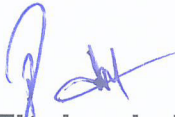


**NORMA EN MATERIA DE INFORMACIÓN EN
SALUD EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL**

Autorización


Célida Duque Molina
Dra. Célida Duque Molina
Titular de la Dirección de Prestaciones Médicas

COORDINACIÓN DE MODERNIZACIÓN
Y COMPETITIVIDAD
MOVIMIENTO VALIDADO Y REGISTRADO
ACTUALIZACIÓN 10 DIC. 2021

"El personal realizará sus labores con apego al Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las personas Servidoras Públicas del IMSS, utilizando lenguaje incluyente y salvaguardando los principios de igualdad, legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que rigen el servicio público, así como con pleno respeto a los derechos humanos y a la no discriminación".



ÍNDICE

		Página
1	Fundamento jurídico	3
2	Objetivo	3
3	Ámbito de aplicación	3
4	Responsables de la aplicación de la norma	4
5	Definiciones	4
6	Documentos de referencia	10
7	Disposiciones	11
7.1	Generales	11
7.2	Específicas	11
7.3	Planeación y diseño de información en salud	16
7.4	Generación de información en salud	18
7.5	Captación de información en salud	20
7.6	Procesamiento de información en salud	21
7.7	Integración de información en salud	22
7.8	Validación de información en salud	22
7.9	Presentación de resultados	25
7.10	Publicación y divulgación	26
7.11	Organización de la información	28
7.12	Análisis de información	34
7.13	Proceso de evaluación de las prestaciones médicas	37
7.14	Interpretación	39
	Transitorios	39
	Apéndices	
	Apéndice A Ocho principios rectores sobre la transformación digital del sector salud	40
	Apéndice B Los principios para el tratamiento de datos personales	48



NORMA EN MATERIA DE INFORMACIÓN EN SALUD EN EL INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL

1 Fundamento jurídico

Con fundamento en lo dispuesto en el artículo 82 fracción XI del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de septiembre de 2006 y sus reformas y numerales 7.1.3.3, 7.1.3.3.3 y 7.1.3.3.4 del Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas con fecha de emisión 08 de octubre de 2021, se expide la siguiente:

NORMA EN MATERIA DE INFORMACIÓN EN SALUD EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

2 Objetivo

Establecer los mecanismos para llevar a cabo la planeación, diseño, generación, captación, actualización, organización procesamiento, integración, validación, presentación, publicación y divulgación de la información en salud que se genera en las Unidades Médicas del IMSS, así como el análisis y evaluación de resultados para entregar en tiempo y forma la información estadística necesaria a fin de que de la Dirección de Prestaciones Médicas realice acciones de planeación y dirección relacionados con el otorgamiento de los servicios médicos, de rehabilitación, educación e investigación en salud.

3 Ámbito de aplicación

La presente norma es de observancia obligatoria en:

a) Las Unidades Médicas donde se otorga la atención médica proporcionada por el personal médico, de enfermería y los profesionales en salud a los derechohabientes y no derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social que participan en la generación, difusión y análisis de información en salud.

b) Los Órganos Operativos de Administración Desconcentrada (OOAD) y las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) que participan en el registro, captación, integración, validación, análisis y difusión de la información en salud que se genera en las Unidades Médicas de su responsabilidad en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

c) División de Análisis en Salud (DAS), en la definición, validación, construcción, análisis y publicación de resultados de indicadores relacionados con los procesos de atención médica, así como la elaboración del Manual Metodológico de Indicadores Médicos y la evaluación del desempeño de los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) y las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE).



d) La División de Información en Salud (DIS), en el cumplimiento de sus funciones de normar y coordinar la planeación, diseño, operación, procesamiento, integración, validación, presentación de la información en salud de los sistemas de información en salud.

e) Las Coordinaciones Normativas de la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM) que participan en el diseño y mejora de los procesos de atención relacionados con la prestación de los servicios médicos apoyando el uso de los sistemas de información, la evaluación y análisis de los procesos de atención, al establecer los procedimientos que contengan o modifiquen los formatos fuente de información.

4 Responsables de la aplicación de la norma

Titular de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, Titular de la División de Información en Salud y Titular de la División de Análisis en Salud.

5 Definiciones

Para efectos de la presente norma se entenderá por:

5.1 anonimización: Es una técnica que supone el tratamiento de datos personales con el objeto de disociar de manera irreversible o definitiva la información personal de su titular a fin de que no pueda asociarse con él, ni permitir su identificación por su estructura, contenido o grado de desagregación. Su eficacia depende de los resultados obtenidos, que deben ser similares o equivalentes a la eliminación o borrado de los datos personales, sin perder de vista los posibles riesgos de una segunda identificación con las tecnologías disponibles.

5.2 ARIMAC: Siglas del Área de Información Médica y Archivo Clínico, integrada por los servidores públicos responsables del proceso del archivo clínico en las unidades médicas.

5.3 base de datos: Conjunto organizado de datos pertenecientes a un mismo contexto y almacenados sistemáticamente para su posterior uso.

5.4 captación: Serie de actividades para obtener los datos a nivel de las unidades de observación, conforme a determinado método de generación de estadísticas.

5.5 catálogos maestros: Lista o relación ordenada con algún criterio, generalmente contiene una breve descripción del objeto relacionado y ciertos datos de interés. Algunos ejemplos de manera enunciativa más no limitativa son: Unidades Médicas, Servicios y Especialidades, Diagnósticos, Procedimientos Médicos según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).



NORMA EN MATERIA DE INFORMACIÓN EN SALUD EN EL INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL

5.6 CEMECE: Siglas del Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades y Centro Colaborador para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS en México, dependiente de la Dirección General de Información en Salud en la Secretaría de Salud.

5.7 censo: Método de generación de información estadística, mediante la obtención de datos de cada uno de los elementos que conforman el conjunto objeto de estudio. En determinados contextos puede denominarse inventario.

5.8 CIAE: Siglas de la Coordinación de Información y Análisis Estratégico que, de acuerdo con el Manual de Organización de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas, es una de las coordinaciones que la integran y cuyas facultades están descritas en el numeral 8.1.3.

5.9 CIE-9-MC: Acrónimo de Clasificación de Procedimientos, Novena Revisión, Modificación Clínica. Se trata de una clasificación de procedimientos utilizada en la codificación de información clínica derivada de la asistencia sanitaria, principalmente en el entorno de hospitales y centros de atención médica especializada.

5.10 CIE-10: Acrónimo de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima versión en español de las siglas en inglés ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems); determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad.

5.11 confidencialidad: Propiedad por la que la información no está disponible y no es revelada a individuos, entidades o procesos sin autorización.

5.12 CVE: Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, sus facultades están descritas en el Manual de Organización de la DPM.

5.13 DAS: División de Análisis en Salud, sus facultades están descritas en el Manual de Organización de la DPM.

5.14 DATAMART-EM: Repositorio Central de Datos de Estadísticas Médicas. Sistema información para el registro y extracción de información.

5.15 datos personales: Información concerniente a una persona física identificada o identificable, que puede estar expresada en forma numérica, alfabética, gráfica, fotográfica, acústica o de cualquier otro tipo.

5.16 datos personales sensibles: Se consideran sensibles aquellos datos tales como origen racial o étnico, estado de salud presente y futuro, información genética, creencias religiosas, filosóficas y morales, afiliación sindical, opiniones políticas, preferencia sexual;



NORMA EN MATERIA DE INFORMACIÓN EN SALUD EN EL INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL

que afectan la esfera más íntima de la persona, o cuyo mal uso pueda ser causa de discriminación o provocarle un riesgo grave.

5.17 DIDT: Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico, que de acuerdo con el artículo 3, fracción II del Reglamento Interior del Seguro Social es una Dirección Normativa cuyas facultades están descritas en Artículo 74.

5.18 DIS: División de Información en Salud, sus facultades están descritas en el Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones. DPM.

5.19 Diseño conceptual: Serie de actividades para identificar las necesidades de información y determinar, el marco conceptual, los instrumentos de captación, los criterios de validación y la presentación de resultados.

5.20 diseño del procesamiento: Serie de actividades para determinar, desarrollar y probar estrategias y procedimientos que habrán de aplicarse para la validación de los datos captados y la generación de resultados estadísticos.

5.21 DPM: Siglas de la Dirección de Prestaciones Médicas, sus facultades están descritas en Manual de Organización de la DPM.

5.22 estándares: Documentos que contienen las especificaciones y procedimientos destinados a la generación de productos, servicios y sistemas confiables. Estos establecen un lenguaje común, el cual define los criterios de calidad y seguridad, son documentos prácticos que fijan metas alcanzables, son sujetos a revisión constante para permitir el avance conforme a las tecnologías. Los estándares pueden incluir referencia a otros estándares internacionales, códigos, especificaciones o manuales, entre otros.

5.23 formato fuente: Son todos los formatos que son generados por el área médica y son evidencia del registro de las actividades médicas de atención a los derechohabientes.

5.24 grupo interdisciplinario: Lo conforman servidores públicos con expertiz en diferentes áreas que, se integran en representación de las Coordinaciones Normativas involucradas por personal designado para atender diversos temas, elaborando minutas de acuerdos como evidencia de sus actividades.

5.25 INAI: Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales.

5.26 indicador: Dato o información que sirve para conocer o valorar las características y la intensidad de un hecho o para determinar su evolución futura.

5.27 información en salud: Datos, información, conocimiento y evidencia relacionada con la generación, acceso, difusión y uso del personal, servicios, recursos, afiliación de



NORMA EN MATERIA DE INFORMACIÓN EN SALUD EN EL INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL

derechohabientes, beneficiarios, pacientes, tratamientos y resultados dentro del sector salud, entre la que se encuentra indistintamente la información estadística, epidemiológica y financiera.

5.28 instrumento de captación: Formato, en medio impreso o electrónico, diseñado para el registro de los datos que han de obtenerse de las unidades de observación, en un proyecto de generación de estadística básica.

5.29 JSPM: Siglas de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médica, sus facultades están descritas en el Manual de Organización de la JSPM.

5.30 LFPDPPP: Siglas de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

5.31 manual metodológico de indicadores médicos (MMIM): Para efectos del presente procedimiento, el Manual Metodológico de Indicadores Médicos es la herramienta técnico-normativa que concentra los criterios y estándares para la construcción homogénea de los indicadores que establecen las Coordinaciones Normativas de la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM), para evaluar y monitorear los servicios médicos otorgados.

5.32 OIMAC: Oficina de Información Médica y Archivo Clínico. integrada por las y los servidores públicos responsables del proceso del archivo clínico en las Unidades Médicas de Alta Especialidad: la o el Auxiliar Universal de Oficina, Mensajero, Oficial de Estadística, Coordinador de Estadística y Jefe de Grupo de Estadística cuyas funciones están descritas en Contrato Colectivo de Trabajo y en el Manual Organización de las Unidades Médicas de Alta Especialidad.

5.33 OMS: Organización Mundial de la Salud.

5.34 OOAD: Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada, cuyas facultades están descrita en el artículo 2, fracción IV, inciso a) del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social.

5.35 personal de enfermería: Aquéllos que cuentan con los estudios para la prestación de asistencia médica a enfermos o discapacitados, su enfoque es el mantenimiento y cuidado de la salud durante la enfermedad y rehabilitación, así como la asistencia a médicos y profesionales del diagnóstico en la salud y el tratamiento de pacientes. Se agrupa en personal de enfermería general, de especialidades, auxiliar y pasantes de enfermería.

5.36 personal del ARIMAC: Aquellos servidores públicos, cuyas actividades están descritas en el Contrato Colectivo de Trabajo, y que actualmente laboran en el Área de Información Médica y Archivo Clínico incluye a:

a) Especialista de estadística;



- b) Jefe de grupo de estadística
- c) Coordinador de estadística;
- d) Oficial de estadística;
- e) Auxiliar universal de oficina;
- f) Mensajero.

5.37 personal médico: Persona autorizada legalmente que desempeña labores relacionadas con la atención médica en beneficio del paciente y de la comunidad de manera directa e indirecta:

- a) Médico familiar;
- b) Médico no familiar.

5.38 personal profesional en salud: Personal dedicado al desarrollo de actividades en apoyo a la prestación de servicios médicos, dentro del cual se contempla personal profesional, técnico y auxiliar como lo son:

- a) Nutricionista dietista;
- b) Especialista en nutrición y dietética;
- c) Nutriólogo clínico especializado;
- d) Optometrista;
- e) Ortopedista;
- f) Psicólogo;
- g) Psicólogo clínico;
- h) Radiólogo;
- i) Técnico anesthesiólogo;
- j) Técnico en el manejo de aparatos para electro diagnóstico;
- k) Técnico en medicina nuclear;
- l) Terapeuta ocupacional;
- m) Terapeuta físico;
- n) Radioterapeuta;
- o) Trabajadora social; y
- p) Trabajador clínico.

5.39 planeación: Proceso para determinar los objetivos y estrategias de un proyecto, así como la secuencia de actividades y su calendarización, los recursos y la organización requeridos para su realización.

5.40 presentación de resultados: Serie de actividades para la elaboración de productos a partir de la información estadística generada en un proyecto determinado.

5.41 procesamiento: Serie de actividades mediante las cuales se ordenan, almacenan y preparan los archivos con la información captada, asegurando su congruencia a fin de proceder a su explotación para la presentación de resultados estadísticos.



5.42 Sistema de información en salud: Conjunto de componentes o módulos que integran las actividades derivadas del proceso de atención a la salud y prestación de servicios, incluyendo los daños a la salud (morbilidad y mortalidad), nacimientos, población y cobertura, además de los recursos humanos, de infraestructura, materiales y financieros; con el propósito de producir y difundir información estadística para la toma de decisiones.

5.43 Sistema nacional de información básica en materia de salud: Sistema que garantiza el intercambio de información y su análisis en materia de salud a nivel nacional, el cual integra de forma estructurada y sistematizada la información básica en materia de salud, a través de los procedimientos, protocolos y las plataformas tecnológicas que permiten su operación. Los Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud, entre los que se encuentran los del Expediente Clínico Electrónico, forman parte del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud.

5.44 Sistema PREI Millenium: Sistema de Planeación de Recursos Institucionales. Sistema informático aplicativo financiero que provee información integral y en línea, a través de un software financiero denominado ERP (Enterprise Resources Planning -Planeación de los Recursos Empresariales-).

5.45 TIC: Abreviatura de Tecnologías de la Información y la Comunicación. Entendiendo éstas como la convergencia tecnológica de la computación, la microelectrónica y las telecomunicaciones para producir información en grandes volúmenes, para consultarla y transmitirla a través de enormes distancias. Engloba a todas aquellas tecnologías que conforman la Sociedad de la Información, como son, entre otras, la informática, Internet, multimedia o los sistemas de telecomunicaciones.

5.46 TRIAGE: Es un sistema de selección para el ingreso de urgencias en un hospital: así se decide quién necesita asistencia urgente y quién puede esperar.

5.47 UMAE: Unidad Médica de Alta Especialidad; unidad que otorga atención médica de alta especialidad a los pacientes y que fomenta la educación y la investigación en salud.

5.48 unidad médica: Al establecimiento físico que cuenta con los recursos materiales, humanos, tecnológicos y económicos, cuya complejidad es equivalente al nivel de operación y está destinado a proporcionar atención médica integral a la población; conforme al Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

a) primer nivel de atención. Lo constituyen las Unidades de Medicina Familiar en donde se otorga atención médica integral y continua al paciente, pudiendo contar con Unidad Médica de Atención Ambulatoria;

b) segundo nivel de atención. Lo constituyen los hospitales generales de subzona, zona o regionales en donde se atiende a los pacientes, remitidos por los servicios de los distintos niveles de atención, de acuerdo con la zona que les corresponda, para recibir atención



diagnóstica, terapéutica y de rehabilitación, de conformidad a la complejidad de su padecimiento, pudiendo contar con Unidad Médica de Atención Ambulatoria;

c) tercer nivel de atención. Lo constituyen las Unidades Médicas de Alta Especialidad y sus Unidades Complementarias, que cuentan con la capacidad tecnológica y máxima resolución diagnóstica y terapéutica.

5.49 validación: Conjunto de actividades para identificar, en la información captada, los datos que cumplen con los requisitos de congruencia lógica y aritmética, completez e integridad, a fin de aplicar a los que no los cumplen, una solución bajo criterios específicos, que aseguren la eliminación de inconsistencias sin afectar los datos originales.

6 Documentos de referencia

- Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de enero de 2017.
- Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 16 de abril de 2008.
- NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de febrero de 2013.
- NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2012.
- NOM-035-SSA3-2012, en materia de información en salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 noviembre de 2012.
- Programa Sectorial de Salud 2020-2024, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de agosto de 2020.
- Acuerdo que establece los lineamientos para la selección de las principales causas de mortalidad y morbilidad, para la clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, 10ª revisión. Secretaría de Salud.
- Norma técnica para la generación de estadística básica, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 12 de noviembre de 2010.
- Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2020-2024.



NORMA EN MATERIA DE INFORMACIÓN EN SALUD EN EL INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL

- Manual de organización de la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico, clave 5000-002-001, con fecha de emisión 8 de abril de 2021.
- Manual de organización de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas, clave 2000-002-002, con fecha de emisión 4 de septiembre de 2017.
- Norma que establece las disposiciones para la aplicación de la vigilancia epidemiológica en el Instituto Mexicano del Seguro Social, clave 2000-001-020.
- Ocho principios rectores de la transformación digital del sector salud. Un llamado a la acción panamericana, publicado por la Organización Panamericana de la Salud, el 21 de abril de 2021.
- Guía para cumplir con los principios y deberes de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, Sector Público, INAI.

7 Disposiciones

7.1 Generales

7.1.1 Además de las disposiciones que aquí se mencionan, es importante establecer la obligatoriedad en el cumplimiento de los aspectos señalados en la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, en materia de información en salud, emitida por el Sistema Nacional de Información en Salud, debiéndose asumir y respetar las definiciones de términos ahí considerados.

7.1.2 La Coordinación de Vigilancia Epidemiológica a través de la DIS y la DAS será el área normativa de la DPM responsable de vigilar y verificar el cumplimiento de la presente norma.

7.1.3 El lenguaje empleado en el presente documento no busca generar ninguna distinción ni marcar diferencias entre hombres y mujeres, por lo que las referencias o alusiones en la redacción hechas hacia un género representan a ambos sexos.

7.1.4 El incumplimiento de las disposiciones incluidas en el presente documento, por los servidores públicos involucrados, será causal de las responsabilidades que resulten conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás disposiciones aplicables al respecto.

7.2 Específicas

7.2.1. La información en salud del Instituto deberá ser integrada a través de los siguientes componentes definidos por la Secretaría de Salud.



NORMA EN MATERIA DE INFORMACIÓN EN SALUD EN EL INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL

- a) Población y cobertura de servicios;
- b) Recursos para la salud;
- c) Servicios para la salud;
- d) Nacimientos;
- e) Daños a la salud y
- f) Demás información en materia de salud.

7.2.2. Actualmente en el Instituto existe un ecosistema digital conformado por diversas aplicaciones desarrolladas al interior del IMSS; así como por aquellas que con motivo de convenios o contrataciones se realizan y operan en algunas Unidades Médicas.

7.2.3. Los sistemas que administra la División de Información en Salud son:

- a) Sistema de Información de Atención Integral a la Salud, SIAIS;
- b) Sistema de Información Médico Operativo, SIMO (versión MS-DOS) y SIMO Central (SIMOC);
- c) TRIAGE;
- d) Inventario Físico de Unidades, IFU en línea;
- e) Sistema de Oportunidad Quirúrgica INDOQ Central (INDOQC)
- f) Sistema de Oportunidad de Consulta de Especialidades INDOCE
- g) Sistema de Acopio de información DATAMART-EM
- h) Sistema de Información de Registro Institucional de Cáncer (RIC)
- i) Sistema de Información de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)
- j) Sistema de Información de Higiene de Manos (PHIMA)
- k) Sistema de Información Complementaria de Influenza

7.2.4. El sistema que administra la División de Información y Soporte Médico es:

- a) Plataforma de Referencia – iCitas

7.2.5. La Secretaría de Salud, por conducto de la Dirección General de Información en Salud, administra la información del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud, SINBA de los siguientes subsistemas utilizados en el IMSS:

- a) Subsistema Epidemiológico Estadístico de Defunciones SEED;
- b) Subsistema de Información sobre Nacimientos SINAC;
- c) Certificado Electrónico de Nacimiento CeN.

7.2.6. Los sistemas administrados por la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico, señalados de manera enunciativas y no limitativa son:

- a) Sistema de Información de Medicina Familiar, SIMF;
- b) Sistema de gestión de cama, SIOC;
- c) Expediente Clínico Electrónico (ECE-IMSS) en su Módulo de Consulta Externa, MoCE
- d) Sistema de Información de la Consulta Externa de Hospitales SICEH;
- e) Sistema de Información de Hospitalización (IMSS-VISTA);



NORMA EN MATERIA DE INFORMACIÓN EN SALUD EN EL INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL

- f) Sistema de Información para el Paciente Hospitalizado, SINPHOS.
- g) Ecosistema digital: APO, Recuperación de citas, Recuperación de Cirugías, etc.

7.2.7. La DAS, administra el portal de indicadores médicos anidado en la página de infosalud.

Y los demás que se adicionen al ecosistema digital que autorice la Dirección de Prestaciones Médicas que coadyuven en la prestación de los servicios.

7.2.8. Para dar información en salud, también deben ser consideradas como fuentes oficiales de información a utilizar, incluso algunas que no son administradas por el área médica, provenientes de los procesos y sistemas descritos a continuación.

Proceso	Siglas / Sistema
Población	<ul style="list-style-type: none">• BDTU. Base de Datos Transaccional Única• ACCEDER UNIFICADO. Sistema de Acceso a Derechohabientes Unificado• SINDO. Sistema Integral de Derechos y Obligaciones
Recursos para la salud	<ul style="list-style-type: none">• SIAP. Sistema Integral de Administración de Personal• Sistema PREI MILLENIUM. Módulo
Prescripción	<ul style="list-style-type: none">• SAI-F. Sistema de Abasto Institucional de Farmacias• SEI.-Sistema Ejecutivo de Información de Medicamentos
Incapacidades	<ul style="list-style-type: none">• SCI. Sistema de Control de Incapacidades• NSSA. Sistemas de Subsidios y Ayudas
Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento	<ul style="list-style-type: none">• CSI.-Sistema de Control de Servicios Integrales• Centro de Insuficiencia Renal Crónica
Vigilancia Epidemiológica	<ul style="list-style-type: none">• Sistemas especiales, sistemas de notificación, estudios de casos, confirmación, rectificación de casos:• IBS Integración del Boletín Semanal• SINOLAVE Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica• CVOED Centro Virtual de Operaciones en Emergencias y Desastres
Salud en el Trabajo	<ul style="list-style-type: none">• SISAT.-Sistema de Información de Salud en el Trabajo. Dictaminación, MEST.-Módulo Electrónico de Salud en el Trabajo,• ST5.-Riesgos de trabajo ocurridos, terminados y casos de invalidez.



Proceso	Siglas / Sistema
Pensiones	• SPES Sistema de Pensiones
Presupuesto	• PREI MILLENIUM.-Presupuesto, contabilidad

7.2.9. Todos los sistemas de información en salud antes descritos, forman parte del ecosistema digital del Instituto, por lo que los administradores de cada sistema deben ayudar en el incremento de la capacidad, para el intercambio de información.

7.2.10. La DIS es responsable de:

7.2.10.1. Normar los procedimientos del Archivo Clínico y participar en la definición del indicador de personal involucrado en el proceso de generación de información en salud en las Unidades Médicas y en las JSPM.

7.2.10.2. Normar el Expediente clínico en papel y electrónico, alineándose respectivamente a NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico y a la NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.

7.2.10.3. Coordinar ante la DIDT el desarrollo y/o actualización del Expediente clínico Electrónico/Historia Clínica Digital en aspectos de información en salud, así como su vinculación y transferencia con los sistemas de información estadísticos vigentes.

7.2.11. Principios

7.2.11.1. Considerando que la transformación digital es una realidad irreversible convencidos en los beneficios de la tecnología de la información, la Organización Panamericana de la Salud, insto a todas las instituciones y trabajadores del sector salud, al uso de 8 principios rectores de la transformación digital en el sector de la salud, descritos en el Apéndice A de esta norma, los cuales deberán ser tomados como guía para quienes trabajan en la generación de la información en salud.

7.2.11.2. Al mismo tiempo, la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, establece que el tratamiento legítimo, controlado e informado de los datos personales se basa en 8 principios y deberes que los responsables deben observar en el tratamiento de los datos personales, descritos en el Apéndice B de esta norma.

7.2.12. Grupos Interdisciplinarios

7.2.12.1. La DIS, como representante de la DPM, integrará de acuerdo con el ámbito de su competencia, grupos interdisciplinarios conformados por servidores públicos designados por las Coordinaciones normativas médicas y no médicas, para establecer acuerdos sobre la



NORMA EN MATERIA DE INFORMACIÓN EN SALUD EN EL INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL

planeación, diseño, captación, producción, actualización, organización, procesamiento, integración, publicación y divulgación de información en salud.

7.2.12.2. La DAS, como representante de la DPM, integrará de acuerdo al ámbito de su competencia, un grupo interdisciplinario conformado por servidores públicos designados, para la elaboración del “MMIM” para el diseño de indicadores de proyectos y programas de las Coordinaciones normativas de la DPM, y para la elaboración de sistemas de evaluación, incluida la evaluación del desempeño de los OOAD y UMAE, además de establecer acuerdos para el análisis de información en salud, estudios, informes y reportes que contribuyan a los objetivos y metas de los procesos de atención médica otorgados.

7.2.12.3. La DIS y/o la DAS en el ámbito de su competencia presidirán y coordinarán las reuniones de los grupos interdisciplinarios con los integrantes o las autoridades sectoriales correspondientes.

7.2.12.4. Todos los integrantes de los grupos interdisciplinarios podrán proponer asuntos y se desarrollarán al menos con los siguientes puntos: lista de asistencia, minuta de acuerdos, seguimiento de los acuerdos pendientes de reuniones anteriores y aprobación de acuerdos.

7.2.12.5. El o los grupos interdisciplinarios de información en salud y/o análisis y evaluación de desempeño en el ámbito de sus atribuciones, coadyuvarán en el análisis de los datos, indicadores, procesos, procedimientos y sistemas que integran la información en salud, así como el gobierno de datos del ecosistema digital, con el fin de colaborar como responsables de la información.

7.2.12.6. El o los grupos interdisciplinarios llevarán a cabo reuniones de conformidad a lo previamente acordado por sus integrantes.

7.2.12.7. Los grupos interdisciplinarios estarán constituidos por:

Con derecho a voz y voto:

- Dirección de Prestaciones Médicas
 - El Titular de la División de Información en Salud, será el Secretario Técnico del Grupo de información en salud
 - El Titular de la División de Análisis en Salud, será el Secretario Técnico del Grupo de Análisis y Evaluación de desempeño
 - Las Coordinaciones Normativas de la DPM o Direcciones Normativas del IMSS y sus Divisiones como miembros podrán nombrar a un representante, de acuerdo al tema a tratar a través de oficio dirigido al Secretario Técnico



NORMA EN MATERIA DE INFORMACIÓN EN SALUD EN EL INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL

- En caso de que alguna de las Direcciones Normativas, tenga interés o competencia en incluir nuevos temas, podrán ser convocadas de manera presencial o virtual o a través de la designación de un representante, de acuerdo al tema a tratar a través de oficio u correo electrónico dirigido al Secretario Técnico.

7.2.12.8. Las decisiones del grupo interdisciplinario se aprobarán por mayoría de votos, en el caso de existir empate en la votación, el Secretario Técnico tendrá voto de calidad.

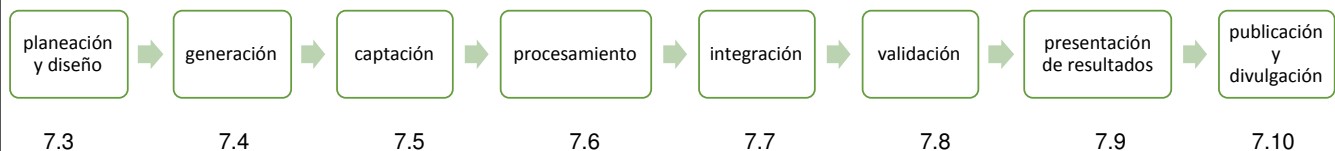
7.2.12.9. Los acuerdos se emitirán mediante oficios, para dejar constancia oficial de los mismos, como providencia, sobre todo en los casos complejos o de importante trascendencia.

7.2.12.10. Los acuerdos del grupo interdisciplinario serán comunicados a todos los servidores públicos involucrados y su aplicación será de carácter obligatorio para las unidades administrativas generadoras de información.

7.2.13. Proceso de Generación de Información

El proceso de generación de información en salud se compone de los siguientes elementos (Figura 1): planeación y diseño, generación, captación, procesamiento, integración, validación de la calidad, presentación de resultados y publicación y divulgación, mismos que deberán observarse y aplicarse en las Unidades Médicas, los OOAD, las UMAE; así como en las áreas competentes del nivel normativo.

Figura 1. Proceso de generación de información en salud



7.3 Planeación y diseño de información en salud

7.3.1. Las Coordinaciones Normativas de la DPM:

7.3.1.1. Podrán solicitar nuevos requerimientos de información; así como las posibles modificaciones a los sistemas de información en salud.

7.3.1.2. Deberán sustentar las solicitudes de modificación a la DIS mediante evidencias documentadas sobre necesidad y demanda de información; éstas deberán corresponder con los objetivos y estrategias de los programas institucionales.



7.3.1.3. Deberán consensar con la DIS las propuestas de modificación de los formatos fuente. Dicha solicitud deberá realizarse a la DIS mediante un requerimiento oficial.

7.3.1.4. Todo nuevo proyecto de información deberá sujetarse a una planeación en la que se precisen: los objetivos, las estrategias generales para su desarrollo, las tecnologías de información y comunicaciones que serán aplicadas en la generación del proyecto, el programa general de todas las actividades involucradas en el proyecto, los tiempos estimados para su realización, las medidas para el resguardo de la información, de manera que puedan asegurarse los materiales, archivos electrónicos y la confidencialidad de los datos individuales y el seguimiento documental de las decisiones, procedimientos y desarrollo de las actividades a lo largo del proyecto.

7.3.1.5. Consensuada la nueva información, si implicó modificación de algún sistema que forme parte del ecosistema digital, la Dirección Normativa responsable deberá notificar a todos los involucrados desde el nivel operativo hasta el normativo y solicitar las actualizaciones correspondientes en las evaluaciones y análisis de la nueva información.

7.3.2. Sobre la planeación

7.3.2.1. La DIS será responsable de:

7.3.2.1.1 Representar a la DPM, ante la DIDT en la integración y seguimiento del portafolio y/o cartera de proyectos tecnológicos relacionados con la generación de información en salud.

7.3.2.1.2 Realizar diagnósticos de factibilidad sobre las solicitudes de modificación a los medios de registro, ya sean electrónicos o en formatos oficiales, así como el impacto en los sistemas de información y notificar a las Coordinaciones Normativas, la factibilidad, pertinencia e impacto en la estadística institucional de las modificaciones solicitadas.

Las solicitudes de modificación acordadas podrán ser incluidas en el portafolio y/o cartera de proyectos tecnológicos de la DIS.

7.3.2.1.3 Coordinar la incorporación de los estándares establecidos por la Organización Mundial de la Salud, y el CEMECE, en materia de codificación clínica, mediante el empleo de las familias de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE), en su revisión vigente.

7.3.2.1.4 Promover en colaboración con el grupo interdisciplinario que los sistemas de información en salud operen de manera coordinada y en seguimiento a los planes y programas de la DPM y en apego a los lineamientos sectoriales de información en salud.



7.3.3. Sobre el diseño

7.3.3.1. La DIS será responsable de:

7.3.3.1.1. Coadyuvar en la identificación de las necesidades de información, colaborando en la definición y diseño conceptual, de la captación y procesamiento de la misma a través de criterios de validación y la presentación de resultados.

7.3.3.1.2. Representar a las Coordinaciones Normativas de la DPM, ante la DIDT, para el diseño, desarrollo y actualización de los sistemas y servicios en materia de tecnologías de la información en salud.

7.3.3.1.3. Supervisar y validar el diseño y mejora de los sistemas, en conjunto con las Coordinaciones Normativas involucradas.

7.3.3.1.4. Integrar, establecer o consensuar de acuerdo con las necesidades de información variables o datos y su formato para estandarizar las bases de datos de información en salud.

7.3.3.1.5. Diseñar el procesamiento de la información en salud a través de la determinación, desarrollo y ejecución de procedimientos en los sistemas de información; adicionalmente, deberán aplicarse validaciones de la información estadística y de la generación de resultados.

7.3.3.1.6. Elaborar los procedimientos, coordinar el diseño o actualizar formatos e instrucciones de operación para la generación y el registro y captación de la información médica.

7.3.3.1.7. Cuando existan nuevos sistemas de información a integrarse al ecosistema digital, serán promovidos al interior de la DPM como mejora o por instrucciones sectoriales. La DIS participará en los trabajos de revisión, validación, transferencia e integración de los datos a los repositorios centrales para la captación y generación de información en salud.

7.4 Generación de información en salud

7.4.1 El proceso de generación de información será el conjunto de procedimientos y actividades llevados a cabo por el personal médico y profesionales de la salud en el ejercicio de sus funciones de atención a los usuarios de servicios de salud, con el objetivo de crear la información en salud del Instituto.

7.4.2 La CIAE y OIMAC, deberán supervisar los procesos de generación y vigilar el uso adecuado de los sistemas de información.



7.4.3 La DIS será responsable de:

7.4.3.1 Elaborar y actualizar los documentos normativos, guías y manuales en materia de criterios técnicos de los procesos, así como de la generación, integración, difusión, conservación y uso de la información en salud.

7.4.3.2 Promover la capacitación teórico-práctica para el personal que forma parte de los procesos de la generación, integración, difusión, conservación y uso de la información en salud.

7.4.4 Codificación Clínica

7.4.4.1 En todo momento se utilizarán las Clasificaciones Internacionales acordadas por México e implementadas en el marco del Sistema Nacional de Información en Salud, bajo las indicaciones establecidas por el Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades y Centro Colaborador para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS en México (CEMECE); así como también los Catálogos Oficiales, sean Nacionales y/o Institucionales, según sea el caso.

7.4.4.2 La DIS deberá documentar, implementar, mantener y garantizar que la clasificación y codificación de datos se realice de manera efectiva, para lo cual definirá indicadores sobre calidad de la codificación para la medición de la asignación de códigos imprecisos, incorrectos, e insuficientes para la determinación de diagnósticos y contenidos bien definidos.

7.4.5. Capacitación

7.4.5.1. La DIS deberá documentar e implementar un programa continuo de capacitación y sensibilización al personal involucrado, que sea acorde con la operación estadística, el programa, orientado al personal operativo de las Unidades Médicas y OOAD que deberá contener al menos los siguientes aspectos:

- a) Importancia de la confidencialidad estadística y la transparencia en el reporte de la información,
- b) Marco teórico y conceptual de la operación estadística (ecosistema digital en salud),
- c) Manejo de herramientas, equipos y tecnología requerida,
- d) Contextualización sobre los sistemas de información, sus manuales, catálogos y procesos de codificación y validación,
- e) Procedimientos para el seguimiento y la supervisión de la recolección de datos,
- f) Capacitación y supervisión del proceso de codificación,
- g) Seguimiento de indicadores sobre la calidad de la información,
- h) Capacitación sobre las bases fundamentales para los procesos de análisis y evaluación de los datos,
- i) Criterios para la evaluación de desempeño y seguimiento de indicadores seleccionados



7.5 Captación de información en salud

7.5.1 La captación de toda la información en salud se realizará únicamente en los sistemas y formatos oficiales vigentes establecidos.

7.5.2 El personal que otorgue servicios de salud en las Unidades Médicas, así como el personal del ARIMAC, deberán registrar la atención proporcionada a los derechohabientes y no derechohabientes en los sistemas de información o formatos de registro vigentes cumpliendo con los atributos de calidad: oportunidad, cobertura, integridad, validez, veracidad y consistencia.

7.5.3 El personal que otorgue servicios de salud en las Unidades Médicas será responsable de entregar la totalidad de formatos al ARIMAC, dentro de los tiempos establecidos, de acuerdo con lo señalado en los instructivos para cada formato fuente, con el objetivo de que los datos médicos sean captados en los sistemas de información vigentes.

7.5.4 La DIS será responsable de proporcionar los procedimientos e instrucciones de operación para el buen funcionamiento de los sistemas de información de acuerdo con la estructura en las Unidades Médicas.

7.5.5 Para mejorar la captación de datos, la transferencia de información en salud, entre la información de los sistemas que conforman el ecosistema digital en salud, se requieren acordar protocolos, catálogos maestros de información y procedimientos de transferencia específica de información.

7.5.6 La DIS coordinará por conducto de la DIDT, la transferencia de datos e información de los sistemas existentes a repositorios de información establecidos para tal fin, considerando la integración y actualización de bases de datos. El acceso requiere aval de la DIS.

7.5.7 Cuando las Coordinaciones Normativas de IMSS, los OOAD o las UMAE se encuentren en la definición de los acuerdos para establecer un Convenio interinstitucional, en el que se considere intercambio de información en salud, deberán notificar a la DIS con el propósito de que se proporcionen las indicaciones necesarias para la identificación de los pacientes y de los servicios que les sean otorgados, conforme a los alcances de los procedimientos y de los sistemas de información institucionales o se identifique la necesidad de elaborar cartas de confidencialidad que regulen la salvaguarda de la información nominal.

7.5.8 Cuando las Coordinaciones Normativas de la DPM celebren contratos o convenios para el uso de sistemas externos que requieran transferencia y remisión de datos personales, deberán supervisar el cumplimiento de las obligaciones que impone la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.



7.6 Procesamiento de información en salud

7.6.1 El personal médico y los profesionales; así como el del ARIMAC deberán incorporar las atenciones médicas otorgadas en los sistemas de información en salud.

7.6.2 Los Jefes de Servicio de las Unidades Médicas deberán validar la información registrada en los formatos o fuente vigentes, previa a su entrega al ARIMAC.

7.6.3 Los Directores de las Unidades Médicas serán responsables de la información en salud que generen y proporcionen.

7.6.4 El Director de la UMAE y su cuerpo de gobierno serán responsables de la información en salud que generen y proporcionen

7.6.5 El personal del ARIMAC deberá:

7.6.5.1 Concentrar la información en salud derivada de las atenciones médicas otorgadas en los diferentes servicios de la Unidad Médica.

7.6.5.2 Realizar la codificación de información de acuerdo con los criterios establecidos, por la CIE-9 MC y la CIE-10, en los sistemas de información que así lo requieran.

7.6.5.3 Ser responsable del correcto procesamiento estadístico de la información en salud, derivada de la atención médica.

7.6.5.4 Validar la información en salud derivada de las atenciones médicas otorgadas en los diferentes servicios de la Unidad Médica, previo a su entrega a la CIAE o a la OIMAC.

7.6.5.5 Remitir a la CIAE o al OIMAC la información en salud que se genera en la Unidad Médica, de manera oportuna conforme a las fechas marcadas en los calendarios y mediante el uso de los flujos establecidos.

7.6.5.6 La CIAE y la OIMAC deberán:

7.6.5.7 Vigilar la adecuada operación de los sistemas de información en salud en las Unidades Médicas de su ámbito de responsabilidad.

7.6.5.8 Ser responsables de gestionar y vigilar la asignación y disponibilidad de recursos humanos, materiales, tecnológicos y de capacitación en su ámbito de responsabilidad.

7.6.5.9 Supervisar en los sistemas de información la adecuada configuración de catálogos y procedimientos de cierre.



7.6.5.10 Gestionar con apoyo de los Directores de las Unidades Médicas ante la Coordinación Delegacional de Informática o la División de Ingeniería Biomédica, la dotación de equipamiento y el soporte técnico necesario para el funcionamiento adecuado de la infraestructura informática y tecnológica para realizar el proceso de generación de información en salud.

7.6.5.11 Deberán concentrar la información en salud generada por las Unidades Médicas de su responsabilidad.

7.6.5.12 Deberán validar la información en salud proporcionada por el ARIMAC previo a su entrega a la DIS.

7.6.5.13 Deberán remitir a la DIS la versión definitiva de la información en salud que se genera en las Unidades Médicas de su ámbito de responsabilidad, en forma oportuna en las fechas marcadas en los calendarios y mediante el uso de los flujos establecidos.

7.6.5.14 Deberán asegurar que la información en salud que se proporcione a la Secretaría de Salud Estatal, sea la misma que la reportada por la DIS a nivel nacional.

7.7 Integración de información en salud

7.7.1 La CIAE integrará y validará la información en salud a nivel OOAD.

7.7.2 La OIMAC integrará y validará la información a nivel UMAE.

7.7.3 La DIS:

7.7.3.1 Establecerá los plazos de cierre e integración en las unidades, OOAD y a nivel nacional.

7.7.3.2 Integrará y validará la información de los OOAD enviada por la CIAE para realizar el concentrado a nivel nacional.

7.7.3.3 Realizará visitas de supervisión a la CIAE y Unidades Médicas a fin de constatar que la información que se integra a nivel nacional se apega a la registrada en los formatos fuentes por el personal médico y los profesionales en salud.

7.8 Validación de información en salud

7.8.1 El proceso de validación deberá iniciar con el seguimiento de los resultados de la Integración de los datos, asegurando su integridad, cobertura y congruencia.

7.8.2 La CVE y la DIS debe documentar, mantener y garantizar la validación de la información, a través de la consulta, aplicación y autorización de pruebas de transferencia e



integridad, a través de mecanismos pertinente según el instrumento de recolección. Para los formatos físicos (como las hojas RAIS) el proceso de validación deberá ser manual, y tendrá que ser realizado desde los procesos locales. Para los registros electrónicos o bases de datos, la validación debe ser de carácter automatizada y debe realizarse mensualmente en las unidades médicas y/u OOAD en forma previa al envío de la información al nivel normativo.

7.8.3 La información resultante del proceso de validación de la información recolectada debe garantizar la calidad a través de la integridad, consistencia y congruencia de los datos.

7.8.4 Imputación

7.8.4.1 Cuando se detecten inconsistencias se deberá documentar el tipo de errores u omisiones presentadas, a fin de que se implemente en forma precisa y por escrito, cuando así se justifique, el proceso de imputación ante casos evidentes, abordándose los siguientes aspectos: seleccionar el método que se utiliza, determinar y documentar cuándo se agregan o se remplazan los datos, cuando deberá ser factible añadir o sustituir valores de los datos (por ejemplo, el sexo), y escribir los nuevos valores en el nuevo conjunto de datos, marcándolos como datos imputados.

7.8.4.2 Para las labores de validación es fundamental la documentación generada por el procesamiento de la información estadística. Se deberá verificar la definición de los cálculos, estimaciones, comparaciones, empalme con series históricas, etc., versus la información estadística resultante. Las labores de validación efectuadas completan la documentación correspondiente al procesamiento de la información. Así mismo, es posible que la revisión de la documentación genere la necesidad de mejorar y/o completar su contenido, para lo cual el área responsable de subsanar las inconsistencias (única) es la encargada de coordinar la actualización de la documentación; en este caso el área responsable de la recepción y revisión de las bases de datos al interior de la DIS.

7.8.4.3 Toda vez que se haya concluido el proceso de validación de la información, la base de datos será considerada como cerrada. El estatus será preliminar si se trata de bases de datos mensuales o definitiva si se refiere al cierre anual, no debiéndose modificar las cifras toda vez que se ha comunicado a los usuarios de la información el cierre definitivo.

7.8.4.4 Cualquier actividad de corrección (incluyendo las imputaciones esenciales) que altere los datos originales se deberá llevar a cabo en esta fase; cuando los datos son considerados incorrectos, faltantes o poco confiables, se pueden insertar y/o corregir nuevos valores. El proceso de imputación cubre una gran variedad de métodos, por lo cual se deberán contemplar diversas alternativas: en el caso de determinar si se agregan o se cambian los datos, definir previamente en qué casos y a través de que metodologías se harán tales cambios; imputar nuevos valores (por ejemplo, sexo, cuando este sea obvio), marcándolos como cambiados.



7.8.5 Calidad de la Información

7.8.5.1 La información generada por los sistemas institucionales debe cumplir con los siguientes atributos de calidad, según lo establecido por la NOM-035-SSA3-2012:

- a) Oportunidad:** Se refiere a la prontitud en la disponibilidad de la información, medida a partir del tiempo transcurrido desde la fecha de ocurrencia del evento o desde la fecha de solicitud.
- b) Cobertura:** Se refiere a la proporción de la población objetivo captado en un sistema de información.
- c) Integridad:** Se refiere a la propiedad de completez de la información, indicada por la proporción de información faltante (no especificada).
- d) Validez:** Se refiere a la proporción de la información fuera de los rangos y valores permitidos.
- e) Veracidad:** Se refiere a la concordancia entre la información captada y la realidad.
- f) Consistencia:** Se refiere a la coherencia interna de la información contenida en cada sistema de información y a la coherencia externa entre sistemas.

7.8.5.2 La medición y seguimiento de estos atributos deberá formar parte del proceso de mejora continua de los procesos estadísticos de los diferentes sistemas de información.

7.8.5.3 De acuerdo con los atributos de la información mencionados anteriormente, la presente norma deberá establecer validaciones que permitan integrar información al Sistema Nacional de Salud respecto a la producción de estadísticas oficiales con estándares de calidad, según los atributos marcados por la NOM-035-SSA3-2012.

7.8.5.4 Para ello, deberá definirse el procedimiento para la medición de un índice global de calidad de información (ponderado a partir de diversos indicadores preseleccionados) que represente su nivel de cumplimiento, siendo relevante el seguimiento mensual de dicho índice, tanto con la información nacional como con aquella a nivel de los OOAD y Unidades Médicas.

7.8.5.5 Deberá asimismo darse seguimiento mensual a una serie de indicadores de calidad seleccionados.

7.8.5.6 Toda Unidad Médica del IMSS deberá contar con un sistema de seguimiento de la calidad de la información y las herramientas y metodologías necesarias para su operación y cálculo;



7.8.5.7 Los Indicadores de Calidad deberán:

- a) Ser representativos del componente o atributo que se pretende medir.
- b) Tener una metodología claramente definida.
- c) Ser de fácil interpretación.
- d) Ser comparables a través del tiempo y el espacio.
- e) Ser comparables entre Unidades Administrativas, cuando esto aplique.

La implementación de esta sección de la norma no excluye la aplicación y cumplimiento de otros lineamientos sobre calidad de los datos generados y/o adoptados por la propia CVE.

7.8.5.8 De los Informes de Calidad de las Unidades Médicas y los OOAD:

7.8.5.8.1 Deberán generar Informes sobre la calidad de la Información, sobre los indicadores que determine el área normativa y con la frecuencia que lo determine.

7.8.5.8.2 Deberán identificar las áreas de mejora y la elaboración de un plan de acción, de acuerdo con las necesidades diagnosticadas en los reportes respectivos

7.8.5.8.3 Los Informes de calidad deberán describir el grado de cumplimiento de los atributos de calidad de la información de acuerdo con lo establecido en la presente norma, según lo determine la DIS.

7.8.5.8.4 La CIAE y la OIMAC, validarán en los OOAD la información y documentos generados respecto al cumplimiento de los procesos de generación de información en salud.

7.8.5.8.5 Las Coordinaciones Normativas de la DPM y la DIS orientarán, capacitarán y coadyuvarán con los Órganos Normativos y de Operación Administrativa Desconcentrada competentes, en el desarrollo de propuestas de funciones, normas de operación, nuevos esquemas de funcionamiento y criterios de clasificación de unidades de servicio que garanticen la calidad de los servicios de salud.

7.9 Presentación de resultados

7.9.1 El personal del ARIMAC, la CIAE, el OIMAC realizarán las actividades necesarias para elaborar los productos, a partir de la información en salud captada en sus OOAD y UMAE, asegurando su congruencia a fin de proceder a su uso para la presentación de resultados estadísticos.

7.9.2 La Coordinaciones Normativas de la DPM, deberán proporcionar los elementos de diseño y elaboración que deberán integrarse en las consultas y presentación de los productos de información, orientados a satisfacer sus necesidades de información.



7.9.3 En la presentación de resultados se deberán cubrir los productos previstos en el diseño de información, considerando los ajustes necesarios.

7.9.4 La DIS deberá:

7.9.4.1 Realizar las actividades necesarias para elaborar los productos, a partir de la información en salud captada a nivel nacional, asegurando su congruencia a fin de proceder a su uso para la presentación de resultados estadísticos, para ello deberá tomar en cuenta los lineamientos para la selección de las principales causas de mortalidad y morbilidad.

7.9.4.2 Considerar el uso de nuevas tecnologías de información y comunicaciones que favorezcan la accesibilidad a los datos por parte de los usuarios; para ello se pone a disposición la página info.salud.imss.gob.mx, sistemas, tableros de información o repositorios intermedios, para que los usuarios realicen la presentación de información de acuerdo con sus necesidades.

7.10 Publicación y divulgación

7.10.1 Esta etapa tiene por objeto poner a disposición de los usuarios el conjunto de información a través del producto de información y sus diversas presentaciones. En forma previa al proceso de difusión de información, es indispensable la identificación del universo de población usuaria; por lo cual el responsable del proceso debe identificar y ubicar a los potenciales destinatarios (internos y/o externos) de la información estadística generada.

7.10.2 El ARIMAC deberá difundir a través de informes, reportes, correos al cuerpo de gobierno de la Unidades Médicas y entre sus servicios, la información en salud generada en la Unidad.

7.10.3 El OIMAC deberá difundir a través de informes, reportes, correos al interior de la UMAE, la información en salud que se genera en las Unidades Médicas de su ámbito de responsabilidad.

7.10.4 La CIAE deberá difundir a través de informes, reportes, correos al interior de la JSPM, la información en salud que se genera en las Unidades Médicas de su ámbito de responsabilidad.

7.10.5 La JSPM y sus coordinaciones médicas serán responsables de la información en salud que difundan a nivel estatal.

7.10.6 La DIS deberá:

7.10.6.1 Determinar la estrategia, forma y medios de difusión de los resultados, de acuerdo con las especificaciones temáticas, con una estructura y contenido que dé respuesta a las necesidades y requerimientos de los usuarios teniendo en cuenta, además del Calendario



NORMA EN MATERIA DE INFORMACIÓN EN SALUD EN EL INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL

de Difusión, los siguientes aspectos:

- a) Relevancia de los cuadros de salida y demás productos a difundir conforme a los requerimientos de información identificados y el objetivo de la operación estadística en cuestión.
- b) Procedimientos para la difusión (cuadros, tableros, publicaciones electrónicas, mapas dinámicos, graficadores, medios impresos, sitios web, correos electrónicos).
- c) Medios de difusión tales como Informes, Boletines, Panoramas Diagnósticos de Salud.
- d) Independientemente de su presentación, la difusión de la información estadística debe estar a disposición de las partes interesadas de manera oportuna, siendo indispensable la difusión de los metadatos de los conceptos puestos a consideración de los usuarios.

7.10.6.2 Realizar la promoción de los productos generados, incluyendo el uso de redes institucionales, blogs y sitios web (internos y cuando sea posible, externos); así como la medición de la satisfacción de los usuarios, y

7.10.6.3 Cuando sea el caso, dar el seguimiento a las solicitudes particulares tramitadas a través del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales que realicen los usuarios sobre acceso a la información y procesamiento adicional de los datos de acuerdo con la normatividad aplicable.

7.10.6.4 Ser responsable de difundir la información institucional con base en los criterios de calidad establecidos.

7.10.6.5 Publicar bimestralmente a los niveles normativo, OOAD y operativo las cifras oficiales de Población Adscrita a Médico Familiar, proporcionadas por la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR).

7.10.6.6 Publicar semestralmente el Inventario Físico de Unidades (censo de recursos físicos y materiales), la última publicación deberá ser considerada la información oficial.

7.10.6.7 Publicar y difundirá oportunamente a nivel nacional los reportes generados a partir de la información en salud mediante el uso de las diferentes herramientas tecnológicas disponibles en el Instituto.

7.10.6.8 Elaborar y difundir a los niveles normativo, OOAD y operativo los anuarios estadísticos de información, de acuerdo con la organización de la información en salud establecida y

7.10.6.9 Publicar información complementaria que permita a los usuarios conocer las características metodológicas, técnicas y conceptuales aplicadas en la generación de las



estadísticas.

7.10.6.10 La publicación y vinculación intra y extra institucionales de las cifras oficiales de información en salud, será responsabilidad exclusiva de la DIS, previa validación de las Coordinaciones Normativas de la DPM.

7.10.7 Los datos e informes que los sistemas proporcionen serán gestionados con base en los principios de confidencialidad y reserva, por lo que no podrán divulgarse en forma nominativa o individualizada. Cuando se deba divulgar la información a que se refiere el párrafo anterior, ésta deberá estar anonimizada de tal manera que no se pueda identificar a las personas objeto de la información.

7.10.8 Los datos e informes de carácter confidencial únicamente se proporcionarán a las autoridades competentes o al propio interesado de acuerdo con las leyes, reglamentos y normas vigentes que rigen este tipo de información.

7.10.9 La periodicidad de publicación de la información reportada puede ser anual, semestral, trimestral o mensual; y en periodos menores a un año, se considerará de carácter preliminar hasta el cierre anual que será publicado por la DIS y éste tendrá el carácter de oficial.

7.10.10 La información de carácter preliminar se considera como reservada, no podrá proporcionarse hasta el cierre anual.

7.10.11 Para la difusión de resultados la DIS deberá considerar el uso de nuevas tecnologías de información y comunicaciones que favorezcan la accesibilidad a los datos por parte de los usuarios; para ello se pone a disposición la página info.salud.imss.gob.mx o tableros de información o datos abiertos.

7.11 Organización de la información

7.11.1 Catálogos maestros

7.11.1.1 El conocimiento e información generado por los sistemas de información, requiere de fuentes de datos confiables, por lo que la DIS, elaborará, revisará y actualizará los catálogos maestros de la Dirección de Prestaciones Médicas como una estrategia de gestión, intercambio, calidad, análisis y elaboración de informes. El uso de estos catálogos es parte del Gobierno de datos en la información en salud, por lo que el uso y aprovechamiento del ecosistema digital y de futuras aplicaciones de inteligencia o DATAMARTS, entre otros, permite el control y distribución de información ordenada.

7.11.1.2 Los Catálogos maestros que, de manera enunciativa, más no limitativa deben utilizarse en los sistemas de la DPM son:



NORMA EN MATERIA DE INFORMACIÓN EN SALUD EN EL INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL

- a) Catálogo único de unidades médicas en servicio con productividad CUUMSP
- b) Catálogo de servicios y especialidades
- c) Catálogo de CIE-10
- d) Catálogo de CIE-9-MC
- e) Catálogo de claves de Medicamentos, para la emisión de receta electrónica
- f) Inventario Físico de Unidades, entre otros.

7.11.1.3 El uso de estos catálogos es un mecanismo sostenible de intercambio e integración de información, por lo que su aplicación en los sistemas es indispensable.

7.11.1.4 El ARIMAC, es responsable de utilizar los catálogos maestros establecidos en las cargas iniciales y configuraciones de los sistemas de la DIS.

7.11.1.5 Los Administradores de los sistemas del IMSS, deberán utilizar los catálogos maestros establecidos, para homologar la información, para ello trabajarán de manera coordinada con la DIS, quien dará el aval para el alta de nuevas claves, modificaciones o inactivaciones, a través de oficio indicando la fecha de inicio de los registros de productividad.

7.11.2 Población

7.11.2.1 La DIS a través de los grupos interdisciplinarios establecerán en consenso los criterios para que las Coordinaciones Normativas de la DPM, la CIAE, el OIMAC y el ARIMAC utilicen:

7.11.2.2 La información de población total del país, publicada en las proyecciones elaboradas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), con desagregación por grupo de edad, sexo, entidad federativa y municipio.

7.11.2.3 La información de población derechohabiente del IMSS publicada por la Dirección de Finanzas está clasificada en: asegurada, cotizante, pensionada y beneficiaria, separada por trabajadores temporales y permanentes.

7.11.2.4 La información de población que se reporta adscrita a Unidad Médica y a médico familiar o consultorio publicado por la DIR, con desagregación por grupo de edad y sexo. En caso de no contar con el Sistema de Acceso a Derechohabientes (ACCEDER), las cifras serán proporcionadas por el ARIMAC en común acuerdo con la DIR.

7.11.2.5 La información de población usuaria reportada es la generada por el Sistema de Información de Medicina Familiar y el Sistema de Información de Atención Integral de la Salud, con desagregación por grupo de edad y sexo. Esta población está constituida por los derechohabientes que hacen uso de los servicios médicos, por lo menos una vez al año.



7.11.2.6 Las Coordinaciones Normativas de la DPM, la DIS, la CIAE, la OIMAC y el ARIMAC deberán utilizar la información proporcionada por la DIR de población adscrita a médico familiar al 30 de junio del año inmediato anterior, para la construcción de los indicadores médicos en los cuales el denominador es la población institucional.

7.11.2.7 Para el caso de Unidades Médicas que no cuenten con el Sistema de Acceso a Derechohabientes (ACCEDER), el ARIMAC deberá realizar el censo al 30 de junio de cada año para obtener las cifras de población adscrita a médico familiar, con desagregación por grupo de edad, sexo y consultorio.

7.11.2.8 Las estadísticas de mortalidad materna deberán ser verificadas por los comités de mortalidad materna del instituto.

7.11.3 Recursos para la salud

7.11.3.1 Toda la información de recursos para la salud deberá estar vinculada a las Unidades Médicas, a través de las claves establecidas en los catálogos maestros institucionales.

7.11.3.2 Los recursos para la salud estarán conformados por recursos humanos, físicos y materiales.

7.11.3.3 La DIS tiene la competencia y la responsabilidad de modificar el procedimiento, y el catálogo de variables de los recursos físicos y materiales; de uso exclusivo al interior de la DPM, así como de actualizar la información de dichos recursos de las Unidades Médicas, toda vez que fueron autorizados por las Coordinaciones Normativas de la DPM.

7.11.3.4 Las variables sobre recursos físicos y materiales para la salud deberán apegarse a los lineamientos que establece el Sector Salud y a los criterios técnico-normativos establecidos.

7.11.3.5 El ARIMAC, administrará los catálogos de servicios y especialidades en los Sistemas de Información en Salud.

7.11.4 Recursos humanos

7.11.4.1 Las variables sobre recursos humanos para la salud se refieren al personal médico y paramédico que labora en las Unidades Médicas considerando al personal administrativo, así como a todos aquellos profesionales, técnicos y auxiliares del área que apoyan con funciones administrativas en la Unidad Médica. Esta información debe contener datos sobre el número y características del personal.

7.11.4.2 Para integrar la información sobre los recursos humanos en salud, se debe utilizar como fuente la emitida por la Coordinación de Gestión de Recursos Humanos, adscrita a la



Unidad de Personal dependiente de la Dirección de Administración.

7.11.5 Recursos físicos y materiales

7.11.5.1 La información sobre recursos físicos para la salud se refiere al total de Unidades Médicas, de apoyo y administrativas vigentes, así como las áreas que las conforman.

7.11.5.2 La información sobre recursos físicos para la salud deberá contener las características de las Unidades Médicas, principalmente en relación con su tipología, características funcionales y de operación.

7.11.5.3 La DIS deberá asegurar que cada Unidad Médica cuente con la clave institucional correspondiente, así como con la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) acordada en el contexto del Sistema Nacional de Salud, para fines de uso sectorial.

7.11.5.4 La DIS deberá integrar y mantener actualizado el Catálogo Único de Unidades Médicas en servicio y con Productividad (CUUMSP) vigentes, conteniendo al menos los siguientes datos: identificador institucional, nombre, tipo y número de Unidad, OOAD, entidad federativa, municipio, localidad, CLUES, código postal, así como la información adicional que se requiera.

7.11.5.5 La DIS deberá gestionar ante la Dirección de Finanzas, los centros de costos que las Coordinaciones Médicas requieran, de acuerdo con los servicios que integran las Unidades Médicas en sus diferentes niveles de atención.

7.11.5.6 Los recursos materiales para la salud comprenden equipo médico, no médico y mobiliario necesarios para la prestación de los servicios de prevención, atención y rehabilitación médica, así como de investigación y educación.

7.11.5.7 Las Coordinaciones Normativas de la DPM serán responsables de validar las variables de los recursos físicos solicitados por los OOAD y UMAE, de acuerdo con los programas vigentes.

7.11.5.8 Las Coordinaciones Normativas de la DPM deberán notificar a la DIS las variables autorizadas de los recursos físicos solicitados por los OOAD y UMAE.

7.11.5.9 La DIS deberá mantener actualizado el censo de recursos físicos y materiales de acuerdo con las variables determinadas en el "Procedimiento para el registro en el Sistema de Información para la actualización del Inventario Físico de Unidades de la infraestructura y equipo médico instalado y en funcionamiento de las unidades médicas de los tres niveles de atención", con base en las notificaciones recibidas por parte de las Coordinaciones Normativas de la DPM responsables.



7.11.6 Determinantes de salud

7.11.6.1 La información de los determinantes de la salud estará sujeta al desarrollo de los sistemas de información, así como a la disponibilidad y registro de la misma.

7.11.6.2 Los determinantes de salud se evaluarán en factores biogenéticos y personales, así como condiciones de vida y trabajo.

7.11.7 Servicios otorgados

7.11.7.1 Los servicios otorgados se refieren a la atención brindada en cada interacción del paciente con el personal de salud. Incluyen aquellos proporcionados a un derechohabiente o no derechohabiente en forma específica, así como los que se otorgan a la comunidad.

7.11.7.2 Los servicios otorgados a la comunidad de conformidad con la regulación sanitaria, incluyen: las acciones de promoción y educación para la salud, prevención y control de enfermedades a nivel poblacional. El alcance de la División en Salud consiste únicamente en solicitar y verificar que las unidades médicas del IMSS cuentan con Aviso de Funcionamiento sanitario y Licencia Sanitaria, otorgadas por la COFEPRIS, requisito para la gestión de la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES).

7.11.7.3 Los servicios otorgados se clasifican en: consulta externa, hospitalización, atenciones quirúrgicas, atenciones en urgencias, servicios de corta estancia, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, así como las atenciones preventivas realizadas.

7.11.7.4 Se deberá realizar un registro por cada atención otorgada por el personal de salud al derechohabiente, al no derechohabiente o a la comunidad.

7.11.7.5 El registro de información sobre servicios otorgados debe considerar:

7.11.7.5.1. Datos generales de identificación de los derechohabientes y no derechohabientes (número de seguridad social, agregado médico, nombre, edad y género), diagnóstico médico y/o motivo de la consulta o procedimiento.

7.11.7.5.2. Datos de identificación de las Unidades Médicas y del prestador de la atención, clave de identificación, (clave presupuestal o unidad de información), CLUES, nombre del prestador de la atención, matrícula, servicio y fecha de la atención.

7.11.7.5.3. Para la consulta externa se deberán clasificar las consultas en primera vez y subsecuentes, conforme al criterio epidemiológico, con base en el diagnóstico o motivo de la atención, procedimientos y apoyos otorgados en la consulta.

7.11.7.5.4. La información registrada sobre intervenciones quirúrgicas deberá incluir al menos: especialidad, número de cama, tipo de cirugía, hora, procedimiento quirúrgico,



diagnóstico postoperatorio, método de planificación familiar y tipo de anestésico.

7.11.7.5.5. La información para registrar en el servicio de urgencias deberá incluir al menos los siguientes datos: urgencia real, fecha, hora de inicio y término de la atención, afección principal, lugar de ocurrencia, actividad realizada y causa externa de la lesión cuando se trate de traumatismos o envenenamientos, procedimientos practicados y envío del paciente (hospitalización, consulta externa, quirófano, otra Unidad, domicilio, defunción, Unidad de Cuidados Intensivos).

7.11.7.5.6. Para egresos hospitalarios y servicios de corta estancia se deberá registrar al menos los siguientes datos: fecha de ingreso, fecha y hora de egreso, cama, motivo de egreso (curación, abandono, voluntario, defunción, mejoría y transitorio), envío a (consulta de especialidad, medicina familiar, otro hospital), diagnósticos de (ingreso, principal de egreso, secundarios, complicaciones y/o por defunción), autopsias, procedimientos quirúrgicos, métodos de planificación familiar, programa de atención del paciente (corta estancia), ramo de seguro, recetas, incapacidad y médico responsable del alta.

7.11.7.5.7. La información registrada en servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento deberá contener al menos: personas atendidas, estudios o sesiones realizadas a pacientes ambulatorios u hospitalizados.

7.11.7.5.8. La información registrada en atención preventiva se clasificará en los siguientes grupos de acción: promoción, prevención, detección, nutrición y salud reproductiva.

7.11.8 Daños a la Salud

7.11.8.1 La información de daños a la salud integra información de las afecciones y otros motivos de atención y se encuentra clasificada en morbilidad y mortalidad.

7.11.8.2 La fuente primaria para la generación de estadísticas de mortalidad general será el Certificado de defunción. Este documento deberá ser expedido por única vez, en forma gratuita y obligatoria.

7.11.8.3 La obtención de la estadística de mortalidad en unidades hospitalarias debe diferenciarse entre las ocurridas en camas censables y las ocurridas en camas no censables. Las fuentes primarias para la mortalidad hospitalaria son tanto el formato de registro de egreso hospitalario como la copia del certificado de defunción. En caso de discrepancia, se debe dar prioridad a lo señalado en el certificado de defunción.

7.11.8.4 La medición de la morbilidad debe integrar las enfermedades, lesiones, u otros motivos de atención a personas sanas o enfermas que se presentan en la población y que constituyen las principales causas de demanda de los servicios. Dicha estadística debe



NORMA EN MATERIA DE INFORMACIÓN EN SALUD EN EL INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL

acompañarse de datos del paciente, sus datos sociodemográficos, los servicios de salud, y la atención brindada.

7.11.8.5 La información sobre casos nuevos y defunciones de notificación obligatoria se debe realizar según los lineamientos establecidos en la norma sectorial y en la “Norma que establece las disposiciones para la aplicación de la vigilancia epidemiológica en el Instituto Mexicano del Seguro Social”.

7.11.8.6 La información de los daños a la salud de los trabajadores asegurados se obtendrá de los sistemas de información relacionados a salud en el trabajo y corresponderán a los riesgos de trabajo y sus consecuencias, así como a la invalidez ocasionada por enfermedades no relacionadas al trabajo.

7.11.8.7 La DIS deberá asegurar que en los sistemas de información en salud se incorporen los estándares establecidos por la Organización Mundial de la Salud en materia de codificación clínica y selección de causa básica de defunción y de la afección principal, mediante el empleo de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE), en su revisión vigente.

7.11.8.8 La codificación clínica y el procesamiento de las causas de morbilidad y mortalidad deberán efectuarse a nivel de subcategoría (cuatro caracteres), utilizando los volúmenes de la CIE vigente.

7.11.8.9 La generación de tabulados de principales causas de mortalidad debe realizarse conforme a los criterios establecidos por el CEMECE y para fines de publicación, conforme a lo acordado en el Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud (CTESS).

7.11.8.10 La medición de impacto de los daños a la salud se reportará en morbilidad, mortalidad y salud en el trabajo.

7.12 Análisis de Información

7.12.1 Con el objeto de generar conocimiento y producir inteligencia en salud, la DAS deberá en todo momento hacer uso de las bases de datos existentes y mediante el proceso de análisis de información documentar, implementar y obtener resultados a partir de los sistemas de información disponibles.

7.12.2 El contenido de las bases de datos de información estadística definirá en gran medida el alcance del análisis de la información que podrá desarrollarse. Es a partir de la primera que deberá documentarse la metodología correspondiente a lo siguiente:

- a) La coherencia de las cifras y/o la solidez de las series estadísticas;
- b) La verificación de la consistencia interna de las variables;



c) La consistencia y la coherencia de la información estadística obtenida con relación a las series y los indicadores históricos de la misma.

7.12.3 El proceso de análisis de información implica la realización de una serie de fases, las cuales inician a partir de la información ya integrada, para posteriormente lograr la preparación de dichos datos, su limpieza y normalización, la integración potencial de múltiples fuentes, la interpretación de los datos disponibles, la aplicación de metodologías diversas, el modelaje de la información, su transformación gráfica, la construcción de diversos escenarios y la descripción de información hasta la elaboración de diagnósticos situacionales en varios niveles según su enfoque:

- a) Análisis descriptivo
- b) Análisis diagnóstico
- c) Análisis predictivo
- d) Análisis prescriptivo

7.12.4 Los análisis de salud deberán considerar información de los determinantes sociales, así como las condiciones y tendencias de la salud (riesgos, daños, etc.).

7.12.5 Su nivel de desagregación deberá incluir el análisis desde los niveles locales (Unidad Médica) y el OOAD.

7.12.6 Para el desarrollo de los procesos de análisis podrán utilizarse diversas fuentes de información: nacionales o institucionales; información cuantitativa o cualitativa; fuentes formales y fuentes no formales; datos clínicos y no clínicos; datos estructurados y no estructurados.

7.12.7 En el proceso de análisis se podrán utilizar metodologías estadísticas básicas y tradicionales hasta otras de mayor complejidad que forman parte de las herramientas de Big Data (minería de datos, clúster, machine learning, entre otros).

7.12.8 Todo análisis de información deberá asegurar:

7.12.8.1 La descripción de las condiciones de salud según edad, sexo y ámbito geográfico.

7.12.8.2 Destacar los valores extremos encontrados en el estudio, explicando el porqué de las variaciones; así como el contraste de los resultados obtenidos con los resultados esperados.

7.12.8.3 Destacar lo más relevante acerca del conocimiento de los fenómenos (internos y/o externos) que influyeron en la información.

7.12.8.4 Verificar la calidad de los resultados obtenidos. Las actividades en esta fase deben:



NORMA EN MATERIA DE INFORMACIÓN EN SALUD EN EL INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL

- a) Comprobar que la cobertura de la población y las tasas de respuesta son las esperadas;
- b) Comparar los resultados con ciclos previos, en caso de que existan;
- c) Verificar que los Metadatos (fichas técnicas de referencia) están de acuerdo con lo especificado en el diseño previo;
- d) Verificar que los resultados sean congruentes con los resultados obtenidos de otras fuentes de información (tanto fuentes de información internas como externas), en caso de que existan;
- e) Investigar las inconsistencias en los resultados obtenidos; y
- f) Será indispensable documentar los diferentes tipos de errores, y validar los resultados en comparación con las expectativas y la información existente en este dominio.

7.12.9 La DIS deberá garantizar que la información sea comparable respecto a los resultados de otras operaciones estadísticas con temáticas similares, producidas a nivel nacional. Para la comparabilidad de los resultados de la operación, se deben tener en cuenta las nomenclaturas, las clasificaciones y los conceptos y demás aspectos metodológicos definidos para la temática de la operación estadística.

7.12.10 La DAS debe realizar análisis de consistencia o coherencia de la información estadística obtenida con relación a las series de tiempo e indicadores históricos, así como la distribución geográfica de la misma; ello con respecto a otras temáticas similares.

7.12.11 Una vez definida la información que será utilizada, el responsable del análisis en la DAS deberá realizar o en su caso, coordinar o supervisar la realización de las siguientes actividades: calcular algunos indicadores generales (índices, medidas de tendencia central o dispersión, series ajustadas, así como el cálculo de indicadores de calidad apropiados a los datos disponibles).

7.12.12 La DAS en conjunto con el grupo interdisciplinario debe elaborar informes, reportes o documentos basados en la información en salud disponible que apoyen la toma de decisiones de las normativas médicas de los tres niveles de atención en relación con los Programas de Salud y líneas estratégicas de la Dirección de Prestaciones Médicas.

7.12.13 La DAS debe determinar las herramientas tecnológicas requeridas para el análisis de la información estadística obtenida y documentar en cada caso los métodos de análisis definidos para el análisis correspondiente.

7.12.14 Las actualizaciones y/o cambios metodológicos deberán documentarse con el fin de asegurar la congruencia interna de la información; así como la identificación, la explicación y la documentación de los datos atípicos para permitir la correcta interpretación de los resultados.

7.12.15 En todos los casos, dependiendo de los propósitos del análisis, la operación estadística puede utilizar técnicas de análisis geoestadístico, de análisis espacial y modelado para la validación y la consistencia de la información.



7.12.16 La DAS debe definir y documentar la metodología, los procedimientos que se aplicarán para comparar los resultados históricos, con otras fuentes de datos similares y con los hechos sucedidos en el universo de estudio, sobre la temática estudiada, que den explicación de la información estadística obtenida (es decir realizar en todos los casos un análisis de contexto).

7.12.17 Una vez concluido el análisis deberá contarse, en forma integrada, con toda aquella información de soporte incluyendo la interpretación, comentarios, notas técnicas, informes, problemática encontrada, indicadores de calidad con su respectiva interpretación y cualquier otro metadato necesario, y

7.12.18 Aprobar el contenido estadístico y metodológico para su presentación.

7.13 Proceso de evaluación de las prestaciones médicas

7.13.1 La DAS:

7.13.1.1 En conjunto con los representantes de las Coordinaciones Normativas de la DPM participara en el diseño y validación de las bases metodológicas para la evaluación de los servicios médicos que se otorguen en los OOAD y las UMAE.

7.13.1.2 Tendrá bajo sus funciones el coordinar la integración y actualización del Manual Metodológico de los Indicadores Médicos “MMIM”, en colaboración con las demás Coordinaciones Normativas de la Dirección de Prestaciones Médicas.

El Manual Metodológico de Indicadores Médicos “MMIM” se mantiene como el documento técnico normativo que concentra y estandariza las mecánicas de cálculo, los valores nacionales de referencia y las fuentes de información, con las que se integran cada uno de los indicadores para evaluar los procesos de atención médica, que están a cargo de las diferentes Coordinaciones Normativas de la Dirección de Prestaciones Médicas.

7.13.1.3 Elaborar compendios específicos de indicadores que no estén integrados en el MMIM y sean requeridos para el seguimiento y control de proyectos o programas de las Coordinaciones Normativas de la DPM.

7.13.2 La DAS en colaboración con las Coordinaciones Normativas de la DPM, realizará reuniones para la actualización de indicadores, la evaluación del desempeño o de otros sistemas de evaluación de los procesos de atención médica, en seguimiento a los planes y programas de la DPM, del Sector y Nacional.

7.13.3 La DAS será la encargada de recopilar, validar, construir, y difundir resultados de indicadores y la evaluación del desempeño.



NORMA EN MATERIA DE INFORMACIÓN EN SALUD EN EL INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL

7.13.4 Las Coordinaciones Normativas responsables de la definición de indicadores serán las responsables del análisis, control y seguimiento que correspondan para mejorar los resultados logrados.

7.13.5 Las Coordinaciones Normativas de la DPM deberán sustentar solicitudes de modificación, eliminación o nuevos indicadores a la DAS, de acuerdo con los objetivos y estrategias de programas y/o planes de carácter Nacional, Sectorial o Institucional.

7.13.6 La DIS informará a la DAS los cambios o modificaciones a los sistemas de información que administra y son necesarios para la construcción de indicadores con el fin de realizar las adecuaciones en los indicadores involucrados.

7.13.7 La DIS deberá informar a la DAS los reprocesos de información que realice posterior a los cierres mensuales, para que se reconstruyan los indicadores afectados.

7.13.8 La DAS analizará resultados de indicadores y la evaluación del desempeño, a partir de los cuales elaborará los Informes periódicos correspondientes que sirva de apoyo a las Coordinaciones Normativas, OOAD y UMAE.

7.13.9 Las Coordinaciones Normativas deberán analizar y retroalimentar a la DAS sobre la modificación de procesos o actividades médicas que permita la actualización y/o ajustes necesarios a los indicadores para conservar su vigencia.

7.13.10 La CVE debe analizar y evaluar los datos y la información apropiada que surge del seguimiento y la medición del proceso estadístico.

7.13.11 Los resultados del análisis deben utilizarse para evaluar:

- a) La necesidad de reforzar el seguimiento a las fases que integran el proceso de generación de información;
- b) El método de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesaria para asegurar la exactitud y la confiabilidad del resultado del proceso estadístico;
- c) Cuándo se debe llevar a cabo el seguimiento y la medición y
- d) Cuándo se debe analizar y evaluar los resultados del seguimiento y la medición.

7.13.12 Además, los procesos de evaluación permiten conocer la conformidad de la estadística oficial producida, el desempeño y la eficacia del proceso, la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades, así como la necesidad de mejoras en el proceso estadístico.



7.13.13 Resulta altamente recomendable, que la CVE lleve a cabo ejercicios de auditorías internas a intervalos planificados para verificar que la eficacia y eficiencia del proceso estadístico está conforme con los requisitos de la presente norma; los requisitos propios definidos y esperados por la propia CVE para el proceso estadístico y los requisitos técnico legales aplicables a la normatividad sectorial y nacional con relación a la producción de información estadística.

7.14 Interpretación

Corresponde a la Dirección de Prestaciones Médicas, a través de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, por medio de la División de Información en Salud y la División de Análisis en Salud, interpretar para efectos administrativos la presente norma y resolver los casos especiales y los no previstos en la misma.

Transitorios

- Primero** La presente norma entrará en vigor a partir de su registro en el Catálogo Normativo Institucional, previa aprobación del Consejo Técnico del Instituto.
- Segundo** El presente documento actualiza y deja sin efecto a la “Norma que establece las disposiciones en materia de información en salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social”, clave 2000-001-015 y fecha de registro del 27 de noviembre de 2012.



APÉNDICE A

Ocho principios rectores sobre la transformación digital del sector salud


La digitalización de los servicios de salud supone cambios culturales importantes tanto para el personal de salud como para la población en general.

En esta guía se presentan ocho principios rectores dirigidos a orientar a los países de la Región de las Américas en los procesos de transformación de la salud digital.

Su propósito es apoyarlos en la toma de decisiones fundamentadas, la formulación de metas a corto y largo plazo, y la elaboración de políticas públicas sólidas y sostenibles, sin dejar a nadie atrás.



Figura 2: Principios rectores de la transformación digital del sector salud.

Principio	Descripción
 <p>Conectividad universal</p>	<p>Las iniciativas para posicionar al sector de la salud en la era de la interdependencia digital deben vehicularse en políticas sólidas y sostenibles, que logren la comprensión y consideración total de sus características y el abordaje de las necesidades y desafíos, tanto de las personas y comunidades como de los prestadores de servicios. También se deben tener en cuenta los beneficios de considerar la conectividad y el ancho de banda como nuevo determinante social de la salud.</p>






NORMA EN MATERIA DE INFORMACIÓN EN SALUD EN EL INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL

Principio	Descripción
 <p data-bbox="181 577 454 615">Bienes digitales</p>	<p data-bbox="496 352 1445 714">Los bienes públicos digitales, para fortalecer la salud y el bienestar de la población mundial, deben incluir software de código abierto, normas, algoritmos, datos, aplicaciones y contenidos diseñados con la arquitectura y el licenciamiento adecuados. Estos atributos deben permitir escalarlos en poblaciones y contextos diversos, además de aplicar las adaptaciones locales que procedan. Siempre primarán la responsabilidad y la sostenibilidad, pensando en un diseño centrado en el usuario, especialmente en poblaciones vulnerables con necesidades especiales en materia de tecnología y alfabetización digital.</p>
 <p data-bbox="181 1018 451 1119">Salud digital inclusiva</p>	<p data-bbox="496 756 1445 1192">No dejar a nadie atrás en la era digital requiere no solo llegar a las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad, sino también a aquellas personas y grupos poblacionales que no están digitalmente alfabetizados. Las TIC tienen el potencial de reducir las desigualdades en salud, al permitir que las personas accedan a información y herramientas digitales de prevención y cuidado en el momento justo y el formato adecuado. La inclusión digital implica acceso apropiado, habilidades digitales y aspectos de usabilidad y navegabilidad en el desarrollo de soluciones tecnológicas. Todo esto debe alentar la inclusión, pero sin dejar de respetar la autonomía de las personas y poblaciones que decidan no utilizar los servicios digitales.</p>
 <p data-bbox="181 1449 454 1486">Interoperabilidad</p>	<p data-bbox="496 1230 1445 1520">Los sistemas de información para la salud —acceso oportuno y abierto a datos correctamente desagregados, integración de los sistemas nacionales y locales, salud digital y TIC— facilitan la identificación eficaz, la notificación y el análisis de casos y contactos, la búsqueda y detección tempranas de los casos y la definición y el seguimiento de la población de riesgo, de manera segura, interoperable y lo más personalizada posible. Los sistemas deben ser interoperables, abiertos y sostenibles.</p>
 <p data-bbox="214 1801 431 1881">Derechos humanos</p>	<p data-bbox="496 1562 1445 1885">Asegurar la protección de los derechos humanos dentro de la salud digital requiere una revisión profunda de los instrumentos jurídicos relacionados con el sector de la salud. La dignidad humana, en su dimensión individual y social, debe ser uno de los valores fundamentales de este proceso, como también lo es el medio ambiente donde se desarrolla la vida. Para ser justo y equitativo, el marco normativo debe estar desprovisto de todo sesgo geográfico, educativo, cultural, político, religioso o de género.</p>



NORMA EN MATERIA DE INFORMACIÓN EN SALUD EN EL INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL

Principio	Descripción
 Inteligencia artificial	La cooperación mundial en inteligencia artificial implica comprender la dimensión individual y social en una realidad globalizada e interconectada que pertenece a la condición humana. Dicha cooperación, así como el trabajo en redes multisectoriales e interdisciplinarias, es vital a la hora de diseñar y adoptar soluciones de inteligencia artificial que promuevan los enfoques de equidad, género y diversidad cultural con algoritmos seguros, confiables y abiertos.
 Seguridad de la información	Adoptar instrumentos normativos sobre el tratamiento y la protección de datos sensibles de salud, así como pautas y normas internacionales de seguridad para los sistemas de información centrados en el paciente. Estos sistemas deben implantarse respetando los derechos relativos a la salud, a fin de generar una <i>cultura de manejo de datos seguros y confiables</i> , entendida como el equilibrio entre la necesidad de acceder a los datos y la privacidad.
 Arquitectura de la salud pública	La arquitectura de salud pública, en la era de la interdependencia digital, debe enmarcarse en la agenda digital del gobierno. Debe ser transversal, para articular las distintas vertientes de gobernanza y optimizar la planificación estratégica y la gestión de los recursos. Debe basarse en el aprovechamiento de normas y procedimientos a favor de múltiples áreas, no solo de la esfera de la salud; este es el caso de la conectividad y el ancho de banda, que influyen indistintamente en salud, en educación y en todos los sectores de una sociedad moderna.

Referencia: OPS (2021). Ocho principios rectores de la transformación digital del sector de la salud. Un llamado a la acción panamericana. Washington, D.C. IRIS PAHO Inicio. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53730> Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO

Estos principios forman parte de la estrategia mundial sobre la salud, y se fundamentan cuatro objetivos estratégicos, sirven para orientar y coordinar la transformación digital de la salud a nivel mundial, así como para potenciar las sinergias entre las iniciativas y las partes interesadas con el fin de mejorar los resultados sanitarios y mitigar los riesgos conexos a todos los niveles.



I. PROMOVER LA COLABORACIÓN EN EL PLANO MUNDIAL Y FOMENTAR LA TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTOS DE SALUD DIGITAL

El primer objetivo estratégico tiene el propósito de alinear a los países y a las partes interesadas a fin de aprovechar colectivamente las oportunidades mundiales para mejorar la salud y lograr la cobertura sanitaria universal, afrontando los desafíos, identificando y comunicando los riesgos y prestando atención a las amenazas relacionadas con el uso de las tecnologías digitales para mejorar la salud y posibilitar la cobertura sanitaria universal, ambos valores centrales de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud.

Este objetivo alienta la adopción de medidas para abordar oportunidades y desafíos comunes que conciernen a todos los países y partes interesadas, independientemente de su situación.

Potenciar al máximo la eficacia de las colaboraciones y alianzas nuevas y existentes en el ecosistema digital de salud general. Los conocimientos y las inversiones en el ámbito del diseño y la implantación de la salud digital son de carácter transversal; por lo tanto, este objetivo estratégico tiene como finalidad crear colaboraciones y alianzas con otros organismos del sistema de las Naciones Unidas, los países y otras partes interesadas, y potenciar al máximo las ya existentes.

Se prevén los siguientes productos:

- 1) se da prioridad y se integra la salud digital en los sistemas de salud en los planos mundial, regional y nacional por medio de órganos y mecanismos específicos para la gobernanza;
- 2) se reúnen periódicamente múltiples grupos de interesados para impulsar el uso correcto y la ampliación de la salud digital y la innovación con miras a acelerar los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud y
- 3) se crean o refuerzan centros de información para la vigilancia de enfermedades en los planos mundial, regional y nacional.

II. IMPULSAR LA EJECUCIÓN DE ESTRATEGIAS NACIONALES DE SALUD DIGITAL

El segundo objetivo estratégico aspira a estimular y apoyar a todos los países para que hagan suyas, adapten y fortalezcan sus estrategias de salud digital de la manera que mejor se ajuste a su visión, contexto nacional, situación y tendencias sanitarias, recursos disponibles y valores centrales.

El segundo objetivo estratégico promueve la elaboración de una estrategia nacional sobre salud digital mediante un enfoque integral de múltiples interesados, fundamentado en la



colaboración de los actores, dentro de las comunidades de intercambio de prácticas que abarque los siguientes componentes básicos:

- 1) liderazgo y gobernanza;
- 2) inversión y operaciones;
- 3) servicios y aplicaciones para la ampliación;
- 4) integración y sostenibilidad desde
- 5) el respeto de los estándares y la interoperabilidad;
- 6) una infraestructura digital flexible;
- 7) un personal sanitario adaptable;
- 8) legislación, códigos éticos y cumplimiento, y
- 9) un enfoque centrado en las personas.

Todos ellos deben desarrollarse al tiempo que se garantiza la alineación necesaria de las partes interesadas de los países para que se satisfagan las necesidades y expectativas con los recursos consignados.

Este objetivo estratégico busca desarrollar alianzas intersectoriales a nivel nacional para armonizar los recursos y las inversiones a fin de asegurar la sostenibilidad y el crecimiento de la salud digital. También busca trabajar con las alianzas existentes en materia de salud digital, para impulsar las iniciativas mundiales en ese terreno. El establecimiento de alianzas nacionales en aras de la sostenibilidad de los avances en salud digital aceleraría su adopción por los Estados Miembros.

III. FORTALECER LA GOBERNANZA EN PRO DE LA SALUD DIGITAL EN LOS PLANOS MUNDIAL, REGIONAL Y NACIONAL

El tercer objetivo estratégico se centra en reforzar la gobernanza de la salud digital en los planos nacional e internacional mediante la creación de estructuras de gobernanza sostenibles y sólidas y el fortalecimiento de la capacidad en salud digital en los planos mundial y nacional.

La gobernanza de la salud digital tiene por objeto ampliar las capacidades y competencias de los países necesarias para la promoción, innovación y ampliación de las tecnologías de salud digital.

Este objetivo estratégico promueve la definición de normas en materia de seguridad, privacidad, interoperabilidad y el uso ético de los datos dentro y fuera del sector de la salud. Entre otras medidas para fortalecer la gobernanza, convendría definir principios y concertar acuerdos intersectoriales e internacionales sobre el intercambio de datos, la calidad y la exactitud de los datos sanitarios y las prioridades en materia normativa y de inversión.



También deberían fijarse principios sobre el uso ético de los datos sanitarios en el contexto de tecnologías como la inteligencia artificial y la analítica de macrodatos.

IV. PROPUGNAR SISTEMAS DE SALUD CENTRADOS EN LAS PERSONAS FACILITADOS POR MEDIO DE LA SALUD DIGITAL

El cuarto objetivo estratégico promueve la alfabetización digital en salud, la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer y los enfoques inclusivos en la adopción y gestión de las tecnologías de salud digital.

Este objetivo estratégico sitúa a las personas en el centro de la salud digital mediante la adopción y el uso de las tecnologías de salud digital para ampliar y fortalecer la prestación de servicios de salud. El individuo es un componente esencial en la prestación de asistencia basada en la confianza y centrada en las personas.

Este enfoque no solo abarca a los pacientes, las familias y las comunidades, sino también al personal sanitario, que debe estar preparado para implantar o utilizar las tecnologías de salud digital en su trabajo.

La planificación de la creación de capacidad pasa por evaluar al personal desde los profesionales informáticos hasta los trabajadores sanitarios encargados de prestar los servicios de cuidado. La creación de capacidad es una actividad intrínsecamente multidisciplinar e interdisciplinar que entraña la transmisión de capacidades, actitudes y competencias que pueden ir desde las ciencias informáticas, la planificación estratégica, las finanzas y la gestión hasta las ciencias de la salud y la prestación de cuidados, en función de la aplicación de la salud digital y de su contexto. Al evaluar al personal, también se debe considerar cuáles serán las consecuencias de la introducción de las tecnologías digitales en el mercado laboral sanitario y cómo gestionarlas.

Este objetivo exige idealmente que los países abandonen los actuales sistemas centrados en la enfermedad y adopten un enfoque integrado, centrado en el paciente.

También se hace preciso adoptar medidas en relación con las actitudes, las prácticas y la concienciación de la población en relación con la salud digital. Entre otras cosas, cabría mejorar la alfabetización digital en salud de la población, la implicación de los pacientes, las familias y las comunidades y la educación de los pacientes en materia de salud. Para responder mejor a los determinantes sociales y comerciales de la salud a fin de mejorar los sistemas sanitarios con salud digital, será necesaria la participación de la sociedad civil y de sectores y agentes ajenos a la salud. Otra medida que se debe considerar consiste en dar a conocer las herramientas de autocuidado basadas en la evidencia y aumentar su accesibilidad.



NORMA EN MATERIA DE INFORMACIÓN EN SALUD EN EL INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL

Se proponen las siguientes opciones de políticas:

- 1) situar a las personas en el centro de la salud digital mediante la titularidad adecuada de los datos sanitarios, la adopción y utilización de tecnologías de salud digital y la promoción de la alfabetización a un nivel adecuado; el eje no serán únicamente los pacientes, las familias y las comunidades, sino también los trabajadores sanitarios;
- 2) desarrollar enfoques de la gestión de la salud, a nivel de la población mediante aplicaciones de salud digital que permitan abandonar los modelos de atención reactiva y fundamentar el bienestar y la salud en modelos proactivos basados en la comunidad y reducir la carga que representa la recogida de datos para los trabajadores de primera línea, reorientando las herramientas de recopilación de información a la prestación de servicios;
- 3) establecer modelos de supervisión y evaluación para facilitar el seguimiento de la aportación de los sistemas digitales a los procesos de los sistemas de salud, los procesos del personal sanitario y las necesidades de salud individual y comunitaria;
- 4) reforzar los enfoques de la igualdad de género y la equidad en materia de salud y la accesibilidad de las personas con discapacidad, a fin de promover una sociedad digital inclusiva con mayores competencias en términos de salud digital. Al planificar y dar prioridad a las intervenciones de salud digital, habrá que valorar los factores de desigualdad para asegurar que no se vean agravados por la introducción de las tecnologías de salud digital (principio de «no hacer daño») y que el acceso de determinados grupos de población se halle garantizado. Asimismo, habrá que aprovechar el potencial específico de las tecnologías digitales para promover la equidad en materia de salud.

Bien diseñadas, las soluciones digitales pueden impulsar la inclusividad, ya que la conectividad digital tiene la capacidad de trascender las barreras físicas;

- 5) introducir mecanismos que faciliten una participación más activa de la población y promuevan la transparencia de los procesos de toma de decisiones sobre salud digital en los planos nacional e internacional, por ejemplo, mediante procesos de consultas internacionales o un foro de interesados.



APÉNDICE B

Los principios para el tratamiento de datos personales

El derecho a la protección de datos personales se regula a través de 8 principios, los cuales se traducen en obligaciones concretas para los responsables del tratamiento.

Estos principios son:

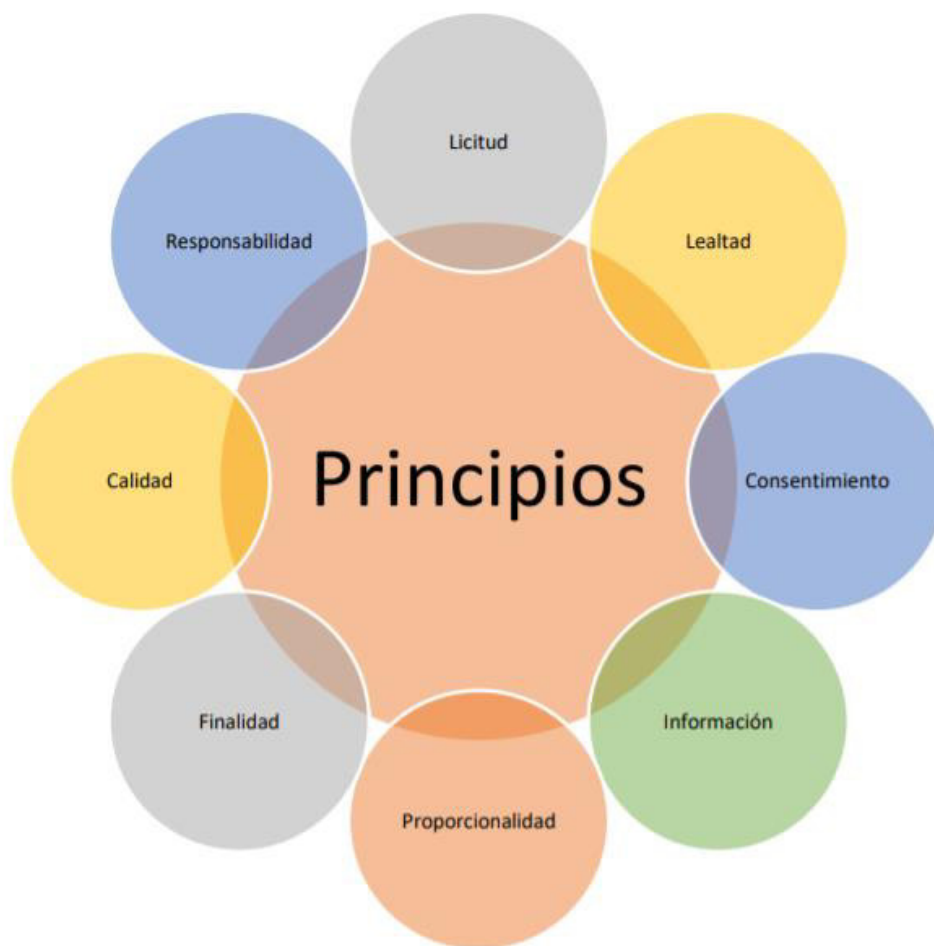


Figura 3: Principios para el tratamiento de datos personales.

Principio	Descripción
1. Principio de licitud	<p>Los datos personales tienen que ser tratados por el responsable de manera lícita y leal, lo que supone que tiene que actuar con apego a las leyes en general y en lo particular a la normatividad sobre protección de datos personales.</p> <p>En ese sentido, el responsable sólo podrá hacer con los datos personales aquello que esté legalmente permitido.</p>



NORMA EN MATERIA DE INFORMACIÓN EN SALUD EN EL INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL

Principio	Descripción
2. Principio de lealtad	<p>De acuerdo con el principio de lealtad, la obtención de los datos personales no podrá hacerse a través de medios engañosos, ni fraudulentos.</p> <ul style="list-style-type: none">• No se recabará datos personales con dolo, mala fe o negligencia;• No tratar los datos de tal manera que genere discriminación o un trato injusto contra los titulares.• No se vulnere la confianza del titular con relación a que sus datos personales serán tratados conforme a lo acordado; y• Se informen todas las finalidades del tratamiento en el aviso de privacidad.
3. Principio del consentimiento	<p>Como regla general, el responsable deberá contar con el consentimiento del titular para el tratamiento de sus datos personales.</p> <p>La solicitud del consentimiento deberá ir siempre ligada a las finalidades concretas del tratamiento que se informen en el aviso de privacidad, es decir, el consentimiento se deberá solicitar para tratar los datos personales para finalidades específicas, no en lo general.</p> <p>El consentimiento debe ser informado, por lo que previo a su obtención, es necesario que el titular conozca el aviso de privacidad.</p>
4. Principio de información	<p>Por virtud de este principio, los responsables se encuentran obligados a informar a los titulares de los datos personales, las características principales del tratamiento al que será sometida su información personal, lo que se materializa a través del aviso de privacidad.</p> <p>En ese sentido, todo responsable que trate datos personales, sin importar la actividad que realice o si se trata de una persona física o moral, requiere elaborar y poner a disposición los avisos de privacidad que correspondan a los tratamientos que lleven a cabo.</p> <p>Es importante tomar en cuenta que con independencia de que se requiera o no el consentimiento del titular para el tratamiento de sus datos personales, el responsable está obligado a poner a su disposición el aviso de privacidad.</p>



NORMA EN MATERIA DE INFORMACIÓN EN SALUD EN EL INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL

Principio	Descripción
5. Principio de proporcionalidad	<p>El principio de proporcionalidad establece la obligación del responsable de tratar sólo aquellos datos personales que resulten necesarios, adecuados y relevantes en relación con las finalidades para las cuales se obtuvieron.</p> <p>De igual forma, el responsable deberá realizar esfuerzos razonables para que los datos personales tratados sean los mínimos necesarios para lograr la finalidad o finalidades para las cuales se obtuvieron, las cuales, como se señaló anteriormente, deben estar previstas en el aviso de privacidad.</p> <p>Con relación al tratamiento de datos personales sensibles, además de lo anterior, el responsable debe realizar esfuerzos razonables para limitar el periodo de tratamiento al mínimo indispensable.</p> <p>Asimismo, de acuerdo con el artículo 9 de la LFPDPPP, no podrán crearse bases de datos que contengan datos personales sensibles, sin que se justifique la creación de las mismas para finalidades legítimas, concretas y acordes con las actividades del responsable.</p>
6. Principio de finalidad	<p>Los datos personales sólo pueden ser tratados para cumplir con la finalidad o finalidades que hayan sido informadas al titular en el aviso de privacidad y, en su caso, consentidas por éste. Se entiende por finalidad del tratamiento, el propósito, motivo o razón por el cual se tratan los datos personales.</p> <p>La finalidad o finalidades del tratamiento de datos personales deberán ser determinadas, es decir, deberán especificar para qué objeto se tratarán los datos personales de manera clara, sin lugar a confusión y con objetividad.</p>
7. Principio de calidad	<p>El principio de calidad significa que, conforme a la finalidad o finalidades para las que se vayan a tratar los datos personales, éstos deben ser:</p> <ul style="list-style-type: none">• Exactos. Los datos personales son exactos cuando reflejan la realidad de la situación de su titular, es decir, son verdaderos o fieles. Por ejemplo, un dato no sería exacto si se registra en la base de datos que una persona cuenta con Doctorado en derecho, si el título que en realidad tiene es una Maestría en derecho.• Completos. Los datos personales están completos cuando no falta ninguno de los que se requiera para las finalidades



NORMA EN MATERIA DE INFORMACIÓN EN SALUD EN EL INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL

Principio	Descripción
	<p>para las cuales se obtuvieron y son tratados, de forma tal que no se cause un daño o perjuicio al titular. Por ejemplo, los datos de salud del titular están completos cuando el expediente médico contiene todos los documentos clínicos e información que debe estar integrada al mismo.</p> <ul style="list-style-type: none">• Pertinentes. Los datos personales son pertinentes cuando corresponden efectivamente al titular. Por ejemplo, los datos del adeudo son pertinentes cuando corresponden al deudor y no a una homonimia.• Actualizados. Los datos están actualizados cuando están al día y corresponden a la situación real del titular. Por ejemplo, el número telefónico que se tiene registrado en la base de datos está actualizado cuando, efectivamente, corresponde al titular con el que está vinculado.• Correctos. Los datos personales son correctos cuando cumplen con todas las características anteriores, es decir, son exactos, completos, pertinentes y actualizados.
8. Principio de responsabilidad	<p>El principio de responsabilidad cierra el círculo con relación a los principios que regulan la protección de los datos personales. A este principio se le conoce también como el principio de <i>rendición de cuentas</i>, ya que establece la obligación de los responsables de velar por el cumplimiento del resto de los principios, adoptar las medidas necesarias para su aplicación y demostrar ante los titulares y la autoridad, que cumple con sus obligaciones en torno a la protección de los datos personales.</p> <p>Bajo este principio, los responsables del tratamiento están obligados a velar por la protección de los datos personales aun y cuando los datos estén siendo tratados por encargados. Asimismo, este principio supone que el responsable tome las medidas suficientes para que los términos establecidos en el aviso de privacidad sean respetados por aquéllos con los que mantenga una relación jurídica.</p>

Referencia: INAI. (Julio 2016). Guía para cumplir con los principios y deberes de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados <https://home.inai.org.mx>. Recuperado de: <https://home.inai.org.mx/wp-content/documentos/DocumentosSectorPublico/ GuiaPrincipiosDeberes.pdf>