección anterior. Para ello es necesario validar e integrar previamente la información de todas las entidades federativas.

Paso 2:

Se le asigna una calificación de 1 a 100 a cada indicador tomando como base el valor ideal esperado para cada uno de ellos. Para tal efecto es necesario aplicar la siguiente fórmula:

$$Calificación = \frac{Valor\ obtenido\ para\ el\ indicador}{Valor\ ideal\ esperado\ para\ ese\ indicador} x\ 100$$

MAGNITUD VECTORIAL

De acuerdo a la siguiente fórmula se obtiene la magnitud (MV) vectorial considerando los ponderadores para cada indicador para evaluar el programa:

$$MV = \sqrt{\begin{array}{c}(Cobertura\ de\ usuarias * 0.20)^2 + (APEO * 0.20)^2 + (Calidad * 0.10)^2 + \\ (Productividad * 0.20)^2 + (Participación * 0.10)^2 + \\ (Intervenciones * 0.05)^2 + (Cobertura\ de\ servicios * 0.15)^2\end{array}}$$

Vector máximo único
40.62

METODOLOGÍA PARA EL CÁLCULO DEL ÍNDICE DE DESEMPEÑO VECTORIAL

El índice de desempeño vectorial, es básicamente la suma ponderada de los siete indicadores seleccionados, pero previamente "calificados" de acuerdo con su valor ideal.
Al igual que en el caso anterior, el ponderador es el peso relativo que se le asigna a cada indicador, de tal forma que en conjunto los seis ponderadores suman el 100%.

$$Índice\ de\ desempeño = \frac{Magnitud\ vectorial}{Vector\ máximo} x\ 100$$

RANGOS DE CALIFICACIÓN EN EL INDICE DE DESEMPEÑO

Escala	Rango
Sobresaliente	80 a 100%
Satisfactorio	70 a 79%
Mínimo	60 a 69%
Precario	0 a 59%

PROGRAMA DE BRUCELOSIS

CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS
Y CONTROL DE ENFERMEDADES
(CENAPRECE)

RUY LOPEZ RIDAURA
Director General del Centro Nacional De Programas Preventivos Y Control De Enfermedades

ZOONOSIS

VERÓNICA GUTIÉRREZ CEDILLO
Subdirectora del Programa de Zoonosis Rabia y otras Zoonosis

SERVANDO RAFAEL MARQUEZ NAVA
Técnico en Informática

INTRODUCCIÓN

El Programa Nacional de Prevención y Control de la Brucelosis a partir del año 2018, propone construir el índice de desempeño al utilizar cuatro indicadores de las principales actividades en el programa.

Su medición se efectúa por las Jurisdicciones Sanitarias y los Servicios Estatales de Salud (SESA), lo cual representa una prioridad para comparar y calificar a las entidades federativas. También permite inferir los avances para consolidar la atención médica sobre la perspectiva de un diagnóstico y tratamiento oportuno ante la brucelosis, además de fortalecer el desempeño al interior de los Servicios Estatales de Salud.

Su instrumentación se divide en cuatro indicadores:

1.- Reuniones realizadas CEVE, COJUVE. (20 puntos)
2.- Cobertura de Tratamientos en la Población. (30 puntos)
3.- Cobertura de Enfermos Recuperados. (30 puntos)
4.- Concordancia SINBA-SIS, SUIVE. (20 puntos)

Fuentes de información.
Para la construcción de estos indicadores se utiliza información oficial mediante el Sistema de Información en Salud (Cubos Dinámicos de SINBA-SIS), Sistema Único Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), actas y/o minutas del COJUVE y la plataforma del Sistema de Información de Zoonosis (SIZoo) para dar seguimiento a los pacientes atendidos por la Secretaría de Salud como herramienta de responsabilidad del CENAPRECE.

Descripción de los Indicadores.

1. Reuniones realizadas CEVE, COJUVE. (20 puntos)

Este indicador establece el seguimiento a los casos confirmados a través de pruebas serológicas, zonas de riesgo y por asociación epidemiológica, de acuerdo con los documentos normativos para que se revisen en las reuniones del CEVE y COJUVE, mismos que se confirmen mediante el estudio epidemiológico de caso y serológico.

Su objetivo es promover y vigilar el seguimiento que se da al interior de los SESA referente al componente de brucelosis.

La fuente para obtener el puntaje es mediante la evidencia documental de estas reuniones, mismos que se describen a continuación:

Calendario anual de reuniones

- *Orden del día.*
- *Lista de asistencia.*
- *Minuta de acuerdos y compromisos.*

Cabe enfatizar que, de acuerdo al calendario de reuniones, se debe dar cumplimiento por los comités estatales y jurisdiccionales de los SESA para obtener el puntaje máximo.

Deben enviarse por correo electrónico a la Subdirección de Zoonosis en un tiempo máximo de un mes posterior a la realización de la reunión.

El indicador se evalúa como a continuación se describe:

- *La realización de 3 reuniones anuales (como mínimo), de las cuales 2 deberán ser del COJUVE en jurisdicciones que sean zonas de riesgo tomando en cuenta el histórico del año anterior* de la entidad y 1 del CEVE; que se acrediten mediante los documentos testimoniales, brinda un puntaje de 20 puntos para este indicador.*

- *El incumplimiento de alguno de los requisitos anteriormente mencionados (menos de tres reuniones, no cumplir con documentos testimoniales, la realización de reuniones en una sola jurisdicción, o la realización de reuniones en jurisdicciones de bajo riesgo) no otorga puntaje alguno.*

- **NOTA: No Aplica a jurisdicciones que no cuenten con reporte de casos.*

Periodicidad: acumulativa al cierre del año.

2.- Cobertura de tratamientos (30 puntos)

Garantizar un esquema de tratamiento normativo es el principal objetivo del programa para los casos que son confirmados mediante pruebas serológicas y en caso de zonas de riesgo considerar como suficiente el estudio de Rosa de Bengala positivo, que se cumpla con la definición operacional de caso y su asociación epidemiológica.

Para la construcción de este indicador, se debe disponer de la siguiente información:

- *Reporte mensual permanente de los esquemas de tratamiento proporcionados por primera vez (ZOB07, 08, 09 y 20) y los casos confirmados (ZOB 13) más los casos Probables ZOB12 en zonas de riesgo con su debido registro en el SIS.*

El indicador se evalúa como a continuación se describe:

- *Cumplimiento Alto del 90% al 100% de Tratamientos Otorgados a los pacientes con Prueba Confirmatoria Positiva SAT/2ME, obtiene una calificación de 30 puntos.*
- *Cumplimiento Medio del 60% al 89.9% de Tratamientos Otorgados a los pacientes con Prueba Confirmatoria Positiva SAT/2ME, obtiene una calificación de 15 puntos.*
- *Cumplimiento Bajo de 59.9% o menos de Tratamientos Otorgados a los pacientes con Prueba Confirmatoria Positiva SAT/2ME, obtiene una calificación de 0 puntos.*

El tratamiento oportuno se sugiere otorgarlo de 7 a 15 días posterior a la consulta de primera vez en la que ya deberá tener resultados de laboratorio.

De presentarse mayor número de Tratamientos Otorgados que de Pruebas Confirmatorias por SAT/2ME se requiere la justificación o se invalida la calificación; es decir, obtiene una calificación de 0 puntos.

Dicha justificación deberá ser enviada al CENAPRECE con copia a la Subdirección de Rabia y Otras Zoonosis en un plazo no mayor a 15 días a los registros.

La fuente de información son las variables del apartado 92 del Sistema de Información en Salud (SIS):

- Numerador: ZOB07 (Tratamiento A), ZOB08 (Tratamiento B), ZOB09 (Tratamiento C) y ZOB20 (Tratamientos alternativos).
- Denominador: ZOB13 (Casos Confirmados).

- NOTA: En zona de riesgo no se tomará en cuenta Casos Confirmados para la fórmula, solo prueba Rosa Bengala.

Periodicidad: trimestral.

3.- Cobertura de Enfermos Recuperados (30 puntos)

Un paciente recuperado será aquel que se encuentra registrado en la plataforma SIZoo y que haya concluido un esquema de tratamiento así mismo deberá encontrarse asintomático clínicamente y con disminución de titulaciones en SAT/2ME en su primer control (30 días). El objetivo de este indicador es evaluar el apego del tratamiento otorgado al enfermo y pueda lograr el Alta Sanitaria al final del proceso de su control.

Para la construcción de este indicador, se debe disponer de la siguiente información:

- Casos Confirmados por SAT/2ME (ZOB13) capturados en el Sistema de Información en Salud (SIS) y los registros Nominales obtenidos mensualmente en la plataforma SIZOO.

El indicador es evaluado como a continuación se describe:

- *Cumplimiento del 90% al 100% de Enfermos Recuperados de los pacientes con Prueba Confirmatoria Positiva SAT/2ME, obtiene una calificación de 30 puntos.*
- *Cumplimiento del 60% al 89.9% de Enfermos Recuperados de los pacientes con Prueba Confirmatoria Positiva SAT/2ME, obtiene una calificación de 15 puntos.*
- *Cumplimiento del 59.9% o menos Enfermos Recuperados de los pacientes con Prueba Confirmatoria Positiva SAT/2ME, obtiene una calificación de 0 puntos.*
- *De presentarse mayor número de Enfermos Recuperados de los pacientes con Prueba Confirmatoria Positiva SAT/2ME, se invalida la calificación; es decir, no obtiene ningún puntaje.*

Las fuentes de información son las siguientes variables:

- Numerador: registro de *Enfermos Recuperados en la plataforma identificados en el periodo correspondiente de la evaluación*
- Denominador: Casos Confirmados por SAT/2ME (ZOB13) del SIS en el periodo revisado

- NOTA: Casos recuperados del trimestre anterior se considerarán en el siguiente trimestre.

Periodicidad: trimestral.

4.- Concordancia SINBA-SIS, SUIVE. (20 puntos)

La veracidad y la confiabilidad de la información que se ingresa en los sistemas de información, permiten la adecuada vigilancia epidemiológica e inmediata toma de decisiones, el diseño de intervenciones que incidan en la disminución del número de casos y en la cadena de trasmisión.

El objetivo del presente indicador es lograr una concordancia entre los sistemas de información.

Para la construcción de este indicador, se debe disponer de la siguiente información:

- *Registros de pacientes que presentan sintomatología compatible con la enfermedad y prueba de rosa de bengala positiva (casos probables: ZOB12) en congruencia con el Registro semanal de los SESA de los casos sospechosos y/o probables (SUIVE-2).*

Se deben considerar los periodos de corte de información que establece la DGE en el SUIVE (semanas epidemiológicas que comprendan el mes evaluado, calendario que se envía a los SESA previamente al inicio del año) para coincidir con los cortes que se hacen en el SIS (mes natural).

El indicador es evaluado como a continuación se describe:

- *Concordancia Alta del 80% o más entre casos probables: ZOB12 y casos sospechosos y/o probables (SUIVE-2), obtiene una calificación de 20 puntos.*
- *Concordancia Media del 50% al 79.9% entre casos probables: ZOB12 y casos sospechosos y/o probables (SUIVE-2), obtiene una calificación de 10 puntos.*

- *Concordancia Baja de menos de 49.9% entre casos probables: ZOB12 y casos sospechosos y/o probables (SUIVE-2), obtiene una calificación de 0 puntos.*

- *De presentarse mayor número de casos probables: ZOB12 que de casos sospechosos y/o probables (SUIVE-2) se invalida la calificación; es decir, no obtiene ningún puntaje.*

NOTAS IMPORTANTES:

1. Cabe destacar que los puntos que se pierdan por trimestre, no se recuperan en los trimestres siguientes (2do, 3er, y 4to) del año, inclusive en el cierre anual.

Las fuentes de información son las siguientes variables:

- Numerador: registro de casos probables en SIS (ZOB12).

- Denominador: número de casos sospechosos y probables en SUIVE-2.

2. Se considerará la información dando los 15 días como máximo tomando en cuenta el cierre del sistema.

Periodicidad: trimestral.

Fuente Oficial.

- Del SUIVE mediante el Informe Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades (EPI Clave 29 de la SSA); importante es de considerar las semanas epidemiológicas que contribuyan al mes correspondiente.

- Para el Sistema de Información en Salud (SINBA-SIS) corresponden las siguientes claves: ZOB07 Tratamiento A, ZOB08 Tratamiento B y ZOB09 Tratamiento C, ZOB20 Tratamientos alternativos, ZOB12 Casos con rosa de bengala positivo y ZOB13 Casos confirmados, destacando que se trata de meses naturales.

- Orden del día, Listas de asistencia y Actas constitutivas y/o minutas del Comité de brucelosis en el COJUVE, dos anuales como mínimo.

- Formatos de captura de la plataforma Red de Comunicación Colaborativa (RCC), los cuales se notifican de manera mensual.

Metodología.

Se precisa que este ejercicio de evaluación se lleva a cabo para cada una de las Jurisdicciones Sanitarias que reportan mensualmente y los resultados alcanzados en cada una contribuyen a sumar o restar calificación al nivel estatal.

A continuación, se describen los cálculos que aplica por cada indicador, se ejemplifica en cada uno de ellos considerando una entidad federativa con sus Jurisdicciones Sanitarias, por lo que cada SESA debe revisarlo con las jurisdicciones que le competen.

1.- Reuniones realizadas CEVE, COJUVE.

Este indicador establece el seguimiento a los casos registrados de acuerdo a las definiciones operacionales que se revisen en las reuniones del CEVE y COJUVE, mismas que se acreditan a través de evidencia documental. Su objetivo es alentar y vigilar el seguimiento y difusión que se da al interior de los SESA referente al componente de brucelosis.

Procedimiento:

1. El programa de zoonosis/brucelosis en los SESA debe coordinar con el área de epidemiología estatal para disponer el calendario de fechas de las reuniones establecidas en el CEVE y COJUVE en materia de brucelosis y como mínimo, tres veces al año (2 reuniones del COJUVE y 1 del CEVE) deben abordar en una reunión la situación de brucelosis.

2. De la reunión celebrada, los SESA deben enviar por correo electrónico a la Subdirección de Zoonosis/CENAPRECE *Calendario anual de reuniones, Orden del día, Lista de asistencia, Minuta de acuerdos y compromisos.*
3. la orden del día, la lista de asistencia y la copia del acta y/o minuta. Ante la falta de alguno de estos documentos no se obtiene puntaje alguno.

El cálculo se realiza mediante la siguiente ponderación:	
Cumplimiento de 100%= mínimo 3 reuniones anuales (Cumpliendo con los documentos testimoniales y en jurisdicciones distintas)	20 puntos
Cumplimiento de 50%= 1 ó 2 reuniones anuales (Con los documentos testimoniales)	0 puntos
Cumplimiento de 0%= Ninguna reunión en el año.	0 puntos

4. Al realizar 3 reuniones anuales o más, se obtiene el 100% del puntaje (20 puntos). Al realizar 1, 2 o ninguna reunión en el año, no se obtiene puntaje (0 puntos). Cabe resaltar que las reuniones deben cumplir con los documentos testimoniales y deben registrarse en Jurisdicciones distintas para que se pueda asignar el puntaje correspondiente, por lo que se pueden presentar los siguientes escenarios:

Escenarios:

1:

- Número de reuniones: Mínimo 3, con documentos testimoniales.
- Total, de Jurisdicciones o Estatal que han registrado reuniones de brucelosis: 3.

El puntaje obtenido es de 20.

2:

- Número de reuniones: Mínimo 3, con sus documentos testimoniales.
- Total, de Jurisdicciones o Estatal que han registrado reuniones de brucelosis: 1.

El puntaje obtenido es de 0.

3:

- Número de reuniones: 1, con sus documentos testimoniales.
- Total, de Jurisdicciones o Estatal que han registrado reuniones de brucelosis: 1.
- El puntaje obtenido es 0.

#4:

- Número de reuniones: 0, con sus documentos testimoniales.
- Total, de Jurisdicciones o Estatal que han registrado reuniones de brucelosis: 0.

El puntaje obtenido es 0.

Plantilla de captura

En la plantilla de captura se colocan los registros que formulan el indicador y en automático se obtiene el resultado y el puntaje correspondiente al estado. Esta plantilla debe ser capturada al cierre del año y se observa a nivel federal.

Ejemplo 1:

INDICADOR: Reuniones en CEVE y COJUVE sobre el seguimiento de los casos registrados de brucelosis.

GUERRERO JURISDICCIÓN	NÚMERO DE REUNIONES REGISTRADAS	DOCUMENTACIÓN ENTREGADA			Puntaje otorgado para el estado en el primer indicador
		ORDEN DEL DÍA	LISTA DE ASISTENCIA	COPIA DEL ACTA O MINUTA	
Tierra Caliente	1	si	si	si	
Norte					
Centro					
Montaña	1	si	si	si	
Costa Grande					
Costa Chica					
Acapulco	1	si	si	si	
TOTAL	3 *	si	si	si	20.0

Se otorgará puntaje completo, ya que cumple con 3 reuniones, en 3 jurisdicciones distintas y ambas reuniones cumplen con la documentación completa.

2.- Cobertura de tratamientos.

El atender y brindar un tratamiento oportuno al paciente enfermo de brucelosis es el principal objetivo del programa. La confirmación del Paciente Probable con SAT/2ME es indicativo del inicio del tratamiento específico para brucelosis y es necesario que a todos los pacientes que cumplan con las características de la definición operacional de Caso Confirmado les sea otorgado un tratamiento, actividad que se busca evaluar mediante la aplicación de este indicador. Sin embargo, se pudiera tener regiones o zonas de riesgo la cual se considera como suficiente el estudio de Rosa de Bengala positivo, cumpliendo la definición operacional de caso y su asociación epidemiológica.

Procedimiento:

1.- Se debe obtener el porcentaje de cumplimiento de esquemas de tratamiento (ZOB07, 08, 09 y 20) otorgados a los casos confirmados (ZOB 13) más (ZOB12, si así se requiera) en cada una de las Jurisdicciones de la entidad y se asigna el puntaje correspondiente de acuerdo a la siguiente tabla.

El cálculo para obtener los puntos se realiza mediante la siguiente ponderación:	
Cumplimiento Alto del 90% al 100%	30 puntos
Cumplimiento Medio del 60% al 89.9%	15 puntos
Cumplimiento Bajo del 59.9% o menos	0 puntos
Cumplimiento del 100% o mas	0 puntos

2.- Posteriormente, se suman los puntos logrados por cada Jurisdicción Sanitaria y se dividen entre el número de Jurisdicciones de la entidad, valor que representa el puntaje obtenido por el estado.

3.- Es de resaltarse que si se presenta mayor número de Tratamientos Otorgados que de Pruebas Confirmatorias por SAT/2ME se obtienen 0 puntos. A continuación, se describe este proceso a partir de la formulación y se ejemplifica con algunas posibilidades:

Fórmula:

$$\frac{\text{Reporte mensual esquemas de tratamiento proporcionados por primera vez (ZOB07, 08, 09 y 20)}}{\text{Reporte mensual casos confirmados (ZOB 13)}} \text{ X } 100$$

Escenarios:

#1:
Reporte mensual esquemas de tratamiento proporcionados por primera vez (ZOB07, 08, 09 y 20): 20.
Reporte mensual casos confirmados (ZOB 13): 20.

$$\frac{20}{20} \times 100 = \textbf{100\%}, \text{ se asignan } \textbf{30 puntos.}$$

#2:
Reporte mensual esquemas de tratamiento proporcionados por primera vez (ZOB07, 08, 09 y 20): 20.
Reporte mensual casos confirmados (ZOB 13): 25.

$$\frac{20}{25} \times 100 = \textbf{80\%}, \text{ se asignan } \textbf{15 puntos.}$$

#3:
Reporte mensual esquemas de tratamiento proporcionados por primera vez (ZOB07, 08, 09 y 20): 10.
Reporte mensual casos confirmados (ZOB 13): 20.

$$\frac{10}{20} \times 100 = \textbf{50\%}, \text{ se asignan } \textbf{0 puntos.}$$

#4:
Reporte mensual esquemas de tratamiento proporcionados por primera vez (ZOB07, 08, 09 y 20): 25.
Reporte mensual casos confirmados (ZOB 13): 20.

$$\frac{25}{20} \times 100 = 125\%, \text{ se asignan } \textbf{0 puntos.}$$

NOTA: Este es el ejemplo donde perderán el puntaje por incumplir con la regla para este indicador.

Plantilla de captura

En la plantilla de captura se colocan los registros que formulan el indicador y en automático se obtiene el resultado y el puntaje correspondiente al estado. Esta plantilla debe ser capturada trimestralmente y se observa a nivel federal.

Ejemplo 1:
INDICADOR: Cobertura de tratamientos.

GUERRERO	Reporte mensual esquemas de tratamiento proporcionados por primera vez (ZOB07, 08, 09 y 20)	Reporte mensual casos confirmados (ZOB 13)	Reporte mensual esquemas de tratamiento proporcionados por primera vez (ZOB07, 08, 09 y 20)/Reporte mensual casos confirmados (ZOB 13)	Resultado por 100	Puntos alcanzados	Sumatoria de puntajes obtenidos por Jurisdicciones Santarias	Total de puntos alcanzados/ número de J.S.	Calificación Estatal %	Puntaje otorgado para el estado en el segundo indicador
JURISDICCIÓN	MES REGISTRO	MES REGISTRO						100%=30 puntos resultado es=X	
Tierra Caliente	8	8	1.0	100.0	30	195	27.86	92.86	30
Norte	7	8	0.9	87.5	15				
Centro	6	6	1.0	100.0	30				
Montaña	8	8	1.0	100.0	30				
Costa Grande	12	12	1.0	100.0	30				
Costa Chica	10	10	1.0	100.0	30				
Acapulco	5	5	1.0	100.0	30				

*** Se otorga todo el puntaje (30 puntos), debido a que obtuvo un cumplimiento de mas del 90% de Tratamientos Otorgados a los pacientes con Pruebas Confirmatorias Positivas SAT/2ME.**

3.- Cobertura de Enfermos Recuperados.

EL enfermo recuperado, se considera cuando el paciente a terminado el esquema de tratamiento y a los 30 días se encuentra asintomático clínicamente con titulaciones de las pruebas serológicas SAT/2ME con disminución o negativisadas. El objetivo de este indicador es evaluar el apego del tratamiento otorgado al enfermo y pueda lograr el Alta Sanitaria al final del proceso de su control

Procedimiento:

1.-Se debe obtener el porcentaje de Cobertura de Enfermos Recuperados *(SIZOO)* de acuerdo a los Casos Confirmados por SAT/2ME (ZOB13) en cada una de las Jurisdicciones de la entidad y se asigna el puntaje correspondiente de acuerdo a la siguiente tabla.

2.- Posteriormente, se suman los puntos logrados por cada Jurisdicción Sanitaria y se dividen entre el número de Jurisdicciones de la entidad, valor que representa el puntaje obtenido por el estado.

3.- Es de resaltarse que si se presenta mayor número de Enfermos Recuperados en (SIZOO) que de *Casos Confirmados por SAT/2ME (ZOB13)* se obtienen 0 puntos. A continuación, se describe este proceso a partir de la formulación y se ejemplifica con algunas posibilidades.

Fórmula:

$$\frac{\text{Reporte mensual Enfermos Recuperados (SIZOO).}}{\text{Reporte mensual Casos Confirmados por SAT/2ME (ZOB13).}} \text{ X } 100$$

Escenarios:

#1:
Reporte mensual Enfermos Recuperados (SIZOO): 25.
Reporte mensual Casos Confirmados por SAT/2ME (ZOB13): 25.

$$\frac{25}{25} \text{ X } 100 = \textbf{100\%,} \text{ se asignan } \textbf{30} \text{ puntos.}$$

#2:
Reporte mensual Enfermos Recuperados (SIZOO): 20.
Reporte mensual Casos Confirmados por SAT/2ME (ZOB13): 25.

l cálculo para obtener los puntos se realiza mediante la siguiente ponderación:	
Cumplimiento del 90% al 100%	30 puntos
Cumplimiento del 60% al 89.9%	15 puntos
Cumplimiento del 59.9% o menos	0 puntos
Cumplimiento del 100% o mas	0 puntos

$$\frac{20}{25} \text{X } 100 = \textbf{80\%}, \text{ se asignan } \textbf{15} \text{ puntos.}$$

#3:
Reporte mensual Enfermos Recuperados (SIZOO): 10.
Reporte mensual Casos Confirmados por SAT/2ME (ZOB13): 20.

$$\frac{10}{20} \text{ X } 100 = \textbf{50\%}, \text{ se asignan } \textbf{0} \text{ puntos.}$$

#4:
Reporte mensual Enfermos Recuperados (SIZOO) 25
Reporte mensual Casos Confirmados por SAT/2ME (ZOB13): 20

$$\frac{25}{20} \text{ X } 100 = \textbf{125\%}, \text{ se asignan } \textbf{0} \text{ puntos.}$$

NOTA: Este es el ejemplo donde perderán el puntaje por incumplir con la regla para este indicador.

Plantilla de captura

En la plantilla de captura se colocan los registros que formulan el indicador y en automático se obtiene el resultado y el puntaje correspondiente al estado. Esta plantilla debe ser capturada trimestralmente y se observa a nivel federal.

Ejemplo 1:

INDICADOR: Cobertura de Enfermos Recuperados.

GUERRERO	Reporte mensual Altas Sanitarias (RCC).	Reporte mensual Casos Confirm. por SAT/2ME	Reporte mensual Altas Sanitarias (RCC)/Reporte mensual Casos Confirmados por SAT/2ME (ZOB13).	Resultado por 100	Puntos alcanzados	Sumatoria de puntajes obtenidos por Jurisdicciones Santarias	Total de puntos alcanzados / número de J.S.	Calificación Estatal	Puntaje otorgado para el estado en el tercer indicador
JURISDICCIÓN	MES REGISTRO	MES REGISTRO						100%=30 puntos resultado es=X	
Tierra Caliente	7	10	0.7	70	15	195	27.9	92.9	30
Norte	10	10	1	100	30				
Centro	5	5	1	100	30				
Montaña	10	10	1	100	30				
Costa Grande	6	6	1	100	30				
Costa Chica	3	3	1	100	30				
Acapulco	10	10	1	100	30				

* Se otorga todo el puntaje (30 puntos), debido a que obtuvo un cumplimiento de mas del 90% de Alta Sanitaria (RCC) a los Casos Confirmados por SAT/2ME (ZOB13).

4.- Concordancia SINBA-SIS, SUIVE.

Los Sistemas de Información son determinantes para la vigilancia epidemiológica de la brucelosis, por lo que es imperativo hacer un correcto uso de ellos y de esta manera, eficientar las medidas de acción en el combate contra esta enfermedad. El objetivo de este indicador es lograr una congruencia entre dos sistemas de información. Se construye con la información registrada de pacientes que presentan sintomatología compatible con la enfermedad y prueba de rosa de bengala positiva (casos probables: ZOB12), en congruencia con el registro semanal de los SESA de los casos sospechosos y/o probables (SUIVE-2).

Se deben considerar los periodos de corte de información que establece la DGE en el SUIVE (semanas epidemiológicas que comprendan el mes evaluado, calendario que se envía a los SESA previamente al inicio del año) para coincidir con los cortes que se hacen en el SIS (mes natural).

Procedimiento:

1.- Se debe obtener la congruencia porcentual que existe entre los registros del SIS (casos probables: ZOB12) y los del SUIVE (casos sospechosos y/o probables SUIVE-2) por cada una de las Jurisdicciones Sanitarias del estado. De acuerdo al porcentaje obtenido, el puntaje que se asigna es el siguiente:

El cálculo para obtener los puntos se realiza mediante la siguiente ponderación:	
Congruencia entre registros de 80% o más.	20 puntos
Congruencia entre registros de 50% al 79.9%.	10 puntos
Congruencia entre registros menor a 49.9%.	0 puntos
Congruencia entre registros mayor a 100%	0 puntos

2.- Posteriormente, se suman los puntos logrados por cada Jurisdicción Sanitaria y se dividen entre el número de Jurisdicciones de la entidad, valor que representa el puntaje obtenido para el estado.

A continuación, se describe este proceso a partir de la formulación y se ejemplificará con algunas posibilidades:

Fórmula:

$$\frac{\text{Registro mensual casos probables ZOB12 (SIS).}}{\text{Registro mensual casos sospechosos y/o probables (SUIVE-2).}} \times 100$$

Escenarios:

#1:
Registro mensual casos probables ZOB12 (SIS): 8.
Registro mensual casos sospechosos y/o probables (SUIVE-2): 8.

$$\frac{8}{8} \times 100 = \textbf{100\%}, \text{ se asignan } \textbf{20} \text{ puntos.}$$

#2:

Registro mensual casos probables ZOB12 (SIS): 6.
Registro mensual casos sospechosos y/o probables (SUIVE-2): 8.

$$\frac{6}{8} \text{ X } 100 = \textbf{75\%}, \text{ se asignan } \textbf{10} \text{ puntos.}$$

#3:

Registro mensual casos probables ZOB12 (SIS): 2.
Registro mensual casos sospechosos y/o probables (SUIVE-2): 8.

$$\frac{2}{8} \text{ X } 100 = \textbf{25\%}, \text{ se asignan } \textbf{0} \text{ puntos.}$$

#4:

Registro mensual casos probables: ZOB12 (SIS): 10.
Registro mensual casos sospechosos y/o probables (SUIVE-2): 8.

$$\frac{10}{8} \text{ X } 100 = \textbf{125\%}, \text{ se asignan } \textbf{0} \text{ puntos.}$$

NOTA: Este es el ejemplo donde perderán el puntaje por incumplir con la regla para este indicador.

Plantilla de captura

En la plantilla de captura se colocan los registros que formulan el indicador y en automático se obtiene el resultado y el puntaje correspondiente al estado. Esta plantilla debe ser capturada trimestralmente y se observa a nivel federal.

Ejemplo 1:

INDICADOR: Congruencia de registros de casos probables en SIS contra registros en SUIVE.

GUERRERO	Registro mensual casos probables ZOB12 (SIS)	Registro mensual casos sospechosos y/o probables (SUIVE-2)	Registro mensual casos probables ZOB12 (SIS)/Registro mensual casos sospechosos y/o probables (SUIVE-2)	Resultado por 100	Puntos alcanzados	Sumatoria de puntajes obtenidos por Jurisdicciones Santarias	Total de puntos alcanzados /número de J.S.	Calificación Estatal	Puntaje otorgado para el estado en el cuarto indicador
JURISDICCIÓN	MES REGISTRO	MES REGISTRO						100%=20 puntos resultados=X	
Tierra Caliente	2	2	1	100	20	130.00	18.57	92.86	20
Norte	3	4	1	75	10				
Centro	6	6	1	100	20				
Montaña	2	2	1	100	20				
Costa Grande	4	4	1	100	20				
Costa Chica	6	6	1	100	20				
Acapulco	7	7	1	100	20				

* Se otorga todo el puntaje (30 puntos), debido a que obtuvo una congruencia de mas del 90% entre los registros del SIS (casos probables: ZOB12) y los del SUIVE (casos sospechosos y/o probables SUIVE-2)

Finalmente, la calificación obtenida por indicador se ingresa a la macro para calcular el Índice de Desempeño Vectorial de cada Estado.

Cabe destacar que para obtener el índice de desempeño vectorial al cuarto trimestre (cierre anual) se consideran las cifras que dispone el SIS-SINBA por trimestre y otras fuentes de respaldo, comparándose las metas disponibles en la Subdirección de Zoonosis para ese mismo periodo. De igual manera los puntos que se pierdan por trimestre, no serán recuperados en los trimestres siguientes, es decir, si para el 1er trimestre no alcanzan las jurisdicciones el 100%, no se acumularan para los siguientes trimestres (2°, 3°, y 4to) por lo que no serán acreedores de la máxima calificación.

El índice de desempeño vectorial se clasifica mediante los siguientes rangos:

1. 90 – 100 Sobresaliente
2. 80 – 89 Satisfactorio
3. 60 – 79 Mínimo

< 60 Precario

METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

CHRISTIAN ARTURO ZARAGOZA JIMÉNEZ
Director de Información Epidemiológica

MAURICIO SALCEDO UBILLA
Responsable de Proyectos Especiales de la Dirección de Información Epidemiológica

BLANCA ESTELA JIMENEZ VARGAS
Responsable de la Realización de la Herramienta (HeCAMEX) para la Evaluación de los Indicadores

RICARDO SÁNCHEZ IZQUIERDO
Coordinador Operativo Caminando a la Excelencia

INTRODUCCION

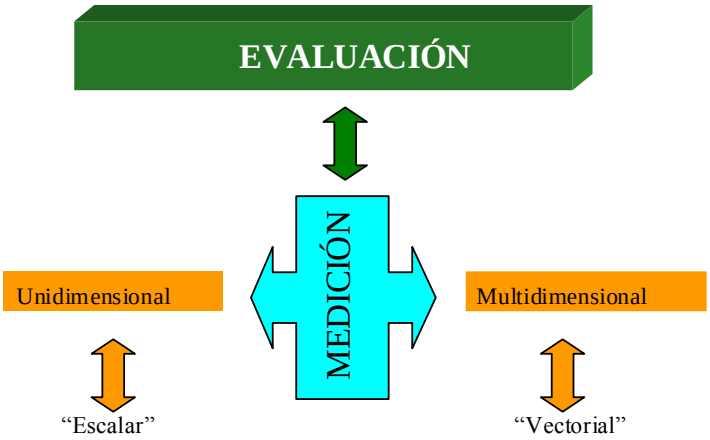
Para realizar la evaluación de los distintos programas de acción, se construyeron indicadores específicos para cada uno de ellos, por lo que es necesario utilizar diferentes escalas de medición según los tipos de indicadores que se requieran, lo cual dificulta considerablemente tanto la evaluación global como la específica debido a la mezcla necesaria que se tiene que hacer de las diferentes escalas de medición de los diversos indicadores.

Como consecuencia, se requiere integrar diferentes indicadores con distintas escalas de medición que permitan cuantificar el funcionamiento del programa o de alguno de sus componentes tanto a nivel nacional como estatal o de alguna jurisdicción en particular.

Afortunadamente, dentro de los distintos enfoques que proporcionan las matemáticas para cuantificar los eventos que son de tipo multidimensional, uno de los más adecuados por la sencillez y plasticidad para poder tanto particularizar como generalizar la evaluación de los distintos programas es el método vectorial o el análisis vectorial, ya que permite incorporar de manera simple la diversidad de escalas de medición que se requieren.

La evaluación global de alguna entidad federativa y/o de un programa en particular y/o de algún sistema de vigilancia, debe considerar las diferentes perspectivas que conforman la calificación que se le asigna a cada indicador de los diferentes programas y sistemas. Para esto, se requiere desarrollar una evaluación en diferentes dimensiones (diferentes indicadores con diferentes escalas de medición), es decir, una evaluación multidimensional (Figura 1).

Figura 1. La Evaluación unidimensional o multidimensional



El método vectorial, aplicado a la estrategia "Caminando a la Excelencia" nos permitirá lograr los siguientes objetivos:

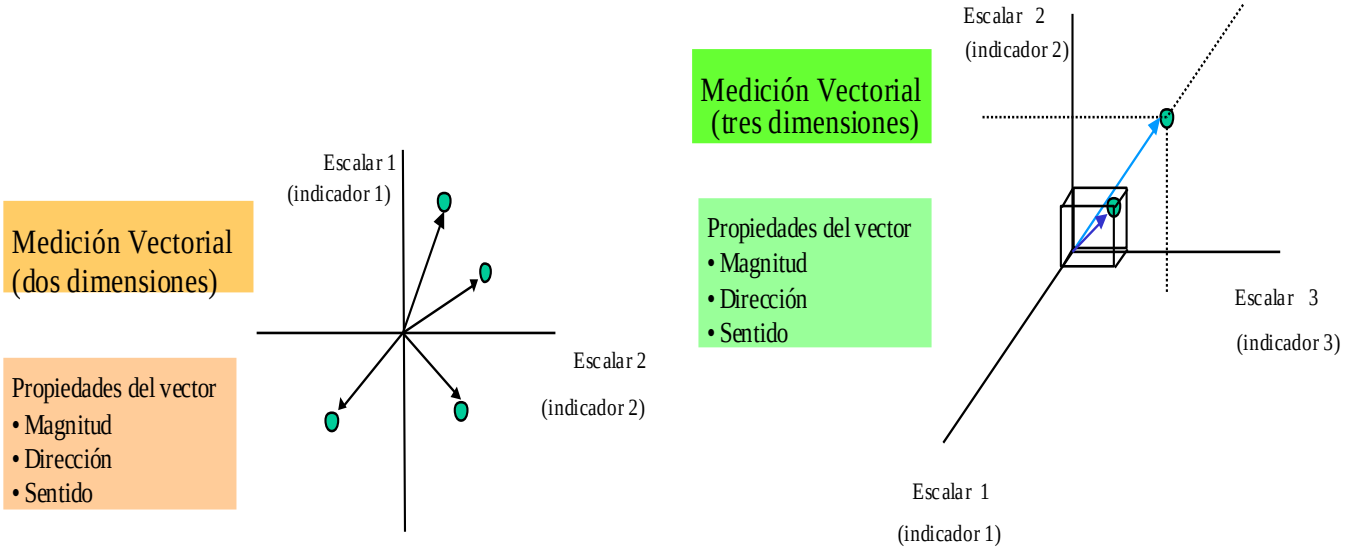
Utilizar las fuentes de información oficiales disponibles para fortalecer su veraz y adecuado registro.
Establecer un método de evaluación que unifique criterios de desempeño y marque estándares de alcance.

Contar con una herramienta que permita dar seguimiento a los procesos y acciones operativas de los programas de acción, además de verificar sus logros y avances.
Identificar con oportunidad problemas y/o deficiencias en los procesos o acciones, y así fortalecer la ejecución de las actividades críticas de cada uno de los programas.

Desarrollo de la Evaluación Vectorial

El postulado principal es: que el número (n) de indicadores (Figura 2) que se requieren para evaluar el funcionamiento de algún programa o sistema de vigilancia, es el número de n-dimensiones de un sub-espacio vectorial que se genera en términos de los indicadores que llamaremos espacio vectorial de indicadores (E_I); al generarse este espacio vectorial y con la ayuda del análisis vectorial podemos medir todo lo que sucede ahí, tanto en magnitud como en dirección y sentido, más aún, podemos incorporar todo un álgebra de medición, para realizar comparaciones a través de sumas, restas y otras operaciones con vectores. De esta forma es posible realizar las evaluaciones y comparaciones que se deseen.

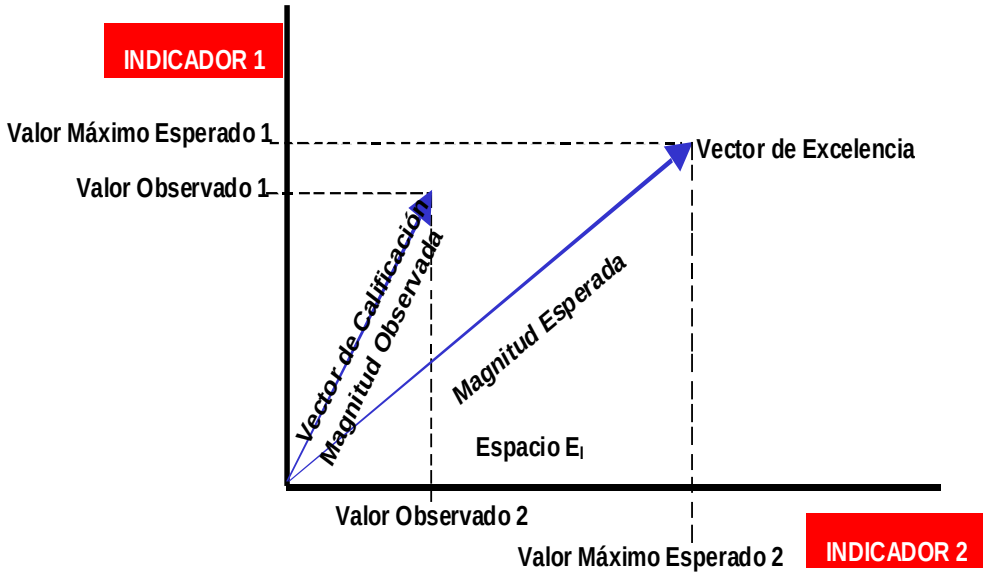
Figura 2. Evaluación en dos y tres dimensiones



Al definir los indicadores para la evaluación de un programa y/o sistema de vigilancia, estos dan calificaciones en un rango de valores posibles que van desde un valor mínimo ($V_{n\text{-}min}$) hasta un valor máximo ($V_{n\text{-}max}$) (los que pueden estar ponderados o no, según las necesidades del programa) para cada indicador n.

Al considerar únicamente los valores máximos de cada uno de los indicadores, los cuales conforman un conjunto de valores que forman las coordenadas de un vector, al que llamaremos vector esperado o vector de excelencia (V_E), que está contenido en el espacio E_I, el cual indica que el sistema está funcionando de manera excelente. Para cuantificar el funcionamiento de algún programa y/o sistema, se propone que se asocie un vector del espacio vectorial de indicadores en E_I, al programa o sistema que se desee evaluar, que llamaremos vector de calificación (V_C), cuyas coordenadas son el conjunto de las calificaciones obtenidas en cada uno de sus indicadores, y expresarlo en función del vector esperado, de acuerdo con las características vectoriales de magnitud, dirección y sentido, así como el establecimiento de vectores diferencia y vectores de velocidad, y de esta forma establecer una calificación multidimensional (Figura 3a).

Figura 3a. Ubicación de vectores para la Evaluación.



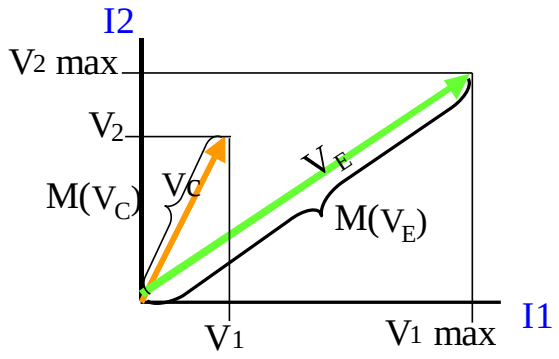
Construcción del índice de desempeño (ID)

Para construir el índice de desempeño de los programas y/o sistemas, utilizamos la característica de la magnitud vectorial de los vectores V_E, V_C, y utilizamos como magnitud vectorial la distancia Euclidiana o la norma Euclidiana, la que denotaremos como: $M(V_E)$; y $M(V_C)$ respectivamente. Supongamos que deseamos evaluar el funcionamiento de algún programa y/o sistema de una entidad federativa a través de K indicadores (en donde K=2 o K=3 o K=4, o cualquier otro valor n), y las calificaciones obtenidas en este programa para cada uno de los indicadores son: V_1, V_2, V_3,.....,V_K, y sus calificaciones máximas para cada uno son V_{1max}, V_{2max}, V_{3max},.....V_{Kmax}, respectivamente. Con esta información el vector esperado y el vector de calificación respectivamente son los mostrados en la figura. 3b.

Figura 3b. Ubicación de vectores para evaluación y sus magnitudes vectoriales respectivas están dadas por las siguientes fórmulas:

V_E = Vector de excelencia
$V_E = (V_1 \max, V_2 \max)$

Vc = Vector de calificación
$Vc = (V_1, V_2)$



Estas cantidades nos permiten construir el índice de desempeño (id). Expresando en términos porcentuales la magnitud del vector de calificación, en términos de la magnitud del vector excelencia, mostrados en las figuras 4 y 5.

Figura 4. Fórmula para las magnitudes vectoriales

$$M(V_E) = \sqrt{(V_{1MAX})^2 + (V_{2MAX})^2}$$

$$= \quad M(V_C) \quad \sqrt{(V_1)^2 + (V_2)^2}$$

Figura 5. Fórmula de Índice de Desempeño

INDICE DE DESEMPEÑO

$$ID = \frac{Mag\ (Vc)}{Mag\ (Ve)} \times 100 \qquad ID = \frac{\sqrt{V_1^2 + V_2^2}}{\sqrt{V_{1max}^2 + V_{2max}^2}} \times 100$$

Construcción del índice de comparación (IC)

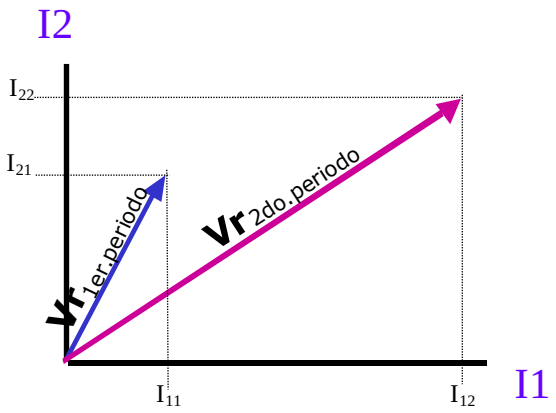
Una de las necesidades que se plantean es poder determinar cómo va el funcionamiento de un programa en alguna entidad federativa, es decir medir la evolución del programa a través del tiempo y determinar si está mejorando, empeorando o se ha estancado. Para lo cual se requiere realizar comparaciones entre dos momentos de evaluaciones, y cuantificar el comportamiento del programa. Para ello, se establece el índice de comparación (IC) el cual sólo considera la propiedad de las magnitudes de los vectores de los dos momentos de la evaluación.

Así por ejemplo, supongamos que deseamos comparar los resultados obtenidos en dos periodos de un programa para alguna entidad federativa. Con los resultados obtenidos por los indicadores de cada programa y sus ponderaciones respectivas, se conforman las coordenadas para dos vectores (Vr1er.periodo, Vr2do.periodo). Con éstos, se determinan las magnitudes de los vectores para el segundo periodo y primer periodo respectivamente (M(Vr2do.periodo), M(Vr1er.periodo)) (Fig.6).

Figura 6. Comparación de magnitudes de dos periodos de evaluación

$$M(V_r\ 1er\ periodo) = \sqrt{(I_{11})^2 + (I_{21})^2}$$

$$M(V_r\ 2do\ periodo) = \sqrt{(I_{12})^2 + (I_{22})^2}$$



A partir de las magnitudes obtenidas para cada uno de los dos vectores se construye el IC para estos dos periodos a través de la siguiente expresión (Figura 7):

Figura 7. Índice de Comparación

Índice de comparación

$$IC = \left[\frac{\textit{Distancia alcanzada en el segundo periodo}}{\textit{Distancia alcanzada en el primer periodo}} x100 \right] - 100$$

$$IC = \left[\frac{M\ (V_r\ 2do\ periodo)}{M\ (V_r\ 1er\ periodo)} x100 \right] - 100$$

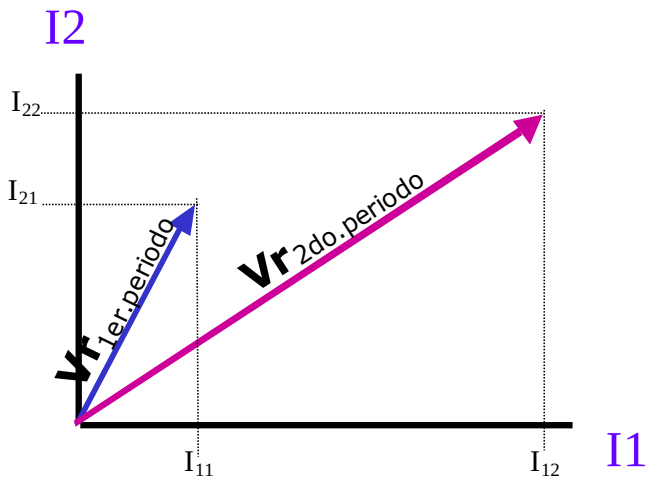
Lo cual mide el incremento o decremento en términos porcentuales que se obtuvo en el segundo período con respecto al primer periodo. Si este valor es positivo será un incremento o ganancia y si por el contrario el valor es negativo será un decremento o pérdida, y si es cero indica que no existe cambio entre las dos mediciones.

Construcción del vector diferencia (Vd)

Por otro lado, utilizando esta metodología vectorial también se puede saber de manera específica, que indicadores explican el valor del IC, es decir a qué indicador o indicadores se le atribuye el cambio entre los dos periodos ya sea en ganancia o en pérdida.

Para esto se construye otro vector a partir de la diferencia entre los indicadores de cada programa respectivamente, del segundo periodo menos el primer periodo que se deseen comparar, el que se denominará vector diferencia (Vd) (Figura 8), que representa la cantidad del cambio (Magnitud), la rapidez o velocidad de cambio (Dirección) y si incremento o decremento el cambio (sentido).

Figura 8. Vector diferencia



En donde el vector diferencia está dado por:

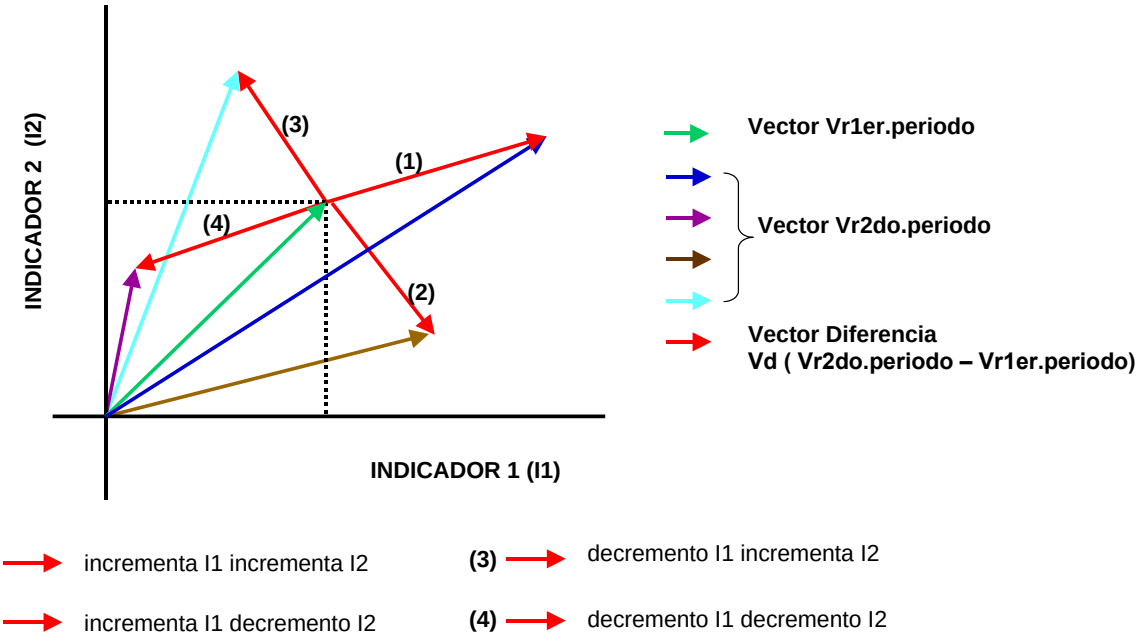
Figura 9. Vector diferencia

Vector diferencia

$$Vd = (I_{12} - I_{11}), (I_{22} - I_{21})$$

En la siguiente figura se ejemplifican cuatro posibles resultados para el vector diferencia (Vd) de un programa el cual contiene sólo dos indicadores (I1,I2) para su evaluación:

Figura 10. Dirección y sentido del vector diferencia



Construcción de vector Velocidad (Vv)

Al dividir el Vd por el tiempo que haya transcurrido entre los dos periodos de comparación en meses (tm), obtenemos un vector de velocidad (Vv) que refleja la velocidad de cambio mensual que tiene el programa, para cada uno de sus indicadores.
Así el vector velocidad está dado por la siguiente expresión.
Vv = (V12er.periodo–V11do.periodo)/tm,(V22er.periodo– V21er.periodo)/tm, ……., (Vk2er.periodo–Vk1er.periodo)/tm)
Con el vector velocidad (Vv), se puede establecer además la tendencia del programa en un momento dado en un tiempo posterior al segundo periodo, como un punto vectorial de tendencia (Pt), como Pt =Vr2do.periodo + T(Vv). En donde T es el tiempo transcurrido entre el segundo periodo y el momento en donde queremos establecer la tendencia.
Así, al dividir las diferencias entre unidades de tiempo obtenemos vectores de velocidad entre cada una de las evaluaciones que realicemos. Lo que nos permite profundizar en el análisis del comportamiento del programa. De esta forma al contar con series históricas de evaluación (con más puntos vectoriales) es posible llevar estas tendencia a pronosticar los resultados de los programas y de esta forma contar con una herramienta para la ayuda en la toma de decisiones.
Factor de corrección (Fc)

En algunas ocasiones al querer evaluar alguna institución o alguna entidad federativa, nos enfrentamos a que no necesariamente se pueden dar calificaciones en todos y cada uno de los indicadores (es decir tiene K-F indicadores, donde F= número de indicadores que faltan), mientras que en otras instituciones u otras entidades federativas sí es posible dar las calificaciones de todos los indicadores (es decir F=0).

En estas circunstancias se requiere construir un factor de corrección (FC) para estos casos, debido a que la magnitud vectorial del Vc está incompleta por no tener todas las calificaciones de todos los indicadores, para estas situaciones particulares, la magnitud de este vector incompleto (M(VC-IN)), nunca será igual a la magnitud del vector esperado, por tener menos coordenadas, este sólo podrá ser igual a la magnitud de un vector esperado incompleto M(VE-IN) asociado a este espacio específico. Calculemos M(VC-IN) como M(VE-IN) de la siguiente manera:

$$M(V_{C-IN}) = \sqrt[2]{(V_1)^2 + (V_2)^2 + (V_3)^2 + ... + (V_{K-F})^2}$$

$$M(V_{E-IN}) = \sqrt[2]{(V_{1MAX})^2 + (V_{2MAX})^2 + (V_{3MAX})^2 + ... + (V_{KMAX-F})^2}$$

Así el factor de corrección está dado por la siguiente fórmula:

$$F_C = \left[\frac{M(V_E)}{M(V_{E-IN})} \right]$$

Para estos casos particulares el ID corregido se calcula de la siguiente manera:

$$IDC = \left[\frac{M(V_{C-IN})F_C}{M(V_E)} \right] 100$$

Establecimiento de cuatro grupos de evaluación utilizando la Metodología Vectorial (precario, mínimo, satisfactorio, sobresaliente).
Una de las tareas de la estrategia de Caminando a la Excelencia es clasificar a las entidades federativas, de acuerdo con los resultados obtenidos en el ID, en cuatro grupos: sobresaliente, satisfactorio, mínimo y precario, con la intención de identificar aquellas con mayores avances, para que éstas puedan promover y compartir sus experiencias con el resto de los estados y con el nivel federal, para que de esta forma caminemos todos juntos a la excelencia en la prestación de los servicios de salud pública a favor de la población mexicana.

Para conformar los cuatro grupos en la evaluación vectorial, fue necesario que los responsables de cada uno de los programas y sistemas definieran tres valores de corte o puntos de corte (X1, X2, X3) para cada uno de los indicadores utilizados en el proceso de evaluación. Estos puntos de corte se establecieron en función de las características y construcción de los indicadores como del funcionamiento, ejecución de los programas, los puntos de corte se encontraban entre los valores mínimo y máximo (Vmin, Vmax respectivamente) de cada indicador, con la siguiente propiedad: Vmin < X1 < X2 < X3 < Vmax.

De esta forma se pueden establecer cuatro grupos de clasificación por indicador de la siguiente manera:

1.- Precario, si el valor del indicador se encuentra entre Vmin y X1
2.- Mínimo, si el valor del indicador se encuentra entre X1 y X2
3.- Satisfactorio, si el valor del indicador se encuentra entre X2 y X3
4.- Sobresaliente, si el valor del indicador se encuentra entre X3 y Vmax
O bien, utilizando la notación matemática:

1.- Precario, si el valor del indicador I ε [Vmin, X1)
2.- Mínimo, si el valor del indicador I ε [X1, X2)
3.- Satisfactorio, si el valor del indicador I ε [X2, X3)
4.- Sobresaliente, si el valor del indicador I ε [X3, Vmax]

A partir de los valores de los tres puntos de corte de cada indicador se conforman las coordenadas de tres puntos multidimensionales, a partir de éstos se definen tres vectores los cuales permiten establecer los cuatro grupos mencionados calculando las magnitudes y el ID de estos vectores. De esta forma se generalizan matemáticamente los grupos establecidos para cada indicador a grupos en el espacio vectorial donde se están realizando las mediciones multidimensionales de cada uno de los programas.

Asumamos que cada programa o sistema requiere de i-indicadores para su evaluación, por lo que se requieren (3)(i) puntos de corte, es decir tres puntos de corte por indicador: (X1j, X2j, X3j; J =1, 2,i). A partir de este conjunto de valores, se establecen los siguientes tres puntos multidimensionales:
P1 = (X11, X12,..., X1i), P2 = (X21, X22,..., X2i), P3 = (X31, X32,.., X3i)
Lo que permite definir los siguientes tres vectores:
V1 = (X1j; j=1, 2, ..., i), V2 = (X2j; j=1, 2, ..., i), V3 = (X3j; i=1, 2, ..., i)

Y dado que: X1j < X2j < X3j , para todo j ε [1,i]. Entonces las magnitudes de los tres vectores tienen la siguiente propiedad:

M(V1) < M(V2) < M(V3), lo que nos permite definir tres índices de desempeño vectoriales (ID1, ID2, ID3) como antes (Ver figura 5), es decir:
ID1=[M(V1)] / [M(Ve)] X 100
ID2=[M(V2)] / [M(Ve)] X 100
ID3=[M(V3)] / [M(Ve)] X 100

Por consiguiente se cumplen: ID1 < ID2 < ID3. De esta forma se establecen los siguientes cuatro grupos:

1.- Precario, si el valor del índice de desempeño ID ε [0, ID1)
2.- Mínimo, si el valor del índice de desempeño ID ε [ID1, ID2)
3.- Satisfactorio, si el valor del índice de desempeño ID ε [ID2, ID3)
4.- Sobresaliente, si el valor del índice de desempeño ID ε [ID3, 100)

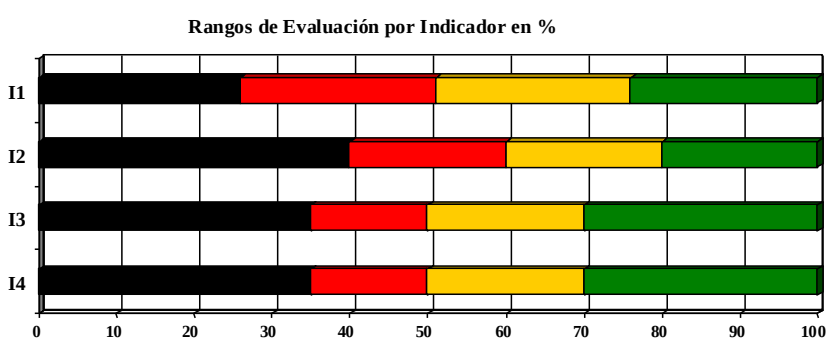
Para el caso particular de que un programa requiera ponderar sus indicadores, la metodología descrita anteriormente sigue funcionando, solo que en este caso se requiere redefinir los tres vectores (V1,V2,V3).

Asumimos que existen i-indicadores, y a su vez que existen i-factores de ponderación es decir Pi ponderadores. Así los tres vectores se redefinirán de la siguiente manera:

V1 = (PiX1j; j=1, 2, ..., i),
V2 = (PiX2j; j=1, 2, ..., i),
V3 = (PiX3j; i=1, 2, ..., i).

A manera de ejemplo consideremos un programa que consta de cuatro indicador (i = 4) para su evaluación, por lo tanto requiere de 12 puntos de corte (3X4) como se muestra en la figura 11.

Figura 11. Puntos de corte en porcentaje



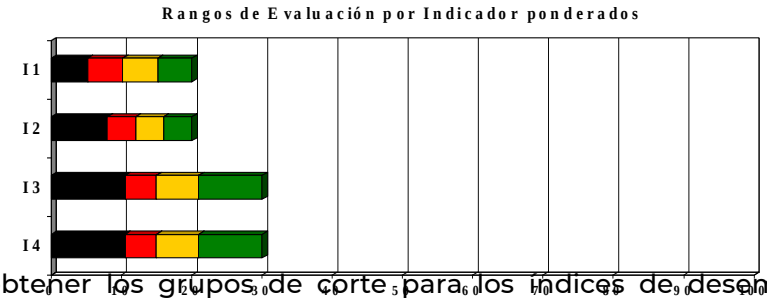
	V_1	V_2	V_3
	X_{1j}	X_{2j}	X_{3j}
I1	26.0	51.0	76.0
I2	40.0	60.0	80.0
I3	35.0	50.0	70.0
I4	35.0	50.0	70.0

Ahora, supongamos que el programa decide ponderar sus indicadores de acuerdo con sus necesidades a partir de los siguientes valores
I1 = Ponderado a 20 puntos
I2 = Ponderado a 20 puntos
I3 = Ponderado a 30 puntos
I4 = Ponderado a 30 puntos

Ahora, es necesario redefinir los vectores de cada indicador de la siguiente manera (Figura 12):

V1 = (.20 x 26, .20 x 40, .20 x 35, .20 x 35)
V2 = (.20 x 51, .20 x 60, .20 x 50, .20 x 50)
V3 = (.20 x 76, .20 x 80, .20 x 70, .20 x 70)

Figura 12. Puntos de corte ponderados



	V_1	V_2	V_3	Ponderador
I 1	5.2	10.2	15.2	20.0
I 2	8.0	12.0	16.0	20.0
I 3	10.5	15.0	21.0	30.0
I 4	10.5	15.0	21.0	30.0

Para obtener los grupos de corte para los índices de desempeño del sistema o programa es necesario calcular la magnitud vectorial de los vectores V1, V2, V3 (Ver figura 4), la cual nos define tres regiones vectoriales en las que se encuentran los rangos de evaluación (Figura 13).

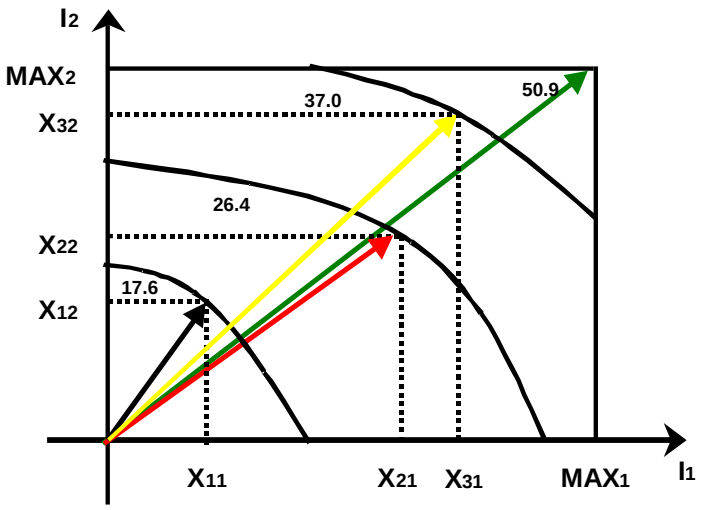
Cálculo de magnitudes vectoriales

$$M(V_2) = \sqrt{(10.2)^2 + (12.0)^2 + (15.0)^2 + (15.0)^2} = 26.4$$

$$M(V_1) = \sqrt{(5.2)^2 + (8.0)^2 + (10.5)^2 + (10.5)^2} = 17.6$$

$$M(V_3) = \sqrt{(15.2)^2 + (16.0)^2 + (21.0)^2 + (21.0)^2} = 37.0$$

Figura 13. Ubicación de las regiones vectoriales de evaluación



Y para expresar estas regiones vectoriales en términos porcentuales es necesario calcular los índices de desempeño (ID1, ID2, ID3).

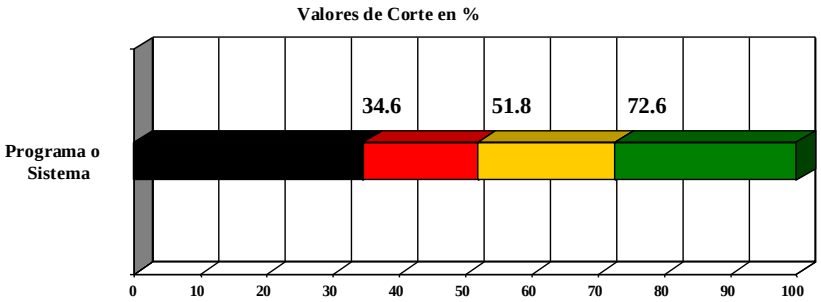
ID1=[(17.6)] / [(50.9)] X 100 = 34.6
ID2=[(26.4)] / [(50.9)] X 100 = 51.8
ID3=[(37.0)] / [(50.9)] X 100 = 72.6

Con estos valores se obtienen los cuatro grupos para calificación del programa y/o sistema, los cuales se expresan de la siguiente forma (Figura14):

1.- Precario si el valor del indicador I ε [0, 34.6)
2.- Mínimo si el valor del indicador I ε [34.6, 51.8)

3.- Satisfactorio si el valor del indicador I ε [51.8, 72.6)
4.- Sobresaliente si el valor del indicador I ε [72.6, 100]

Figura 14. Cortes de evaluación para el sistema o programa



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

Caminando a la Excelencia

Dirección General de Epidemiología
Dirección General Adjunta de Epidemiología

Caminado a la Excelencia

Instructivo de Herramienta HECAMEX y envío de Información 2019

Caminando a la Excelencia
Envío de Información

La evaluación Caminado a la Excelencia desde su inicio ha sido una herramienta perfectible y en constante evolución, en ese sentido a partir de la evaluación del Cierre 2017, se implementó una herramienta informática que viene a facilitar el envío de la información desde los programas hacia el nivel federal.

La característica esencial de esta herramienta es que son los propios programas quienes en una aplicación construida en formato Excel, capturan sus datos y en ese mismo instante pueden disponer de su Boletín con la Evaluación del Índice de Desempeño correspondiente.

Lo anterior viene a reducir los tiempos de espera entre la recepción de información y la publicación de los resultados para cada programa evaluado, es decir trae consigo la posibilidad de contar con información oportuna a fin de que los programas realicen las adecuaciones y/o acciones acorde con lo identificado en sus indicadores.

Características de la Herramienta de Evaluación

- Aplicación local (No en línea) desarrollada en formato Excel, compatible con versiones 1997 y posteriores.
- Cuenta con la funcionalidad para el cálculo del Índice de Desempeño y la emisión de gráficos.
- Requiere actualización anual con base en los cambios que requiera cada programa evaluado, mediante el manual metodológico.
- El envío de información a nivel federal, se realiza a través de un FTP en el cual se queda el registro de la información tal cual como fue capturada por el programa.

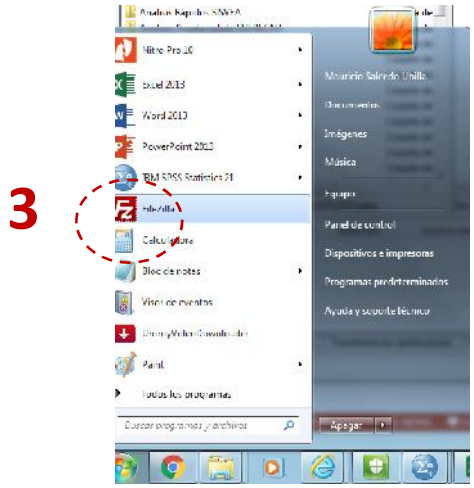
Descarga del Programa FileZilla

Inicialmente se debe descargar el programa FileZilla el cual dará acceso al FTP y para ello debe seguir los siguientes pasos:

- Acceder a la siguiente dirección: https://filezilla-project.org/download.php?type=client

- Para su instalación sólo deberá de seguir las instrucciones y el programa se descargará correctamente

- Completada la instalación de FileZilla, proceda abrir el programa desde la barra de inicio o del acceso directo en el escritorio



Acceso al FTP

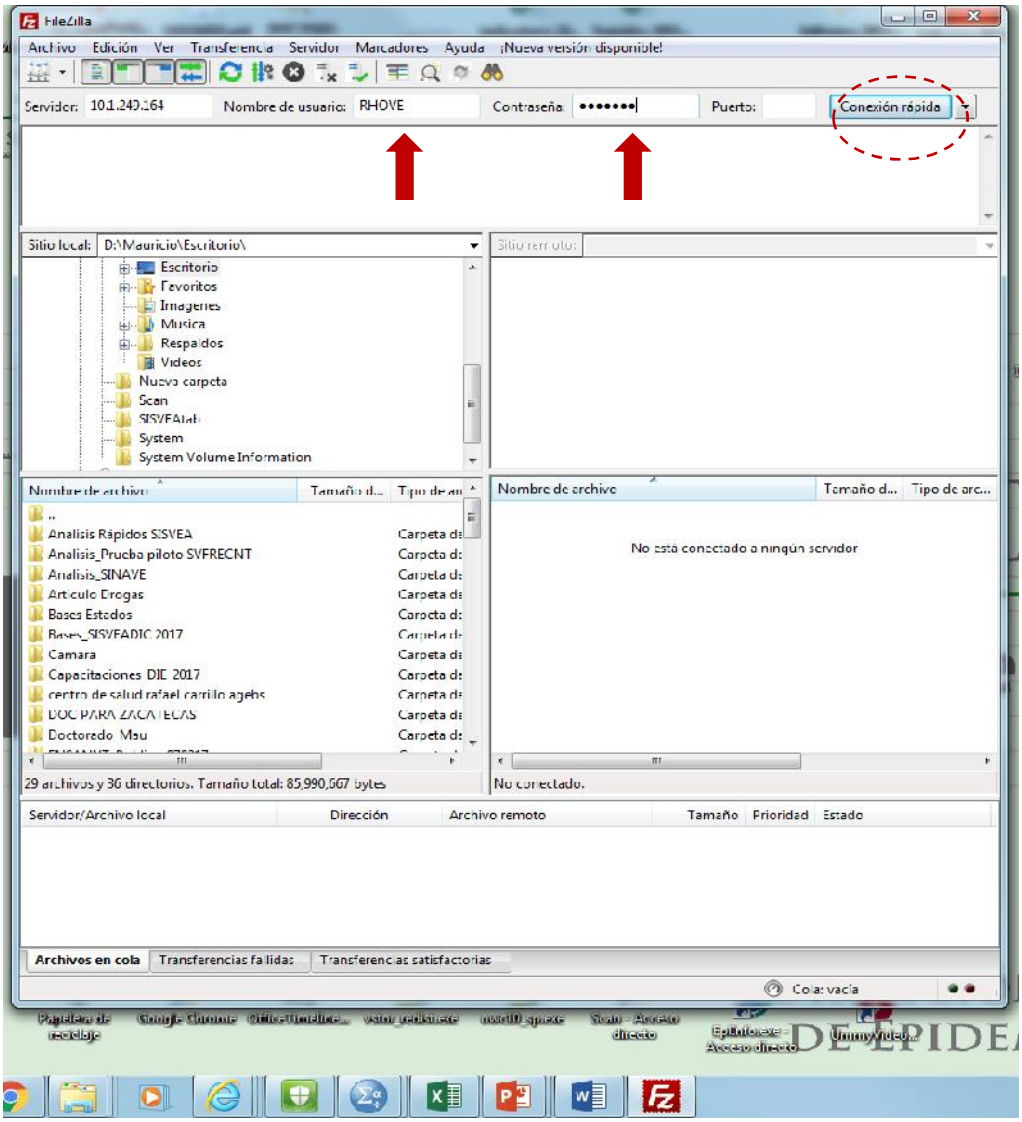
Abierto el programa aparecerá la siguiente pantalla

10.1.249.164

4 Escribir la siguiente dirección en el servidor

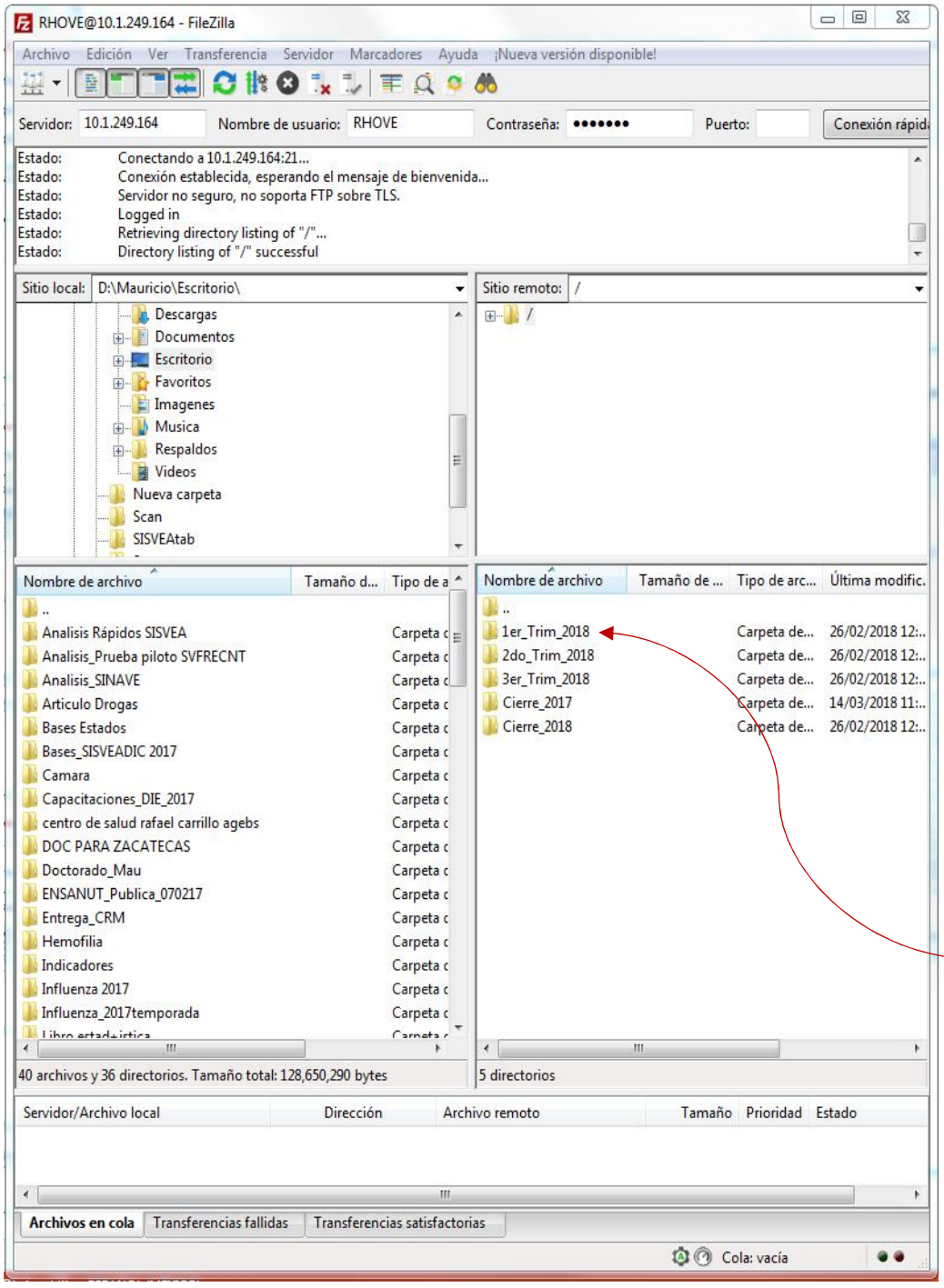
5 Escribir el usuario y contraseña proporcionada por el nivel federal de Caminando a la Excelencia

6 Seleccionar “Conexión rápida”



Descarga de la herramienta HeCaMEX desde el FTP

Posterior a la Conexión rápida se abre la pantalla del FTP



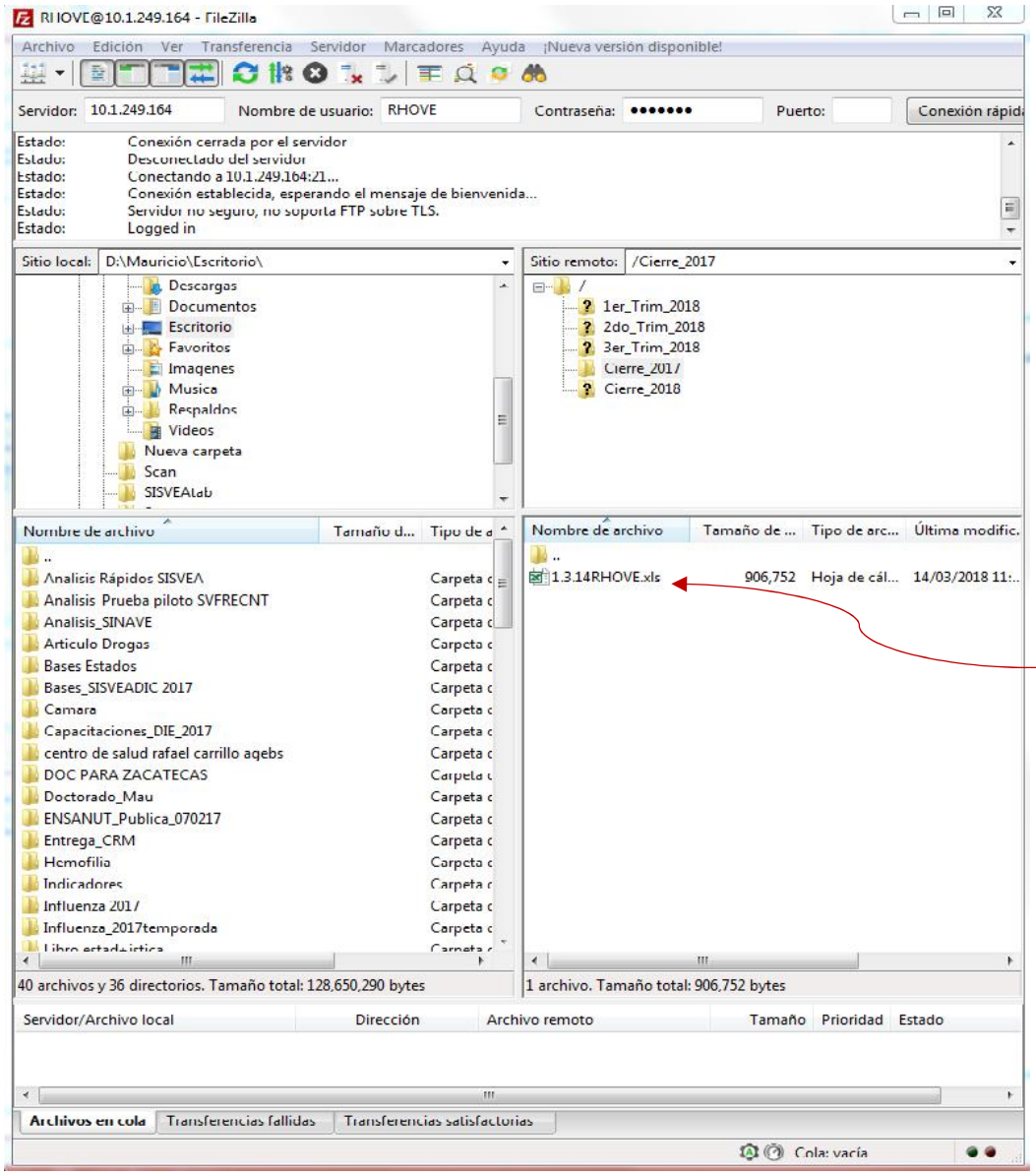
En la parte inferior se observan cinco carpetas.

PARA DESCARGAR LA HERRAMIENTA DEBERÁ SELECCIONAR LA CARPETA QUE CORRESPONDA AL TRIMESTRE A EVALUAR EN 2018

1er_Trim_2018

Descarga de la herramienta HeCAMEX desde el FTP

Al interior de la carpeta de Cierre_2017, se encontrará la herramienta correspondiente al programa, en este ejemplo es la herramienta de la Red de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (RHOVE)



1.3.14RHOVE

Esta es la nueva herramienta y para descargarla a su máquina puede:

a) Arrastrarla con el mouse hasta el escritorio

b) Seleccionar el archivo con el botón accesorio y pulsar sobre la opción descargar

ES MUY IMPORTANTE NO CAMBIAR EL NOMBRE DE LA HERRAMIENTA

El archivo descargado desde el FTP, es la Herramienta HeCAMEX, el cual es un archivo en formato Excell y en este ejemplo corresponde a la RHOVE

No debe cambiar el nombre a este archivo

Una vez abierto el archivo deberá habilitar la edición y contenido a fin de que la siguiente pantalla se encuentre activa

RED HOSPITALARIA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (RHOVE)

CIERRE 2016			CIERRE 2017		
INDICADORES		PONDERADOR	INDICADORES		PONDERADOR
1	Cobertura	100	1	Cobertura	100
2	Oportunidad de Casos	100	2	Oportunidad de Casos	100
3	Oportunidad de brotes	100	3	Oportunidad de brotes	100
4	Seguimiento de brotes	100	4	Seguimiento de brotes	100
	TOTAL	100		TOTAL	100

IMPRIMIR

INGRESAR CALIFICACION DE LOS INDICADORES

NOTAS:

NA: NO APLICA

Categoría	Intervalo			Gradientes de evaluación
Sobresaliente	90	-	100	
Satisfactorio	80	-	89	
Mínimo	60	-	79	
Precario	0	-	59	

Para ingresar los datos de los indicadores, debe seleccionar la opción:

INGRESAR CALIFICACION DE LOS INDICADORES

La siguiente pantalla es donde se deberán ingresar los resultados de cada indicador evaluado para el cierre 2017

RED HOSPITALARIA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (RHOVE)	CIERRE 2016						RED HOSPITALARIA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (RHOVE)	CIERRE 2017					
ESTADO	Cobertura	Oportunidad de Casos	Oportunidad de brotes	Seguimiento de brotes	Magnitud vectorial	Indice de desempeño vectorial	ESTADO	Cobertura	Oportunidad de Casos	Oportunidad de brotes	Seguimiento de brotes	Magnitud vectorial	Indice de desempeño vectorial
Aguascalientes	100.0	49.8	100.0	100.0	160.2	90.	Aguascalientes					0.0	0.0
Baja California	100.0	26.2	0.0	0.0	103.4	51.7	Baja California					0.0	0.0
Baja California Sur	40.0	25.0	0.0	NA	47.2	27.2	Baja California Sur					0.0	0.0
Campeche	100.0	68.8	100.0	NA	167.2	90.8	Campeche					0.0	0.0
Coahuila	100.0	41.8	67.0	NA	127.3	73.8	Coahuila					0.0	0.0
Colima	100.0	6.8	0.0	NA	100.2	57.8	Colima					0.0	0.0
Chiapas	100.0	30.8	67.0	NA	124.2	71.7	Chiapas					0.0	0.0
Chihuahua	100.0	26.8	67.0	NA	123.3	71.2	Chihuahua					0.0	0.0
Ciudad de México	100.0	5.	0.0	100.0	141.5	70.8	Ciudad de México					0.0	0.0
Durango	50.0	7.8	0.0	NA	50.6	29.2	Durango					0.0	0.0
Guanajuato	100.0	28.2	100.0	NA	144.2	83.3	Guanajuato					0.0	0.0
Guerrero	100.0	83.8	100.0	100.0	152.3	96.2	Guerrero					0.0	0.0
Hidalgo	100.0	94.0	100.0	NA	169.8	98.0	Hidalgo					0.0	0.0
Jalisco	100.0	7.2	100.0	NA	141.6	81.8	Jalisco					0.0	0.0
México	100.0	13.		33.3	106.2	53.	México					0.0	0.0
Michoacán	100.0	14.8		NA	121.3	70.0	Michoacán					0.0	0.0
Morelos	100.0	19.3		100.0	174.3	87.2	Morelos					0.0	0.0
Nayarit	100.0	96.2	100.0	NA	171.1	98.8	Nayarit					0.0	0.0
Nuevo León	100.0	26.7	100.0	NA	143.9	83.	Nuevo León					0.0	0.0
Oaxaca	100.0	9.5	100.0	NA	141.8	81.8	Oaxaca					0.0	0.0
Puebla	100.0	2.	67.0	NA	120.4	69.5	Puebla					0.0	0.0
Querétaro	100.0		0.0	50.0	112.0	56.0	Querétaro					0.0	0.0
Quintana Roo	100.0	45.	100.0	NA	145.4	83.9	Quintana Roo					0.0	0.0
San Luis Potosí	100.0	0.0	100.0	NA	141.4	81.6	San Luis Potosí					0.0	0.0
Sinaloa	100.0	16.0	100.0	NA	142.3	82.2	Sinaloa					0.0	0.0
Sonora	100.0	22.2	100.0	NA	143.1	82.6	Sonora					0.0	0.0
Tabasco	100.0	9.	100.0	NA	141.7	81.8	Tabasco					0.0	0.0
Tamaulipas	100.0	58.2	33.3	NA	120.4	69.5	Tamaulipas					0.0	0.0
Tlaxcala	100.0	39.8	100.0	33.3	150.6	75.3	Tlaxcala					0.0	0.0
Veracruz	100.0	64.0	100.0	50.0	163.1	81.5	Veracruz					0.0	0.0
Yucatán	100.0	3.0	100.0	0.0	141.5	70.7	Yucatán					0.0	0.0
Zacatecas	100.0	77.7	100.0	NA	161.4	93.2	Zacatecas					0.0	0.0
Nacional	96.6	28.2	70.9	81.3	147.5	73.7	Nacional					0.0	0.0
VECTOR MAXIMO Y/O PONDERADOR	100.0	100.0	100.0	100.0	200.0	100.0	VECTOR MAXIMO Y/O PONDERADOR	100.0	100.0	100.0	100.0	200.0	100.0

Bloqueado

Bloqueado

Bloqueado

Bloqueado

Bloqueado

MENU PRINCIPAL

En la herramienta actual, los valores de los indicadores se publicarán a un decimal, sin

En estas columnas se encuentran los indicadores correspondientes al programa donde se deben capturar los valores de la evaluación, al ingresar los datos se deben pegar como valores sin formato

El orden de las entidades en el archivo de origen debe corresponder al de la herramienta

Hecho lo anterior se debe seleccionar la opción:

MENU PRINCLPAL

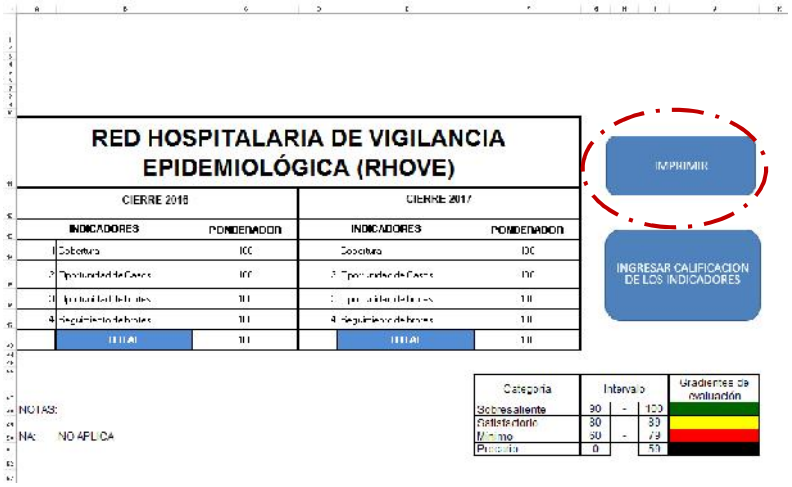
RED HOSPITALARIA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (RHOVE)				CIERRE 2016			RED HOSPITALARIA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (RHOVE)				CIERRE 2017		
ESTADO	Cobertura	Oportunidad de Casos	Oportunidad de brotes	Seguimiento de brotes	Magnitud vectorial	Indice de desempeño vectorial	ESTADO	Cobertura	Oportunidad de Casos	Oportunidad de brotes	Seguimiento de brotes	Magnitud vectorial	Indice de desempeño vectorial
Aguascalientes	100.0	49.6	100.0	100.0	180.2	90.1	Aguascalientes	100.0	49.5	100.0	100.0	180.2	90.1
Baja California	100.0	26.3	0.0	0.0	103.4	51.7	Baja California	100.0	26.3	0.0	0.0	103.4	51.7
Baja California Sur	40.0	25.0	0.0	NA	87.2	27.2	Baja California Sur	40.0	25.0	0.0	NA	87.2	27.2
Campeche	100.0	68.8	100.0	NA	157.2	90.8	Campeche	100.0	68.8	100.0	NA	157.2	90.8
Coahuila	100.0	41.5	67.0	NA	127.3	73.5	Coahuila	100.0	41.5	67.0	NA	127.3	73.5
Colima	100.0	6.9	0.0	NA	100.2	57.9	Colima	100.0	6.9	0.0	NA	100.2	57.9
Chiapas	100.0	30.0	67.0	NA	124.2	71.7	Chiapas	100.0	30.0	67.0	NA	124.2	71.7
Chihuahua	100.0	26.8	67.0	NA	123.3	71.2	Chihuahua	100.0	26.8	67.0	NA	123.3	71.2
Ciudad de Mexico	100.0	5.1	0.0	100.0	141.5	70.8	Ciudad de México	100.0	5.1	0.0	100.0	141.5	70.8
Durango	50.0	7.5	0.0	NA	50.6	29.2	Durango	50.0	7.5	0.0	NA	50.6	29.2
Guanajuato	100.0	28.3	100.0	NA	144.2	83.3	Guanajuato	100.0	28.3	100.0	NA	144.2	83.3
Guerrero	100.0	83.6	100.0	100.0	192.3	96.2	Guerrero	100.0	83.5	100.0	100.0	192.3	96.2
Hidalgo	100.0	94.0	100.0	NA	169.8	98.0	Hidalgo	100.0	94.0	100.0	NA	169.8	98.0
Jalisco	100.0	7.3	100.0	NA	141.6	81.8	Jalisco	100.0	7.3	100.0	NA	141.6	81.8
Mexico	100.0	13.1	0.0	33.3	106.2	53.1	México	100.0	13.1	0.0	33.3	106.2	53.1
Michoacán	100.0	14.6	67.0	NA	121.3	70.0	Michoacán	100.0	14.5	67.0	NA	121.3	70.0
Morelos	100.0	19.9	100.0	100.0	174.3	87.2	Morelos	100.0	19.9	100.0	100.0	174.3	87.2
Nayarit	100.0	96.3	100.0	NA	171.1	98.8	Nayarit	100.0	96.3	100.0	NA	171.1	98.8
Nuevo León	100.0	26.7	100.0	NA	143.9	83.1	Nuevo León	100.0	26.7	100.0	NA	143.9	83.1
Oaxaca	100.0	9.9	100.0	NA	141.8	81.8	Oaxaca	100.0	9.9	100.0	NA	141.8	81.8
Puebla	100.0	2.7	67.0	NA	120.4	69.5	Puebla	100.0	2.7	67.0	NA	120.4	69.5
Querétaro	100.0	7.4	0.0	50.0	112.0	56.0	Querétaro	100.0	7.4	0.0	50.0	112.0	56.0
Quintana Roo	100.0	33.8	100.0	NA	145.4	83.9	Quintana Roo	100.0	33.3	100.0	NA	145.4	83.9
San Luis Potosí	100.0	0.0	100.0	NA	141.4	81.6	San Luis Potosí	100.0	0.0	100.0	NA	141.4	81.6
Sinaloa	100.0	16.0	100.0	NA	142.3	82.2	Sinaloa	100.0	16.0	100.0	NA	142.3	82.2
Sonora	100.0	22.2	100.0	NA	142.1	82.6	Sonora	100.0	22.2	100.0	NA	143.1	82.6
Tabasco	100.0	3.1	100.0	NA	141.7	81.8	Tabasco	100.0	91	100.0	NA	141.7	81.8
Tamaulipas	100.0	58.2	33.3	NA	120.4	69.5	Tamaulipas	100.0	58.2	33.3	NA	120.4	69.5
Tlaxcala	100.0	39.6	100.0	33.3	150.6	75.3	Tlaxcala	100.0	39.5	100.0	33.3	150.6	75.3
Veracruz	100.0	64.0	100.0	50.0	163.1	81.5	Veracruz	100.0	64.0	100.0	50.0	163.1	81.5
Yucatán	100.0	3.0	100.0	0.0	141.5	70.7	Yucatán	100.0	3.0	100.0	0.0	141.5	70.7
Zacatecas	100.0	77.7	100.0	NA	161.4	83.2	Zacatecas	100.0	77.7	100.0	NA	161.4	83.2
Nacional	96.6	28.2	70.9	81.2	147.5	79.7	Nacional	96.6	28.2	70.9	81.2	147.5	79.7
VECTOR MÁXIMO Y/O PONDERADOR	100.0	100.0	100.0	100.0	200.0	100.0	VECTOR MAXIMO Y/O PONDERADOR	100.0	100.0	100.0	100.0	200.0	100.0

MAGNITUD VECTORIAL

INDICE DE DESEMPEÑO

MENU PRINCIPAL

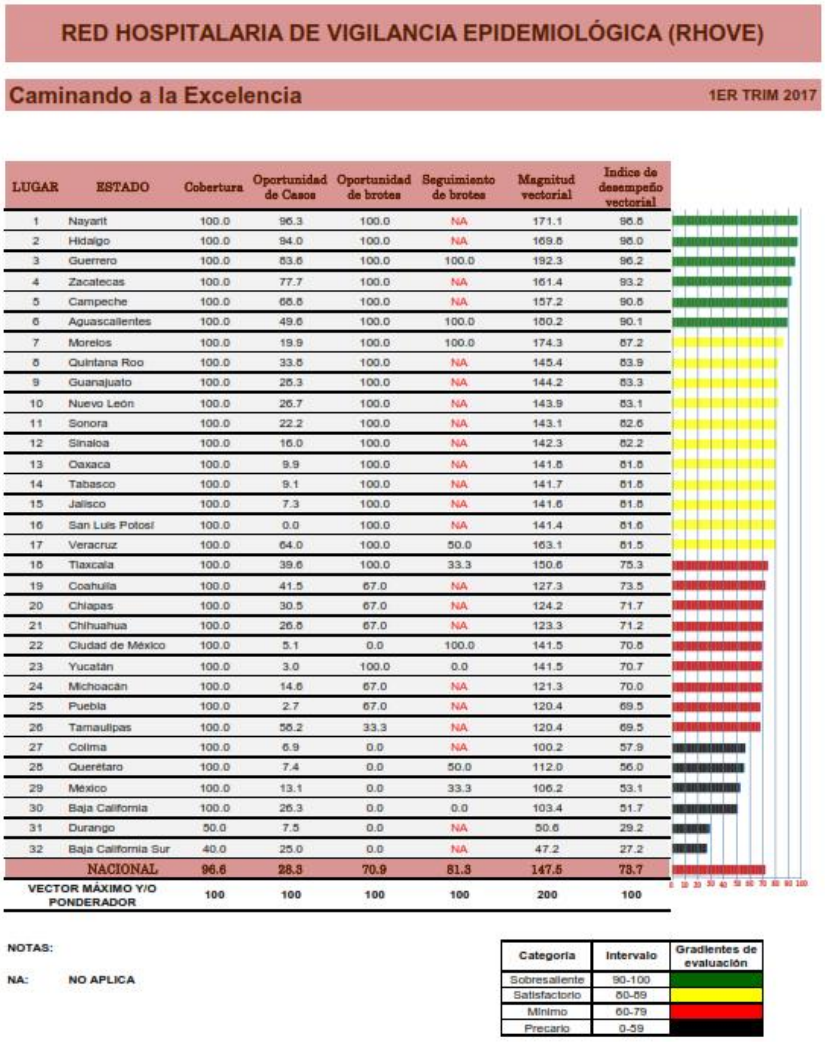
Resultados de indicadores



Posteriormente debe seleccionar la opción

IMPRIMIR

Al seleccionar el botón de imprimir, se guardara automáticamente el archivo de trabajo y se abrirá un archivo en formato PDF, mismo que contiene las gráficas que convencionalmente se publican en el Boletín CAMEX.



RED HOSPITALARIA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (RHOVE)

Caminando a la Excelencia 1ER TRIM 2017

LUGAR	ESTADO	Cobertura	Oportunidad de Casos	Oportunidad de brotes	Seguimiento de brotes	Magnitud vectorial	Indice de desempeño vectorial
1	Nayarit	100.0	96.3	100.0	NA	171.1	96.8
2	Hidalgo	100.0	94.0	100.0	NA	169.8	96.0
3	Guerrero	100.0	83.6	100.0	100.0	192.3	96.2
4	Zacatecas	100.0	77.7	100.0	NA	161.4	93.2
5	Campeche	100.0	66.6	100.0	NA	157.2	90.8
6	Aguascalientes	100.0	49.6	100.0	100.0	180.2	90.1
7	Morelos	100.0	19.9	100.0	100.0	174.3	87.2
8	Quintana Roo	100.0	33.6	100.0	NA	145.4	83.9
9	Guanajuato	100.0	26.3	100.0	NA	144.2	83.3
10	Nuevo León	100.0	26.7	100.0	NA	143.9	83.1
11	Sonora	100.0	22.2	100.0	NA	143.1	82.6
12	Sinaloa	100.0	16.0	100.0	NA	142.3	82.2
13	Oaxaca	100.0	9.9	100.0	NA	141.6	81.8
14	Tabasco	100.0	9.1	100.0	NA	141.7	81.8
15	Jalisco	100.0	7.3	100.0	NA	141.6	81.8
16	San Luis Potosí	100.0	0.0	100.0	NA	141.4	81.6
17	Veracruz	100.0	64.0	100.0	50.0	163.1	81.5
18	Tlaxcala	100.0	39.6	100.0	33.3	150.6	75.3
19	Coahuila	100.0	41.5	67.0	NA	127.3	73.5
20	Chiapas	100.0	30.5	67.0	NA	124.2	71.7
21	Chihuahua	100.0	26.6	67.0	NA	123.3	71.2
22	Ciudad de México	100.0	5.1	0.0	100.0	141.5	70.8
23	Yucatán	100.0	3.0	100.0	0.0	141.5	70.7
24	Michoacán	100.0	14.6	67.0	NA	121.3	70.0
25	Puebla	100.0	2.7	67.0	NA	120.4	69.5
26	Tamaulipas	100.0	56.2	33.3	NA	120.4	69.5
27	Colima	100.0	6.9	0.0	NA	100.2	57.9
28	Querétaro	100.0	7.4	0.0	50.0	112.0	56.0
29	México	100.0	13.1	0.0	33.3	106.2	53.1
30	Baja California	100.0	26.3	0.0	0.0	103.4	51.7
31	Durango	50.0	7.5	0.0	NA	50.6	29.2
32	Baja California Sur	40.0	25.0	0.0	NA	47.2	27.2
	NACIONAL	96.6	28.3	70.9	81.3	147.5	73.7
	VECTOR MÁXIMO Y/O PONDERADOR	100	100	100	100	200	100

NOTAS:

NA: NO APLICA

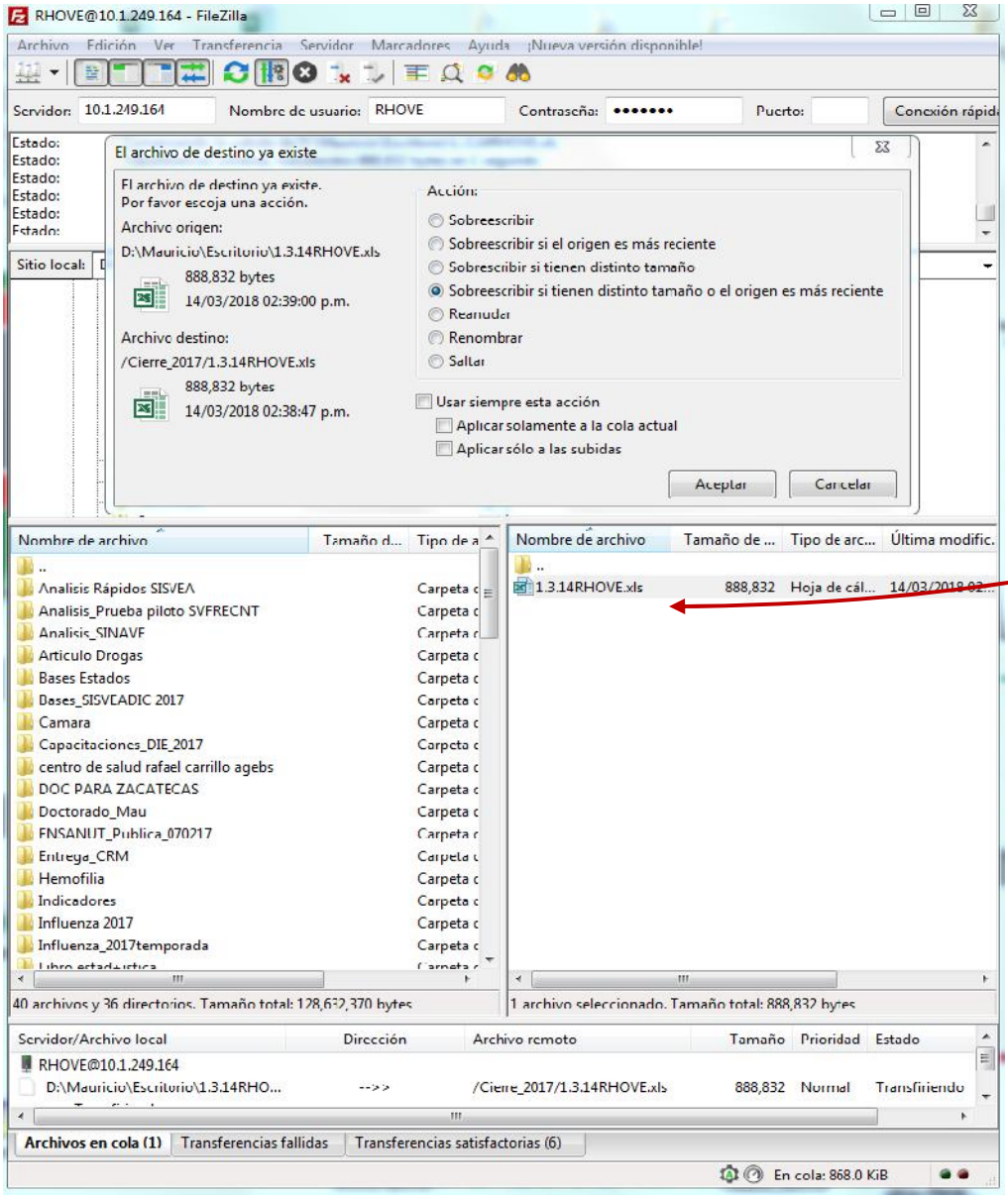
Categoria	Intervalo	Gradientes de evaluación
Sobresaliente	90-100	
Satisfactorio	80-89	
Mínimo	60-79	
Precario	0-59	

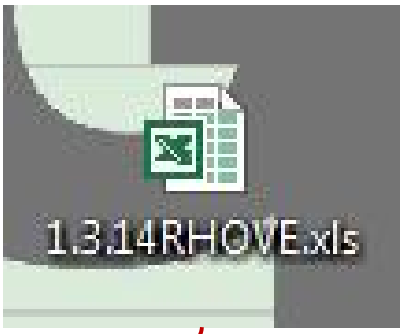
El archivo se guardará automáticamente con el nombre del programa ó sistema y el periodo de evaluación, en donde este guardado el archivo de trabajo de Excel.

El archivo Pdf se reemplazará automáticamente cada vez que se genere para evitar diversas versiones y solamente conservar la última que se genere con la magnitud vectorial y el índice de desempeño que debe de aparecer en el boletín de CAMEX.

Envío al FTP del archivo con los resultados de los indicadores

El archivo ya trabajado, en el cual se obtuvo el pdf con las gráficas, debe subirlo nuevamente al FTP a fin de que el Nivel Nacional cuente con la información de los indicadores calculados y de los gráficos





Habrá nuevamente el FTP y reemplace el archivo en la carpeta de 1er_Trim_2018

Importante:

NO cambie el nombre del archivo, solamente sustitúyalo

Finalmente cierre el FTP y el envío se habrá concluido.

NO OLVIDE QUE LOS RESULTADOS TAMBIEN DEBEN SER ENVIADOS VIA OFICIAL A LA DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Equipo Metodológico CAMEX

Datos de Contacto

Dr. Arturo revuelta Herrera
Lic. Ricardo Sánchez Izquierdo
Lic. Blanca Jiménez Vargas
M en C. Mauricio Salcedo Ubilla

Correo electrónico:
excelencia@dgepi.salud.gob.mx

Tel. Oficina: 5337-1633

Copia al correo: caminadoexcelencia@gmail.com

BIBLIOGRAFÍA

Congreso de la Unión. LEY GENERAL DE SALUD. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación actualizada al 18 de diciembre de 2007. TEXTO VIGENTE, Última reforma publicada DOF 18-12-2009.

Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Secretaría de la Función Pública y Consejo Nacional de Evaluación de la Política de desarrollo Nacional. Lineamientos generales para la evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el viernes 30 de marzo de 2007.

Secretaría de Salud. REGLAMENTO Interior de la Secretaría de Salud. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de julio de 2001; y actualización vigente 2 de febrero de 2010.

Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el martes 19 de febrero de 2013.

Dirección General de Epidemiología. Manual Metodológico de Caminando a la Excelencia 2008-2012: México D.F. p. 269-280.

Dirección General de Epidemiología, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de Salud, 2012, 01/03/2013, [citado 30-05-2013], Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, Formato PDF, Disponible en Internet:
http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/vig_epid_manuales.html.

Dirección General de Epidemiología, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de Salud, 2012, 01/03/2013, [citado 30-05-2013], Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de Cólera, Formato PDF, Disponible en Internet:
http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/vig_epid_manuales.html.

Dirección General de Epidemiología, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de Salud, 2012, 01/03/2013, [citado 30-05-2013], Manual de Procedimientos Estandarizados del Comité de Vigilancia Epidemiológica, Formato PDF, Disponible en Internet: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/vig_epid_manuales.html.

Dirección General de Epidemiología, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de Salud, 2012, 01/03/2013, [citado 30-05-2013], Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmitidas por Vector, Formato PDF, Disponible en Internet:
http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/vig_epid_manuales.html.

Dirección General de Epidemiología, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de Salud, 2012, 01/03/2013, [citado 30-05-2013], Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación, Formato PDF, Disponible en Internet:
http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/vig_epid_manuales.html.

Dirección General de Epidemiología, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de Salud, 2012, 01/03/2013, [citado 30-05-2013], Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de Defectos de Tubo Neural, Formato PDF, Disponible en Internet:
http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/vig_epid_manuales.html.

Dirección General de Epidemiología, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de Salud, 2012, 01/03/2013, [citado 30-05-2013], Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de Influenza, Formato PDF, Disponible en Internet:
http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/vig_epid_manuales.html.

Dirección General de Epidemiología, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de Salud, 2012, 01/03/2013, [citado 30-05-2013], Manual de Procedimientos Estandarizados para la Notificación Inmediata de Muertes Maternas, Formato PDF, Disponible en Internet:
http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/vig_epid_manuales.html.

Dirección General de Epidemiología, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de Salud, 2012, 01/03/2013, [citado 30-05-2013], Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de Micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra), Formato PDF, Disponible en Internet:

http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/vig_epid_manuales.html.
Dirección General de Epidemiología, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de Salud, 2012, 01/03/2013, [citado 30-05-2013], Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Diarreica Aguda mediante la estrategia de Núcleos Trazadores de Vigilancia Epidemiológica (NUTRAVE), Formato PDF, Disponible en Internet:
http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/vig_epid_manuales.html.
Dirección General de Epidemiología, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de Salud, 2012, 01/03/2013, [citado 30-05-2013], Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Patologías Bucales, Formato PDF, Disponible en Internet:
http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/vig_epid_manuales.html.
Dirección General de Epidemiología, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de Salud, 2012, 01/03/2013, [citado 30-05-2013], Manual de Procedimientos Estandarizados para el Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones, Formato PDF, Disponible en Internet:
http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/vig_epid_manuales.html.
Dirección General de Epidemiología, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de Salud, 2012, 01/03/2013, [citado 30-05-2013], Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de Sífilis Congénita, Formato PDF, Disponible en Internet:
http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/vig_epid_manuales.html.
Dirección General de Epidemiología, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de Salud, 2012, 01/03/2013, [citado 30-05-2013], Manual de Procedimientos Estandarizados para el Sistema de Notificación Semanal de Casos Nuevos), Formato PDF, Disponible en Internet:
http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/vig_epid_manuales.html.
Dirección General de Epidemiología, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de Salud, 2012, 01/03/2013, [citado 30-05-2013], Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de enfermedad asociada a Temperaturas Naturales Extremas, Formato PDF, Disponible en Internet:
http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/vig_epid_manuales.html.

Dirección General de Epidemiología, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de Salud, 2012, 01/03/2013, [citado 30-05-2013], Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA, Formato PDF, Disponible en Internet:
http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/vig_epid_manuales.html.
OMS: Manual de bioseguridad en el laboratorio. 2ª ed. España, Gráficas Reunidas, 1994.
OMS: Normas de Vigilancia recomendadas por la Organización Mundial de la Salud. WHO/EMC/DIS/1. Geneve, 1997.
OMS: Reglamento Sanitario Internacional de la Asamblea Mundial de la Salud, No. 176. Geneve, 1969.
OMS/OPS: Manual de Gerencia de la Calidad, 1996.
OMS: Evaluación de los Programas de Salud. Serie Salud para Todos, 1981.
Organización Mundial de la Salud. Preparación de Indicadores para Vigilar los Progresos realizados en el logro de la Salud para todos en el año 2000. 1981.
WHO: Protocol for the Assessment of National Communicables Disease Surveillance and Response Systems. Guidelines for Assessment Teams. WHO/CDS/CSR/ISR/2001.2 Geneve, 2001.
Centers for Disease Control: Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems. Recommendations for the Guidelines Working Group. MMWR 2001; 50 (RR13): 1-28.
Aday, L.A. et al (1998). Evaluating the Healthcare System. Effectiveness, Efficiency and Equity. Chicago, Illinois: Health Administration Press.
Agency for Healthcare Research and Quality, Estados Unidos (2001). A Quick Look at Quality. Your Guide to Choosing Quality Health Care. AHCPR Publication No. 99-0012. Rockville, MD. http://www.ahrq.gov/consumer/qntascii/qntqlook.htm.
Angeles, G. & Mroz T.A. (2001). A Simple Guide to Using Multilevel Models for the Evaluation of Program Impacts. Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, the Carolina Population Center: MEASURE-Evaluation.
Baldridge National Quality Program, Estados Unidos (2002). Health Care Criteria for Performance Excellence. Documento disponible en internet en www.quality.nist.gob.
Bambas, A. y Casas, J.A. (2001). Assessing equity in health: Conceptual criteria. En Equity and Health: Views from the Pan American Sanitary Bureau. Documento de internet disponible en http:www.paho.org/English/DBI/OP08.htm.

Birch, K., Field, S. & Scrivens, E. (2000). Quality in General Practice. Abingdon, Oxon, Inglaterra: Radcliffe Medical Press.
Beaglehole R, Bonita R, Kjellstrom T: Epidemiología Básica. Publicación Científica No. 551. OPS. Washington DC, 1994. Reimpresión, 1996.
Bruce, J (1990). Fundamental elements of the quality of care: A simple framework. Studies in Family Planning, vol 21, no. 2.
Carey, R.G. y Lloyd, R.C. (2001). Measuring Quality Improvement in Healthcare: A guide to Satistical Process Control Applications. Milwaukee, Wisconsin: American Society for Quality.
Cook, T.D. y Reichardt, Ch,S. (1995). Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluative. Madrid: Ediciones Morata.
Chen, H.T. (1990). Theory Driven Evaluation. Newbury Park, CA: Sage.
Declich S, Carter A. Public health surveillance: historical origins, methods and evaluation. WHO Bull, 72 (2): 285-304, 1994.
Dever AOE. La Epidemiología en la Administración de los Servicios de Salud. OPS/OMS. 1991.
Eiliana Montero Rojas. Marco conceptual para la evaluación de programas de salud. Población y Salud en Mesoamérica. Revista electrónica, volumen 1, número 2, artículo 6. Enero - junio, 2004. [Publicado 12 de marzo, 2004]. Disponible en internet: http://ccp.ucr.ac.cr/revista/
Fries RH, Sellers TA. Epidemiology for Public Health Practice. Maryland (US), Aspen Publishers Inc, 1996.
Guerrero VR, González CL, Medina: Epidemiología. Delaware (US), Addison-Wesley Iberoamericana, 1986.
Hennekens CH, Buring JL: Epidemiology in Medicine. Boston (US), Little, Brown and Company, 1987.
Kreider, Kuller, Ostberg, Perkins. Introducción al análisis lineal. Parte 1. Fondo educativo interamericano, S.A. 1971.
Klaucke DN. Evaluating Public Health Surveillance Systems. En. Public Health Surveillance Systems. Halperin W, Baker Jr. EL. New York, Van Nostrand Reinhold. 1992.
Lilienfeld DE, Stolley PD: Foundations of Epidemiology, 3a ed. New York, Oxford University Press, 1994.
National Research Council (NRC), Committee on the Institutional Means for Assessement of Risk to Public Health: Risk Assessment in the Federal Government: Managing the Process. Washington DC, National Academy Press, 1983.
OECD (1998). Review of the DAC Principles. http:///www.ocecd.org./dac/evaluation.
Rossi, P.H., Freeman, H.E. & Lipsey, M.W. (1999). Evaluation: A Systematic Approach. Sage Publications.
Scriven, M. (1991). Evaluation Thesaurus. Cuarta edición. Newbury Park, CA: Sage.
Samet JM, Burke TA: Epidemiology and Risk Assessment. En Applied Epidemiology: Theory to Practice. Brownson RC, Petitti DB. New York, Oxford University Press, 1998.
Teutsch SM, Churchill RE. Principles and Practice of Pubilc Health Surveillance. New York, Oxford University Press, 1994.
Teutsch S, Thacker S. Planificación de un sistema de vigilancia en salud pública. OPS Bol. 16(1): 1- 7, 1995.
Worthen, B.R. y Sanders, J.R. (1987). Educational Evaluation: Alternative Approaches and Practical Guidelines. New York. Longman.

DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA