

Esquema de Referencia de la Estadística de Salud en Establecimientos Particulares



www.inegi.gob.mx

Presentación

El Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), a través de la Dirección General de Estadística, presenta el Esquema de Referencia de la Estadística de Salud en Establecimientos Particulares.

En él se establecen las bases conceptuales para la generación de información estadística en los diferentes niveles de atención y servicios proporcionados por establecimientos particulares, en un marco de análisis que permita observar sus principales características. Asimismo permite promover su discusión entre los agentes que participan en la generación de la estadística y los usuarios de la misma para propiciar su permanente actualización.

Este documento es un esfuerzo por dejar un sustento conceptual y legal del fenómeno de la salud en México, ubicado en el contexto, para contribuir al logro de las metas señaladas en el Programa Nacional de Salud 2001-2006, que lleva al análisis de la información estadística, en este caso la de establecimientos particulares de salud y el de presentarla lo más homogénea posible, con la información generada por las Instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud; así como cubrir los requerimientos básicos que los organismos internacionales solicitan en esta materia.

Las observaciones y sugerencias que los usuarios tengan a bien realizar a este documento, favor de dirigirlas a la Dirección de Estadísticas Demográficas y Sociales a los teléfonos (449) 918 33 36, fax 918 24 18, en la ciudad de Aguascalientes, Ags., México.

Índice

Introducción	VII
Objetivos	1
1. La Salud a Nivel Mundial	3
1.1 Sistemas de Cuidados a la Salud	3
1.2 Resultados	4
1.3 Reformas Dirigidas a la Promoción de la Eficiencia Microeconómica	5
2. La Salud en México	7
2.1 Plan Nacional de Desarrollo, 1995-2000	8
2.2 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	9
2.3 Fundación Mexicana para la Salud	10
2.4 Plan Nacional de Desarrollo, 2001-2006	11
2.5 Marco Legal	16
3. Las Estadísticas de Salud en México	17
3.1 Antecedentes de la Estadística de Salud	17
3.2 Situación Actual de la Estadística	18
3.3 Marco Legal de la Estadística	20
4. Requerimientos de Información	21
5. Marco Conceptual de la Estadística de Salud en Establecimientos Particulares	23
5.1 Fuente Informante	23
5.2 Unidad de Captación	23
5.3 Boleta PEC-6-20A	24
5.4 Anexo Consultorios PEC-6-20A	24
5.5 Registro Continuo de Información (RECOI)	24
6. Esquema Conceptual para la Estadística de Salud en Establecimientos Particulares	25
7. Definiciones Conceptuales	27
8. Plan Nacional de Tabulados para la Estadística de Salud en Establecimientos Particulares	33
9. Fichas Descriptivas de las Publicaciones con Información de las Estadísticas sobre Salud	53
Anexo	61
Formatos de Captación	63

Introducción

La información estadística generada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), sobre los servicios médicos en establecimientos particulares que ofrecen atención a la población requiere ser presentada lo más homogénea posible con relación a las variables que se captan en los establecimientos del sector público, para contribuir al establecimiento de criterios de comparabilidad que hagan posible el mejoramiento y desarrollo de las definiciones, clasificaciones y conceptos utilizados en la elaboración de la estadística.

Tradicionalmente y de manera sistemática, el INEGI utilizó el formato PEC-6-20 para captar la información de las características que presentaban las instituciones hospitalarias pertenecientes al sector público y privado.

Sin embargo, al llevarse a cabo la constitución del Grupo Interinstitucional de Información en el año de 1985 se delegó en éste la función de integrar la información de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, del sector público, y enviarla al INEGI, quedando a cargo del Instituto la captación de la información de los establecimientos de carácter privado.

En virtud de lo anterior, la Dirección de Estadísticas Demográficas y Sociales efectuó la revisión y modificación de su sistema de captación de la información en hospitales, clínicas y sanatorios del sector privado que se mantuvo vigente desde 1980 hasta 1993.

En este sentido se realizaron las siguientes tareas:

- Actualización de directorios estatales.
- Homogeneización de variables, conceptos y clasificaciones con el Sistema Nacional de Salud.
- Diseño del nuevo formato de captación (PEC-6-20A) junto con la elaboración de instructivos para las fuentes, manuales internos y el formato PEC-20A anexo consultorios.

Con base en lo anterior se elaboró el nuevo sistema de captación, el cual pretende ofrecer oportunamente información de calidad, útil para las actividades de evaluación, planeación y toma de

decisiones de los prestadores de los servicios médicos. En apoyo a la continuidad de estos trabajos se elaboró el Sistema de Captación Automatizado, Registro Continuo de Información (RECOI), con la finalidad de automatizar a la fuente informante que cuenta con equipo de cómputo.

Por lo anterior se hizo clara la conveniencia de contar con un esquema conceptual que fundamente los requerimientos de información y sus posibilidades de comparabilidad que permitan la visión integral de las actividades que en materia de atención a la salud se llevan a cabo en México. Además, se busca cubrir los requerimientos básicos de los organismos internacionales que en información de salud se solicitan.

El presente documento está integrado por nueve temas que comprenden los objetivos, la salud a nivel mundial, las estadísticas de salud en México, sus antecedentes hasta el marco y esquema conceptual, plan de tabulaciones, divulgación de la información, definiciones conceptuales y anexo.

Objetivos

El objetivo vigente de la estadística de salud es proporcionar de manera regular y oportuna información básica sobre la prestación de servicios de salud y la disponibilidad de recursos humanos, físicos y materiales de las unidades médicas del sector público y privado.

Para lograr lo anterior el presente Esquema Conceptual tiene como objetivos:

- Aportar los elementos indispensables para lograr la homogeneidad y comparabilidad de la información estadística entre la generada en el sector privado y la del sector público.
- Optimizar los requerimientos de información estadística.
- Crear un plan básico de tabulaciones que facilite la explotación de la información.

1. La Salud a Nivel Mundial

Se observa, a nivel mundial, una tendencia generalizada a reformar los sistemas nacionales de salud de los países. Esto obedece a que los sistemas de salud implementados fallaron en alcanzar los objetivos para los que se crearon, es decir, en proporcionar servicios de salud eficientes al total de sus respectivas poblaciones.

La mayoría de los países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)¹ se encuentran inmersos en fuertes reformas a su sistema de salud, o en un proceso de discusión sobre cómo concretar las propuestas de reforma. Algunos países trabajan más que otros en este campo, pero existen sólo unos pocos que, o bien no han llevado a cabo ningún cambio, o que no tienen contemplado hacerlo.² Para poner en práctica estas reformas los países que integran a la OCDE partieron de definir:

¿Cuáles son los objetivos de la política de salud y cuáles son los medios con los que van a alcanzar estos objetivos?³

Los países de la OCDE definen como objetivos del cuidado de la salud los siguientes:

- a) Eficiencia macroeconómica. Definida por la misma sociedad, la cual evaluará los gastos en materia de salud de la población con relación a la eficiencia lograda en la materia.
- b) Eficiencia microeconómica. Definida en el sentido de que los servicios de salud sean lo más equitativos posibles, además de que el costo del servicio

sea el menor posible. Lo contrario significaría que los recursos disponibles en materia de salud, están siendo subutilizados.

- c) Igualdad en el financiamiento de la salud. Quiere decir que los pagos por los servicios de salud deben depender de las posibilidades reales de las personas que los requieran. Entendido en términos de un deseo de proteger los ingresos de la población.
- d) Reparto equitativo de la salud. Significa que toda la población debe contar con un servicio básico de salud.
- e) Libertad de elección para los consumidores y autonomía a los proveedores de los cuidados de la salud. Esto es la libertad que tienen los solicitantes del servicio de elegir el tipo de proveedor, por ejemplo, médicos generales, médicos especialistas, odontólogos, etc. Además de la libertad que deben tener quienes prestan los servicios de salud, sobre todo cuando se refiere a proveedores privados.

1.1 Sistemas de Cuidados a la Salud

Con base en los objetivos anteriores se definieron siete tipos de sistemas de salud que se practican en los países pertenecientes a la OCDE, que involucran fuentes de financiamiento y métodos de pago a proveedores:

1. El modelo de pago voluntario del consumidor, que conjunta el financiamiento privado sin que se reembolse ningún tipo de pago.
2. El modelo de reembolso voluntario que conjunta el financiamiento privado pero con reembolso del pago al consumidor vía el uso del seguro privado.
3. Reembolso público que conjunta las finanzas públicas con reembolso de los pagos del consumidor vía el uso del seguro social.

¹ Los países que pertenecen a la OCDE son Austria, Finlandia, Noruega, Suecia, Suiza, Turquía, Australia, Nueva Zelanda, Estados Unidos, Canadá, Alemania, Dinamarca, España, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Holanda, Portugal, Reino Unido, Japón, Bélgica, Islandia, Luxemburgo, México (mayo 1994), República Checa (enero 1996), Hungría (mayo 1996).

² Organisation for Economic Co-operation and Development. "The Future of Health Care Systems. Labour/Management Programme". París, 1995.

³ Ibid.

4. Modelo de contrato voluntario que conjunta financiamiento privado con contratos entre las aseguradoras y los proveedores, a los proveedores se les paga por servicios o sobre una base de capitalización.
5. El contrato público, que es financiamiento público en cualquiera de las dos formas, ya sea seguro social o vía impuestos, combinado con contratos entre agencias que prestan el servicio de salud, que pueden ser privadas o públicas.
6. El modelo voluntario, que es el financiamiento privado (vía seguro) con aseguradoras y proveedores. A los proveedores se les paga sobre la base de un salario o una base presupuestaria.
7. El modelo público integrado, que es el financiamiento público con los proveedores, a los que se paga con un salario o sobre una base presupuestaria.

Los sistemas de salud de la mayoría de los integrantes de la OCDE son una mezcla de algunos de los modelos que se mencionaron arriba, sin embargo, se observa que en la práctica cada sistema generalmente está dominado sólo por uno o dos. Los modelos voluntarios se utilizan en pocos países como modelo dominante, la excepción en este punto es Estados Unidos. De los tres modelos públicos los más comunes son: el modelo de contrato público y el modelo público integrado.⁴

1.2 Resultados

A partir de los objetivos que se plantearon buscando que la política sobre los cuidados de la salud fuera lo más eficaz posible, los países de la OCDE asistentes a la reunión⁵ presentaron los siguientes resultados:

Eficiencia macroeconómica. Durante la década de 1980 la salud continuó absorbiendo una parte importante del Producto Interno Bruto (PIB). A principio de la década de 1990, la disminución en algunos países (Finlandia e Islandia) ha sido atribuible a la caída de los niveles del PIB más que al incremento de los gastos de salud. No obstante, muchos países expresaron sus preocupaciones en el sentido de que los beneficios generados al margen por los gastos de salud no habían sido lo suficientemente altos para continuar incrementando los gastos.

⁴ Ibid, pp. 7-8.

⁵ En noviembre de 1994 se llevó a cabo en París una Conferencia de Alto Nivel sobre las reformas al cuidado a la salud y el futuro de los sistemas de salud. Asistieron representantes de 13 países de la OCDE, la mayoría de los cuales contaban con experiencias directas sobre este tema, así como los especialistas de salud de la propia OCDE.

Eficiencia microeconómica. Se sugiere con frecuencia que los sistemas de contrato alcanzarán menores costos que los sistemas integrados. Existen indicios que demuestran que los sistemas integrados resultan más caros que los sistemas por contrato, lo anterior lo revelan las comparaciones internacionales en las cuales el pago a los médicos de los cuidados primarios, vía pago por servicio (como sucede en los sistemas de reembolso), está asociado con tiempos más largos de consulta, altas tasas de prescripción de drogas y el incremento en el número de exámenes si se compara con los que se piden en los sistemas donde se paga a los médicos por capitalización o salario.

Equidad en el financiamiento en los cuidados de salud. Actualmente en los países pertenecientes a la OCDE el financiamiento privado tiende a ser más bajo que el público. Los pagos del consumidor tienden a ser menores que el costo real, por lo tanto los incrementos en las ganancias de los cuidados de la salud son menores. Esta disminución de pago por parte del consumidor nace de la asociación positiva entre el estatus de salud y el ingreso (aquellos que tienen ingresos bajos son los menos saludables, por lo tanto son los que requieren de más servicios de salud). Los seguros privados disminuyen menos que los pagos directos, porque los pagos se tasan en términos de riesgo, mientras que los seguros sociales son bajos porque las contribuciones que se hacen son proporcionales a los ingresos sólo hasta cierto tope.

Equidad en la expedición de la salud. El poder acudir a los servicios de salud es un derecho innegable que todos los miembros de todas las sociedades tienen; la crisis económica por la que pasa el mundo actualmente impide que este derecho tenga vigencia. En los Estados Unidos los sistemas voluntarios de salud se encuentran en la difícil encomienda de alcanzar una cobertura universal aun para los servicios más básicos, el motivo de lo anterior se basa en que si los pagos se hacen por la relación de tasa-riesgo, ésta tenderá a ser más alta para los que tienen menos recursos dada la relación positiva de ingresos-salud. Actualmente alrededor de 37 millones de norteamericanos están sin asegurar y 50 tienen un seguro parcial. En el periodo 1992-1993, 1.1 millones de norteamericanos perdieron la cobertura del seguro en su empleo, de los cuales 90 000 fueron niños cuyos padres continuaron empleados. Sin embargo, también es claro, que eliminando la brecha en la cobertura logrando alcanzar 100% en la atención a la población, sin pagos para los usuarios, tampoco se aseguraría que los tratamientos o la atención fuera proporcionada con base en la necesidad propia del que la solicite. Lo anterior en parte porque no sólo depende de los pagos sino también de otros costos como: son tiempo, educación, ingresos, etc. Aunado a esto, se puede con-

cluir que en todos los sistemas de salud existen desigualdades ya que éstos dependen no sólo de la utilización inadecuada de los cuidados de la salud, sino de otros determinantes no médicos de los cuales se puede catalogar al ingreso como el más importante.

Reformas dirigidas a promover la eficacia macroeconómica. A partir de la situación que prevalece en los países miembros de la OCDE se han planteado reformas que están dirigidas a restringir el gasto público en lo que se refiere a salud, tal es el caso de Nueva Zelanda y el Reino Unido, en donde además de esto, se está estimulando de manera positiva el gasto privado en este rubro. En el Reino Unido se aceptó que el seguro privado para las personas mayores de 65 años fuera deducible de impuestos, con lo que probablemente se incrementaron los contratos para el servicio médico, y sobre todo en Canadá, que se caracteriza por un servicio de salud público se está considerando permitir los servicios de los cuidados a la salud al sector privado.

La demanda a los cuidados de salud financiados en el sector público ha bajado considerablemente, motivado por la remoción de servicios proporcionados por este sector, como ejemplo se tiene a Canadá en donde la atención a los cuidados del ojo y la realización de la vasectomía se han eliminado, en los países bajos la fertilización *in vitro* se eliminó también del servicio público, en Alemania ciertos medicamentos definidos como drogas no esenciales para la vida también se dejaron de suministrar por el sector público.⁶

1.3 Reformas Dirigidas a la Promoción de la Eficiencia Microeconómica

La proporción de la eficiencia microeconómica ha llegado a ser un tema dominante en las reformas al cuidado de la salud en los países de la OCDE.

Un gran número de países han trabajado en las mejoras al servicio mixto, buscando poner mayor énfasis en los cuidados comunitarios, reduciendo los servicios

de hospitalización; en la práctica esto no siempre ha sucedido por la carencia de fondos preventivos para ello. Algunos otros han buscado establecer prioridades para asegurar que las fuentes se desvíen de actividades de baja generación adicional por dólar de gasto hacia aquéllos con altos resultados. La introducción de directivos ocupados en la provisión de servicios es otro ejemplo. El esquema de la administración hacia la calidad total en donde se instruye al personal del hospital a cumplir varias tareas marcando límites de tiempo. Otro punto para lograr la eficiencia microeconómica ha sido el fortalecimiento de los elementos de mercado en el suministro de servicios de salud con la expectativa de que la competencia entre los proveedores promoverá la eficiencia microeconómica, para esto es necesario dar mayor autonomía a los proveedores de la que hasta ahora han tenido.

En Irlanda se han desarrollado reformas introduciendo elementos de mercado en su sistema de salud que da a los consumidores el poder de elección. La competencia entre los aseguradores es otra de las modalidades que puede ayudar a la eficiencia microeconómica, ésta consiste en combinar la competencia entre proveedores y aseguradores, dirigida a bajar los costos de los componentes del seguro del Sistema Nacional de Salud.

En 1995, los expertos concluyeron que las reformas a los sistemas de salud en los países pertenecientes a la OCDE tenderán a apartarse de las mediciones que sólo apuntan a restricciones del gasto público por aquéllas orientadas a promover la eficiencia macroeconómica y microeconómica. Las experiencias en algunos países donde se puso en práctica compartir costos habla del poco éxito que ha obtenido y sobre todo presenta las consecuencias adversas en términos de equidad, sin embargo, el enfoque de oferta y contenido de costos podría jugar un papel importante en las futuras reformas.⁷

⁶ Organisation for Economic Cooperation and Development. "The Future of Health Care Systems. Labour/Management Programme", p. 10. París, 1995.

⁷ Ibid, p. 16.

2. La Salud en México

Actualmente, en México existen diferentes posturas sobre hacia dónde deben ir encaminados los servicios de atención a la salud y en ese sentido las reformas al Sistema Nacional de Salud. Esta situación se agudizó a partir de la última elección presidencial que dio por resultado la alternancia en el poder y el arribo del primer presidente salido de la oposición. Ante la necesidad de hacer una revisión del sistema vigente, a la fecha se considera conveniente presentar en primer término un breve resumen sobre la postura del Estado con relación a la atención de la Salud en México hasta el año 2000, explicitada en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, luego se expondrán las reformas que ha experimentado el Instituto Mexicano del Seguro Social, se continúa con la concepción y propuesta alternativa en ese entonces, elaborada por la institución privada Fundación Mexicana de la Salud, A.C., para concluir con la presentación de la propuesta en materia de salud que el nuevo gobierno presenta en su Programa Nacional de Salud 2001-2006.

El Sistema Nacional de Salud se funda en 1943, "año en que se crearon la Secretaría de Salud (SSA), el IMSS y el Hospital Infantil de México."¹ En 1960 surge el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). El IMSS y el ISSSTE se responsabilizaron de la población obrera y empleados públicos respectivamente y la SSA de la población no asegurada. Es decir, desde sus inicios, el Sistema Nacional de Salud presenta dos tipos de atención a la salud: la seguridad social mediante la derechohabencia y la acción asistencial del estado a la población no derechohabiente o población abierta.

En 1979 surge un programa IMSS-Coplamar, cuya finalidad fue ampliar la cobertura del instituto al sector rural, enfatizando la atención primaria, en 1989 se transformó en IMSS-Solidaridad. La SSA por su parte crea el Programa de Atención a la Salud para Población

Marginada de Grandes Urbes, dirigido a las zonas urbanas marginadas.

Desde 1983 ya se comenzaba a hablar de la necesidad de la descentralización de los servicios de salud a los estados, en darles la responsabilidad y los medios para dotar a toda la población del derecho a la salud. La Ley General de Salud en ese entonces recogía tres estrategias básicas: sectorización, descentralización y modernización, las cuales formarían un sistema nacional "que podrá hacer efectivo el acceso a los servicios, como una expresión real de una vida social igualitaria, como una expresión concreta de democracia."²

La sectorización respondía a la necesidad de integrar un proceso de planeación de la salud al Sistema Nacional de Salud, superando las barreras intersectoriales y agrupando a las diversas instituciones de salud con la acción coordinadora y rectora de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

La segunda estrategia comprendía la descentralización, la cual parte de la necesidad de organizar al país como una república federativa, así como, la de definir los campos de competencia de la federación y de los gobiernos de los estados, con el reconocimiento de la autonomía de cada uno de ellos. Tenía el objetivo primordial de redistribuir las competencias sanitarias para regresar a las entidades federativas las facultades que les corresponden con el fin de establecer sistemas de salud eficientes y racionales en los estados.

La tercera estrategia tenía como objetivo el modificar el tamaño y rezago del aparato administrativo de la SSA, simplificando sus estructuras y procedimientos con el propósito de hacer más productivos sus recursos.

¹ Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud 2001-2006 edición 2001, México 2001, pág. 58.

² Soberó Acevedo Guillermo, La Protección de la Salud en México primera edición, Editorial Porrúa, México 1987, Capítulo II, pág.158.

En el marco de éstas tres estrategias la Ley General de Salud reconoce como objetivos fundamentales:

1. Definir el contenido y finalidades del derecho a la protección a la salud.
2. Establecer bases jurídicas para hacer efectivo ese derecho.
3. Definir las participaciones y responsabilidades del sector público y el sector privado.
4. Establecer las bases para la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.
5. Reglamentar la prestación de servicios de salud.
6. Fortalecer las acciones complementarias (recursos humanos, investigación, información).
7. Actualizar y complementar la normatividad en el ámbito de la salubridad general.
8. Clarificar la distribución de competencia, en materia de salud, respecto de otras dependencias de la Administración Pública Federal.

Desafortunadamente la descentralización de los servicios de salud no se concluyó, pues hasta 1995 sólo en 14 entidades se había logrado.

2.1 Plan Nacional de Desarrollo, 1995-2000

El Ejecutivo Federal, en 1995, planteó a través del Plan Nacional de Desarrollo (PND) diversas estrategias para resolver las demandas de la población en materia de dotación de servicios. Dentro de las estrategias se proponía la dotación de servicios de calidad, entre los que se encuentra la salud.

La reforma del sistema de salud planteó dos metas: mejorar la calidad de los servicios mediante la reestructuración de las instituciones y la ampliación de la cobertura de los servicios fortaleciendo su coordinación e impulsando su federalización.

Al hacer un diagnóstico del estado de la atención a la salud en el país, se planteaba que no obstante los esfuerzos realizados "Los avances en la salud de los mexicanos no han sido uniformes. Alrededor de 10 millones de personas carecen de acceso regular a los servicios de salud y subsisten grupos de población al margen de las condiciones mínimas de salubridad e higiene. Coexisten en el país enfermedades propias de la pobreza como el cólera, las infecciones respiratorias agudas, la desnutrición y las muertes maternas y perinatales que afectan sobre todo a grupos de bajos ingresos, con nuevos problemas de salud, relaciona-

dos con los cambios en los estilos de vida que se traducen en una mayor frecuencia relativa de enfermedades cardiovasculares, crónico-degenerativas, tumores malignos, padecimientos mentales, adicciones y lesiones."³

Reconocía que la forma de operación y organización del Sistema Nacional de Salud difícilmente podría superar los rezagos acumulados, y operar con mayor calidad y eficiencia.

Definía tres grupos de usuarios: los afiliados a la seguridad social que eran unos 45 millones que comprendían a la población trabajadora del sector formal, y a los no asegurados que significaban alrededor de 35 millones, compuestos principalmente por trabajadores del medio rural, las clases medias autoempleadas, etc., que no participaban en el sector formal de la economía y que hacían uso de los servicios que ofrecía la Secretaría de Salud, IMSS-Solidaridad, los servicios estatales y municipales; a éstos dos grupos se sumaba un tercero, que teniendo o no acceso a la seguridad social, utilizaba los servicios de la medicina privada.

Las instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) se habían caracterizado por trabajar de manera aislada generando acciones normativas, financieras y de provisión de servicios, sin contar con un marco de acción que garantizara su éxito y que evitara la duplicidad, lo anterior, trajo como consecuencia que se redujeran las posibilidades de dar respuesta ágil y efectiva a los problemas locales, dando como resultando que fuera cada vez más costosa e inoperante. Era patente la necesidad de reformar el sistema de salud con los propósitos de elevar el nivel de salud de la población, distribuir equitativamente carga y beneficios de los servicios, satisfacción de los usuarios, prestadores de servicios y evitar dispendios.

Ante este panorama, el PND 1995-2000 planteaba impulsar la incorporación de más población al sistema de salud y garantizar un paquete básico de servicios de salud, para reforzar el principio de equidad con los que menos tienen.

Planteaba textualmente: "El nuevo sistema formulará esquemas de financiamiento que sean coherentes con la capacidad de selección del usuario y la responsabilidad administrativa del gobierno, procurando que todos los trabajadores gocen de los beneficios de la seguridad social. Los servicios de atención a la población no asegurada operarán de manera descen-

³ Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, México, 1995, pág. 92.

tralizada, buscando una mayor racionalidad económica, una administración más eficiente y la formación de un mercado más amplio de servicios médicos."⁴

Para apoyar a la población no asegurada, especialmente en el medio rural, se transfirieron a los gobiernos estatales los servicios de la Secretaría de Salud e IMSS-Solidaridad junto con los recursos y apoyos requeridos para su operación, dichos servicios se agruparon en el Consejo Nacional de Salud cuyo acuerdo de creación fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el 27 de enero de 1995.

2.2 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Uno de los objetivos fundamentales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es el de mejorar los niveles de bienestar social y económico, así como la salud de la población.

Los derechos plasmados en las Leyes del Seguro Social de 1943 y 1973 se ampliaron en la propuesta de reformas que el Ejecutivo elaboró en la nueva Ley del Seguro Social, vigente a partir de enero de 1997, como respuesta a la quiebra financiera que experimentó el IMSS en 1995.

El texto de la iniciativa de ley se integra por 305 artículos y 27 transitorios. El artículo sexto establece las dos formas por las cuales los mexicanos pueden gozar de los beneficios del Seguro Social (IMSS):

- El régimen obligatorio al que están sujetos los trabajadores que prestan sus servicios en empresas públicas o privadas.
- El régimen voluntario, al cual pertenecerán aquellos que sin tener un empleo o salario fijo (campesinos, ambulantes, trabajadores de industrias familiares, ejidatarios, colonos, etc.) decidan integrarse a los beneficios que presta el IMSS por medio del nuevo seguro familiar.

Dentro de los puntos novedosos e importantes en la nueva Ley del Seguro Social se creó el régimen obligatorio, el cual quedó implantado en toda la república. Se distingue a los trabajadores asalariados de los no asalariados, por áreas geográficas (urbanos y del campo). Estos últimos se pueden incorporar en forma voluntaria al régimen obligatorio mediante convenios individuales o colectivos. El Ejecutivo Federal conserva la facultad de incorporar determinados grupos sociales al régimen obligatorio por medio de decreto. Para aquellos grupos sociales que por sus condiciones de

marginalidad o extrema miseria no puedan cubrir los costos de un aseguramiento, se crea el tercer aportante solidario. Serán sujetos también de incorporación voluntaria al régimen obligatorio los trabajadores domésticos y finalmente los trabajadores al servicio de las administraciones públicas descentralizadas de la federación, entidades federativas y municipales que estén excluidas o no comprendidas en otras leyes o decretos como sujetos de aseguramiento.

Se señala en la nueva Ley del Seguro Social como medida proteccionista que los beneficios que obtendrán los trabajadores serán conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC).

En la nueva Ley del Seguro Social se establece el recurso de queja por ineficiencia en la atención médica por lo que se pone a disposición del derechohabiente un medio de defensa.

La iniciativa de ley contiene los siguientes puntos fundamentales:

1. *Pensiones*

Propuesta que divide en dos seguros al de invalidez, vejez, cesantía y muerte. El primero propone crear uno para invalidez y vida y otro para retiro, cesantía en edad avanzada y vejez. Así mismo, dentro de este punto se establece crear una reserva financiera para los gastos médicos de los pensionados.

2. *Enfermedades y maternidad*

Se plantea reformar el sistema de financiamiento con lo que se eliminará el déficit financiero que se presenta desde hace cinco décadas.

3. *Riesgos de trabajo*

Contiene modificaciones que al mismo tiempo que protegen al trabajador de los riesgos al realizar su trabajo, estimulan la modernización de las empresas. La pensión por riesgos de trabajo será de 70% del último salario.

4. *Guarderías*

Se propone crear un nuevo seguro de guarderías y prestaciones sociales que evitará que los recursos destinados para este rubro sean utilizados para otros fines.

5. *Protección a enfermos e incapacitados*

Se establece una mayor protección al trabajador enfermo o incapacitado al reconocerse las semanas que se ausentó del empleo como cotizadas, para que no pierda las prestaciones en especie y dinero.

⁴ Ibidem, pág. 94.

6. Liquidación única

Se contempla que el IMSS emita una modificación que incluya las cuotas de seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.

7. Nuevo seguro familiar

Parte fundamental de la iniciativa es la de dar mayor cobertura a la población en los servicios de salud a través del nuevo seguro familiar, en donde los grupos sociales del país que no cuenten con los beneficios que presta a los derechohabientes los podrán alcanzar, a partir de una cuota anual que les permitirá tener acceso a todos los servicios que presta el IMSS en la totalidad del territorio nacional.

Se precisa que la Nueva Ley del Seguro Social entrará en vigor a partir del 1 de Enero de 1997.⁵

2.3 Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD)

El objetivo de esta fundación es "contribuir a definir y evaluar opciones para el financiamiento y la prestación de los servicios de salud, a fin de lograr que el sistema de salud mexicano responda mejor a las necesidades de la población, mediante estrategias que promuevan la equidad, la calidad y la eficiencia de los servicios."⁶

Una propuesta sobre el cómo integrar un sistema que resuelva las necesidades de la población en materia de salud la plantea la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), institución privada que concibe a la salud como: "Un medio para la realización personal y colectiva. Constituye, por lo tanto, un índice del éxito alcanzado por una sociedad y sus instituciones de gobierno en la búsqueda del bienestar que es a fin de cuentas, el sentido último del desarrollo. Por ser una inversión en el capital humano la atención a la salud representa, junto con la educación uno de los instrumentos más eficaces en el combate a la pobreza y en la construcción de una sociedad justa."⁷

Plantea que de la salud depende el avance económico, el bienestar social y la estabilidad política. Sin un sistema de salud que cubra las demandas de toda la población no puede existir el progreso. Se requiere por lo tanto de una reforma del sistema de salud.

⁵ INEGI, Revista Internacional del INEGI, Secretaría de Hacienda y Crédito Público-Secretaría de Relaciones Exteriores, México, 1996, Vol. VIII, núm. 1, pág. 5.

⁶ Fundación Mexicana para la Salud, Economía y Salud. Propuestas para el Avance del Sistema de Salud en México, Informe Final, primera edición, México, 1994, pág. 15.

⁷ Ibidem, pág. 57.

En su estudio "Economía y Salud" se señala la estrecha relación entre salud y actividad económica. Indica que los servicios de salud tienen una naturaleza dual, es decir, son parte indispensable del bienestar social y también un sector en continuo crecimiento de la economía, una industria conformada por los prestadores directos del servicio, productores y distribuidores de medicamentos, equipo médico, aseguradoras, prestadores de servicios auxiliares, insumos, constructoras, etc.

La adecuada atención a la salud se ve reflejada en el contexto general de la economía. Su impacto en la economía en variables claves como son la formación del capital humano, empleo, productividad, por mencionar algunas, refleja su importancia. Es por ello que "en la reforma del Sistema Nacional de Salud deben participar el Estado y la sociedad civil en su conjunto, para asegurar el mejor beneficio de los recursos asignados."⁸

En su diagnóstico identifica los obstáculos por superar: inequidad, insuficiencia, ineficiencia, inadecuada calidad, insatisfacción, inflación e inseguridad.

La reforma propuesta se resume en siete mensajes centrales en los que se establece hacia dónde debe ir dirigida la reforma del Sistema Nacional de Salud:

1. Vincular la salud con el desarrollo económico y social del país.
2. Consolidar un sistema universal de salud mediante la definición de un paquete de servicios esenciales de salud accesible a toda la población.
3. Organizar el sistema de salud con base en las funciones, que combine lo mejor de los sectores público y privado.
4. Promover formas de organización intermedias entre el gigantismo del sector público y la atomización del privado.
5. Reconocer la libertad de elección por parte de los usuarios, que fomente el buen desempeño de los proveedores y la satisfacción de la población.
6. Diseñar una estrategia enfocada a incrementar la eficiencia de los establecimientos de salud.
7. Establecer un pacto social por la salud para conducir la reforma del sistema.

De los mensajes centrales planteados se elaboran 8 líneas estratégicas que definen de manera más precisa la reforma.

⁸ Ibidem, pág. 69.

1. Vincular la salud con el desarrollo económico y social del país.
2. Consolidar un sistema universal de salud.
3. Organizar el sistema con base en funciones y no grupos sociales.
4. Ampliar la reforma del estado y del gobierno al sistema de salud.
5. Incrementar el rendimiento del esfuerzo social en materia de salud, definiendo explícitamente las prioridades.
6. Orientar a los prestadores de servicios de salud hacia la alta calidad y la satisfacción de la población.
7. Fortalecer la capacidad de respuesta del Sistema Nacional de Salud.
8. Establecer un pacto social para la salud.⁹

El esquema general de la propuesta señala que en la prestación de los servicios de salud deben participar tanto las instituciones del sector público como del privado, donde la Secretaría de Salud tendría el papel de mediador que establecería el marco legal con el cual se daría el servicio. De igual forma, el financiamiento presentaría una doble entrada, la seguridad social y los seguros privados, dando lugar a una competencia que daría como resultado servicios de salud más eficientes en calidad y cantidad.

Concluye señalando que se requiere un pacto social por la salud que además de permitir a la sociedad en su conjunto trabajar por un sistema universal de salud, fortalezca la identidad nacional y prepare al país para la competencia global.¹⁰

2.4 PLAN NACIONAL DE DESARROLLO, 2001-2006

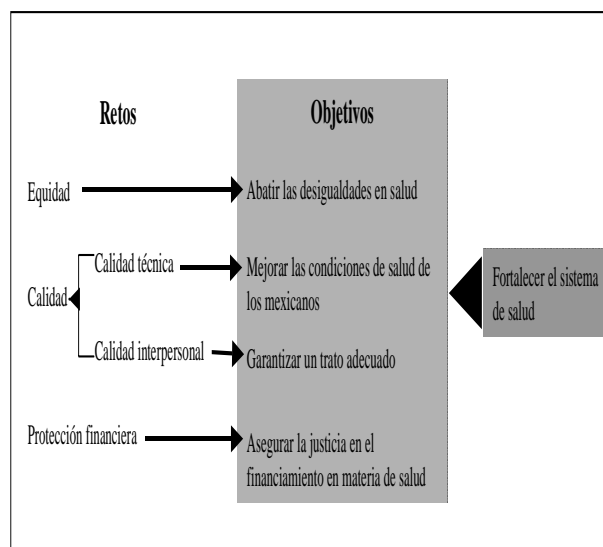
Programa Nacional de Salud, 2001-2006

Como parte del Plan Nacional de Desarrollo, 2001-2006, se estableció el Programa Nacional de Salud, 2001-2006. La Democratización de la Salud en México: hacia un sistema universal de salud señala que ante los dos grandes cambios demográficos que viene experimentando México que son la "disminución de la mortalidad general e infantil, que en combinación con un descenso acelerado de la fecundidad -el número promedio de hijos por mujer en edad fértil se redujo de casi seis en

1975 a 2.4 en el 2000-, ha producido el envejecimiento de la población; es decir, el aumento de la proporción de personas de mayor edad en la estructura poblacional. Son justamente tales personas las que, además de demandar pensiones, experimentan procesos de enfermedad que requieren de una atención médica más compleja. El segundo proceso demográfico tiene que ver con la distribución espacial de la población,¹¹ que no es otra cosa que la desordenada urbanización que experimentó el país en los últimos 30 años y que se traduce en la generación de nuevos riesgos de salud y la dispersión poblacional de las zonas rurales que impide su atención médica.

Señala que los objetivos de cualquier sistema nacional de salud deben ser: la prestación de servicios y el financiamiento de los mismos, la rectoría del sistema y la generación de recursos para la salud.

Identifica como los retos del Sistema Nacional de Salud (SNS) alcanzar mayor equidad en las condiciones de salud, mejorar la calidad de sus servicios y dotar de protección financiera a la mayoría de la población.



FUENTE: Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud, 2001-2006, Edición 2001, México, 2001, pág. 19.

El reto de la equidad significa que a la par de corregir debe enfrentar nuevos problemas: Las enfermedades infecciosas, la desnutrición y los problemas materno-infantiles se encuentran en un extremo del perfil epidemiológico del país, en el otro se ubican las enfermedades crónico-degenerativas y las lesiones. Las primeras, enfermedades de los países en desarrollo, las segundas de países desarrollados. El reza-

⁹ Ibidem, págs. 157-211.

¹⁰ Ibidem, Cap. XI, pág. 318.

¹¹ Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud 2001-2006, Edición 2001, México 2001, págs. 25 y 26.

go se ubica en las comunidades rurales dispersas y en la periferia de las grandes ciudades. Estos cambios demográficos y de perfil epidemiológico marcarán las condiciones de salud de los mexicanos y la demanda de los servicios.

El reto de la calidad se traduce en que se deben mejorar las condiciones de salud de la población y además que los sistemas de salud se enfoquen a responder de manera adecuada a las expectativas de los pacientes. Es decir, ofrecer servicios de salud eficientes en un marco que respete la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información.

El reto de la protección financiera es garantizar esquemas de financiamiento justos que protejan a la totalidad de la población contra gastos excesivos por motivos de salud.

Organización y Financiamiento

En su diagnóstico sobre la prestación de servicios identifica en el sistema mexicano de salud a tres grupos de prestadores de servicios. En el primero a la Secretaría de Salud y el Programa IMSS-Solidaridad que atienden a la población no asegurada -aproximadamente el 40 por ciento del total de la población-, en su mayoría pobres del campo y la ciudad. El segundo grupo que es más importante, compuesto por las instituciones de seguridad social, que atienden a más del 50% de la población: el IMSS a los trabajadores asalariados; el ISSSTE a los empleados públicos; las fuerzas armadas que tienen su propia institución de seguridad social y en la misma circunstancia los trabajadores de PEMEX. El tercer y último grupo lo conforma el sector privado que proporciona servicio a la población con capacidad de pago. Según el programa, "Este componente está formado por una gran diversidad de prestadores de servicios que trabajan, en su mayoría, sobre una base lucrativa, en consultorios, clínicas ambulatorias, hospitales y unidades de medicina tradicional. En teoría, este sector debería atender a 10% de la población. Sin embargo, de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000, 21% de los derechohabientes de la seguridad social y alrededor del 28% de la población no asegurada reportan como su última fuente de atención ambulatoria a un prestador privado."¹²

El financiamiento del sistema de salud mexicano proviene de tres fuentes. Las instituciones para la población no asegurada se financian principalmente con recursos del presupuesto federal y en una pequeña parte por el financiamiento directo de los usuarios me-

diante las cuotas de recuperación. La seguridad social de los empleados de gobierno, fuerzas armadas y grupos relacionados con el gobierno se financia con las contribuciones de los afiliados y del gobierno federal. El IMSS que se encarga de la atención de los trabajadores del sector privado se financia con las contribuciones de los trabajadores, empleadores y el gobierno federal. El seguro para la familia del IMSS, creado para cubrir a los trabajadores del sector informal, es financiado con las cuotas de los asegurados y un subsidio del gobierno federal.

Esta organización financiera "es ineficiente y genera insatisfacción, ya que obliga a un alto porcentaje de los hogares a pagar hasta tres veces por la atención de su salud. Una familia trabajadora, por ejemplo, paga impuestos que se utilizan en servicios públicos, contribuye al seguro social y frecuentemente utiliza los servicios privados, como lo indica la Encuesta Nacional de Salud 2000."¹³

Objetivos y Estrategias

Por lo señalado anteriormente el Programa Nacional de Salud plantea como objetivos:

1. Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos.
2. Abatir las desigualdades en salud.
3. Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud.
4. Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud.
5. Fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas.

Su visión de lo que será el Sistema Nacional de Salud es la siguiente:

"El programa Nacional de Salud, 2001-2006, anticipa la conformación de un sistema de salud universal, equitativo, solidario, plural, eficiente, de alta calidad, anticipatorio, descentralizado, participativo y vinculado al desarrollo."¹⁴

Anticipa que:

- En el 2025 todo mexicano tendrá acceso a un seguro de salud, independientemente de su capacidad de pago, o su filiación laboral.

¹² Ibidem, pág. 60.

¹³ Ibidem, pág. 64.

¹⁴ Ibidem, pág. 75.

- Las contribuciones al sistema de salud serán proporcionales a la capacidad de pago, y los beneficios se distribuirán atendiendo principalmente a las necesidades de la población.
- Habrá una oferta plural de prestadores de servicios de salud y el usuario elegirá.
- Se promoverá el uso eficiente de los recursos.
- Los servicios públicos y privados que se ofrecerán serán de alta calidad técnica.

La descentralización hasta el nivel municipal será la norma. El financiamiento deberá ser solidario en el nivel nacional. El pacto federal se expresará en la rectoría del sistema, que trabajará por la equidad, la calidad y la eficiencia.

De las estrategias y líneas de acción mencionadas resalta por su importancia la estrategia 5. Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población. Propone que para fortalecer el aseguramiento de la población y desalentar el pago de bolsillo (es el pago que se realiza en el momento en que se necesita la atención médica, que en México representa más de la mitad del gasto total en salud, no obstante y ser identificado como la peor forma de financiamiento de los servicios de salud), el Programa plantea actuar en tres frentes:

1. La protección básica de todos los mexicanos y la creación de un seguro de salud popular universal, equitativo y que garantice calidad en los servicios cubiertos.
2. La ampliación de la afiliación al seguro social.
3. El reordenamiento y la regulación de los seguros privados como medida complementaria de las dos anteriores.

Con estas tres formas de prepago se garantizará a todos los mexicanos la protección financiera en materia de salud y su acceso a los servicios de salud integrales y de calidad. "En este punto -señala el documento- la totalidad de los mexicanos serán derechohabientes."¹⁵

"El seguro popular consiste en un prepago con fondos públicos, dirigido a la población de bajos recursos que actualmente carece de aseguramiento. Los seguros sociales, financiados principalmente a través de cuotas obrero-patronales y aportaciones del gobierno, comprenden a las instituciones creadas *exprofeso* para ello, como el IMSS o el ISSSTE. Los seguros privados se financian voluntariamente con gasto de las familias

y empresas, en este esquema se asumen como mecanismos complementarios al aseguramiento público."¹⁶

El seguro popular permitirá a los hogares de bajos ingresos el acceso al Seguro de Salud de la Familia del IMSS por medio de un subsidio escalonado que puede incluso cubrir casi la totalidad del pago (cuota familiar), dependiendo de los ingresos del hogar.

Los avances de este esquema de aseguramiento serán graduales y dependerán de los recursos autorizados en los presupuestos anuales a partir de 2002.

Su meta para 2006 es que para este año se encuentren cubiertos con este seguro todos los hogares de bajos ingresos del país que a la fecha no son derechohabientes ni cuentan con un seguro médico privado.

Las modificaciones a la Ley del IMSS llevadas a cabo en 1995 intentaron revertir la tendencia que mostró la institución de perder terreno en materia de aseguramiento. Lo anterior obedecía a la alta carga impositiva de las cuotas obrero-patronales sobre la nómina, que no sólo inhibían la creación de nuevos empleos, sino el mantenimiento de la plantilla existente y el alto crecimiento del sector terciario de la economía (que por su misma naturaleza genera fuentes de empleo difíciles de fiscalizar; así como, las modalidades de remuneración no asalariadas, es decir, que no están sujetas al régimen obligatorio de la Ley del Seguro Social). Las modificaciones aprobadas intentaban reducir la carga fiscal en nóminas y la generación de opciones de afiliación más flexibles para los grupos sociales que hasta ese momento no habían contado con esa posibilidad.

"El incremento en las aportaciones del Estado en casi siete veces se tradujo en una disminución de alrededor del 33 por ciento en las contribuciones de los trabajadores y las empresas al Seguro de Enfermedades y Maternidad, lo que fomentó la generación de empleos y el incremento en el ingreso disponible del trabajador."¹⁷ Además se creó el Seguro de Salud para la Familia, concebido para trabajadores no asegurados. Vale la pena resaltar que el IMSS es la única institución que ofrece este seguro de afiliación voluntaria.

Las metas señaladas en este punto son: el incremento de la cobertura en medio punto porcentual cada año, con base en la población total del país y la promoción de los esquemas de afiliación voluntarios que se mencionaron.

¹⁷ Ibidem, pág. 118.

¹⁶ Ibidem, pág. 116.

¹⁵ Ibidem, pág. 115.

Una acción complementaria del seguro popular y de la seguridad social es la dirigida a la protección financiera de las familias con la promoción del pre pago privado entre los estratos de la población con capacidad económica. Se identifica que los seguros de gastos médicos mayores cuentan con redes de prestadores de servicios que buscan no tanto la prestación eficiente del servicio, sino el ahorro. La promoción del aseguramiento buscará impulsar los planes integrales de salud que ofrecen una gama de servicios más amplia.

Las metas señaladas en este punto se refieren a la elaboración y aplicación del marco normativo de la SSA para la operación de los planes integrales de salud. Con lo anterior se buscará ordenar el mercado de pre-pago privado.

Se pretende impulsar los esquemas de pre pago mediante la deducibilidad de los seguros de salud.

Por último reforzar el papel normativo y regulatorio de las Instituciones de Seguridad Especializada en Salud (ISES) para garantizar mejores servicios de salud por parte de estas empresas, así como precios más accesibles.

Como una medida para integrar el marco de aseguramiento, el Programa de Acción para la Protección Financiera de Salud ofertará de manera gradual diferentes opciones de seguros de salud a los hogares del país, sin importar condición laboral, nivel de ingresos o ubicación geográfica. Los primeros dos años se concentrará en las familias urbanas principalmente de bajos ingresos y a partir de 2002 se ampliará a la población rural con la meta de alcanzar una cobertura total a finales de 2006.

Las acciones para alcanzar esta meta son:

- "La vinculación directa de las aportaciones provenientes de impuestos generales que el Estado otorga para la salud con las necesidades de cada ciudadano o familia mexicana, sin importar la institución o dependencia, pública, social o privada, que presta el servicio.
- "La vinculación de los recursos con la demanda y no con la oferta de servicios....,
- "La ampliación de la solidaridad del sistema mediante la articulación de planes de aseguramiento y la diversificación de riesgos entre grupos de población cada vez más grandes."¹⁸

Conviene en este punto mencionar que el programa contempla al financiamiento desde una perspecti-

¹⁸ Ibidem, pág. 120.

va federal, es decir, plantea que sólo así se puede asegurar una contribución proporcional a la capacidad de pago y una redistribución acorde a las necesidades de salud.

Considera además el financiamiento de los servicios de organismos descentralizados. La desconcentración de las instituciones de seguridad social (en 1998, el IMSS inició su programa de desconcentración presupuestal, de procesos y facultades, mediante la creación de siete direcciones regionales que agrupan a las 37 delegaciones, además de la conformación de las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada [AMGD]) y la culminación de la descentralización de la SSA, como una forma de reintegrar facultades y recursos a los estados. Se propone llevar la prestación de servicios hasta el ámbito municipal.

Para alcanzar estas metas resaltan las siguientes acciones:

- Definir una nueva fórmula de captación ajustada, que fomente la equidad en la asignación de los recursos para la población no asegurada de los estados, mediante la revisión de la Ley de Coordinación Fiscal para distribuir los recursos del Fondo de Aportación para los Servicios de Salud (FASSA). Cabe mencionar que el uso de este fondo se limita a la distribución de los remanentes, esto es, los recursos sobrantes una vez definido el gasto de personal y operación.
- El diseño de una política de aplicación de la fórmula de equidad mencionada.
- La promoción de la asignación de recursos más objetiva y transparente al interior de los Organismos Públicos Descentralizados de Servicios de Salud (OPD), que busque reducir la inequidad entre delegaciones, comunidades y municipios.

Con el propósito de consolidar el proceso de desconcentración del IMSS se pondrá en marcha la elaboración de la normatividad para ampliar la autonomía técnica-presupuestal y de gestión de los hospitales de tercer nivel (de especialidad) y las AMGD.

Como parte de la estrategia 7. Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud, resalta la línea de acción 7.6. Fortalecer el Sistema Nacional de Información en Salud.

La generación de información estadística "ha tratado de responder a los cambios en los perfiles demográfico y epidemiológico, y a las transformaciones de

nuestras instituciones de atención a la salud."¹⁹ Hasta llegar a la creación del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) que ha permitido apoyar los estudios de planeación y la toma de decisiones. La instancia operativa del SINAIS es el Grupo Interinstitucional de Información en Salud, constituido por representantes de las instituciones públicas de salud y de instituciones federales encargadas de la generación, recopilación de la información estadística (INEGI, CONAPO) así como, representantes de diversas instituciones del sector privado.

Las actividades de generación de información homogénea han representado la conciliación de por lo menos ocho sistemas institucionales de información que cuentan con formatos de captación diferentes, que responden a marcos conceptuales distintos, con base en los objetivos de cada institución. Por ejemplo, la información de carácter administrativo, necesaria para la planeación y operación de los servicios recién empieza a captarse en los sistemas de información de las instituciones.

Se busca la consolidación del SINAIS mediante:

- La integración progresiva de los sistemas institucionales.
- La incorporación de la información administrativa a los sistemas institucionales y al sistema sectorial.
- La incorporación de la información del sector privado.

De las estrategias centrales resalta la profesionalización del personal responsable, mediante la capacitación y educación continuas, buscando minimizar la movilidad laboral.

Dentro de las acciones que se llevarán a cabo para alcanzar las metas señaladas resaltan:

- Fortalecimiento de la red informática del SINAIS.
- Consolidación hasta los niveles de jurisdicción y delegación de la automatización de los reportes de la información.
- Evaluación del proceso de incorporación de la información administrativa a los sistemas institucionales de información y al SINAIS.

- Conclusión de la Norma Oficial Mexicana de Información en Salud.
- Automatización de la Codificación de la Causa Básica del Certificado de Defunción.
- Creación del Servicio Civil de Carrera en el área de información en salud de las instituciones públicas.
- Fortalecimiento del Sistema Nacional de Información en Salud y de Evaluación del Desempeño.
- Integración del SINAIS al Centro de Análisis de Información de la Presidencia de la República.
- Incorporación de la perspectiva de género en la definición de indicadores y la desagregación de la generación de la información por edad y sexo.

Se menciona dentro de la estrategia 7 la creación de un Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud a crear dentro del SINAIS, que servirá como mecanismo de apoyo para el financiamiento y la asignación de recursos.

Por último, mencionar que el Programa Nacional de Salud propone que la atención a la salud debe privilegiar la salud preventiva en el medio familiar y la comunidad, al cuidado clínico curativo, hospitalario, especializado e institucional. Indica que en la mejora de los servicios de salud, se debe trasladar al ámbito local la toma de decisiones y el manejo de los recursos; así como otorgar a los usuarios mayor capacidad de decisión. En ese sentido propone adoptar el nuevo Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS), que es "un modelo comunitario, de atención integral, basado en compromisos, orientado al usuario y articulador del cuidado profesional con el autocuidado. Un modelo que, retomando los éxitos de cobertura alcanzados, restablezca la continuidad de atención."²⁰ Enfocado a las instituciones públicas intentará retomar los éxitos de cobertura alcanzados y reorganizar los servicios de atención.

El panorama general presentado hasta este punto, permitirá ubicar la propuesta del Sistema Nacional de Salud que ofrece la actual administración al país. En este contexto y en el ámbito de la calidad total, elemento en boga del sexenio, se considera oportuno presentar un resumen de lo que sería para el Sector Salud su Visión del Sistema para el 2025.

¹⁹ Ibidem, pág. 133.

²⁰ Ibidem, pág. 137.

Visión

En el año 2025 todo mexicano tendrá acceso a un seguro de salud, independientemente de su capacidad de pago, su nivel de riesgo o su filiación laboral. Este seguro, a su vez, le garantizará el acceso a servicios bajo un modelo integrado de atención a la salud.

En la búsqueda de mejores condiciones de salud para todos los mexicanos, se atenderán de manera preferencial las necesidades de los grupos más vulnerables, con el objetivo explícito de reducir lo más posible las brechas en salud que pudieran existir entre los diferentes subgrupos de la población.

Las contribuciones al sistema de salud serán proporcionales a la capacidad de pago, y los beneficios se distribuirán atendiendo principalmente a las necesidades de la población. Este proceso lo facilitará la acumulación de los recursos financieros en fondos predominantemente públicos. Los seguros privados, en este escenario, jugarán un papel complementario.

Al igual que en casi todos los países desarrollados, habrá una oferta plural de prestadores de servicios de salud, y el usuario, en el primer nivel de atención, tendrá el derecho de elegir al prestador de su preferencia.

En materia de salud las necesidades son siempre mayores que los recursos. En vista de esto, el sistema mexicano de salud promoverá el uso eficiente de estos últimos. Para garantizar esto se contará con mecanismos de planeación, se definirán prioridades y se favorecerá el uso de intervenciones de bajo costo y alta efectividad.

Los servicios públicos y privados que se ofrecerán serán de alta calidad técnica y deberán satisfacer las expectativas de los usuarios. Los habrán de proporcionar prestadores bien capacitados que harán uso de intervenciones basadas en evidencias científicas. Estos servicios, además, se proveerán en ambientes dignos y bajo una cultura institucional que promueva el desarrollo profesional de los prestadores, la satisfacción de los usuarios y el respeto a los derechos humanos, incluyendo el derecho a la información.

El sistema en su conjunto se organizará para anticiparse a las necesidades de salud en todas las esferas que se requiera: capacitación de recursos humanos, desarrollo de equipamiento e infraestructura, movilización de recursos financieros y concertación intersectorial, entre otras.

La descentralización hasta el nivel municipal será la norma. Los recursos y las decisiones estarán ubicados en las instancias locales de operación de los servicios personales y no personales de salud. Al mismo tiempo, se estimulará la cooperación entre las entidades federativas para el logro de los objetivos compartidos. El financiamiento será solidario en el nivel nacional. El pacto federal se expresará en la rectoría del sistema, que ofrecerá una normatividad común a favor de la equidad, la calidad y la eficiencia. En suma, el sistema de salud estará basado en un federalismo cooperativo.

Los ciudadanos, de manera individual o en forma organizada, estarán involucrados en todas las decisiones que afecten su salud: representados en los cuerpos directivos de las unidades de salud; participando en los foros de discusión del sector; sumando inquietudes a las agendas estatales y nacionales de salud; opinando sobre las grandes decisiones de políticas. Además, contarán con acceso a la información pública y con instancias sensibles y eficientes para la presentación de quejas y sugerencias.

El sistema de salud estará estrechamente vinculado a otros sectores afines (desarrollo social, educación, ambiente, seguridad). Con ellos se implantarán de manera creciente políticas integrales dirigidas a mejorar el bienestar de la población.

Por último, el tema de la salud será, como lo es actualmente en los países desarrollados, un tema de alta relevancia en la agenda política. En consecuencia, el sistema nacional de salud será uno de los sectores más analizados pero también más apreciados por la ciudadanía. Las familias mexicanas se podrán sentir orgullosas de un sistema de salud que, con base en la excelencia de sus profesionales y la cobertura universal de la población –principal elemento redistribuidor de oportunidades y ejemplo de cohesión social–, respetará sus derechos, resolverá sus problemas de salud y proporcionará seguridad, buena calidad técnica y trato personalizado.

Fuente: Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud 2001-2006, Edición 2001, México 2001, pág. 75.

2.5 Marco Legal

El derecho a la protección de la salud y la seguridad social que tiene toda persona como miembro de la sociedad aparece señalado en los términos del tercer párrafo del Artículo 4° de la Carta Magna y en la Ley General de Salud.²¹

El derecho a la protección de la salud, como garantía social, fue adicionado a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos el 3 de enero de 1983. De esta adición resaltan tres elementos:

- 1) El derecho de toda persona a la protección de su salud.
- 2) La necesidad de definir las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud.

²¹ Secretaría de Salud, Ley General de Salud, México 1984, pág. 3.

3) La participación de la federación y los estados en materia de salud general.

Como resultado de lo anterior se expidió la Ley General de Salud en 1984 y representa el cumplimiento del mandato constitucional. Esta ley está elaborada bajo el concepto de que "la salud es el estado de bienestar físico, mental y social que propicia el desarrollo integral del individuo y de la sociedad", motivo por el cual la salud constituye no sólo un valor biológico, sino un bien social y cultural y es responsabilidad del Estado, de la sociedad y del individuo cuidarlo. Al ser la salud un bien de interés público, corresponde al Estado la responsabilidad principal de garantizar su cuidado a la totalidad de los habitantes de la nación, generando las condiciones adecuadas para el desarrollo social y económico alcanzado por un país y grado en el área médica y la disponibilidad real de sus facultades.²²

²² Soberón Acevedo Guillermo, La Protección de la Salud en México, Primera Edición, Editorial Porrúa, México 1987, págs. 133-134.

3. Las Estadísticas de Salud en México

En el campo de la salud pública, la información resulta de vital importancia, en virtud de que permite conocer el estado actual de situaciones específicas; así como, identificar problemáticas existentes. Es decir, permite conocer el proceso salud-enfermedad, sus consecuencias y posibles soluciones.

Las estadísticas de salud permiten generar la información necesaria para conocer el estado de salud de los mexicanos, y apoyar estadísticamente las acciones programáticas del sector público y privado en ese rubro. Se debe tener presente que el estado de salud de la población es en sí mismo un importante indicador del grado de desarrollo social y económico alcanzado por un país y evidencia también el progreso tecnológico logrado en el área médica y la disponibilidad real para la población.

La acción de planificar la dotación de servicios de salud requiere, como insumo insustituible, de información oportuna y confiable que logre describir el estado que guardan los procesos de salud-enfermedad y la acción sanitaria implantada, con el fin de apoyar estadísticamente el planteamiento de programas y políticas específicas, con los objetivos y metas más adecuadas a la realidad imperante.

Guardan especial importancia los datos sobre el estado general de salud de la población total y de grupos específicos de ella, de los cambios que se suceden en el tiempo, de la influencia del medio y las condiciones socioeconómicas; asimismo, sobre los servicios médicos, recursos disponibles y su forma de utilización, y los daños a la salud que experimenta la población, en particular la incidencia de distintas enfermedades, incapacidades y lesiones.²³

En este sentido, el estudio del tema requiere contar con información estadística relativa a morbilidad hos-

pitalaria,* mortalidad hospitalaria, población atendida, servicios, incapacidad laboral, recursos humanos, materiales y financieros. En la actualidad dicha información se obtiene de las dependencias pertenecientes al SNS que conforma el sector salud y de las instituciones particulares de salud, y es precisamente a raíz de esta integración que se busca impulsar la sistematización del proceso de generación de la información estadística correspondiente, uniformando los diversos criterios conceptuales y de clasificación que dificultan en gran medida la comparabilidad de los datos y por lo tanto, el conocimiento del fenómeno.

Como se ha podido observar, la obtención de estadísticas confiables y oportunas sobre salud adquiere particular relevancia en la planeación y programación que en materia de salud pública se lleva a cabo en el país.

3.1 Antecedentes de la Estadística de Salud

Los antecedentes de la estadística se remontan al año 1893, cuando era responsabilidad de la entonces Beneficencia Pública (antecedente de la Secretaría de Salud), datos referentes a servicios de medicina preventiva (vacunas) otorgados. El dato que se registra en el documento señala que ese año fueron vacunadas 123 741 personas.

La atención a la salud en México se realiza a través de dos grandes sectores: El público (integrado por la Secretaría de Salud e instituciones de seguridad social) y el privado. El primero, denominado Sistema Nacional de Salud, se compone por:

Secretaría de Salud (SSA)

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

* La morbilidad es el término que expresa el número de personas o casos de una enfermedad en relación con la población en que se presenta. La morbilidad hospitalaria es aquel estado patológico que por su manifestación requiere que la persona sea ingresada a una unidad hospitalaria para su atención y tratamiento.

²³ Barquín, H. y Colaboradores, Medicina Social y Salud Pública. Tomo I, México 1989, cap. V, págs. 120-128.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA)

Secretaría de Marina (SM)

Petróleos Mexicanos (PEMEX)

Departamento del Distrito Federal (DDF)

Desarrollo Integral de la Familia (DIF)

Instituto Nacional Indigenista (INI)

Estatales

Universitarios

Cruz Roja

Sistema de Transporte Colectivo (Metro)

Bancos

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI)

Consejo Nacional de Población (CONAPO)

El segundo, integrado por una extensa red de establecimientos particulares que ofrecen servicios de atención a la salud de la población que van desde pequeñas clínicas hasta modernos hospitales.

Hasta 1975 la información estadística se captaba por la Dirección General de Estadística, en la boleta F-933, en la cual se obtenía, tanto información del sector público como del privado, y se refería a unidades médicas de hospitalización y consulta externa, recursos materiales y humanos, servicios, morbilidad hospitalaria y presupuestos e ingresos financieros según origen por entidad federativa.

En el año de 1983 se integró el Grupo Interinstitucional Básico de Información para la Salud (actualmente Grupo Interinstitucional de Información en Salud GIIS), en el que participan todas las instituciones corresponsables en la generación, tratamiento y difusión de las estadísticas de salud. El objetivo principal del GIIS es homogeneizar los criterios de generación y tratamiento de la información, proveniente de las instituciones públicas de salud que permita su comparación al interior del sector.

Hasta 1987 el INEGI recibió información de ambos sectores a través del formato PEC-6-20. A partir de 1988 las instituciones que conforman el Sistema Nacional

de Salud, mediante el Grupo Interinstitucional de Información en Salud, concentran su información de manera homogénea y la envían al INEGI.

Desde 1991 el GIIS capta la información de hospitales civiles, universitarios, etc. quedando bajo la responsabilidad del INEGI la captación de la información en establecimientos particulares, tarea que hasta 1993 realizó bajo el mismo formato PEC-6-20.

3.2 Situación Actual de la Estadística

En 1992, al interior de la Dirección de Estadísticas Demográficas y Sociales (DEDS) se creó el Departamento de Estadísticas de Salud, con el objetivo fundamental de proporcionar de manera regular y oportuna, información básica sobre la prestación de servicios de salud y la disponibilidad de recursos humanos, materiales y la morbilidad hospitalaria de las unidades médicas de los sectores público y del privado. De lo anterior surgió como actividad prioritaria la revisión de los sistemas de generación de la estadística, con la finalidad de normalizar conceptos y clasificaciones de ambos sectores.

En este punto conviene mencionar que la DEDS obtiene la estadística denominada de Asistencia y Servicios Médicos de:

- a) Las instituciones gubernamentales señaladas con anterioridad y,
- b) Los establecimientos particulares de atención a la salud tales como: Hospitales generales y de especialidad, sanatorios, clínicas y maternidades.

En cuanto a la cobertura geográfica de la estadística, alcanza el nivel de entidad federativa y municipio.

Para abordar este aspecto es necesario mencionar en primer término a las instituciones del Sistema Nacional de Salud las cuales presentaban y presentan actualmente una situación favorable, en virtud de que a partir de la creación del GIIS, la información sobre los recursos con que cuentan y los servicios que proporcionan las instituciones, además de la morbilidad hospitalaria se recibe de manera más o menos oportuna.

La situación de los establecimientos particulares presentaba un panorama completamente diferente, ya que la última información difundida hasta 1992 correspondió al año de 1984, aunque se tenía capturada la información hasta 1987, además se disponía de un directorio de fuentes informantes incompleto.

Hasta 1993, el procesamiento de la información en el Instituto fue centralizado; las oficinas estatales y regionales distribuían los formatos en blanco, los recuperaban contestados y los remitían a oficinas centrales en donde se realizaban las etapas de tratamiento manual (crítica-codificación), electrónico (captura y procesamiento de datos) y divulgación de la información.

Esta dinámica, así como la carencia de un esquema conceptual y metodológico que permitiera definir claramente los objetivos de la estadística, y en consecuencia de sus fuentes informantes, dio origen a una compleja problemática que se describe a continuación:

1. La carencia de un directorio de fuentes informantes completo y de procedimientos que permitieran una actualización oportuna.
2. Falta de control y seguimiento de las fuentes morosas, así como de criterios para establecer fechas de cierre de la estadística.
3. Existencia de un formato desactualizado, rígido y de difícil manejo.
4. La negativa de fuentes informantes para responder el formato o para hacerlo de manera completa. Además de que con frecuencia se detectaba la respuesta falsa.
5. La carencia de instructivos que auxiliaran al personal de oficinas estatales para una revisión correcta de los formatos.
6. La inexistencia de un plan de tabulaciones establecido para la explotación de la estadística.
7. La coordinación insuficiente entre la Secretaría de Salud y los Servicios Coordinados de Salud en los Estados, así como de éstos con las oficinas regionales de salud.

Lo anterior dio como resultado la carencia de información sobre el sector privado para obtener, junto con la información de mortalidad y la de las instituciones del SNS, una visión lo más cercana posible de la situación de la salud pública en México.

Como una propuesta de solución a la problemática de los establecimientos particulares de salud, se realizó una revisión a fondo de la estadística, con la finalidad de proporcionar, a partir de 1994, información de calidad y con oportunidad que permitiera el conocimiento y evaluación integral de la salud de los mexicanos. Para lograr los objetivos anteriores se plantearon las siguientes acciones:

1. Elaboración de un esquema conceptual.
2. Actualización de los directorios estatales de fuentes informantes, así como la creación de procedimientos que permitieran una actualización permanente y oportuna de los mismos.
3. La realización de un nuevo formato de captación en el que los conceptos y variables empleados fueran los mismos que el GIES solicita a las instituciones del Sistema Nacional de Salud y cuyo manejo fuera más ágil.
4. La elaboración de manuales técnicos y de procedimientos que guiaran al personal operativo durante la generación de la estadística (marco metodológico, guía de procedimientos, manual de crítica codificación, instructivo de llenado, etcétera).
5. Un procesamiento manual y electrónico de la información que se desarrollara totalmente en las áreas estatales.
6. La divulgación inmediata de la información.

A partir de 1993 se comenzaron los trabajos de diseño del nuevo formato de captación de la Estadística de Salud para Establecimientos Particulares. Se elaboró el formato PEC-6-20A junto con su instructivo de llenado que apoyaría a las fuentes informantes a realizar su correcto llenado, así como el manual de crítica-codificación que serviría de apoyo al personal de las oficinas estatales responsables de esta actividad. Una vez terminados los trabajos se aprobó la funcionalidad, tanto del formato como del instructivo de llenado y el manual de crítica-codificación en una prueba piloto que se llevó a cabo en seis entidades federativas. Con base en los resultados de la prueba se hicieron reformas al formato PEC-6-20A y a sus documentos auxiliares, ya que a partir de enero de 1994 recaería en las Direcciones Regionales y Oficinas Estatales del INEGI la responsabilidad de la recolección, tratamiento manual y electrónico de la Estadística de Servicios Médicos en Establecimientos Particulares, actividades que requirieron de un fuerte operativo sustentado en la capacitación y supervisión a las áreas mencionadas.

Junto a los trabajos de revisión y actualización de los sistemas de captación de la Estadística de Salud para el Sector Privado, se realizaron actividades para abatir el rezago en los trabajos de crítica-codificación, captura y elaboración de tabulados de la boleta PEC-6-20 vigente para el periodo 1987-1993. De tal suerte que a partir de 1995 se publicó en el Cuaderno de Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social Núm. 12 la información correspondiente a 1994

relativa a los establecimientos particulares que proporcionan el servicio. Adicionalmente se procesaron y enviaron a las direcciones regionales del Instituto los tabulados para el periodo 1987-1993 que habían quedado pendientes de publicar. En apoyo a la continuidad de estos trabajos, en el año de 1997 se elaboró el formato anexo consultorios PEC-6-20A y en 1998 se incorporó a nivel nacional el Sistema de Captación Automatizado para la fuente informante, Registro Continuo de Información (RECOI).

3.3 Marco Legal de la Estadística

La Ley de Información Estadística y Geográfica, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de diciembre de 1980 y sus Reformas y Adiciones publicadas también en el Diario Oficial el 12 de diciembre de 1983 es el marco legal en el que se sustentan las actividades del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). La ley se divide en siete capítulos entre los que resaltan los primeros cuatro.

En el primero se ubican los objetivos, las prerrogativas que la Ley confiere al Estado a través de la entonces Secretaría de Programación y Presupuesto, las normas y modos de promover el funcionamiento de los Servicios Nacionales de Estadística y de Información Geográfica y el carácter público de la información.

El segundo capítulo contiene las bases para el funcionamiento y reglamentación de la información estadística y geográfica a nivel institucional.

El capítulo tercero señala las atribuciones de las unidades que integran los Sistemas Nacionales Estadístico y de Información Geográfica.

El cuarto capítulo informa sobre la manera en que la Secretaría de Programación y Presupuesto ejercerá las facultades otorgadas por esta ley a través del INEGI, "ARTÍCULO 33.- El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática es un órgano desconcentrado de la Secretaría, por conducto del cuál, éste ejercerá las facultades que le otorga la presente Ley, salvo aquellas que le sean atribuidas expresamente, en las materias que la misma regula, a su titular, por otras disposiciones legales y reglamentarias".²⁴

Por lo que se refiere a los antecedentes del Sistema de Información de Salud se remontan a 1983, cuando se crea el Grupo Interinstitucional Básico de Información para la Salud, con la participación de la SSA en su calidad de cabeza de sector, IMSS, ISSSTE, DIF, INEGI y CONAPO. A partir de la promulgación de la Ley General de Salud en 1984 se creó el Programa Nacional de Información, coordinado por la SSA. El sistema de información actualmente cuenta con los apartados de población y cobertura, recursos, servicios otorgados y daños a la salud.

²⁴ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Ley de Información Estadística y Geográfica, México 1995, págs. 1-14.

4. Requerimientos de Información

La Estadística de Salud ha sido de manera permanente un motivo de análisis y estudio con diversos fines entre los que se destacan la planeación, programación y desarrollo, en virtud de que contribuye al conocimiento del contexto sociodemográfico de México.

Las instituciones públicas que integran el Sistema Nacional de Salud se abocan a prestar atención médica asistencial; dichos servicios se registran a fin de obtener la información estadística que permita observar el comportamiento evolutivo de los factores que determinarán de manera cuantitativa el proceso de salud-enfermedad.

Dentro del sector salud se observa la necesidad de información sobre la calidad, cantidad y tipo de la atención, la magnitud de los recursos, tanto humanos como materiales, con que cuentan las instituciones particulares que ofrecen tales servicios, así como; la morbilidad hospitalaria atendida en los mismos.

En este sentido, para el estudio de la Estadística de Salud se requiere contar con información relativa a las

diversas áreas y servicios con los que cuentan las instituciones prestadoras de servicios médicos, públicos y privados, como son entre otras:

- Consulta externa
- Consulta de primera vez y subsecuente
- Procedimientos en medicina de diagnóstico
- Procedimientos en medicina de tratamiento
- Hospitalización
- Consulta de planificación familiar
- Procedimientos médicos quirúrgicos
- Morbilidad hospitalaria
- Mortalidad hospitalaria
- Personas atendidas por sexo
- Recursos humanos
- Recursos materiales

5. Marco Conceptual de la Estadística de Salud en Establecimientos Particulares

Como ya se mencionó, el INEGI es el responsable directo de la captación de la información de salud en los establecimientos particulares, en ese sentido el presente apartado se circunscribe a este sector. La estrategia elaborada consiste en la solicitud de la información de salud de las mismas variables que se captan y reportan en las instituciones pertenecientes al SNS, además de homogeneizar la normalización de los conceptos y clasificaciones que maneja el propio SNS, es decir, se recolecta información sobre servicios, recursos* y morbilidad hospitalaria. Lo anterior mediante levantamientos semestrales de la boleta PEC-6-20A, anexo consultorios y el Sistema Automatizado Registro Continuo de Información (RECOI).

Para lograr lo anterior, el diseño conceptual del INEGI contempla los siguientes propósitos:

- a) Presentar los conceptos y las clasificaciones que utiliza el INEGI para captar, organizar, procesar y divulgar la información estadística relativa a la salud.
- b) Apoyar los trabajos que en materia de conceptualización y de clasificación para lograr la homogeneidad y comparabilidad de la información estadística, producida en el Sector Salud, lleva a cabo el Grupo Interinstitucional de Información en Salud (GIIS).
- c) Proporcionar aquellas tabulaciones que permitan ordenar la información estadística relativa a la salud, y de esta manera satisfacer los requerimientos de información de los usuarios.

* Se solicita información de recursos humanos y materiales solamente, pues en la prueba piloto se observó que al incluir las variables de ingresos económicos la fuente invariablemente asentaba datos falsos, con la agravante de que ajustaba los servicios proporcionados en el hospital al ingreso reportado. Se considera que los aspectos económicos se deben captar mediante encuestas especiales y/o con registros que levanta la SSA, por ejemplo, para renovar permisos de funcionamiento.

En este punto cabe señalar que a la fecha, la estadística se trabaja en el INEGI de manera desconcentrada, en las áreas estatales, es decir, las etapas de recolección de las boletas, crítica-codificación (tratamiento manual), captura y validación de la información (tratamiento electrónico), así como los trabajos de actualización de directorios de fuentes informantes, se realizan en las 32 oficinas estatales del Instituto.

Una vez que las áreas estatales cuentan con el archivo de su información, lo envían por correo electrónico a oficinas centrales, donde se revisa la información y los movimientos al directorio para su liberación y posterior integración de los 32 archivos estatales. En este punto se elaboran los cuadros del Plan de Tabulaciones y se procede a la edición de los mismos para su integración en la publicación correspondiente.

La totalidad de las actividades realizadas en oficinas centrales, por el departamento responsable, se realiza de manera electrónica mediante el uso de programas elaborados para este fin.

La información se publica a nivel nacional y por entidad federativa, no obstante las áreas estatales generan el mismo Plan de Tabulados a nivel municipal.

5.1 Fuente Informante

La unidad de observación o fuente informante es el establecimiento que proporcione servicios de atención a la salud y cuente con hospitalización, u hospitalización y servicio de consulta externa que pertenecen al sector privado, tales como hospitales generales y de especialidades, sanatorios, clínicas y maternidades. No se consideran los consultorios particulares, laboratorios, unidades de cirugía ambulatoria, etcétera.

5.2 Unidad de Captación

La unidad de captación es la cama censable, definida como aquella que se encuentra instalada en el área de hospitalización, para el uso regular de pacientes

internos y que cuenta con los recursos necesarios de espacio, equipo y personal para la atención médica. Es controlada por el servicio de admisión de la unidad y se asigna al paciente en el momento de su ingreso hospitalario para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento.

5.3 Boleta PEC-6-20A

La boleta PEC-6-20A está diseñada para captar la información sobre Recursos, Servicios y Morbilidad Hospitalaria. La conforman las siguientes secciones:

La carátula: Lugar donde se pueden identificar varios recuadros, en los que se registra la información relativa a la identificación de la fuente informante que procede al llenado de la boleta.

Servicios: Con la información de este apartado, relativa a los servicios de consulta externa, procedimientos en medicina de diagnóstico y tratamiento, hospitalización, planificación familiar y procedimientos médicos quirúrgicos, se pretende obtener la relación de los requerimientos más solicitados de la población demandante.

Morbilidad Hospitalaria: En esta sección se presenta la lista de morbilidad hospitalaria, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 10ª revisión, de la Organización Mundial de la Salud, a fin de medir la morbilidad de los pacientes hospitalizados del sector privado.

Recursos: Apartado que capta las variables de recursos humanos y recursos materiales, las cuales permiten identificar y cuantificar el tipo de recursos con los que el sector privado cuenta para responder a la demanda de su población usuaria.

5.4 Anexo Consultorios PEC-6-20A

Fue elaborado para complementar la información de la boleta en el apartado de servicios, en lo referente a la consulta externa. Está dividido en:

- *Carátula.* Aquí se señalan los datos de identificación del consultorio, así como los datos del médico informante.
- *Consulta externa.* Se obtienen los datos de la consulta general, de especialidad, medicina preventiva, odontológica y de urgencias.
- *Planificación familiar.* Se registra la información de las consultas otorgadas, de las nuevas aceptantes por método y de las usuarias activas por método.
- *Personal no médico.* Proporciona los datos del personal paramédico dedicado al apoyo en la prestación del servicio médico, de consulta externa.

5.5 Registro Continuo de Información (RECOI)

Fue diseñado para recopilar la información de las fuentes informantes que cuentan con equipo de cómputo, capta la misma información de la boleta PEC-6-20A, además de contar con información adicional como la siguiente:

- *Personal médico.* Presenta un catálogo accesible únicamente para el propio establecimiento, de médicos por nombre y especialidad.
- *Edad.* Proporciona la edad detallada del paciente.
- *Talla de nacidos vivos.* La que se obtiene al momento del nacimiento.
- *Peso de nacidos vivos.* Detalla el peso en gramos.

Además, contiene información para uso exclusivo del establecimiento.

6. Esquema Conceptual para la Estadística de Salud en Establecimientos Particulares

Continúa

RUBROS DE INFORMACIÓN	CATEGORÍAS	VARIABLE	CLASIFICACIÓN
UNIDADES MÉDICAS	<ul style="list-style-type: none"> Establecimientos Particulares de Salud 	Tipo de hospital	<ul style="list-style-type: none"> General • • Otras especialidades
SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA	<ul style="list-style-type: none"> Consultas Otorgadas 	Tipo de consulta	<ul style="list-style-type: none"> General Especialidad <ul style="list-style-type: none"> Gineco-obstétrica • • Otras especialidades Medicina preventiva Odontológica Urgencias Primera vez Subsecuentes
SERVICIOS DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS	<ul style="list-style-type: none"> Procedimientos Médicos Quirúrgicos 	Tipo de procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> Cesáreas • • Otras intervenciones quirúrgicas
SERVICIOS DE PROCEDIMIENTOS EN MEDICINA DE DIAGNÓSTICO	<ul style="list-style-type: none"> Personas Atendidas Exámenes Realizados 	Tipo de examen	<ul style="list-style-type: none"> Análisis clínicos • • Otros estudios
SERVICIOS DE PROCEDIMIENTOS EN MEDICINA DE DIAGNÓSTICO	<ul style="list-style-type: none"> Personas Atendidas Tratamientos Aplicados 	Tipo de tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> Diálisis • • Otros servicios
SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes Egresados 	Área de egreso	<ul style="list-style-type: none"> Cirugía • • Otras
	<ul style="list-style-type: none"> Días Estancia 	Total de días estancia	
	<ul style="list-style-type: none"> Partos Atendidos 	Total de partos atendidos	
	<ul style="list-style-type: none"> Nacidos Vivos 	Peso al nacer	<ul style="list-style-type: none"> Menos de 2 500 grs. 2 500 grs. y más
	<ul style="list-style-type: none"> Abortos 	Total de abortos	
	<ul style="list-style-type: none"> Defunciones 	Diagnóstico de egreso	<ul style="list-style-type: none"> CIE-10
SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	<ul style="list-style-type: none"> Consultas 	Tipo de consulta	<ul style="list-style-type: none"> Primera vez Subsecuentes
	<ul style="list-style-type: none"> Nuevas Aceptantes 	Tipo de método	<ul style="list-style-type: none"> Hormonales DIU Otros
	<ul style="list-style-type: none"> Usuarías Activas 	Tipo de método	<ul style="list-style-type: none"> Hormonales DIU Otros

RUBROS DE INFORMACIÓN	CATEGORÍAS	VARIABLE	CLASIFICACIÓN
MORBILIDAD Y MORTALIDAD HOSPITALARIA	<ul style="list-style-type: none"> Personas Atendidas 	Diagnóstico de egreso Sexo Días estancia	<ul style="list-style-type: none"> CIE-10 Hombres Mujeres
RECURSOS HUMANOS	<ul style="list-style-type: none"> Defunciones Personal Médico Personal no Médico 	Diagnóstico de egreso Tipo de personal Tipo de personal	<ul style="list-style-type: none"> CIE-10 En contacto directo con el paciente • • Médicos en otras labores Procedimientos en medicina de diagnóstico • • Otro personal
RECURSOS MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> Equipo Consultorios Camas Censables Camas no Censables Unidad de Cuidados Intensivos 	Tipo de recurso Tipo de consultorio Tipo de cama censable Tipo de cama no censable Tipo de unidad de cuidados intensivos	<ul style="list-style-type: none"> Consultorios • • Unidad de cuidados intensivos General De especialidad Medicina interna • • Otras Cuidado intensivo • Otras Adultos Neonatales

7. Definiciones Conceptuales

Aborto. La expulsión del producto de la concepción de 21 semanas o menos de gestación o el peso menor a 500 grs. o con ambos.

Alucinógenos. Llamados también psicomiméticos, sustancias que producen alteraciones de la percepción, como alucinaciones, donde los sentidos se distorsionan (marihuana, LSD, mezcalina, psicolibina).

Aplicación de Biológico. Es la inoculación de una vacuna, con el propósito de evitar una enfermedad específica. Cuando el esquema de vacunación incluye varias aplicaciones del mismo producto, cada una de éstas debe ser contable.

Área de Aislamiento. Lugar reservado para la atención de pacientes con enfermedades que requieren de protección especial.

Área de Pediatría. Local habilitado con los recursos materiales y humanos para la atención de pacientes infantiles.

Área de Radioterapia. Área que cuenta con los recursos necesarios para la aplicación de radiaciones.

Área de Urgencias (cubículo de curación). Es un espacio físico, el cual contiene todos los recursos humanos, de instalación y equipo para una atención inmediata del paciente que por su estado crítico de salud, así lo requiera.

Aspirante. Es la persona que solicita servicio de atención curativa de la que no se conoce aún si es farmacodependiente o no, o si tiene relación con alguno.

Banco de Sangre. Local con instalaciones y equipo adecuados, destinados a la obtención, procesamiento, conservación y distribución de sangre y sus derivados.

Bomba de Cobalto. Aparato que contiene un elemento radioactivo utilizado en el tratamiento de algunos

tumores y permite la aplicación de gran cantidad de rayos gamma.

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

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

Capacitación para la Prevención de la Farmacodependencia. Estrategia que proporciona a la población elementos teóricos y prácticos que le permitan el desarrollo de habilidades y actitudes con el fin de encontrar alternativas y medios para la prevención de la farmacodependencia.

Casos Nuevos de Enfermedad. Número de enfermos descubiertos por padecimientos específicos (prevenibles por vacunación, infecciosas y parasitarias y otras de notificación obligatoria) registradas a través del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Consulta de Especialidad. La atención que imparten los médicos especialistas a pacientes ambulatorios de las cuatro especialidades médicas básicas y todas las demás subespecialidades que de ellas se deriven.

Consulta de Medicina Preventiva. Servicio que se presta para prevenir enfermedades en la población que así lo requiera.

Consulta de Planificación Familiar. Atención brindada por un médico general o especialista a pacientes ambulatorios para concientizarlos sobre la necesidad de la planificación familiar, para implantar o vigilar los métodos anticonceptivos.

Consulta de Primera Vez. La otorgada por personal de salud en un servicio a una persona en la cual mediante un interrogatorio y exploración se llega a un diagnóstico y tratamiento preliminar o definitivo. Se clasifica así cuando es la primera consulta para una enfermedad o motivo determinado.

Consulta de Primera Vez (Planificación Familiar). Es la que se brinda a las personas que acuden por primera vez al servicio de planificación familiar sin importar si se adopta o no un método anticonceptivo y/o que solicite atención después de 3 años o más de haber causado baja o abandono.

Consulta de Urgencias. La atención inmediata que se proporciona al paciente que sufre una alteración que pone en peligro su vida, una función o un órgano. Se efectúa en el servicio de urgencias de una unidad médica.

Consulta Externa. Atención en la cual mediante interrogatorio y exploración del paciente se llega a un diagnóstico; se imparte tanto en el consultorio como en el domicilio del paciente ambulatorio.

Consulta General. La atención que otorga el médico general o familiar a los pacientes ambulatorios en la unidad médica o en el domicilio, con el objetivo de proporcionar asistencia médica o procedimientos preventivos; puede ser de primera vez o subsecuente.

Consulta Odontológica. La atención brindada por el profesional de estomatología para realizar la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación médica y quirúrgica de la salud bucodental.

Consulta Subsecuente. La otorgada por personal de salud a una persona en la cual mediante un interrogatorio y exploración se llega a un diagnóstico; se clasifica así cuando el motivo de la atención sea el mismo por el cual se le otorgó una consulta con anterioridad.

Depresor. Sustancia que disminuye las reacciones y funciones del sistema nervioso central (alcohol, barbitúricos, tranquilizantes, opio, morfina, heroína, inhalables).

Día Estancia. El número de días transcurridos desde el ingreso del paciente al hospital hasta su egreso. Se contabiliza relacionando la fecha de ingreso con la de egreso y se cuentan todos los días excepto el último. El paciente que ingresa y egresa el mismo día genera un día estancia.

Día Paciente. Es el periodo de servicios prestados a un paciente interno entre las horas en que se toma el censo diario (12:00 a.m. a 12:01 a.m. del día siguiente); el día paciente se cuenta también para la persona que ingresa y egresa el mismo día.

Disfuncional (IV). Persona que necesita consumir droga y por su dependencia ha dejado de funcionar social y productivamente.

Droga o Fármaco. Toda sustancia química que introducida al organismo produce modificaciones físicas o mentales.

Egreso. El paciente que sale de un servicio del hospital e implica la desocupación de una cama censable; incluye altas por curación, mejoría, traslado a otra unidad, defunción o alta voluntaria.

Electrocardiógrafo. Instrumento utilizado para registrar la actividad eléctrica del miocardio con el fin de detectar las anomalías en la transmisión del impulso cardíaco a través del tejido conductor del músculo.

Electroencefalógrafo. Instrumento para recibir y registrar los potenciales eléctricos producidos por las células cerebrales.

Endoscopio. Instrumento óptico iluminado que sirve para visualizar el interior de una cavidad corporal u órgano.

Enfermera Auxiliar. La persona capacitada en cursos cortos o servicios, para ejecutar bajo supervisión actividades relacionadas con atención de enfermos.

Enfermera Especializada. Persona que después de haber obtenido el título de enfermera realiza estudios específicos de una rama de la enfermería o áreas afines y obtiene el diploma correspondiente de una institución oficial reconocida. Ejemplo: Cuidados Intensivos, Cardiología, Materno-Infantil, Administración de Servicios de Enfermería, etcétera.

Enfermera General. La persona capacitada a nivel profesional o técnico y autorizada mediante un título por una institución educativa reconocida oficialmente para asumir la responsabilidad de los servicios de enferme-

ría necesarios para la prevención de enfermedades y asistencia a enfermos.

Equipo de Diálisis. Conjunto de instrumentos y materiales necesarios para realizar la diálisis.

Equipo de Radioterapia. Incluye aceleradores lineales, unidades de Cobalto-60, unidades de Cesio-137, unidades de Rayos X de bajo a alto voltaje, unidades de braquiterapia a tasa de dosis alta o baja y unidades de braquiterapia convencional.

Equipo de Rayos X. Conjunto formado por uno o más aparatos, los cuales proporcionan información de las estructuras del cuerpo sobre una película sensible a los rayos X. El equipo puede ser fijo o móvil; comprende también los odontológicos.

Equipo de Ultrasonido. Ondas sonoras de frecuencia muy elevada por encima de 20 000 vibraciones por segundo. Entre sus aplicaciones están la monitorización fetal, obtención de imágenes de órganos internos, etcétera.

Equipo para Mamografía. Equipo para examen del seno por medio de rayos X, ultrasonido y resonancia magnética nuclear.

Estación (unidad) de Hemodiálisis. Estaciones de hemodiálisis, incluye la estación para autocuidado.

Estimulante. Sustancia que incrementa las reacciones y excita al sistema nervioso central (anfetaminas, cocaína).

Exfarmacodependiente (X). Persona que ha dejado de utilizar sustancias tóxicas.

Experimentador (I). Persona que por primera vez utiliza la droga por simple curiosidad.

Familiar de Farmacodependiente. Es la persona consanguínea o política que comparte la vivienda con el farmacodependiente.

Farmacodependencia. Estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo y un fármaco.

Farmacodependiente. Es el individuo que presenta un estado de alteración psíquica y a veces física causado por el abuso de fármacos.

Farmacodependiente Funcional (III). Persona que utiliza la droga para realizar sus actividades cotidianas sin que su dependencia trastorne su actividad social.

Farmacodependiente Social u Ocasional (II). Persona que utiliza la droga en situaciones pasajeras o sociales.

Hospital de Atención de Especialidad. Establecimiento reservado principalmente para el internamiento en una cama censable con fines de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes que padecen enfermedades específicas o una afección de un aparato y sistema o bien, reservado para el diagnóstico y tratamiento de condiciones que afectan a grupos de edad específicos.

Hospital de Atención General. Establecimiento de los sectores público, social y privado, cualquiera que sea su denominación, en el que se presta atención médica integral a la población, que cuenta con recursos materiales, humanos, tecnológicos y económicos para la atención de pacientes en las ramas troncales de la medicina: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Ginecoobstetricia y especialidades de mayor demanda.

Incubadora. Receptáculo acondicionado donde se facilita el desarrollo de los niños nacidos prematuramente o de término cuando se requiera complementar su desarrollo y/o cuando presentan patología con repercusión sistémica.

Información Sobre la Farmacodependencia. Estrategia para sensibilizar a la comunidad sobre la magnitud del problema y motivarla a participar en la prevención de la farmacodependencia.

Laboratorio de Análisis Clínicos. Área o local dotado de personal, mobiliario, equipo e instalaciones para realizar estudios de hematología, microbiología, pruebas funcionales, inmunología y estudios especiales de muestras biológicas provenientes de personas o sus desechos.

Laboratorio de Anatomía Patológica. Área o local dotado de personal, mobiliario, equipo e instalaciones independientes o ligados a algún servicio de atención médica, destinada al análisis e investigaciones científicas, donde se estudia la composición y estructura microscópica de tejidos orgánicos con fines esencialmente de diagnóstico.

Litotriptores. Equipo de onda de choque extracorpórea para la destrucción de cálculos.

Médico en Acuerdo Especial. Es el contratado por los pacientes, los cuales pagan sus servicios.

Médico en Nómina. Es el registrado en la nómina o plantilla del establecimiento y es pagado por el hospital.

Médico Especialista. Profesional de la medicina que cuenta con estudios de especialización en una rama de la medicina para la atención de la salud o de padecimientos referidos a un órgano, aparato o sistema.

Médico General. Personal titulado que desempeña labores relacionadas con la atención médica mediante el diagnóstico y tratamiento de la patología más frecuente y menos compleja para su diagnóstico y tratamiento.

Médico Residente. Persona que ha obtenido el título de médico y realiza estudios para obtener el grado de especialista, siguiendo el programa académico y laboral establecido para cada residencia médica.

Morbilidad Hospitalaria. Expresa el número de personas enfermas o los casos de una enfermedad dada, registrados en el hospital a través del diagnóstico de egreso.

Nacido Vivo. Es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que después de la separación respira o manifiesta cualquier otro signo de vida, tales como palpitations del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o contracción efectiva de algún músculo sometido a la acción de la voluntad, haya o no sido cortado el cordón umbilical, y esté o no adherido a la placenta; todo producto de tal nacimiento es considerado como nacido vivo.

Nuevas Aceptantes por Método. Persona en edad fértil que recibe por primera vez protección anticonceptiva en servicios de planificación familiar o bien después de que causó baja.

Odontólogos. Profesional con título de cirujano dentista o licenciatura de estomatología legalmente autorizado para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que presentan enfermedades estomatológicas.

Orientación sobre la Farmacodependencia. Estrategia a través de la cual se esclarecen los problemas que la farmacodependencia ocasiona al individuo y a la sociedad, de manera que la población abarcada cuente con conocimientos suficientes para actuar en forma preventiva en la familia, la escuela, etcétera.

Paciente Farmacodependiente. Toda persona que solicita atención por problemas de farmacodependencia o síntomas asociados, ya identificados por el equipo terapéutico de la institución.

Parto Atendido. Proceso mediante el cual el feto, la placenta y sus anexos son expulsados del organismo materno, a través de las vías genitales, correspondiente a un embarazo de 22 o más semanas de gestación.

Pasante de Enfermería. Persona capacitada a nivel profesional o técnico que no ha obtenido el título de enfermera.

Pasante de Medicina. Egresado de la carrera de medicina con los créditos académicos correspondientes, pero que aún no cuenta con título y cédula profesional.

Personal Administrativo. Son los profesionales, técnicos y auxiliares que tienen a su cargo las labores de organización, supervisión y control de las actividades que se realizan en la unidad médica. Ejemplo: contabilidad, caja, personal, archivo general, almacenes e inventarios, lavandería, mantenimiento, etcétera.

Personal de Procedimientos en Medicina de Diagnóstico y Tratamiento. Son los profesionales, técnicos y auxiliares que trabajan en los servicios de diagnóstico y tratamiento como apoyo a la atención médica.

Personal Paramédico. Personal dedicado al desarrollo de las actividades que apoyan la prestación de servicios médicos, dentro del cual se considera personal profesional, técnico y auxiliar.

Población Derechohabiente. Se considera a los asegurados en activo y asegurados pensionados, así como a sus beneficiarios legales que tienen derecho a servicios médicos.

Procedimientos en Medicina de Diagnóstico. Conjunto de servicios destinados a realizar determinado tipo de estudios a los pacientes, con objeto de facilitar, complementar o encontrar el diagnóstico que defina el padecimiento del paciente. Hay una gran variedad de este tipo de servicios como: Laboratorio, Radiología, Anatomía Patológica, Electrocardiografía, Electroencefalografía, etcétera.

Procedimientos en Medicina de Tratamiento. Conjunto de servicios orientados a efectuar algún procedimiento terapéutico, que en mayor o menor medida, complementa el tratamiento que el médico ha determinado.

Procedimiento Médico Quirúrgico. Conjunto de procedimientos quirúrgicos sistematizados y asépticos que se llevan a cabo en pacientes con finalidades terapéuticas o de diagnóstico y que, por sus características, podrían ser realizados dentro o fuera de un quirófano o sala de operaciones.

Quirófano (salas). Área o local del hospital dotada de personal, mobiliario, equipo e instalaciones para la ejecución de procedimientos quirúrgicos.

Sala de Expulsión. Área o local del hospital dotada con instalaciones, personal y equipo, destinada a la atención obstétrica.

Sala o Gabinete de Radiología. Área o local dotado de personal, mobiliario, instalaciones y equipo de Rayos X, destinado para el servicio auxiliar de diagnóstico.

Scanner Tomografía Axial Computarizada. Equipo que brinda información anatómica de planos seccionales del cuerpo. Cada imagen es generada por la síntesis computarizada de los datos obtenidos de la transmisión de los rayos X en varias direcciones sobre un plano dado.

Tasa de Mortalidad Infantil. Defunciones de menores de un año por cada mil nacimientos registrados.

Unidad de Consulta Externa. Es el lugar donde se proporciona atención médica a pacientes ambulatorios,

otorgada por personal médico y paramédico organizado. No cuenta con servicios de hospitalización.

Unidad Dental. Equipo electrónico y recursos necesarios con los que cuenta el establecimiento para la atención de personas en la aplicación de tratamientos bucodentales.

Unidad de Cuidados Intensivos. Área adecuada para la atención permanente de pacientes cuyo estado de salud es crítico.

Unidad de Imagen de Resonancia Magnética. Se refieren a la modalidad diagnóstica en la cual los núcleos magnéticos (especialmente protones) de un paciente son alineados dentro de un fuerte y uniforme campo magnético, absorben energía de radiofrecuencia y emiten señales de radiofrecuencia conforme su excitación disminuye. Estas señales, las cuales varían en intensidad de acuerdo con la abundancia nuclear y el ambiente químico molecular, son convertidas en sets de imágenes tomográficas por el uso de gradientes en el campo magnético, lo cual permite la localización en tercera dimensión de los puntos que son fuente de las señales. A diferencia de la radiografía convencional o la tomografía computarizada, estas unidades no exponen al paciente a radiaciones ionizantes.

Usuarías Activas por Método. Aceptante en vida reproductiva que continúa en el uso de algún método anticonceptivo o tiene una cita médica programada para revisión, redotación o vigilancia del método utilizado.

8. Plan Nacional de Tabulaciones para la Estadística de Salud en Establecimientos Particulares

ESTABLECIMIENTOS PARTICULARES DE SALUD POR ENTIDAD FEDERATIVA,
SEGÚN NÚMERO DE CAMAS CENSABLES
2002

TABULADO 1

ENTIDAD FEDERATIVA	TOTAL	NÚMERO DE CAMAS CENSABLES ¹					
		1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 24	25 - 49	50 Y MÁS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS ²							
Aguascalientes ²							
.							
.							
.							
.							
.							
Zacatecas							

¹ Atendiendo el agrupamiento 2. Clasificación de Camas Censables.

² Atendiendo el agrupamiento 1. Entidad Federativa y Municipio.

ESTABLECIMIENTOS PARTICULARES DE SALUD POR ENTIDAD FEDERATIVA Y TIPO,
SEGÚN NÚMERO DE CAMAS CENSABLES
2002

TABULADO 2

ENTIDAD FEDERATIVA Y ESTABLECIMIENTOS POR ESPECIALIDAD	NÚMERO DE CAMAS CENSABLES ¹						
	TOTAL	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 24	25 - 49	50 Y MÁS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS ²							
Hospital general ³							
Hospital de gineco-obstetricia							
Hospital de pediatría							
Hospital de psiquiatría							
Hospital de traumatología							
Hospital de otras especialidades							
Aguascalientes ²							
Hospital general							
Hospital de gineco-obstetricia							
•							
•							
•							
Zacatecas							
•							
•							
•							
•							
•							
•							

¹ Atendiendo el agrupamiento 1. Entidad Federativa y Municipio.
² Atendiendo el agrupamiento 3. Especialidad de Hospitales.

**CONSULTA EXTERNA OTORGADA EN ESTABLECIMIENTOS PARTICULARES POR ENTIDAD
FEDERATIVA Y TIPO DE CONSULTA, SEGÚN NÚMERO DE CAMAS CENSABLES
2002**

TABULADO 3

ENTIDAD FEDERATIVA Y TIPO DE CONSULTA EXTERNA	NÚMERO DE CAMAS CENSABLES ¹						
	TOTAL	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 24	25 - 49	50 Y MÁS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS ²							
General ³							
Especialidad							
Gineco-obstétrica							
Pediátrica							
Cirugía							
Medicina interna							
Otras especialidades							
Medicina preventiva							
Odontológica							
Urgencias							
Aguascalientes ²							
General							
Especialidad							
Gineco-obstétrica							
.							
.							
.							
Zacatecas							
.							
.							
.							
.							
.							
.							

¹ Atendiendo el agrupamiento 2. Clasificación de Camas Censables.
² Atendiendo el agrupamiento 1. Entidad Federativa y Municipio.
³ Atendiendo el agrupamiento 4. Tipo de Consulta Externa.

CONSULTA EXTERNA OTORGADA EN ESTABLECIMIENTOS PARTICULARES POR ENTIDAD FEDERATIVA,
TIPO Y FRECUENCIA DE LA CONSULTA, SEGÚN NÚMERO DE CAMAS CENSABLES
2002

TABULADO 4

ENTIDAD FEDERATIVA, TIPO Y FRECUENCIA DE LA CONSULTA EXTERNA	NÚMERO DE CAMAS CENSABLES ¹						
	TOTAL	1 - 4	5 - 9	10 – 14	15 - 24	25 - 49	50 Y MÁS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS ²							
Primera vez ³							
Subsecuentes							
General							
Primera vez							
Subsecuentes							
Especialidad							
Primera vez							
Subsecuentes							
Gineco-obstétrica							
Primera vez							
Subsecuentes							
Pediátrica							
Primera vez							
Subsecuentes							
.							
.							
.							
Urgencias							
Primera vez							

¹ Atendiendo el agrupamiento 2. Clasificación de Camas Censables.
² Atendiendo el agrupamiento 1. Entidad Federativa y Municipio.
³ Atendiendo el agrupamiento 5. Frecuencia de Consulta Externa.

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS REALIZADOS EN ESTABLECIMIENTOS PARTICULARES POR ENTIDAD FEDERATIVA Y TIPO DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO, SEGÚN NÚMERO DE CAMAS CENSABLES 2002

TABULADO 5

ENTIDAD FEDERATIVA Y TIPO DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	TOTAL	NÚMERO DE CAMAS CENSABLES ¹					
		1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 24	25 - 49	50 Y MÁS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS ²							
Cesáreas ³							
Vasectomías							
Salpingoclasias							
Otras intervenciones quirúrgicas							
Aguascalientes ²							
Cesáreas							
Vasectomías							
Salpingoclasias							
Otras intervenciones quirúrgicas							
•							
•							
•							
Zacatecas							
•							
•							
•							

¹ Atendiendo el agrupamiento 2. Clasificación de Camas Censables.

² Atendiendo el agrupamiento 1. Entidad Federativa y Municipio.

³ Atendiendo el agrupamiento 6. Procedimientos Médicos Quirúrgicos.

PROCEDIMIENTOS EN MEDICINA DE DIAGNÓSTICO REALIZADOS EN ESTABLECIMIENTOS PARTICULARES POR ENTIDAD FEDERATIVA, NÚMERO DE PERSONAS Y TIPO DE EXÁMENES, SEGÚN NÚMERO DE CAMAS CENSABLES 2002

TABULADO 6
Continúa

ENTIDAD FEDERATIVA Y TIPO DE EXÁMENES REALIZADOS	NÚMERO DE CAMAS CENSABLES ¹						
	TOTAL	1 - 4	5 - 9	10 – 14	15 - 24	25 - 49	50 Y MÁS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS ²							
Personas atendidas ³							
Exámenes realizados							
Análisis Clínicos							
Personas atendidas							
Exámenes realizados							
Anatomía Patológica							
Personas atendidas							
Exámenes realizados							
Electrodiagnóstico							
Personas atendidas							
Exámenes realizados							
Endoscopia							
Personas atendidas							
Exámenes realizados							
Imagenología							
Personas atendidas							
Exámenes realizados							
Radiología							
Personas atendidas							
Exámenes realizados							
Ultrasonido							
Personas atendidas							
Exámenes realizados							
Otros Estudios							
Personas atendidas							
Exámenes realizados							

**PROCEDIMIENTOS EN MEDICINA DE DIAGNÓSTICO REALIZADOS EN ESTABLECIMIENTOS PARTICULARES POR ENTIDAD FEDERATIVA, NÚMERO DE PERSONAS Y TIPO DE EXÁMENES, SEGÚN NÚMERO DE CAMAS CENSABLES
2002**

TABULADO 6
Conclusión

ENTIDAD FEDERATIVA Y TIPO DE EXÁMENES REALIZADOS	TOTAL	NÚMERO DE CAMAS CENSABLES ¹					
		1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 24	25 - 49	50 Y MÁS
Aguascalientes ²							
Personas atendidas ³							
Exámenes realizados							
Análisis Clínicos							
Personas atendidas							
Exámenes realizados							
.							
.							
.							
Zacatecas							
.							
.							
.							

¹ Atendiendo el agrupamiento 2. Clasificación de Camas Censables.
² Atendiendo el agrupamiento 1. Entidad Federativa y Municipio.
³ Atendiendo el agrupamiento 7 y 7A. Procedimientos en Medicina de Diagnóstico.

PROCEDIMIENTOS EN MEDICINA DE TRATAMIENTO APLICADOS EN ESTABLECIMIENTOS PARTICULARES POR ENTIDAD FEDERATIVA, NÚMERO DE PERSONAS Y TIPO DE TRATAMIENTO, SEGÚN NÚMERO DE CAMAS CENSABLES 2002

TABULADO 7
Continúa

ENTIDAD FEDERATIVA Y TIPO DE TRATAMIENTO APLICADO	NÚMERO DE CAMAS CENSABLES ¹						
	TOTAL	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 24	25 - 49	50 Y MÁS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS ²							
Personas atendidas ³							
Tratamientos aplicados							
Diálisis							
Personas atendidas							
Tratamientos aplicados							
Fisioterapia							
Personas atendidas							
Tratamientos aplicados							
Inhaloterapia							
Personas atendidas							
Tratamientos aplicados							
Quimioterapia							
Personas atendidas							
Tratamientos aplicados							
Radioterapia							
Personas atendidas							
Tratamientos aplicados							
Rehabilitación							
Personas atendidas							
Tratamientos aplicados							
Otros servicios							
Personas atendidas							
Tratamientos aplicados							

PROCEDIMIENTOS EN MEDICINA DE TRATAMIENTO APLICADOS EN ESTABLECIMIENTOS PARTICULARES POR ENTIDAD FEDERATIVA, NÚMERO DE PERSONAS Y TIPO DE TRATAMIENTO, SEGÚN NÚMERO DE CAMAS CENSABLES
2002

TABULADO 7
Conclusión

ENTIDAD FEDERATIVA Y TIPO DE TRATAMIENTO APLICADO	TOTAL	NÚMERO DE CAMAS CENSABLES ¹					
		1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 24	25 - 49	50 Y MÁS
Aguascalientes ²							
Personas atendidas ³							
Tratamientos aplicados							
Diálisis							
Personas atendidas							
Tratamientos aplicados							
.							
.							
.							
Zacatecas							
.							
.							
.							

¹ Atendiendo el agrupamiento 2. Clasificación de Camas Censables.
² Atendiendo el agrupamiento 1. Entidad Federativa y Municipio.
³ Atendiendo el agrupamiento 8 y 8A. Procedimientos en Medicina de Tratamiento.

INDICADORES HOSPITALARIOS EN ESTABLECIMIENTOS PARTICULARES POR ENTIDAD
FEDERATIVA, SEGÚN NÚMERO DE CAMAS CENSABLES
2002

TABULADO 8

ENTIDAD FEDERATIVA E INDICADORES HOSPITALARIOS	NÚMERO DE CAMAS CENSABLES ¹						
	TOTAL	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 24	25 - 49	50 Y MÁS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS ²							
Egresos ³							
Cirugía							
Ginecoobstetricia							
Medicina interna							
Pediatria							
Otras							
Días estancia							
Partos atendidos							
Nacidos vivos							
Menos de 2500 grs.							
De 2500 grs. y más							
Abortos							
Defunciones generales							
Defunciones fetales							
Aguascalientes ²							
Egresos ³							
Cirugía							
Ginecoobstetricia							
Medicina interna							
Pediatria							
Otras							
Días estancia							
Partos atendidos							
Zacatecas							
.							
.							
.							

¹ Atendiendo el agrupamiento 2. Clasificación de Camas Censables.
² Atendiendo el agrupamiento 1. Entidad Federativa y Municipio.
³ Atendiendo el agrupamiento 9. Indicadores Hospitalarios.

**CONSULTAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ESTABLECIMIENTOS
PARTICULARES POR ENTIDAD FEDERATIVA Y TIPO DE CONSULTA,
SEGÚN NÚMERO DE CAMAS CENSABLES
2002**

TABULADO 9

ENTIDAD FEDERATIVA Y TIPO DE CONSULTA	TOTAL	NÚMERO DE CAMAS CENSABLES ¹					
		1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 24	25 - 49	50 Y MÁS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS ²							
1ª. Vez ³							
Subsecuentes							
Nuevas aceptantes por método							
Hormonales							
D.I.U							
Otros							
Usuaris activas por método							
Hormonales							
D.I.U							
Otros							
Aguascalientes ²							
1ª. Vez							
Subsecuentes							
Nuevas aceptantes por método							
Hormonales							
D.I.U							
Otros							
.							
.							
.							
Zacatecas							
.							
.							
.							

¹ Atendiendo el agrupamiento 2. Clasificación de Camas Censables.
² Atendiendo el agrupamiento 1. Entidad Federativa y Municipio.
³ Atendiendo el agrupamiento 10. Planificación Familiar.

MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE HOSPITALES GENERALES Y DE ESPECIALIDAD ¹ PARTICULARES
POR ENTIDAD FEDERATIVA, DIAGNÓSTICO DE EGRESO Y CAPÍTULOS DE LA LISTA DE
TABULACIÓN PARA LA MORBILIDAD CIE 10, SEGÚN SEXO Y DÍAS ESTANCIA
2002

TABULADO 10

ENTIDAD FEDERATIVA Y CAPÍTULOS DE LA LISTA DE TABULACIÓN PARA LA MORBILIDAD CIE-10	TOTAL ²	HOMBRES	MUJERES	DÍAS ESTANCIA	DEFUNCIONES
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS ³					
001-057 Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias ⁴					
058-096 Tumores (neoplasias)					
097-100 Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad					
101-111 Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas					
.					
.					
.					
290-298 Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud					
295 Niños nacidos vivos según lugar de nacimiento ⁵					
Aguascalientes ³					
001-057 Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias ⁴					
058-096 Tumores (neoplasias)					
.					
.					
.					
Zacatecas					
.					
.					
.					

¹ No incluye la morbilidad de hospitales psiquiátricos (clave 24).
² Atendiendo el agrupamiento 11. Sexo.
³ Atendiendo el agrupamiento 1. Entidad Federativa y Municipio.
⁴ Atendiendo el agrupamiento 12. Morbilidad Hospitalaria.
⁵ No se incluye en el total.

MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE HOSPITALES GENERALES Y DE ESPECIALIDAD ¹ PARTICULARES POR ENTIDAD FEDERATIVA, DIAGNÓSTICO DE EGRESO Y LISTA DE TABULACIÓN PARA LA MORBILIDAD CIE-10, SEGÚN SEXO Y DÍAS ESTANCIA 2002

TABULADO 11

ENTIDAD FEDERATIVA, DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS Y TRAUMATISMOS ATENDIDOS A PACIENTES EGRESADOS	TOTAL ²	HOMBRES	MUJERES	DÍAS ESTANCIA	DEFUNCIONES
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS ³					
001-057 Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias ⁴					
001 Cólera					
002 Fiebres tifoidea y paratifoidea					
003 Shigelosis					
004 Amebiasis					
005 Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso					
-					
-					
290-298 Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud					
290 Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes					
291 Estado de infección asintomática por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)					
295 Niños nacidos vivos según lugar de nacimiento ⁵					
Aguascalientes ³					
001-057 Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias ⁴					
001 Cólera					
002 Fiebres tifoidea y paratifoidea					
003 Shigelosis					
004 Amibiasis					
-					
-					
Zacatecas					

¹ No incluye la morbilidad de hospitales psiquiátricos (clave 24).
² Atendiendo el agrupamiento 11. Sexo.
³ Atendiendo el agrupamiento 1. Entidad Federativa y Municipio.
⁴ Atendiendo el agrupamiento 12. Morbilidad Hospitalaria.
⁵ No se incluye en el total.

MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PARTICULARES POR ENTIDAD
FEDERATIVA, DIAGNÓSTICO DE EGRESO Y CAPÍTULOS DE LA LISTA DE TABULACIÓN
PARA LA MORBILIDAD CIE 10, SEGÚN SEXO Y DÍAS ESTANCIA
2002

TABULADO 12

ENTIDAD FEDERATIVA, DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS Y TRAUMATISMOS ATENDIDOS A PACIENTES EGRESADOS	TOTAL ¹	HOMBRES	MUJERES	DÍAS ESTANCIA	DEFUNCIONES
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS ²					
001-057 Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias ³					
058-096 Tumores (neoplasias)					
097-100 Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad					
101-111 Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas					
.					
.					
.					
290-298 Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud					
295 Niños nacidos vivos según lugar de nacimiento ⁴					

¹ Atendiendo el agrupamiento 11. Sexo.
² Atendiendo el agrupamiento 1. Entidad Federativa y Municipio.
³ Atendiendo el agrupamiento 12. Morbilidad Hospitalaria.
⁴ No se incluye en el total.

**MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PARTICULARES POR ENTIDAD
FEDERATIVA, DIAGNÓSTICO DE EGRESO Y LISTA DE TABULACIÓN PARA LA MORBILIDAD
CIE-10, SEGÚN SEXO Y DÍAS ESTANCIA
2002**

TABULADO 13

ENTIDAD FEDERATIVA, DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS Y TRAUMATISMOS ATENDIDOS A PACIENTES EGRESADOS	TOTAL ¹	HOMBRES	MUJERES	DÍAS ESTANCIA	DEFUNCIONES
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS ² 001-057 Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias ³ 001 Cólera 002 Fiebres tifoidea y paratifoidea 003 Shigelosis 004 Amebiasis 005 Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso . . . 290-298 Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud 290 Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes 291 Estado de infección asintomática por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) 295 Niños nacidos vivos según lugar de nacimiento ⁴					

¹ Atendiendo el agrupamiento 11. Sexo.

² Atendiendo el agrupamiento 1. Entidad Federativa y Municipio.

³ Atendiendo el agrupamiento 12. Morbilidad Hospitalaria.

⁴ No se incluye en el total.

PERSONAL MÉDICO EN NÓMINA QUE LABORA EN ESTABLECIMIENTOS
PARTICULARES POR ENTIDAD FEDERATIVA Y TIPO DE PERSONAL,
SEGÚN NÚMERO DE CAMAS CENSABLES
2002

TABULADO 14

ENTIDAD FEDERATIVA Y TIPO DE PERSONAL MÉDICO	NÚMERO DE CAMAS CENSABLES ¹						
	TOTAL	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 24	25 - 49	50 Y MÁS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS ²							
En contacto directo con el paciente ³							
Médicos generales							
Especialistas							
Gineco-obstetras							
Pediatras							
Cirujanos							
Internistas							
Anestesiólogos							
Otros especialistas							
Odontólogos							
Residentes							
Pasantes							
Médicos en otras labores							
Aguascalientes ²							
En contacto directo con el paciente							
Médicos generales							
Especialistas							
Gineco-obstetras							
.							
.							
.							
Zacatecas							
.							
.							
.							

¹ Atendiendo el agrupamiento 2. Clasificación de Camas Censables.
² Atendiendo el agrupamiento 1. Entidad Federativa y Municipio.
³ Atendiendo el agrupamiento 13. Personal Médico.

PERSONAL MÉDICO EN ACUERDO ESPECIAL QUE LABORA EN ESTABLECIMIENTOS PARTICULARES POR ENTIDAD FEDERATIVA Y TIPO DE PERSONAL, SEGÚN NÚMERO DE CAMAS CENSABLES 2002

TABULADO 15

ENTIDAD FEDERATIVA Y TIPO DE PERSONAL MÉDICO	NÚMERO DE CAMAS CENSABLES ¹						
	TOTAL	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 24	25 - 49	50 Y MÁS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS ²							
En contacto directo con el paciente ³							
Médicos generales							
Especialistas							
Gineco-obstetras							
Pediatras							
Cirujanos							
Internistas							
Anestesiólogos							
Otros especialistas							
Odontólogos							
Residentes							
Pasantes							
Médicos en otras labores							
Aguascalientes ²							
En contacto directo con el paciente							
Médicos generales							
Especialistas							
Gineco-obstetras							
.							
.							
.							
Zacatecas							
.							
.							
.							

¹ Atendiendo el agrupamiento 2. Clasificación de Camas Censables.
² Atendiendo el agrupamiento 1. Entidad Federativa y Municipio.
³ Atendiendo el agrupamiento 13-A. Personal Médico.

PERSONAL NO MÉDICO QUE LABORA EN ESTABLECIMIENTOS PARTICULARES POR ENTIDAD
FEDERATIVA Y TIPO DE PERSONAL, SEGÚN NÚMERO DE CAMAS CENSABLES
2002

TABULADO 16

ENTIDAD FEDERATIVA Y TIPO DE PERSONAL NO MÉDICO	NÚMERO DE CAMAS CENSABLES ¹						
	TOTAL	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 24	25 - 49	50 Y MÁS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS ²							
De procedimientos en medicina de diagnóstico ³							
De procedimientos en medicina de tratamiento							
Personal paramédico							
Auxiliares de enfermería							
Enfermeras generales							
Enfermeras especializadas							
Pasantes de enfermería							
Otras enfermeras							
Otro personal paramédico							
Personal administrativo							
Otro personal							
Aguascalientes ²							
De procedimientos en medicina de diagnóstico							
De procedimientos en medicina de tratamiento							
Personal paramédico							
.							
.							
.							
Zacatecas							
.							
.							
.							
.							

¹ Atendiendo el agrupamiento 2. Clasificación de Camas Censables.
² Atendiendo el agrupamiento 1. Entidad Federativa y Municipio.
³ Atendiendo el agrupamiento 14. Personal no Médico.

**RECURSOS MATERIALES EN ESTABLECIMIENTOS PARTICULARES POR ENTIDAD
FEDERATIVA Y TIPO DE RECURSO, SEGÚN NÚMERO DE CAMAS CENSABLES
2002**

TABULADO 17
Continúa

ENTIDAD FEDERATIVA Y TIPO DE RECURSO	NÚMERO DE CAMAS CENSABLES ¹						
	TOTAL	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 24	25 - 49	50 Y MÁS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS ²							
Consultorios ³							
Generales							
De especialidad							
Camas censables							
Medicina interna							
Cirugía							
Ginecoobstetricia							
Pediatria							
Otras							
Camas no censables							
Cuidado intensivo							
Cuidado intermedio							
Otras							
Laboratorios de análisis clínicos							
Laboratorios de anatomía patológica							
Salas o gabinetes de radiología							
Equipo de rayos X (móvil o fijo)							
Área de radioterapia							
Equipos de radioterapia							
Quirófanos (salas)							
Salas de expulsión							
Incubadoras							
Cunas de recién nacidos							
Área de pediatría							
Área de urgencias (cubículos de curación)							
Área de aislamiento							
Unidades de imagen de resonancia magnética							
Equipo de diálisis							
Estaciones (unidades) de hemodiálisis							
Equipos para mamografía							
Equipo de ultrasonido							
Electrocardiógrafo							
Endoscopio							
Electroencefalógrafo							
Litotriptores							

RECURSOS MATERIALES EN ESTABLECIMIENTOS PARTICULARES POR ENTIDAD
FEDERATIVA Y TIPO DE RECURSO, SEGÚN NÚMERO DE CAMAS CENSABLES
2002

TABULADO 17
Conclusión

ENTIDAD FEDERATIVA Y TIPO DE RECURSO	NÚMERO DE CAMAS CENSABLES ¹						
	TOTAL	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 24	25 - 49	50 Y MÁS
Scanners tomografía axial computarizada							
Bomba de cobalto							
Bancos de sangre							
Unidad de cuidados intensivos							
Adultos							
Neonatales							
Unidades dentales							
Aguascalientes ²							
Consultorios ³							
Generales							
De especialidad							
Camas censables							
.							
.							
.							
Zacatecas							
.							
.							
.							

¹ Atendiendo el agrupamiento 2. Clasificación de Camas Censables.
² Atendiendo el agrupamiento 1. Entidad Federativa y Municipio.
³ Atendiendo el agrupamiento 15. Recursos Materiales.

9. Fichas Descriptivas de las Publicaciones con Información de las Estadísticas sobre Salud

TÍTULO: Agenda Estadística	
OBJETIVO: Dar a conocer la información relevante sobre diferentes aspectos sociodemográficos y económicos del país, así como una serie de indicadores internacionales que permitan ubicarlo en el contexto mundial, mediante un formato cómodo y de fácil consulta.	
COBERTURA GEOGRÁFICA:	Nacional
DESGLOSE GEOGRÁFICO:	No presenta
COBERTURA TEMPORAL:	1990-2000
CORTE TEMPORAL:	Anual
FRECUENCIA DE ELABORACIÓN:	Anual
NÚMEROS PUBLICADOS:	35
AÑO DE LA PRIMERA PUBLICACIÓN:	1967
FECHA DE LA ÚLTIMA PUBLICACIÓN:	Octubre, 2003
FORMA DE PRESENTACIÓN:	Impresa
ELEMENTOS PARA LA EXPOSICIÓN DE LOS DATOS:	Tabulados y gráficas
CONTENIDO: <ul style="list-style-type: none"> • Aspectos geográficos • Medio ambiente • Población • Vivienda • Educación y cultura • Salud • Seguridad y orden público • Empleo y salarios • Ingresos y gastos de los hogares • Información económica agregada • Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca • Industria • Comercio interior • Sector externo • Comunicaciones y transportes • Indicadores financieros y monetarios • Finanzas públicas • Comparaciones internacionales 	SALUD <ul style="list-style-type: none"> • Sistema Nacional de Salud • Establecimientos Particulares de Salud
FUENTES: <ul style="list-style-type: none"> • Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) • Banco de México (BANXICO) • Organización de las Naciones Unidas (ONU) • Organización Mundial de la Salud (OMS) • Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) • Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA (CONASIDA) • Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) • Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal (ISSDF) • Petróleos Mexicanos (PEMEX) • Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) • Otras 	

TÍTULO: Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos	
OBJETIVO: Integrar y difundir anualmente información estadística seleccionada sobre la magnitud, estructura y comportamiento de los diversos fenómenos sociales y económicos del país, que sirva como una base informativa para el conocimiento y análisis de la situación de México en la última década y media.	
COBERTURA GEOGRÁFICA:	Nacional
DESGLOSE GEOGRÁFICO:	No presenta
COBERTURA TEMPORAL:	1980-2001
CORTE TEMPORAL:	Anual
FRECUENCIA DE ELABORACIÓN:	Anual
NÚMEROS PUBLICADOS:	61
AÑO DE LA PRIMERA PUBLICACIÓN:	1893
FECHA DE LA ÚLTIMA PUBLICACIÓN:	Marzo, 2003
FORMA DE PRESENTACIÓN:	Impresa y disco flexible
ELEMENTOS PARA LA EXPOSICIÓN DE LOS DATOS:	Tabulados, gráficas y mapas
CONTENIDO: <ul style="list-style-type: none">• Geografía• Demografía• Empleo• Salario• Salud y seguridad social• Educación• Seguridad, orden público y fuerzas armadas• Ciencia y tecnología• Cultura, recreación y turismo• Cuentas nacionales• Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca• Industria• Comunicaciones• Transportes• Indicadores financieros y monetarios• Comercio interior• Sector externo• Finanzas públicas• Urbanización, vivienda y ecología• Gobernación y relaciones exteriores• Comparaciones internacionales	SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL <ul style="list-style-type: none">• Sistema Nacional de Salud<ul style="list-style-type: none">– Población Derechohabiente por Instituciones del Sistema Nacional de Salud• Sistema Nacional de Salud-Establecimientos Particulares de Salud<ul style="list-style-type: none">– Unidades Hospitalarias– Recursos Materiales– Recursos Humanos– Servicios– Indicadores
FUENTES: <ul style="list-style-type: none">• Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI)• Secretaría de Salud (SSA)• Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)• Grupo Interinstitucional de Información en Salud (GIIS)• Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)• Petróleos Mexicanos (PEMEX)• Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA)• Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)• Secretaría de Marina (SM)• Secretaría de la Defensa Nacional (SDN)• Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)• Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal (ISSDF)• Banco Interamericano de Desarrollo (BID)• Otras	

TÍTULO: Anuario de Estadísticas por Entidad Federativa	
OBJETIVO: Integrar y difundir información estadística básica seleccionada referida al ámbito estatal sobre la magnitud, composición, distribución y comportamiento de universos y fenómenos de interés general, para el conocimiento básico de las entidades.	
COBERTURA GEOGRÁFICA:	Nacional
DESGLOSE GEOGRÁFICO:	Entidad federativa
COBERTURA TEMPORAL:	1995-2002
CORTE TEMPORAL:	Anual
FRECUENCIA DE ELABORACIÓN:	Anual
NÚMEROS PUBLICADOS:	9
AÑO DE LA PRIMERA PUBLICACIÓN:	1984
FECHA DE LA ÚLTIMA PUBLICACIÓN:	Mayo, 2003
FORMA DE PRESENTACIÓN:	Impresa
ELEMENTOS PARA LA EXPOSICIÓN DE LOS DATOS:	Tabulados
CONTENIDO: <ul style="list-style-type: none"> • Introducción • Aspectos geográficos • Aspectos demográficos • Urbanización y vivienda • Educación • Cultura y recreación • Salud y seguridad social • Seguridad y orden público • Empleo y salarios • Información económica agregada • Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca • Industria • Comercio • Turismo • Comunicaciones y transportes • Indicadores financieros y monetarios • Finanzas públicas • Indicadores seleccionados de cada entidad federativa • Glosario • Anexos • Evolución de la división municipal según entidad federativa, 1980-1998 • Municipios según entidad federativa, 1998 	
FUENTES: <ul style="list-style-type: none"> • Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) • Centros de Integración Juvenil (CIJ) • Grupo Interinstitucional de Información en Salud (GIIS) • Presidencia de la República (PR) • Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) • Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) • Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) • Petróleos Mexicanos (PEMEX) • Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal (ISSDF) • Instituto Nacional Indigenista (INI) • Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) • Secretaría de la Defensa Nacional (SDN) • Secretaría de Marina (SM) • Secretaría de Salud (SSA) • Banco de México (BANXICO) • Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) • Otras 	

TÍTULO: Anuario Estadístico (serie por entidad federativa)

OBJETIVO: Integrar y difundir información estadística básica seleccionada referida al ámbito estatal sobre la magnitud, composición, distribución y comportamiento de universos y fenómenos de interés general, para el conocimiento básico de las entidades.

COBERTURA GEOGRÁFICA: Entidad federativa
DESGLOSE GEOGRÁFICO: Municipio
COBERTURA TEMPORAL: 2002
CORTE TEMPORAL: Anual
FRECUENCIA DE ELABORACIÓN: Anual
NÚMEROS PUBLICADOS: 19 series por entidad federativa
AÑO DE LA PRIMERA PUBLICACIÓN: 1984
FECHA DE LA ÚLTIMA PUBLICACIÓN: Octubre, 2003
FORMA DE PRESENTACIÓN: Impresa
ELEMENTOS PARA LA EXPOSICIÓN DE LOS DATOS: Tabulados, gráficas y mapas

CONTENIDO:

- Aspectos geográficos
 - Infraestructura
 - Asentamientos humanos
 - Comunicaciones y transportes
 - Aspectos sociodemográficos
 - Estado y movimiento de la población
 - Empleo
 - Salud
 - Educación
 - Seguridad y orden público
 - Aspectos económicos
 - Información económica agregada
 - Agropecuario, silvicultura y pesca
 - Agricultura
 - Ganadería
 - Silvicultura
 - Pesca
 - Industria
 - Minería
 - Manufacturera
 - Construcción
 - Electricidad
 - Servicios
 - Comercio
 - Turismo
 - Servicios financieros
 - Finanzas públicas
 - Glosario
- SALUD**
- Sistema Nacional de Salud
 - Población Derechohabiente y Usaria, Recursos Humanos y Unidades Médicas en Servicio de las Instituciones Públicas del Sector Salud por Régimen e Institución
 - Sistema Nacional de Salud-Establecimientos Particulares de Salud
 - Unidades Médicas
 - Hospitales
 - Servicios Otorgados
 - Consultas Externas
 - Procedimientos en Medicina de Diagnóstico y Tratamiento
 - Procedimientos Médicos Quirúrgicos
 - Planificación Familiar
 - Recursos Materiales
 - Camas Censables
 - Camas no Censables
 - Consultorios
 - Laboratorios
 - Quirófanos
 - Salas de Expulsión
 - Salas o gabinetes de Radiología
 - Recursos Humanos
 - Personal Médico
 - Personal no Médico

FUENTES:

- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI)
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)
- Instituto de Salud del Estado
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)
- Centros de Integración Juvenil (CIJ)
- Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT)
- Servicio Postal Mexicano (SEPOMEX)
- Banco de México (BANXICO)
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
- Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Estado
- Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL)
- 44 Instituciones más (públicas y privadas)

TÍTULO: Cuaderno Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social	
OBJETIVO: Difundir la información estadística sobre los recursos y acciones que en materia de salud se aplican en el país, así como los casos de morbilidad y mortalidad hospitalarias.	
COBERTURA GEOGRÁFICA:	Nacional
DESGLOSE GEOGRÁFICO:	Entidad federativa
COBERTURA TEMPORAL:	2001
CORTE TEMPORAL:	Anual
FRECUENCIA DE ELABORACIÓN:	Anual
NÚMEROS PUBLICADOS:	20
AÑO DE LA PRIMERA PUBLICACIÓN:	1985
FECHA DE LA ÚLTIMA PUBLICACIÓN:	Enero, 2003
FORMA DE PRESENTACIÓN:	Impresa
ELEMENTOS PARA LA EXPOSICIÓN DE LOS DATOS:	Tabulados
PROYECTO GENERADOR DE LA ESTADÍSTICA:	Estadísticas de Salud
CONTENIDO:	<ul style="list-style-type: none"> • Hechos Vitales • Morbilidad del Sistema Nacional de Salud • Mortalidad por Causa • Atención para Farmacodependientes • Recursos del Sistema Nacional de Salud • Servicios del Sistema Nacional de Salud • Morbilidad en Establecimientos Particulares de Salud • Recursos en Establecimientos Particulares de Salud • Servicios en Establecimientos Particulares de Salud • Anexo <ul style="list-style-type: none"> – Criterios para Seleccionar las Principales Causas de la Defunción
FUENTES:	<ul style="list-style-type: none"> • INEGI. Dirección General de Estadística. Dirección de Estadísticas Demográficas y Sociales • Sistema Nacional de Salud. Boletín de Información Estadística • Centros de Integración Juvenil. Dirección de Planeación. Departamento de Evaluación • IMSS. Anuario Estadístico de Servicios Médicos. Subdirección General Médica. Jefatura de Servicios de Salud en el Trabajo • ISSSTE. Anuario Estadístico. Subdirección de Finanzas

TÍTULO: Boletín de Servicios Médicos en Establecimientos Particulares, (cifras oportunas primer semestre)	
OBJETIVO: Difundir los resultados más recientes que se generan sobre servicios, recursos y morbilidad hospitalaria, en los establecimientos particulares de atención a la salud.	
COBERTURA GEOGRÁFICA:	Nacional
DESGLOSE GEOGRÁFICO:	Entidad Federativa
COBERTURA TEMPORAL:	1996-1997, 1999, 2000, 2002
CORTE TEMPORAL:	Semestral
FRECUENCIA DE ELABORACIÓN:	Semestral
NÚMEROS PUBLICADOS:	5
AÑO DE LA PRIMERA PUBLICACIÓN:	1997
FECHA DE LA ÚLTIMA PUBLICACIÓN:	Mayo, 2003, corresponde cifras oportunas 2002
FORMA DE PRESENTACIÓN:	Impresa
ELEMENTOS PARA LA EXPOSICIÓN DE LOS DATOS:	Tabulados, gráficas y variables relevantes
PROYECTO GENERADOR DE LA ESTADÍSTICA:	Estadísticas de Salud
CONTENIDO:	<ul style="list-style-type: none">• Porcentajes de Cobertura• Total de Establecimientos• Camas Censables• Personal Médico• Personal de Enfermería• Consultorios• Consulta Externa• Planificación Familiar• Procedimientos Médicos Quirúrgicos• Morbilidad• Pacientes Egresados• Días Estancia• Promedio de Días Estancia• Partos Atendidos• Nacidos Vivos• Abortos• Defunciones
FUENTE:	<ul style="list-style-type: none">• INEGI. Dirección General de Estadística. Dirección de Estadísticas Demográficas y Sociales. Departamento de Estadísticas de Salud y Asistencia Social

TÍTULO: Boletín de Servicios Médicos en Establecimientos Particulares (cifras definitivas anuales)	
OBJETIVO: Difundir los resultados de la estadística que se genera sobre servicios, recursos y morbilidad hospitalaria, en los establecimientos particulares de atención a la salud.	
COBERTURA GEOGRÁFICA:	Nacional
DESGLOSE GEOGRÁFICO:	Entidad federativa
COBERTURA TEMPORAL:	1998-2002
CORTE TEMPORAL:	Anual
FRECUENCIA DE ELABORACIÓN:	Anual
NÚMEROS PUBLICADOS:	5
AÑO DE LA PRIMERA PUBLICACIÓN:	1999
FECHA DE LA ÚLTIMA PUBLICACIÓN:	Septiembre, 2003, corresponde a cifras definitivas del 2002
FORMA DE PRESENTACIÓN:	Impresa
ELEMENTOS PARA LA EXPOSICIÓN DE LOS DATOS:	Tabulados, variables relevantes y gráficas
PROYECTO GENERADOR DE LA ESTADÍSTICA:	Estadísticas de Salud
CONTENIDO:	<p>Establecimientos Particulares de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentajes de Cobertura <p>Sistema Nacional de Salud-Establecimientos Particulares de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Total de Establecimientos • Camas Censables • Personal Médico • Personal de Enfermería • Consultorios • Consulta Externa • Planificación Familiar • Procedimientos Médicos Quirúrgicos • Morbilidad • Pacientes Egresados • Días Estancia • Promedio de Días Estancia • Partos Atendidos • Nacidos Vivos • Abortos • Defunciones
FUENTE:	<ul style="list-style-type: none"> • INEGI. Dirección General de Estadística. Dirección de Estadísticas Demográficas y Sociales. Departamento de Estadísticas de Salud y Asistencia Social

TÍTULO: Servicios Médicos	
OBJETIVO: Difundir los resultados más recientes que se generan sobre servicios, recursos y morbilidad hospitalaria en los establecimientos particulares de atención a la salud y el Sistema Nacional de Salud.	
COBERTURA GEOGRÁFICA:	Nacional
DESGLOSE GEOGRÁFICO:	Entidad federativa
COBERTURA TEMPORAL:	1995-1997
CORTE TEMPORAL:	Anual
FRECUENCIA DE ELABORACIÓN:	Anual
SECTORES:	Público y Privado
NÚMEROS PUBLICADOS:	3
AÑO DE LA PRIMERA PUBLICACIÓN:	1995
FECHA DE LA ÚLTIMA PUBLICACIÓN:	Agosto, 1999, corresponde a cifras definitivas de 1997
FORMA DE PRESENTACIÓN:	Impresa
ELEMENTOS PARA LA EXPOSICIÓN DE LOS DATOS:	Tabulados, variables relevantes y gráficas
PROYECTO GENERADOR DE LA ESTADÍSTICA:	Estadísticas de Salud
CONTENIDO:	<div>Establecimientos Particulares de Salud<ul style="list-style-type: none">• Porcentajes de Cobertura</div> <div>Sistema Nacional de Salud-Establecimientos Particulares de Salud<ul style="list-style-type: none">• Total de Establecimientos• Camas Censables• Personal Médico• Personal de Enfermería• Consultorios• Consulta Externa• Planificación Familiar• Intervenciones Quirúrgicas• Morbilidad• Pacientes Egresados• Días Estancia• Promedio de Días Estancia• Partos Atendidos• Nacidos Vivos• Abortos• Defunciones</div>
FUENTES:	<ul style="list-style-type: none">• INEGI. Dirección General de Estadística. Dirección de Estadísticas Demográficas y Sociales• Sistema Nacional de Salud. Boletín de Información Estadística

Anexo

FORMATOS DE CAPTACIÓN

ESTADÍSTICA DE UNIDADES MÉDICAS PRIVADAS CON SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN		Folio NO SE LLENE FORMA PEC-6-20-A VERSIÓN 2002
Semestre: 1 enero - junio 2 julio - diciembre	AÑO: _____	

DATOS DE IDENTIFICACIÓN	TIPO DE ESTABLECIMIENTO										
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: Razón social: _____ Nombre comercial: _____ DIRECCIÓN: Evite hasta donde sea posible anotar "Domicilio conocido" _____ <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Calle, Avenida, etc.</td> <td style="border: none; text-align: right;">Número</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border: none;">Nombre de las calles entre las cuales se ubica el establecimiento</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Localidad</td> <td style="border: none; text-align: right;">Colonia</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Municipio o Delegación</td> <td style="border: none; text-align: right;">Código postal</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Entidad Federativa</td> <td style="border: none; text-align: right;">Teléfono</td> </tr> </table>	Calle, Avenida, etc.	Número	Nombre de las calles entre las cuales se ubica el establecimiento		Localidad	Colonia	Municipio o Delegación	Código postal	Entidad Federativa	Teléfono	CAMAS CENSABLES (Marque con una X el tipo de establecimiento) Establecimiento de atención general <input type="checkbox"/> 1 Establecimiento de especialidad <input type="checkbox"/> 2 Especifique el tipo de especialidad _____ <p>ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN GENERAL: Establecimiento de los sectores público, social y privado cualquiera que sea su denominación en el que se presta atención médica integral a la población, que cuenta con recursos materiales, humanos, tecnológicos y económicos para la atención de pacientes en las ramas troncales de la medicina: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Ginecoobstetricia y especialidades de mayor demanda.</p> <p>ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN DE ESPECIALIDAD: Establecimiento reservado principalmente para el internamiento en una cama censable con fines de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes que padecen enfermedades específicas o una afección de un aparato y sistema o bien, reservado para el diagnóstico y tratamiento de condiciones que afectan a grupos de edad específicos.</p>
Calle, Avenida, etc.	Número										
Nombre de las calles entre las cuales se ubica el establecimiento											
Localidad	Colonia										
Municipio o Delegación	Código postal										
Entidad Federativa	Teléfono										

PARA USO EXCLUSIVO DEL INEGI			
CLAVE DE LA FUENTE 04 	TAMAÑO DE LOCALIDAD 	CLAVE DE LOCALIDAD 	TIPO DE ESTABLECIMIENTO
AGEB 	EXISTENCIA DE INFORMACIÓN C P		PROCEDIMIENTOS EN MEDICINA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO CONSULTA EXTERNA

DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA Y GEOGRÁFICA

<p>Artículo 5.- La Ley garantiza a los informantes de datos estadísticos la confidencialidad de los que proporcionen.</p> <p>El ejecutivo expedirá las normas que regulen la circulación y aseguren el acceso del público a la información estadística y geográfica producida.</p> <p>Artículo 42.- Los informantes estarán obligados a proporcionar con veracidad y oportunidad los datos e informes que les soliciten las autoridades competentes para fines estadísticos, censales y geográficos, y a prestar el auxilio y cooperación que requieran las mismas.</p> <p>Artículo 48.- Cometen infracciones a lo dispuesto por esta Ley quienes en calidad de informantes:</p>	<p>I.- Se nieguen a proporcionar datos, informes o a exhibir documentos cuando deban hacerlo dentro del plazo que se les hubiere señalado.</p> <p>II.- Suministren datos falsos, incompletos o incongruentes.</p> <p>III.- Se opongan a las visitas de los censores durante el levantamiento censal o del personal de la Secretaría facultada a efectuar inspecciones de verificación sobre la confiabilidad de la información.</p> <p>Artículo 51.- La comisión de cualquiera de las infracciones a que se refieren los Artículos 48, 49 y 50 dará lugar a que la Secretaría aplique sanciones administrativas que consistirán en multa desde una hasta setecientas cincuenta veces el salario mínimo diario vigente en el Distrito Federal en el momento de la comisión de la infracción.</p>
---	--

INSTRUCCIONES GENERALES

Lea cuidadosamente las siguientes instrucciones antes de iniciar el llenado del presente cuestionario

- Use tinta azul
- Escriba claro y legible, evite abreviaturas
- Utilice números arábigos
- Alíne las cifras al lado derecho de cada columna | | | 5 | 2 | 1 |
- No invada los campos destinados a otros rubros | | | | 5 | 2 | 1 | | |
- No borre. En caso de error, trace una línea horizontal y haga la corrección en la parte superior de ésta, sin invadir los campos del rubro anterior 5 2 1
| | | 5 | 2 | 1 |
- Anote en la sección de observaciones sus comentarios o indicaciones para la mejor comprensión de los datos proporcionados por el establecimiento
- En caso de dudas, llámenos al tel. _____

I. SERVICIOS

CONSULTA DE PRIMERA VEZ: La otorgada por personal de salud en un servicio a una persona en la cual mediante un interrogatorio y exploración se llega a un diagnóstico y tratamiento preliminar o definitivo. Se clasifica así cuando es la primera consulta para una enfermedad o motivo determinado.

CONSULTAS SUBSECUENTES: La otorgada por personal de salud a una persona en la cual mediante un interrogatorio y exploración se llega a un diagnóstico; se clasifica así cuando el motivo de la atención sea el mismo por el cual se le otorgó una consulta con anterioridad.

CONSULTA EXTERNA: Atención en la cual mediante interrogatorio y exploración del paciente se llega a un diagnóstico; se imparte tanto en el consultorio como en el domicilio del paciente ambulatorio.

GENERAL: La atención que otorga el médico general o familiar a los pacientes ambulatorios en la unidad médica o en el domicilio con objeto de proporcionar asistencia médica o procedimientos preventivos; puede ser de primera vez o subsecuente.

ESPECIALIDAD: La atención que imparten los médicos especialistas a pacientes ambulatorios de las cuatro especialidades médicas básicas y todas las demás subespecialidades que de ellas se deriven.

GINECO-OBSTÉTRICA: Consulta brindada con fines de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades relacionadas con los órganos reproductores femeninos, contempla también la de mujeres gestantes, no incluye las consultas de planificación familiar.

PEDIÁTRICA: La otorgada con el objetivo de prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar médica y quirúrgicamente a niños menores de 16 años.

CIRUGÍA: Es la que se proporciona para realizar diagnóstico, tratamiento o prevención de estados patológicos que requieren intervención quirúrgica o llevar el seguimiento postquirúrgico del paciente.

MEDICINA INTERNA: Tiene el objetivo de realizar diagnóstico, tratamiento o prevención de estados patológicos que no requieren intervención quirúrgica.

OTRAS ESPECIALIDADES: Cuando la especialidad de la consulta no se especifique en los renglones indicados, anote las consultas en este rubro.

MEDICINA PREVENTIVA: Servicio que se presta para prevenir enfermedades en la población que así lo requiera.

ODONTOLÓGICA: La atención brindada por el profesional de estomatología para realizar la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación médica y quirúrgica de la salud bucodental.

URGENCIAS: La atención inmediata que se proporciona al paciente que sufre una alteración que pone en peligro su vida, una función o un órgano. Se efectúa en el servicio de urgencias de una unidad médica.

	TOTAL	PRIMERA VEZ	SUBSECUENTES
A.- CONSULTA EXTERNA Sume: 02+03+09+10+11	01		
General	02		
Especialidad Sume: 04+05+...+08	03		
Gineco-obstétrica	04		
Pediatría	05		
Cirugía	06		
Medicina interna	07		
Otras especialidades	08		
Medicina preventiva	09		
Odontológica	10		
Urgencias	11		

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS: Conjunto de procedimientos quirúrgicos sistematizados y asépticos que se llevan a cabo en pacientes con finalidades terapéuticas o de diagnóstico y que, por sus características podrían ser realizados dentro o fuera de un quirófano o sala de operaciones.

CESÁREAS: Tiene por objeto extraer el producto de la concepción vivo o muerto de 22 semanas cumplidas o más, así como los anexos ovulares a través de laparotomía e incisión en la pared uterina.

VASECTOMÍAS: Agrupe aquellas operaciones quirúrgicas practicadas con el fin de esterilizar al varón.

SALPINGOCLASIAS: Incluye las operaciones quirúrgicas destinadas a esterilizar a la mujer.

OTRAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: Incluye aquellas que no se mencionen anteriormente.

B.- PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS

Sume: 13+14+15+16

Cesáreas

Vasectomías

Salpingoclasias

Otras intervenciones quirúrgicas

12

13

14

15

16

I. SERVICIOS

PROCEDIMIENTOS EN MEDICINA DE DIAGNÓSTICO:		PERSONAS ATENDIDAS	EXÁMENES REALIZADOS
PROCEDIMIENTOS EN MEDICINA DE DIAGNÓSTICO: Conjunto de servicios donde se realizan determinado tipo de estudios a los pacientes, con objeto de facilitar, complementar o establecer el diagnóstico sobre el padecimiento del paciente.		C.- PROCEDIMIENTOS EN MEDICINA DE DIAGNÓSTICO	
Sume: 18+19...+25		17	
ANÁLISIS CLÍNICOS: Conjunto de exámenes para realizar estudios de hematología, microbiología, pruebas funcionales, inmunológicas y estudios especiales de muestras biológicas provenientes de personas o sus desechos.		18	
ANATOMÍA PATOLÓGICA: Servicio auxiliar de diagnóstico que utiliza muestras de órganos y tejidos para estudios macro y microscópicos en apoyo al diagnóstico.		19	
ELECTRODIAGNÓSTICO: Conjunto de métodos de exploración fundados en el empleo de la electricidad para el estudio de las reacciones del organismo con fines de diagnóstico.		20	
ENDOSCOPIA: Son aquellos estudios realizados para inspeccionar una cavidad del cuerpo por medio del endoscopio.		21	
IMAGENOLÓGIA: Es el conjunto de instalaciones y equipos generadores de imágenes utilizados en las aplicaciones de diagnóstico médico tales como fluoroscopia, tomografía computarizada, mamografía, resonancia magnética, panorámica dental; y otras tecnologías.		22	
RADIOLOGÍA: Es la utilización de aparatos de radiología para corroboración diagnóstica. Considere el número de estudios practicados y no el número de placas utilizadas en dicho estudio.		23	
ULTRASONIDO: Comprende aquellos estudios que se realizan por medio de ondas cuya frecuencia rebasa el límite de los sonidos audibles.		24	
OTROS ESTUDIOS: Incluye los estudios que no se encuentren mencionados en los rubros anteriores.		25	
PROCEDIMIENTOS EN MEDICINA DE TRATAMIENTO: Conjunto de servicios orientados a efectuar algún procedimiento terapéutico, que en mayor o menor medida, complementa el tratamiento que el médico ha determinado.		D.- PROCEDIMIENTOS EN MEDICINA DE TRATAMIENTO	
Sume: 27+28...+33		26	
DIÁLISIS: Método químico basado en la propiedad que poseen algunos cuerpos de atravesar fácilmente las membranas porosas.		27	
FISIOTERAPIA: Ejercicios terapéuticos, hidroterapia y electroterapia utilizado para contribuir a la recuperación de la movilidad articular y la potencia muscular de un paciente.		28	
INHALOTERAPIA: Acción y efecto de aspirar con fines terapéuticos un gas, un vapor o un líquido pulverizado.		29	
QUIMIOTERAPIA: Tratamiento de las enfermedades mediante la administración de sustancias químicas.		30	
RADIOTERAPIA: Empleo terapéutico de la energía radiante natural o artificial.		31	
REHABILITACIÓN: Es la acción encaminada a restituir en la mayor medida posible la capacidad de valerse por sí mismo.		32	
OTROS SERVICIOS: Incluye los servicios que no se encuentren mencionados anteriormente.		33	

I. SERVICIOS

EGRESOS: El paciente que sale de un servicio del hospital e implica la desocupación de una cama censable; incluye altas por curación, mejoría, traslado a otra unidad, defunción o alta voluntaria.

DÍAS ESTANCIA: El número de días transcurridos desde el ingreso del paciente al hospital hasta su egreso. Se contabiliza relacionando la fecha de ingreso con la de egreso contando todos los días excepto el último. El paciente que ingresa y egresa el mismo día, genera un día estancia.

PARTOS ATENDIDOS: Proceso mediante el cual el feto, la placenta y sus anexos son expulsados del organismo materno, a través de las vías genitales, correspondiente a un embarazo de 22 o más semanas de gestación.

NACIDOS VIVOS: Es la expulsión o extracción completa de un producto de la concepción del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo, que después de dicha separación respire o de cualquier otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera nacido vivo.

MENOS DE 2500 GRS.: Producto de la concepción con peso corporal al nacimiento menor a los 2500 grs., independientemente de la edad gestacional.

DE 2500 GRS. Y MÁS: Producto de la concepción con peso corporal al nacimiento igual o mayor a 2500 grs., independientemente de la edad gestacional.

ABORTOS: La expulsión del producto de la concepción de 21 semanas o menos de gestación o el peso menor a 500 grs. o con ambos.

DEFUNCIONES GENERALES: Es la extinción o término de la vida. Desaparición de todas las funciones vitales ocurridas después del nacimiento vivo.

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

E.- HOSPITALIZACIÓN

Egresos 34
Sume: 35+36...+39

Cirugía 35

Ginecoobstetricia 36

Medicina interna 37

Pediatría 38

Otras 39

Días estancia 40

Partos atendidos 41

Nacidos vivos 42
Sume: 43+44

Menos de 2500 grs. 43

De 2500 grs. y más 44

Abortos 45

Defunciones generales 46

Defunciones fetales 47

PLANIFICACIÓN FAMILIAR: Conjunto de acciones tendientes a producir una actitud consciente de la pareja ante la reproducción para que decidan voluntariamente el número de hijos y el espacio entre los embarazos.

CONSULTAS: Anote únicamente aquellas otorgadas para planificación familiar, sumando las consultas de primera vez y subsecuentes.

CONSULTA DE PRIMERA VEZ: Es la que se brinda a las personas que acuden por primera vez al servicio de planificación familiar no importando si se adopta o no un método anticonceptivo y/o que solicite atención después de 3 o más años de haber causado baja o abandono.

CONSULTA SUBSECUENTE: Es la otorgada a personas usuarias de algún método de planificación familiar.

NUEVAS ACEPTANTES POR MÉTODO: Persona en edad fértil que recibe por primera vez protección anticonceptiva en servicios de planificación familiar o bien después que causó baja.

USUARIAS ACTIVAS POR MÉTODO: Aceptante en vida reproductiva que continúa en el uso de algún método anticonceptivo o tiene una cita médica programada para revisión, redotación o vigilancia del método utilizado.

F.- PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Consultas 48
Sume: 49+50

1ª vez 49

Subsecuentes 50

Nuevas aceptantes por método 51
Sume: 52+53+54

Hormonales 52

D.I.U. 53

Otros 54

Usuaris activas por método 55
Sume: 56+57+58

Hormonales 56

D.I.U. 57

Otros 58

INEGI. Esquema de referencia de la Estadística de salud en establecimientos particulares. 2021

67

II. MORBILIDAD HOSPITALARIA

CÓDIGO 10a. CIE	DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS Y TRAUMATISMOS ATENDIDOS A LOS PACIENTES EGRESADOS	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	DÍAS ESTANCIA	DEFUNCIONES
040	PAROTIDITIS	99				
041	OTRAS ENFERMEDADES VIRALES	100				
042	MICOSIS	101				
043	PALUDISMO [MALARIA]	102				
044	LEISHMANIASIS	103				
045	TRIPANOSOMIASIS	104				
046	ESQUISTOSOMIASIS	105				
047	OTRAS INFECCIONES DEBIDAS A TREMATODOS	106				
048	EQUINOCOCOSIS	107				
049	DRACONTIASIS	108				
050	ONCOCERCOSIS	109				
051	FILARIASIS	110				
052	ANQUILOSTOMIASIS Y NECATORIASIS	111				
053	OTRAS HELMINTIASIS	112				
054	SECUELAS DE TUBERCULOSIS	113				
055	SECUELAS DE POLIOMIELITIS	114				
056	SECUELAS DE LEPROA	115				
057	OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	116				
058-096	TUMORES [NEOPLASIAS]	117				
058	TUMORES MALIGNOS DEL LABIO, DE LA CAVIDAD BUCAL Y DE LA FARINGE	118				
059	TUMOR MALIGNO DEL ESÓFAGO	119				
060	TUMOR MALIGNO DEL ESTÓMAGO	120				
061	TUMOR MALIGNO DEL COLON	121				
062	TUMOR MALIGNO DE LA UNIÓN RECTOSIGMOIDEA, DEL RECTO, DEL ANO Y DEL CONDUCTO ANAL	122				
063	TUMOR MALIGNO DEL HÍGADO Y DE LAS VÍAS BILIARES INTRAHEPÁTICAS	123				
064	TUMOR MALIGNO DEL PÁNCREAS	124				
065	OTROS TUMORES MALIGNOS DE LOS ÓRGANOS DIGESTIVOS	125				
066	TUMOR MALIGNO DE LA LARINGE	126				
067	TUMOR MALIGNO DE LA TRÁQUEA, DE LOS BRONQUIOS Y DEL PULMÓN	127				
068	OTROS TUMORES MALIGNOS DE LOS ÓRGANOS RESPIRATORIOS E INTRATORÁXICOS	128				
069	TUMOR MALIGNO DE LOS HUESOS Y DE LOS CARTÍLAGOS ARTICULARES	129				
070	MELANOMA MALIGNO DE LA PIEL	130				
071	OTROS TUMORES MALIGNOS DE LA PIEL	131				
072	TUMORES MALIGNOS DE LOS TEJIDOS MESOTELIALES Y DE LOS TEJIDOS BLANDOS	132				
073	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA	133				
074	TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL ÚTERO	134				
075	TUMOR MALIGNO DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL ÚTERO	135				

II. MORBILIDAD HOSPITALARIA

CÓDIGO 10a. CIE	DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS Y TRAUMATISMOS ATENDIDOS A LOS PACIENTES EGRESADOS	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	DÍAS ESTANCIA	DEFUNCIONES
076	OTROS TUMORES MALIGNOS DE LOS ÓRGANOS GENITALES FEMENINOS	136				
077	TUMOR MALIGNO DE LA PRÓSTATA	137				
078	OTROS TUMORES MALIGNOS DE LOS ÓRGANOS GENITALES MASCULINOS	138				
079	TUMOR MALIGNO DE LA VEJIGA URINARIA	139				
080	OTROS TUMORES MALIGNOS DE LAS VÍAS URINARIAS	140				
081	TUMOR MALIGNO DEL OJO Y DE SUS ANEXOS	141				
082	TUMOR MALIGNO DEL ENCÉFALO	142				
083	TUMOR MALIGNO DE OTRAS PARTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	143				
084	TUMOR MALIGNO DE OTROS SITIOS, DE SITIOS MAL DEFINIDOS, SECUNDARIOS, NO ESPECIFICADOS Y DE SITIOS MÚLTIPLES	144				
085	ENFERMEDAD DE HODGKIN	145				
086	LINFOMA NO HODGKIN	146				
087	LEUCEMIA	147				
088	OTROS TUMORES MALIGNOS DEL TEJIDO LINFÁTICO, DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS Y TEJIDOS AFINES	148				
089	CARCINOMA IN SITU DEL CUELLO DEL ÚTERO	149				
090	TUMOR BENIGNO DE LA PIEL	150				
091	TUMOR BENIGNO DE LA MAMA	151				
092	LEIOMIOMA DEL ÚTERO	152				
093	TUMOR BENIGNO DEL OVARIO	153				
094	TUMOR BENIGNO DE LOS ÓRGANOS URINARIOS	154				
095	TUMOR BENIGNO DEL ENCÉFALO Y DE OTRAS PARTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	155				
096	OTROS TUMORES IN SITU Y BENIGNOS, Y TUMORES DE COMPORTAMIENTO INCERTO Y DESCONOCIDO	156				
097-100	ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	157				
097	ANEMIAS POR DEFICIENCIA DE HIERRO	158				
098	OTRAS ANEMIAS	159				
099	AFECCIONES HEMORRÁGICAS Y OTRAS ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	160				
100	CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	161				
101-111	ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	162				
101	TRASTORNOS TIROIDEOS RELACIONADOS CON LA DEFICIENCIA DE YODO	163				
102	TIROTOXICOSIS	164				
103	OTROS TRASTORNOS DE LA TIROIDES	165				
104	DIABETES MELLITUS	166				
105	DESNUTRICIÓN	167				
106	DEFICIENCIA DE VITAMINA A	168				

II. MORBILIDAD HOSPITALARIA

CÓDIGO 10a. CIE	DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS Y TRAUMATISMOS ATENDIDOS A LOS PACIENTES EGRESADOS	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	DÍAS ESTANCIA	DEFUNCIONES
107	OTRAS DEFICIENCIAS VITAMÍNICAS	169				
108	SECUELAS DE LA DESNUTRICIÓN Y OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	170				
109	OBESIDAD	171				
110	DEPLECIÓN DEL VOLUMEN	172				
111	OTROS TRASTORNOS ENDOCRINOS, NUTRICIONALES Y METABÓLICOS	173				
112-119	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	174				
112	DEMENCIA	175				
113	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE ALCOHOL	176				
114	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	177				
115	ESQUIZOFRENIA, TRASTORNOS ESQUIZOTÍPICOS Y TRASTORNOS DELIRANTES	178				
116	TRASTORNOS DEL HUMOR [AFECTIVOS]	179				
117	TRASTORNOS NEURÓTICOS, TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ESTRÉS Y TRASTORNOS SOMATOMORFOS	180				
118	RETRASO MENTAL	181				
119	OTROS TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	182				
120-129	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	183				
120	ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	184				
121	ENFERMEDAD DE PARKINSON	185				
122	ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	186				
123	ESCLEROSIS MÚLTIPLE	187				
124	EPILEPSIA	188				
125	MIGRAÑA Y OTROS SÍNDROMES DE CEFALEA	189				
126	ATAQUE DE ISQUEMIA CEREBRAL TRANSITORIA Y SÍNDROMES AFINES	190				
127	TRASTORNOS DE LOS NERVIOS, DE LAS RAÍCES Y DE LOS PLEXOS NERVIOSOS	191				
128	PARÁLISIS CEREBRAL Y OTROS SÍNDROMES PARALÍTICOS	192				
129	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	193				
130-139	ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	194				
130	INFLAMACIÓN DEL PÁRPADO	195				
131	CONJUNTIVITIS Y OTROS TRASTORNOS DE LA CONJUNTIVA	196				
132	QUERATITIS Y OTROS TRASTORNOS DE LA ESCLERÓTICA Y DE LA CÓRNEA	197				
133	CATARATA Y OTROS TRASTORNOS DEL CRISTALINO	198				
134	DESPRENDIMIENTO Y DESGARRO DE LA RETINA	199				
135	GLAUCOMA	200				

II. MORBILIDAD HOSPITALARIA

CÓDIGO 10a. CIE	DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS Y TRAUMATISMOS ATENDIDOS A LOS PACIENTES EGRESADOS	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	DÍAS ESTANCIA	DEFUNCIONES
136	ESTRABISMO	201				
137	TRASTORNOS DE LA ACOMODACIÓN Y DE LA REFRACCIÓN	202				
138	CEGUERA Y DISMINUCIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL	203				
139	OTRAS ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	204				
140-142	ENFERMEDADES DEL OÍDO Y DE LA APÓFISIS MASTOIDES	205				
140	OTITIS MEDIA Y OTROS TRASTORNOS DEL OÍDO MEDIO Y DE LA MASTOIDES	206				
141	PÉRDIDA DE LA AUDICIÓN	207				
142	OTRAS ENFERMEDADES DEL OÍDO Y DE LA APÓFISIS MASTOIDES	208				
143-164	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	209				
143	FIEBRE REUMÁTICA AGUDA	210				
144	ENFERMEDADES CARDÍACAS REUMÁTICAS CRÓNICAS	211				
145	HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	212				
146	OTRAS ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	213				
147	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	214				
148	OTRAS ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN	215				
149	EMBOLIA PULMONAR	216				
150	TRASTORNOS DE LA CONDUCCIÓN Y ARRITMIAS CARDÍACAS	217				
151	INSUFICIENCIA CARDÍACA	218				
152	OTRAS ENFERMEDADES CARDÍACAS	219				
153	HEMORRAGIA INTRACRANEAL	220				
154	INFARTO CEREBRAL	221				
155	ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO AGUDO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRÁGICO O ISQUÉMICO	222				
156	OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	223				
157	ATEROSCLEROSIS	224				
158	OTRAS ENFERMEDADES VASCULARES PERIFÉRICAS	225				
159	EMBOLIA Y TROMBOSIS ARTERIALES	226				
160	OTRAS ENFERMEDADES DE LAS ARTERIAS, DE LAS ARTERIOLAS Y DE LOS VASOS CAPILARES	227				
161	FLEBITIS, TROMBOFLEBITIS, EMBOLIA Y TROMBOSIS VENOSAS	228				
162	VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES	229				
163	HEMORROIDES	230				
164	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	231				
165-179	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	232				
165	FARINGITIS AGUDA Y AMIGDALITIS AGUDA	233				
166	LARINGITIS Y TRAQUEÍTIS AGUDAS	234				

II. MORBILIDAD HOSPITALARIA

CÓDIGO 10a. CIE	DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS Y TRAUMATISMOS ATENDIDOS A LOS PACIENTES EGRESADOS	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	DÍAS ESTANCIA	DEFUNCIONES
167	OTRAS INFECCIONES AGUDAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	235				
168	INFLUENZA [GRIPE]	236				
169	NEUMONÍA	237				
170	BRONQUITIS AGUDA Y BRONQUIOLITIS AGUDA	238				
171	SINUSITIS CRÓNICA	239				
172	OTRAS ENFERMEDADES DE LA NARIZ Y DE LOS SENOS NASALES	240				
173	ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LAS AMÍGDALAS Y ADENOIDES	241				
174	OTRAS ENFERMEDADES DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	242				
175	BRONQUITIS, ENFISEMA Y OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRÓNICAS	243				
176	ASMA	244				
177	BRONQUIECTASIA	245				
178	NEUMOCONIOSIS	246				
179	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	247				
180-197	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	248				
180	CARIES DENTAL	249				
181	OTROS TRASTORNOS DE LOS DIENTES Y DE SUS ESTRUCTURAS DE SOSTÉN	250				
182	OTRAS ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD BUCAL, DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES Y DE LOS MAXILARES	251				
183	ÚLCERA GÁSTRICA Y DUODENAL	252				
184	GASTRITIS Y DUODENITIS	253				
185	OTRAS ENFERMEDADES DEL ESÓFAGO, DEL ESTÓMAGO Y DEL DUODENO	254				
186	ENFERMEDADES DEL APÉNDICE	255				
187	HERNIA INGUINAL	256				
188	OTRAS HERNIAS	257				
189	ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCERATIVA	258				
190	ÍLEO PARALÍTICO Y OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SIN HERNIA	259				
191	ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL INTESTINO	260				
192	OTRAS ENFERMEDADES DE LOS INTESTINOS Y DEL PERITONEO	261				
193	ENFERMEDAD ALCOHÓLICA DEL HÍGADO	262				
194	OTRAS ENFERMEDADES DEL HÍGADO	263				
195	COLELITIASIS Y COLECISTITIS	264				
196	PANCREATITIS AGUDA Y OTRAS ENFERMEDADES DEL PÁNCREAS	265				
197	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	266				
198-199	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO	267				
198	INFECCIONES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO	268				

II. MORBILIDAD HOSPITALARIA

CÓDIGO 10a. CIE	DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS Y TRAUMATISMOS ATENDIDOS A LOS PACIENTES EGRESADOS	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	DÍAS ESTANCIA	DEFUNCIONES
199	OTRAS ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO	269				
200-210	ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	270				
200	ARTRITIS REUMATOIDE Y OTRAS POLIARTROPATÍAS INFLAMATORIAS	271				
201	ARTROSIS	272				
202	DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DE LOS MIEMBROS	273				
203	OTROS TRASTORNOS DE LAS ARTICULACIONES	274				
204	TRASTORNOS SISTÉMICOS DEL TEJIDO CONJUNTIVO	275				
205	TRASTORNOS DE LOS DISCOS CERVICALES Y DE OTROS DISCOS INTERVERTEBRALES	276				
206	OTRAS DORSOPATÍAS	277				
207	TRASTORNOS DE LOS TEJIDOS BLANDOS	278				
208	TRASTORNOS DE LA DENSIDAD Y DE LA ESTRUCTURA ÓSEAS	279				
209	OSTEOMIELITIS	280				
210	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	281				
211-233	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	282				
211	SÍNDROME NEFRÍTICO AGUDO Y SÍNDROME NEFRÍTICO RÁPIDAMENTE PROGRESIVO	283				
212	OTRAS ENFERMEDADES GLOMERULARES	284				
213	ENFERMEDADES RENALES TUBULOINTERSTICIALES	285				
214	INSUFICIENCIA RENAL	286				
215	LITIASIS URINARIA	287				
216	CISTITIS	288				
217	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO	289				
218	HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA	290				
219	OTROS TRASTORNOS DE LA PRÓSTATA	291				
220	HIDROCELE Y ESPERMATOCELE	292				
221	PREPUCIO REDUNDANTE, FIMOSIS Y PARAFIMOSIS	293				
222	OTRAS ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS GENTALES MASCULINOS	294				
223	TRASTORNOS DE LA MAMA	295				
224	SALPINGITIS Y OOFORITIS	296				
225	ENFERMEDAD INFLAMATORIA DEL CUELLO UTERINO	297				
226	OTRAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DE LOS ÓRGANOS PÉLVICOS FEMENINOS	298				
227	ENDOMETRIOSIS	299				
228	PROLAPSO GENITAL FEMENINO	300				

II. MORBILIDAD HOSPITALARIA

CÓDIGO 10a. CIE	DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS Y TRAUMATISMOS ATENDIDOS A LOS PACIENTES EGRESADOS	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	DÍAS ESTANCIA	DEFUNCIONES
229	TRASTORNOS NO INFLAMATORIOS DEL OVARIO, DE LA TROMPA DE FALOPIO Y DEL LIGAMENTO ANCHO	301				
230	TRASTORNOS DE LA MENSTRUACIÓN	302				
231	OTROS TRASTORNOS MENOPÁUSICOS Y PERIMENOPÁUSICOS	303				
232	INFERTILIDAD FEMENINA	304				
233	OTROS TRASTORNOS DE LAS VÍAS GENITOURINARIAS	305				
234-244	EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	306				
234	ABORTO ESPONTÁNEO	307				
235	ABORTO MÉDICO	308				
236	OTROS EMBARAZOS TERMINADOS EN ABORTO	309				
237	EDEMA, PROTEINURIA Y TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	310				
238	PLACENTA PREVIA, DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA Y HEMORRAGIA ANTEPARTO	311				
239	OTRA ATENCIÓN MATERNA RELACIONADA CON EL FETO Y CON LA CAVIDAD AMNIÓTICA, Y CON POSIBLES PROBLEMAS DEL PARTO	312				
240	TRABAJO DE PARTO OBSTRUÍDO	313				
241	HEMORRAGIA POSTPARTO	314				
242	OTRAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y DEL PARTO	315				
243	PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO	316				
244	COMPLICACIONES RELACIONADAS PRINCIPALMENTE CON EL PUERPERIO Y OTRAS AFECCIONES OBSTÉTRICAS, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	317				
245-253	CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL	318				
245	FETO Y RECIÉN NACIDO AFECTADO POR FACTORES MATERNO Y POR COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, DEL TRABAJO DE PARTO Y DEL PARTO	319				
246	CRECIMIENTO FETAL LENTO, DESNUTRICIÓN FETAL Y TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA GESTACIÓN CORTA Y EL BAJO PESO AL NACER	320				
247	TRAUMATISMO DEL NACIMIENTO	321				
248	HIPOXIA INTRAUTERINA Y ASFIXIA DEL NACIMIENTO	322				
249	OTROS TRASTORNOS RESPIRATORIOS ORIGINADOS EN EL PERÍODO PERINATAL	323				
250	ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CONGÉNITAS	324				
251	OTRAS INFECCIONES ESPECÍFICAS DEL PERÍODO PERINATAL	325				
252	ENFERMEDAD HEMOLÍTICA DEL FETO Y DEL RECIÉN NACIDO	326				
253	OTRAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL	327				
254-266	MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	328				
254	ESPIÑA BÍFIDA	329				
255	OTRAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL SISTEMA NERVIOSO	330				

II. MORBILIDAD HOSPITALARIA

CÓDIGO 10a. CIE	DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS Y TRAUMATISMOS ATENDIDOS A LOS PACIENTES EGRESADOS	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	DÍAS ESTANCIA	DEFUNCIONES
256	MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL SISTEMA CIRCULATORIO	331				
257	FISURA DEL PALADAR Y LABIO LEPORINO	332				
258	AUSENCIA, ATRESIA Y ESTENOSIS CONGÉNITA DEL INTESTINO DELGADO	333				
259	OTRAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL SISTEMA DIGESTIVO	334				
260	TESTÍCULO NO DESCENDIDO	335				
261	OTRAS MALFORMACIONES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	336				
262	DEFORMIDADES CONGÉNITAS DE LA CADERA	337				
263	DEFORMIDADES CONGÉNITAS DE LOS PIES	338				
264	OTRAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS Y DEFORMIDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR	339				
265	OTRAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS	340				
266	ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	341				
267-270	SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	342				
267	DOLOR ABDOMINAL Y PÉLVICO	343				
268	FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO	344				
269	SENILIDAD	345				
270	OTROS SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	346				
271-289	TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS	347				
271	FRACTURA DEL CRÁNEO Y DE LOS HUESOS FACIALES	348				
272	FRACTURA DEL CUELLO, DEL TÓRAX O DE LA PELVIS	349				
273	FRACTURA DEL FÉMUR	350				
274	FRACTURAS DE OTROS HUESOS DE LOS MIEMBROS	351				
275	FRACTURAS QUE AFECTAN MÚLTIPLES REGIONES DEL CUERPO	352				
276	LUXACIONES, ESGUINCES Y DESGARROS DE REGIONES ESPECIFICADAS Y DE MÚLTIPLES REGIONES DEL CUERPO	353				
277	TRAUMATISMO DEL OJO Y DE LA ÓRBITA	354				
278	TRAUMATISMO INTRACRANEAL	355				
279	TRAUMATISMO DE OTROS ÓRGANOS INTERNOS	356				
280	TRAUMATISMOS POR APLASTAMIENTO Y AMPUTACIONES TRAUMÁTICAS DE REGIONES ESPECIFICADAS Y DE MÚLTIPLES REGIONES DEL CUERPO	357				
281	OTROS TRAUMATISMOS DE REGIONES ESPECIFICADAS, DE REGIONES NO ESPECIFICADAS Y DE MÚLTIPLES REGIONES DEL CUERPO	358				
282	EFFECTOS DE CUERPO EXTRAÑO QUE PENETRA POR UN ORIFICIO NATURAL	359				
283	QUEMADURAS Y CORROSIONES	360				

II. MORBILIDAD HOSPITALARIA

CÓDIGO 10a. CIE	DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS Y TRAUMATISMOS ATENDIDOS A LOS PACIENTES EGRESADOS	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	DÍAS ESTANCIA	DEFUNCIONES
284	ENVENENAMIENTO POR DROGAS Y SUSTANCIAS BIOLÓGICAS	361				
285	EFFECTOS TÓXICOS DE SUSTANCIAS DE PROCEDENCIA PRINCIPALMENTE NO MEDICINAL	362				
286	SÍNDROMES DEL MALTRATO	363				
287	OTROS EFECTOS Y LOS NO ESPECIFICADOS DE CAUSAS EXTERNAS	364				
288	CIERTAS COMPLICACIONES PRECOCES DE LOS TRAUMATISMOS Y COMPLICACIONES DE LA ATENCIÓN MÉDICA Y QUIRÚRGICA, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	365				
289	SECUELAS DE TRAUMATISMOS, DE ENVENENAMIENTOS Y DE OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS	366				
290-298	FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	367				
290	PERSONAS EN CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD PARA INVESTIGACIÓN Y EXÁMENES	368				
291	ESTADO DE INFECCIÓN ASINTOMÁTICA POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]	369				
292	OTRAS PERSONAS CON RIESGOS POTENCIALES PARA LA SALUD RELACIONADOS CON ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	370				
293	ATENCIÓN PARA LA ANTICONCEPCIÓN	371				
294	PESQUISA PRENATAL Y OTRA SUPERVISIÓN DEL EMBARAZO	372				
296	ATENCIÓN Y EXAMEN DEL POSTPARTO	373				
297	PERSONAS EN CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD PARA PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS Y ATENCIÓN DE LA SALUD	374				
298	PERSONAS EN CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD POR OTRAS RAZONES	375				
	TOTAL DE CAUSAS	376				

ANOTE TODOS LOS NACIDOS VIVOS DENTRO DEL HOSPITAL. ESTA INFORMACIÓN NO DEBE SUMARSE AL TOTAL DE MORBILIDAD					
		TOTAL	HOMBRES	MUJERES	
295	NIÑOS NACIDOS VIVOS SEGÚN LUGAR DE NACIMIENTO	377			

III. RECURSOS

PERSONAL MÉDICO: Personal autorizado legalmente con título profesional, sea general o de alguna especialidad o que se encuentran en formación de pregrado y posgrado, desempeñando labores relacionadas con la atención médica en beneficio de los pacientes.

EN CONTACTO DIRECTO CON EL PACIENTE: Médicos que realizan actividades de atención a la salud de pacientes propias de su profesión o especialidad, no incluye a los que se desarrollan en áreas de apoyo técnico, docente y administrativo.

MÉDICOS GENERALES: Personal titulado que desempeña labores relacionadas con la atención médica mediante el diagnóstico y tratamiento de la patología más frecuente y menos compleja para su diagnóstico y tratamiento.

ESPECIALISTAS: Profesional de la medicina que cuenta con estudios de especialización en una rama de la medicina para la atención de la salud o de padecimientos referidos a un órgano, aparato o sistema.

GINECO-OBSTETRAS: Es el médico especializado en las enfermedades propias de la mujer, así como de la gestación, parto y puerperio.

PEDIATRAS: Médico especialista en enfermedades de los niños.

CIRUJANOS: Son los profesionales de la medicina que trata las enfermedades y accidentes por medio de la cirugía.

INTERNISTAS: Médicos que tratan, por medio no quirúrgico, las enfermedades de los órganos internos.

ANESTESIÓLOGOS: Son aquellos médicos con especialidad en la administración de anestésicos.

OTROS ESPECIALISTAS: Anote a todos aquellos especialistas que no se encuentren incluidos en los rubros anteriores.

ODONTÓLOGOS: Profesional con título de cirujano dentista o licenciatura de estomatología legalmente autorizado para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que presentan enfermedades estomatológicas.

RESIDENTES: Es aquél que ha obtenido el título de médico y realiza estudios para obtener el grado de especialista siguiendo el programa académico y laboral establecido para cada residencia médica.

PASANTES: Egresado de la carrera de medicina con los créditos académicos correspondientes, pero que aún no cuenta con título y cédula profesional.

MÉDICOS EN OTRAS LABORES: Personal médico que desempeña labores de apoyo técnico, de docencia y administrativo en las unidades médicas.

PERSONAL NO MÉDICO: Se refiere al personal de servicios auxiliares, paramédicos, administrativo y otro personal.

DE PROCEDIMIENTOS EN MEDICINA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO: Son los profesionales, técnicos y auxiliares que trabajan en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento como apoyo a la atención médica.

PERSONAL PARAMÉDICO: Personal dedicado al desarrollo de las actividades que apoyan la prestación de servicios médicos, dentro del cual se considera personal profesional, técnico y auxiliar.

AUXILIARES DE ENFERMERÍA: La persona capacitada en cursos cortos o servicios, para ejecutar bajo supervisión actividades relacionadas con atención de enfermos.

ENFERMERAS GENERALES: La persona capacitada a nivel profesional o técnico y autorizada mediante un título por una institución educativa reconocida oficialmente para asumir la responsabilidad de los servicios de enfermería necesarios para la prevención de enfermedades y asistencia a enfermos.

ENFERMERAS ESPECIALIZADAS: La persona que después de haber obtenido el título de enfermera general realiza estudios específicos en una rama de la enfermería o áreas afines y obtiene el diploma correspondiente de una institución oficialmente reconocida, ejemplo: cuidados intensivos, cardiología, materno-infantil, administración de los servicios de enfermería, etc.

PASANTE DE ENFERMERÍA: Persona capacitada a nivel profesional o técnico sin haber obtenido el título de enfermería.

OTRAS ENFERMERAS: Incluye a las enfermeras técnicas, empíricas, parteras y aquellas en periodo de formación ya sea como interna de pregrado o pasante.

OTRO PERSONAL PARAMÉDICO: Anote a las personas que desempeñan funciones en farmacia, archivo clínico, estadística, dietología, trabajo social, etc..

PERSONAL ADMINISTRATIVO: Son los profesionales, técnicos y auxiliares del área que apoyan funciones administrativas en la unidad médica.

OTRO PERSONAL: Personal contratado que realiza funciones de mantenimiento, limpieza y apoyos diversos en las unidades médicas.

	NÓMINA DEL HOSPITAL	ACUERDO ESPECIAL
A. HUMANOS		
1.- PERSONAL MÉDICO	378	
Sume: 379+391		
En contacto directo con el paciente	379	
Sume: 380+381+388+389+390		
Médicos generales	380	
Especialistas	381	
Sume: 382+383...+387		
Gineco-obstetras	382	
Pediatras	383	
Cirujanos	384	
Internistas	385	
Anestesiólogos	386	
Otros especialistas	387	
Odontólogos	388	
Residentes	389	
Pasantes	390	
Médicos en otras labores	391	
2.- PERSONAL NO MÉDICO	392	
Sume: 393+394+395+402+403		
De procedimientos en medicina de diagnóstico	393	
De procedimientos en medicina de tratamiento	394	
Personal paramédico	395	
Sume: 396+397...+401		
Auxiliares de enfermería	396	
Enfermeras generales	397	
Enfermeras especializadas	398	
Pasantes de enfermería	399	
Otras enfermeras	400	
Otro personal paramédico	401	
Personal administrativo	402	
Otro personal	403	

III. RECURSOS

CONSULTORIOS: El área física o cubículo de un establecimiento público, social o privado independientemente o ligado a una clínica, sanatorio o servicio hospitalario, que cuente con las instalaciones y el equipo necesario para que el personal médico y/o paramédico brinde la atención de salud a pacientes ambulatorios.

GENERALES: Área física que cuenta con la instalaciones y el equipo necesario para que el personal médico y/o paramédico brinde consulta externa a pacientes ambulatorios; se brinda atención para todo tipo de afecciones o padecimientos.

DE ESPECIALIDAD: El área física o cubículo ubicado en consulta externa, que cuente con las instalaciones específicas para la atención ambulatoria de una especialidad o subespecialidad y cuenta con el personal especializado por cada área destinado a la atención de pacientes ambulatorios.

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

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

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS: Área o local dotado de personal, mobiliario, equipo e instalaciones para realizar estudios de hematología, microbiología, pruebas funcionales, inmunología y estudios especiales de muestras biológicas provenientes de personas o sus desechos.

LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA: Área o local dotado de personal, mobiliario, equipo e instalaciones independientes o ligados a algún servicio de atención médica, destinada al análisis e investigaciones científicas, donde se estudia la composición y estructura microscópica de tejidos orgánicos con fines esencialmente de diagnóstico.

SALA O GABINETE DE RADIOLOGÍA: Área o local dotado de personal, mobiliario, instalaciones y equipo de Rayos X, destinado para el servicio auxiliar de diagnóstico.

EQUIPO DE RAYOS X: Conjunto formado por uno o más aparatos, los cuales proporcionan información de las estructuras del cuerpo sobre una película sensible a los rayos X. El equipo puede ser fijo o móvil, comprende también los odontológicos.

ÁREA DE RADIOTERAPIA: Área que cuenta con los recursos necesarios para la aplicación de radiaciones.

EQUIPOS DE RADIOTERAPIA: Incluye aceleradores lineales, unidades de Cobalto-60, unidades de Cesio-137, unidades de Rayos X de bajo a alto voltaje, unidades de braquiterapia a tasa de dosis alta o baja y unidades de braquiterapia convencional.

QUIRÓFANO (SALAS): Área o local del hospital dotada de personal, mobiliario, equipo e instalaciones para la ejecución de procedimientos quirúrgicos

SALA DE EXPULSIÓN: Área o local del hospital dotada con instalaciones, personal y equipo, destinada a la atención obstétrica.

INCUBADORA: Receptáculo acondicionado donde se facilita el desarrollo de los niños nacidos prematuramente o de término cuando se requiera complementar su desarrollo y/o cuando presentan patología con repercusión sistémica.

CUNA DE RECIÉN NACIDO: Es aquella que se encuentra en el área de cueros y es utilizada por el recién nacido sano.

ÁREA DE PEDIATRÍA: Local habilitado con los recursos materiales y humanos para la atención de pacientes infantiles.

ÁREA DE URGENCIAS (CUBÍCULO DE CURACIÓN): Local adecuado para la atención urgente de los pacientes.

ÁREA DE AISLAMIENTO: Lugar reservado para la atención de pacientes con enfermedades que requieren de protección especial.

UNIDADES DE IMAGEN DE RESONANCIA MAGNÉTICA: Se refieren a la modalidad diagnóstica en la cual los núcleos magnéticos (especialmente protones) de un paciente son alineados dentro de un fuerte y uniforme campo magnético, absorben energía de radiofrecuencia y emiten señales de radiofrecuencia conforme su excitación disminuye.

Estas señales, las cuales varían en intensidad de acuerdo con la abundancia nuclear y el ambiente químico molecular, son convertidas en sets de imágenes tomográficas por el uso de gradientes en el campo magnético, lo cual permite la localización en 3a. dimensión de los puntos que son fuente de las señales. A diferencia de la radiografía convencional o la tomografía computarizada, estas unidades no exponen al paciente a radiaciones ionizantes.

B. MATERIALES

Consultorios 404
Sume: 405+406

Generales 405

De especialidad 406

Camas censables 407
Sume: 408+409+410+411+412

Medicina interna 408

Cirugía 409

Ginecoobstetricia 410

Pediatría 411

Otras 412

Camas no censables 413
Sume: 414+415+416

Cuidado intensivo 414

Cuidado Intermedio 415

Otras 416

Laboratorio de análisis clínicos 417

Laboratorio de anatomía patológica 418

Salas o gabinetes de radiología 419

Equipo de rayos X (móvil o fijo) 420

Área de radioterapia 421

Equipos de radioterapia 422

Quirófanos (salas) 423

Salas de expulsión 424

Incubadoras 425

Cunas de recién nacidos 426

Área de pediatría 427

Área de urgencias (cubículos de curación) 428

Área de aislamiento 429

Unidades de imagen de resonancia magnética 430

III. RECURSOS

EQUIPO DE DIÁLISIS: Conjunto de instrumentos y materiales necesarios para realizar la diálisis.

ESTACIONES (UNIDADES) DE HEMODIÁLISIS: Estaciones de hemodiálisis, incluye las estaciones para autocuidado

EQUIPOS PARA MAMOGRAFÍA: Equipos para examen del seno por medio de rayos X, ultrasonido y resonancia magnética nuclear.

EQUIPO DE ULTRASONIDO: Ondas sonoras de frecuencia muy elevada por encima de 20,000 vibraciones por segundo. Entre sus aplicaciones están la de monitorización fetal, obtención de imágenes de órganos internos, etc.

ELECTROCARDIOGRAFO: Instrumento utilizado para registrar la actividad eléctrica del miocardio con el fin de detectar las anomalías en la transmisión del impulso cardíaco a través del tejido conductor del músculo.

ENDOSCOPIO: Instrumento óptico iluminado que sirve para visualizar el interior de una cavidad corporal u órgano.

ELECTROENCEFALÓGRAFO: Instrumento para recibir y registrar los potenciales eléctricos producidos por las células cerebrales.

LITOTRIPTORES: Equipos de onda de choque extracorpórea para la destrucción de cálculos.

SCANNERS TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA: Equipos que brindan información anatómica de planos seccionales del cuerpo. Cada imagen es generada por la síntesis computarizada de los datos obtenidos de la transmisión de los rayos X en varias direcciones sobre un plano dado.

BOMBA DE COBALTO: Aparato que contiene un elemento radioactivo utilizado en el tratamiento de algunos tumores y permite la aplicación de gran cantidad de rayos gamma.

BANCO DE SANGRE: Área o local con personal, instalaciones, mobiliario y equipo, destinado a la obtención, procesamiento, conservación y distribución de sangre y sus derivados.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: Área adecuada para la atención permanente de pacientes cuyo estado de salud sea crítico.

UNIDAD DENTAL: Equipo electrónico con el que cuenta el establecimiento y con los recursos necesarios para la atención de personas en la aplicación de tratamientos bucodentales.

Equipo de diálisis	431								
Estaciones (unidades) de hemodiálisis	432								
Equipos para mamografía	433								
Equipo de ultrasonido	434								
Electrocardiógrafo	435								
Endoscopio	436								
Electroencefalógrafo	437								
Litotriptores	438								
Scanners Tomografía axial computarizada	439								
Bomba de cobalto	440								
Bancos de sangre	441								
Unidad de cuidados intensivos	442								
Suma: 443+444									
Adultos	443								
Neonatales	444								
Unidades dentales	445								

Da su autorización para aparecer en el Directorio Nacional de Unidades Hospitalarias que publica la Secretaría de Salud ?

☐ SI

☐ NO

NOMBRE Y FIRMA LEGIBLE

¿El establecimiento cuenta con microcomputadora?

☐ SI

☐ NO

¿Es compatible con IBM?

☐ SI

☐ NO

¿Que tipo de procesador tiene? (286, 386, 486, PENTIUM, PENTIUM II, PENTIUM III, ETC.)

¿Cuenta con conexión a Internet?

☐ SI

☐ NO

Correo electrónico _____ @ _____

OBSERVACIONES: _____

Nombre legible y firma del propietario, gerente o administrador

Nombre legible y firma del médico responsable de la rendición de datos.

_____ a _____ de _____ de _____
 lugar día mes año

ESTADÍSTICA DE SERVICIOS MÉDICOS		Folio NO SE LLENE FORMA	ANEXO PEC-6-20-A VERSIÓN 2002
ANEXO CONSULTORIOS			
SEMESTRE:	<input type="checkbox"/> 1	ENERO - JUNIO	AÑO: _____
	<input type="checkbox"/> 2	JULIO - DICIEMBRE	

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:

Razón social: _____

Nombre comercial: _____

DIRECCIÓN: Evite hasta donde sea posible anotar "Domicilio conocido"

Calle, Avenida, etc.	Número
_____	_____
Localidad	Colonia
_____	_____
Municipio o Delegación	Código postal
_____	_____
Entidad Federativa	Teléfono
_____	_____

DATOS DEL MÉDICO INFORMANTE

Nombre: _____

Especialidad: _____

Número de consultorio: _____

Fecha: _____

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

PARA USO EXCLUSIVO DEL INEGI

CLAVE DE LA FUENTE **04** ☐ ☐ ☐ ☐ **00** ☐ ☐

TAMAÑO DE LOCALIDAD ☐ ☐ CLAVE DE LOCALIDAD ☐ ☐ ☐ ☐

TIPO DE ESTABLECIMIENTO ☐ ☐ AGEB ☐ ☐ ☐ ☐

DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA Y GEOGRÁFICA

Artículo 5.- La ley garantiza a los informantes de datos estadísticos la confidencialidad de los que proporcionen.

El ejecutivo expedirá las normas que regulen la circulación y aseguren el acceso del público a la información estadística y geográfica producida.

Artículo 42.- Los informantes estarán obligados a proporcionar con veracidad y oportunidad los datos e informes que les soliciten las autoridades competentes para fines estadísticos, censales y geográficos, y a prestar el auxilio y cooperación que requieran las mismas.

Artículo 48.- Cometen infracciones a lo dispuesto por esta ley quienes en calidad de informantes:

I.- Se nieguen a proporcionar datos, informes o a exhibir documentos cuando deban hacerlo dentro del plazo que se les hubiere señalado.

II.- Suministren datos falsos, incompletos o incongruentes.

III.- Se opongan a las visitas de los censores durante el levantamiento censal o del personal de la Secretaría facultada a efectuar inspecciones de verificación sobre la confiabilidad de la información.

Artículo 51.- La comisión de cualquiera de las infracciones a que se refieren los Artículos 48, 49 y 50 dará lugar a que la Secretaría aplique sanciones administrativas que consistirán en multa desde una hasta setecientos cincuenta veces el salario mínimo diario vigente en el Distrito Federal en el momento de la comisión de la infracción.

INSTRUCCIONES GENERALES

Lea cuidadosamente las siguientes instrucciones antes de iniciar el llenado del presente cuestionario

- Use tinta azul
- Escriba claro y legible, evite abreviaturas
- Utilice números arábigos
- Alíne las cifras al lado derecho de cada columna **1 1 5 2 1 1**
- No invada los campos destinados a otros rubros **1 1 1 5 2 1 1 1 1 1**
- No borre. En caso de error, trace una línea horizontal y haga la corrección en la parte superior de ésta, sin invadir los campos del rubro anterior **1 1 1 5 2 1 1**
- Anote en la sección de observaciones sus comentarios o indicaciones para la mejor comprensión de los datos proporcionados por el establecimiento
- En caso de dudas, llámenos al tel. _____

CONSULTA DE PRIMERA VEZ: La otorgada por personal de salud en un servicio a una persona en la cual mediante un interrogatorio y exploración se llega a un diagnóstico y tratamiento preliminar o definitivo. Se clasifica así cuando es la primera consulta para una enfermedad o motivo determinado.

CONSULTAS SUBSECUENTES: La otorgada por personal de salud a una persona en la cual mediante un interrogatorio y exploración se llega a un diagnóstico; se clasifica así cuando el motivo de la atención sea el mismo por el cual se le otorgó una consulta con anterioridad.

CONSULTA EXTERNA: Atención en la cual mediante interrogatorio y exploración del paciente se llega a un diagnóstico; se imparte tanto en el consultorio como en el domicilio del paciente ambulatorio.

GENERAL: La atención que otorga el médico general o familiar a los pacientes ambulatorios en la unidad médica o en el domicilio con objeto de proporcionar asistencia médica o procedimientos preventivos; puede ser de primera vez o subsecuente.

ESPECIALIDAD: La atención que imparten los médicos especialistas a pacientes ambulatorios de las cuatro especialidades médicas básicas y todas las demás subespecialidades que de ellas se deriven.

GINECO-OBSTÉTRICA: Consulta brindada con fines de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades relacionadas con los órganos reproductores femeninos, contempla también la de mujeres gestantes, no incluye las consultas de planificación familiar.

PEDIÁTRICA: La otorgada con el objetivo de prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar médica y quirúrgicamente a niños menores de 16 años.

CIRUGÍA: Es la que se proporciona para realizar diagnóstico, tratamiento o prevención de estados patológicos que requieren intervención quirúrgica o llevar el seguimiento postquirúrgico del paciente.

MEDICINA INTERNA: Tiene el objetivo de realizar diagnóstico, tratamiento o prevención de estados patológicos que no requieren intervención quirúrgica.

OTRAS ESPECIALIDADES: Cuando la especialidad de la consulta no se especifique en los renglones indicados, anote las consultas en este rubro.

MEDICINA PREVENTIVA: Servicio que se presta para prevenir enfermedades en la población que así lo requiera.

ODONTOLÓGICA: La atención brindada por el profesional de estomatología para realizar la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación médica y quirúrgica de la salud bucodental.

URGENCIAS: La atención inmediata que se proporciona al paciente que sufre una alteración que pone en peligro su vida, una función o un órgano. Se efectúa en el servicio de urgencias de una unidad médica.

	TOTAL	PRIMERA VEZ	SUBSECUENTES
A.- CONSULTA EXTERNA Sume: 02+03+09+10+11	01		
General	02		
Especialidad Sume: 04+05...+08	03		
Gineco-obstétrica	04		
Pediatría	05		
Cirugía	06		
Medicina interna	07		
Otras especialidades	08		
Medicina preventiva	09		
Odontológica	10		
Urgencias	11		

PLANIFICACIÓN FAMILIAR: Conjunto de acciones tendientes a producir una actitud consciente de la pareja ante la reproducción para que decidan voluntariamente el número de hijos y el espacio entre los embarazos.

CONSULTAS: Anote únicamente aquellas otorgadas para planificación familiar, sumando las consultas de primera vez y subsecuentes

CONSULTA DE PRIMERA VEZ: Es la que se brinda a las personas que acuden por primera vez al servicio de planificación familiar no importando si se adopta o no un método anticonceptivo y/o que solicite atención después de 3 años o más de haber causado baja o abandono.

CONSULTA SUBSECUENTE: Es la otorgada a personas usuarias de algún método de planificación familiar.

NUEVAS ACEPTANTES POR MÉTODO: Persona en edad fértil que recibe por primera vez protección anticonceptiva en servicios de planificación familiar o bien después que causó baja.

USUARIAS ACTIVAS POR MÉTODO: Aceptante en vida reproductiva que continúa en el uso de algún método anticonceptivo o tiene una cita médica programada para revisión, redotación o vigilancia del método utilizado.

B.- PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Consultas 12
Sume: 13+14

1ª vez 13

Subsecuentes 14

Nuevas aceptantes por método 15
Sume: 16+17+18

Hormonales 16

D.I.U. 17

Otros 18

Usuaris activas por método 19
Sume: 20+21+22

Hormonales 20

D.I.U. 21

Otros 22

LLÉNESE SÓLO SI EL PERSONAL ES CONTRATADO POR EL MÉDICO QUE PRESTA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

PERSONAL PARAMÉDICO: Personal dedicado al desarrollo de actividades que apoyan la prestación de servicios médicos, dentro del cual se considera personal profesional, técnico y auxiliar.

AUXILIARES DE ENFERMERÍA: La persona capacitada en cursos cortos o servicios, para ejecutar bajo supervisión actividades relacionadas con atención de enfermos.

ENFERMERAS GENERALES: La persona capacitada a nivel profesional o técnico y autorizada mediante un título por una institución educativa reconocida oficialmente para asumir la responsabilidad de los servicios de enfermería necesarios para la prevención de enfermedades y asistencia a enfermos.

ENFERMERAS ESPECIALIZADAS: La persona que después de haber obtenido el título de enfermera general realiza estudios específicos en una rama de la enfermería o áreas afines y obtiene el diploma correspondiente de una institución oficialmente reconocida, ejemplo: cuidados intensivos, cardiología, materno-infantil, administración de los servicios de enfermería, etc.

PASANTE DE ENFERMERÍA: Persona capacitada a nivel profesional o técnico sin haber obtenido el título de enfermería.

OTRAS ENFERMERAS: Incluye a las enfermeras técnicas, empíricas, parteras y aquellas en periodo de formación ya sea como interna de pregrado o pasante.

OTRO PERSONAL PARAMÉDICO: Anote a las personas que desempeñan funciones en farmacia, archivo clínico, estadística, dietología, trabajo social, etc.

PERSONAL ADMINISTRATIVO: Son los profesionales, técnicos y auxiliares del área que apoyan funciones administrativas en la unidad médica.

OTRO PERSONAL: Personal contratado que realiza funciones de mantenimiento, limpieza y apoyos diversos en las unidades médicas.

C.- PERSONAL NO MÉDICO

Sume: 24+31+32 23

Personal paramédico 24
Sume: 25+26...+30

Auxiliares de enfermería 25

Enfermeras generales 26

Enfermeras especializadas 27

Pasantes de enfermería 28

Otras enfermeras 29

Otro personal paramédico 30

Personal administrativo 31

Otro personal 32

OBSERVACIONES

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO

Lugar

Día

Mes

Año