

Acuerdo de Gestión de Unidades Médicas que celebran por una parte la Dirección de Finanzas por conducto de la Subdirección de Aseguramiento de la Salud representada por el **Lic. Eduardo Guerra Vivanco**, a quien en lo sucesivo se le denominará el “Financiador”; y por la otra parte la Unidad Administrativa Desconcentrada, representada por su **Director/Delegado, el/la _____**, a quien en lo sucesivo se denominará como el “Prestador”; con la participación de la Dirección Médica, por conducto del **_____**, Subdirector de Gestión y Evaluación en Salud, como representante del Área Normativa de Salud, y por parte de la Dirección de Delegaciones, el **Lic. Mario Pérez Medina**, Subcoordinador de Desarrollo Estratégico, representante del Área de Enlace y Supervisión, al tenor de las siguientes declaraciones y cláusulas:

ANTECEDENTES

El Acuerdo de Gestión, es un instrumento médico-financiero diseñado para mejorar el desempeño de las unidades prestadoras de servicios de salud. Inició su aplicación en el año 2003, contemplando un sistema de estímulos a la eficiencia y a la calidad de la atención médica que se proporciona a los derechohabientes del Instituto. Funciona como un mecanismo mediante el cual las Unidades Administrativas Desconcentradas Prestadoras de Servicios de Salud, al suscribir de forma voluntaria compromisos de gestión, según su nivel de cumplimiento, tienen la oportunidad de obtener recursos adicionales para el presupuesto del fondo médico.

Lo anterior forma parte de la primera etapa del proceso de determinación de presupuesto por resultados, abandonando progresivamente la asignación que se hace a partir del gasto histórico y decisiones preferenciales, poco transparentes. Este nuevo proceso será objetivo y justificable con base en cuatro criterios centrales: la productividad de los servicios, la eficiencia en el uso de los recursos, la eficacia en el logro de metas programáticas, y la satisfacción de los usuarios y prestadores de los servicios, que muestren las unidades de salud en consecuencia de sus esfuerzos, trabajo en equipo y capacidad de gestión para cumplir los compromisos que se precisen de común acuerdo. Tiene fundamento en la actual Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 31 de marzo de 2007, que estableció un cambio estructural para ofrecer mejores resultados al derechohabiente, elevando a rango de Ley la separación de funciones entre el financiamiento y la prestación de los servicios de salud.

En este sentido, durante los nueve años anteriores se han aplicado Acuerdos de Gestión que engloban dos procesos interdependientes, a desarrollar de forma progresiva: el *Financiamiento por resultados* y el *Sistema de estímulos presupuestales relacionados con el desempeño de los servicios de salud*; derivado de estos planteamientos, los presupuestos de operación de las unidades desconcentradas se han visto fortalecidos a través de asignaciones extraordinarias como estímulo por los resultados obtenidos por las unidades médicas, tomando en cuenta aspectos socio-demográficos y epidemiológicos inherentes a los derechohabientes de su responsabilidad.

Para darle precisión al mandato señalado en el Capítulo II “Seguro de Salud” de la mencionada Ley del Instituto, en cumplimiento a lo establecido en su Artículo 28, segundo párrafo, el 18 de

mayo de 2011 se publicó el *“Reglamento para el Financiamiento de Unidades Prestadoras de Servicios de Salud a través de Acuerdos de Gestión”*, que regula la obligatoriedad de asignar recursos financieros adicionales a las unidades médicas, de conformidad con lo previsto en la Ley, para fortalecer el desempeño a través de estímulos derivados del cumplimiento de los compromisos de gestión.

En este contexto, los estímulos presupuestales relacionados con el desempeño de los servicios médicos, se continuarán otorgando con base en el cumplimiento de los compromisos de gestión, los cuales estarán diferenciados de acuerdo a la capacidad física instalada y la capacidad resolutive de las distintas Unidades Administrativas Desconcentradas que otorgan servicios de salud.

Así, considerando las particularidades de las diferentes Unidades Desconcentradas, se avanza hacia una mayor especificidad en la instrumentación de los Acuerdos de Gestión, buscando una evaluación más equitativa mediante compromisos y ponderadores diferenciados para cada tipo de Acuerdo definido, con el propósito de promover la competencia sana entre las unidades pertenecientes a un mismo grupo.

Para el presente ejercicio presupuestal, como una acción concreta de avance progresivo del Acuerdo de Gestión, en lo referente al financiamiento por resultados, se ha decidido iniciar con el otorgamiento de estímulos a los servicios operativos que más se esfuerzan en los hospitales del tercer nivel de atención, en beneficio del personal de los equipos de salud que ahí laboran y se distinguen por su trabajo, compromiso con la institución y la atención a la derechohabiente.

Lo anterior, atendiendo la normatividad establecida en el *“Reglamento para la Medición y Evaluación del Desempeño Médico y Financiero de los Prestadores de Servicios de Salud e Incentivos a la Calidad del Servicio Médico del ISSSTE”*, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de julio de 2011.

Esto representa un paso más en la asignación de los estímulos, que hasta el año anterior fueron otorgados para su ejercicio genérico por las Unidades Administrativas Desconcentradas, la mayor parte de las veces sin que los reconocimientos beneficien a los más comprometidos y a quienes muestran el mejor desempeño, debido a lo cual, se ha decidido reconocer resultados concretos con base en la medición de unidades de producción por servicios seleccionados y el pago de los estímulos a partir de tarifas derivadas del Sistema de Costos Médicos.

Bajo estas premisas, se conforma el siguiente Acuerdo de Gestión.

DECLARACIONES

I.- Declara el “Financiador”:

I.1.- Que de acuerdo con el artículo 58 fracciones XIV, XV y XVII del Estatuto Orgánico del ISSSTE, la Dirección de Finanzas cuenta con funciones para:

- XIV. Integrar la información estadística del Instituto, desarrollando un sistema de indicadores que permitan calificar a las áreas prestadoras de servicios institucionales, la calidad de la prestación, la eficiencia financiera y la cobertura poblacional de cada área, operando las

acciones que deriven de las evaluaciones realizadas, de acuerdo con la normatividad correspondiente.

- XV. Diseñar, desarrollar y administrar la función financiera de los servicios de salud en el Instituto, con base en el sistema de medición y evaluación del desempeño de las unidades médicas, determinando los requerimientos de información necesarios para planificar el adecuado financiamiento de dichos servicios.
- XVII. Elaborar y celebrar acuerdos de gestión con las Unidades Administrativas Centrales y Desconcentradas del Instituto, mediante los cuales se definan, promuevan y evalúen las metas específicas a cumplir en el otorgamiento de los seguros, prestaciones y servicios del Instituto.

I.2.- Que en la estructura de la Dirección de Finanzas se encuentra la Subdirección de Aseguramiento de la Salud, a la cual según el Manual de Organización General del ISSSTE le corresponde cumplir las siguientes funciones relativas a los Acuerdos de Gestión:

- I. Diseñar, desarrollar y administrar la función financiera de los servicios de salud en el Instituto, determinando los requerimientos de información necesarios para calificar la calidad de la prestación, la eficiencia financiera y la cobertura poblacional.
- III. Conducir la elaboración y celebración de Acuerdos de Gestión con las Unidades Administrativas del Instituto, mediante las cuales se definan, promuevan y evalúen las metas específicas a cumplir en el otorgamiento de los seguros, prestaciones y servicios del Instituto, estableciendo la asignación del presupuesto adicional con base en el desempeño.
- V. Desarrollar un sistema de indicadores que permitan calificar a las áreas prestadoras de servicios de salud, la calidad de la prestación, la eficiencia financiera y la cobertura de los servicios.

II.- Declara el “Prestador”:¹

Aplicable para el CMN 20 de Noviembre y los HR's

II.1.- Que es una Unidad Administrativa Desconcentrada del ISSSTE, cuya responsabilidad es otorgar atención médica integral de alta especialidad y de tercer nivel a la derechohabiente del Instituto, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4 fracción II inciso e) y 74 del Estatuto Orgánico del Instituto.

II.2.- Que para su administración y funcionamiento, **el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”/el Hospital Regional** cuenta con un Consejo Directivo, presidido por el Director General del Instituto, quien será suplido en sus ausencias por el Director Médico, conforme lo dispone el artículo 75 del Estatuto Orgánico del ISSSTE.

II.3.- Que conforme lo disponen las fracciones I, II y III del artículo 77 del Estatuto Orgánico del ISSSTE, cuenta con las siguientes funciones:

¹ Esta declaración variará de acuerdo al tipo de Acuerdo.

- I. Planear, programar, normar, organizar y dirigir las funciones encomendadas a la unidad médica bajo su cargo y las acciones necesarias para el cumplimiento de su objeto.
- II. Presentar al Consejo Directivo las propuestas que conforme al Estatuto y a la normatividad aplicable deba someterle, ejecutando sus acuerdos e informándole trimestralmente sobre su avance y cumplimiento.
- III. Formular y desarrollar las políticas que permitan elevar los niveles de productividad y calidad en el servicio de la unidad médica, realizando los estudios e investigaciones necesarios para su mejoramiento.

II.4.- Que cuenta con las facultades para suscribir el presente Acuerdo de Gestión en términos de lo dispuesto por el artículo 77 fracción V del Estatuto Orgánico del Instituto.

Aplicable para las Delegaciones

II.1.- Que de acuerdo al Estatuto Orgánico del Instituto, en su Artículo 79, la Delegación es una Unidad Administrativa Desconcentrada, que tiene por objeto “promover, operar y vigilar el otorgamiento de los seguros, prestaciones y servicios a la derechohabiente del Instituto en su demarcación, de acuerdo a las atribuciones que les confiera la Ley, el Estatuto Orgánico del Instituto y los Reglamentos respectivos, a fin de que las solicitudes, trámites y gestiones correspondientes se desahoguen oportuna y eficazmente”.

II.2.- Que como lo señala el Artículo 80 del Estatuto, la labor y desempeño de la Delegación será coordinada, apoyada y supervisada en forma directa por la Dirección de Delegaciones del Instituto.

II.3.- Que su titular cuenta con facultades para suscribir el presente Acuerdo de Gestión, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 51 fracción XIV del Estatuto Orgánico del ISSSTE.

III.- Declara el Área Normativa de Salud:

III.1.- Que de acuerdo con el artículo 56 fracciones I, II y III del Estatuto Orgánico del ISSSTE, la Dirección Médica cuenta con facultades para:

- I. Planear, coordinar, normar y evaluar, con base en las políticas nacionales y sectoriales aplicables, el sistema institucional para el otorgamiento de los servicios médicos relacionados con el seguro de salud previsto en la Ley.
- II. Difundir los programas que determine el Ejecutivo Federal en materia de salud y la normatividad relativa, asesorando y vigilando a las unidades médicas del Instituto en su aplicación y ejecución.
- III. Establecer y desarrollar las políticas y programas institucionales en el ámbito de la salud, dando prioridad a las acciones relacionadas con la medicina preventiva, y determinar los modelos de atención, sistemas de coordinación y procedimientos de operación a que se sujetarán todas las unidades médicas del Instituto, de manera particular las dependientes de las Delegaciones Estatales y Regionales.

III.2.- Que dentro de su estructura orgánica se encuentra la Subdirección de Gestión y Evaluación en Salud, la cual tiene entre otras funciones:

- I. Proponer y desarrollar la planeación estratégica con base en las políticas nacionales y sectoriales aplicables y evaluar los servicios médicos relacionados con el seguro de salud previsto en la Ley.
- II. Coordinar la aplicación de las políticas y programas institucionales en el ámbito de la salud, dando prioridad a las acciones relacionadas con la medicina preventiva y desarrollar los modelos de atención, sistemas de coordinación y procedimientos de operación a que se sujetarán todas las unidades médicas del Instituto.

IV.- Declara el Área de Enlace y Supervisión:

IV.1.- Que como lo disponen las fracciones III, IV y VI del artículo 61 del Estatuto Orgánico del ISSSTE, es facultad de la Dirección de Delegaciones lo siguiente:

- III. Apoyar a las Unidades Administrativas Centrales y Desconcentradas en su relación con las Delegaciones, y dar seguimiento al cumplimiento de los compromisos de intercambio de información entre ambos niveles de administración para el mejor desarrollo de sus actividades.
- IV. Evaluar con las Unidades Administrativas Centrales y Desconcentradas la operación administrativa, técnica y financiera de las Delegaciones, de acuerdo con las disposiciones relativas.
- VI. Auxiliar a las Delegaciones en la elaboración, propuesta y cumplimiento de los Proyectos de Gestión.

IV.2.- Que en su estructura orgánica se ubica la Subcoordinación de Desarrollo Estratégico, la cual tiene a su cargo las siguientes funciones.

- I. Proponer y dar seguimiento a la implementación y actualización de las políticas, programas y mecanismos de supervisión en las delegaciones y participar en la evaluación de desempeño, y la aplicación de los procesos institucionales que tienen a su cargo las delegaciones y sus centros de trabajo.
- II. Proponer el programa anual de supervisión a centros de trabajo delegacionales, tendente a desarrollar y fortalecer la operación desconcentrada del Instituto; así como administrar la información de los programas de supervisión delegacional, a efecto de conocer el estado que guarda la operación de las Delegaciones Estatales y Regionales del Instituto.

V.- Declaran conjuntamente las partes:

V.1.- Que tal y como lo disponen los artículos 28 y 29 de la ley del ISSSTE, se establece la creación y desarrollo de:

- 1º. Las herramientas de supervisión técnica y financiera necesarias para garantizar el cumplimiento del modelo y los programas de salud.

- 2º. Los Acuerdos de Gestión para llevar a cabo la medición y evaluación del desempeño médico y financiero de los prestadores de servicios de salud, así como su financiamiento y el otorgamiento de estímulos.
- 3º. La separación entre la función de prestación de los servicios de salud y la función financiera, esta última se encargará de administrar el seguro de salud, con base en un sistema de evaluación y seguimiento que califique la oportunidad, eficiencia y calidad de los servicios de salud que se otorgan y proponga asignaciones presupuestarias por resultados.

V.2.- Que el presente instrumento médico-financiero representa un esquema de operación mediante el cual la Dirección de Finanzas, considerando las prioridades de la Dirección Médica, otorga recursos presupuestarios en base a resultados y ofrece estímulos a las unidades de salud desconcentradas que demuestren un adecuado desempeño.

V.3.- Que el presente Acuerdo de Gestión, en forma general, representa la separación entre las funciones de prestación de servicios y de financiamiento; y que al ser negociado, se plasma un riesgo compartido y se da transparencia a la evaluación, buscando mejorar la salud de los derechohabientes y el suministro estratégico de los servicios según prioridades.

V.4.- Que en virtud de lo anteriormente expuesto, celebran el presente Acuerdo de Gestión, al tenor de las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA.- Definiciones.

Para los efectos del presente Acuerdo de Gestión, se entenderá por:

- A) Acuerdo de Gestión.-** El instrumento médico-financiero diseñado en el marco de la separación de funciones financiadora y prestadora de los servicios de salud, utilizado como mecanismo para la asignación de recursos financieros a las unidades prestadoras de servicios de salud, en función de los resultados obtenidos en el cumplimiento de los compromisos de gestión;
- B) Área de Enlace y Supervisión.-** La Dirección de Delegaciones;
- C) Área Normativa de Salud.-** La Dirección Médica;
- D) Calificación.-** El valor otorgado por el cumplimiento de los compromisos de gestión en base a los indicadores y parámetros correspondientes;
- E) Calificación ponderada.-** Calificación otorgada a cada Unidad Administrativa Desconcentrada, por el cumplimiento de los compromisos de gestión calculada en base a su indicador y por sus respectivos ponderadores, para determinar el resultado correspondiente;
- F) Compromisos de Gestión.-** Los objetivos, metas o acciones consensuadas a los que se compromete el prestador de servicios de salud, a cambio de recibir estímulos

predeterminados;

- G) Compromisos de Gestión Básicos.-** Los definidos para su aplicación general en el Acuerdo de Gestión y aceptados por consenso entre las Unidades Administrativas Centrales y Desconcentradas participantes;
- H) Compromisos de Gestión Complementarios.-** Los propuestos para aplicación específica y aceptados por consenso entre las Unidades Administrativas Desconcentradas que participan en los Acuerdos de Gestión y las Unidades Administrativas Centrales involucradas;
- I) Delegaciones.-** Las Delegaciones Estatales y Regionales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE);
- J) Estímulo.-** La asignación de recursos financieros para adquirir bienes y/o el pago de servicios, que se otorga a una unidad prestadora de servicios de salud del ISSSTE, por el cumplimiento de los Compromisos de Gestión;
- K) Evaluadores.-** Los servidores públicos responsables de determinar la evaluación de los compromisos de gestión, conforme a su ámbito de competencia;
- L) Ficha Técnica.-** El documento que detalla los aspectos técnicos de cada compromiso de gestión;
- M) Financiador.-** El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, a través de la Dirección de Finanzas, mediante la validación del Acuerdo de Gestión;
- N) Imposibilidad.-** La circunstancia establecida en los Acuerdos de Gestión, que por su relevancia le impida a las unidades prestadoras de los servicios de salud dar cumplimiento a uno o más compromisos de gestión;
- Ñ) Inconformidad.-** La solicitud de revisión o rectificación que podrán presentar los titulares de las Delegaciones y/o del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, Hospitales Regionales, Hospitales Generales y demás unidades médicas, para manifestar a los evaluadores su desacuerdo con las calificaciones preliminares publicadas;
- O) Indicador.-** La cifra o dato que se acepta convencionalmente para medir o comparar los resultados obtenidos en la ejecución de un proyecto o programa. Permite dimensionar características de tipo cuantitativo y cualitativo;
- P) Modelo de Acuerdo de Gestión.-** La categorización que hace referencia a los diferentes contextos y niveles en que puede suscribirse un Acuerdo de Gestión;
- Q) Parámetro.-** La unidad de referencia cualitativa o cuantitativa para la evaluación o medición de los indicadores contenidos en los compromisos de gestión;
- R) Ponderador.-** El valor numérico que por su relevancia se otorga a los compromisos de gestión, derivado de la importancia estratégica de los servicios a que se refieren y las características operativas de las unidades prestadoras de servicios de salud que los

otorgan;

- S) Prestador.-** La Unidad Administrativa Desconcentrada que proporciona los servicios de salud.
- T) Presupuesto de Operación.-** Los recursos financieros asignados a las Delegaciones y Unidades Prestadoras de Servicios de Salud para gastos de los Capítulos 2000 (Materiales y Suministros), 3000 (Servicios Generales) y la subpartida presupuestal para el Traslado de Enfermos y Heridos;
- U) Proyectos de Gestión.-** El requerimiento de bienes y/o servicios autorizados como una ampliación al gasto de inversión, resultado del cumplimiento de los compromisos del Acuerdo de Gestión;
- V) Servicios de Salud.-** El conjunto de servicios médicos donde se desarrollan las actividades de promoción, prevención, protección, restauración y rehabilitación de la salud de los derechohabientes que ofrecen las unidades médicas;
- W) Tablero de control de calificaciones.-** La herramienta de gestión que permite monitorear mediante el resultado de Indicadores, el cumplimiento de los compromisos de gestión asignados a cada unidad prestadora de servicios de salud;
- X) Tipo de Acuerdo de Gestión.-** La clasificación del Acuerdo de Gestión que hace referencia a las diferencias estructurales y operativas de las unidades prestadoras de servicios de salud,
- Y) Unidades Administrativas Desconcentradas** que otorgan servicios de salud.- Las Delegaciones Estatales y Regionales, los Hospitales Regionales y el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, y;
- Z) Unidades Prestadoras de Servicios de Salud.-** Los consultorios auxiliares, Unidades de Medicina Familiar, Clínicas de Medicina Familiar, Clínicas de Especialidades, Clínicas Hospital, Hospitales Generales, Hospitales Regionales y el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”.

SEGUNDA.- Objetivos.

General:

El presente Acuerdo de Gestión tiene como objetivo general, lograr que las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ejecuten mediante un proceso consensuado, las acciones, políticas y estrategias institucionales, indispensables para la conducción congruente y sistemática de los servicios médicos brindados a la derechohabiente, orientándolas a incrementar la eficiencia, oportunidad y calidad de la atención.

Específicos:

Las partes acuerdan que realizarán las acciones pertinentes en la esfera de su competencia, a fin de cumplir con los siguientes objetivos específicos:

1. Desarrollar un sistema equitativo de asignación de recursos financieros a las unidades de salud, en razón de su mérito por los esfuerzos que realizan.
2. Mejorar la gestión del “Prestador”, estimulando el desempeño.
3. Otorgar mayor autonomía a las unidades de salud.
4. Promover dentro de la unidad médica una atención al derechohabiente bajo criterios de eficiencia, oportunidad y calidad.
5. Lograr niveles de productividad y cobertura acordes con la capacidad física instalada y el nivel resolutivo de las unidades médicas.
6. Direccionar la asignación de los recursos financieros a las acciones prioritarias y de interés institucional en materia de salud.
7. Alcanzar un mayor grado de satisfacción profesional de todos los partícipes en la consecución del objetivo general.
8. Mejorar de forma continua la prestación de los servicios de salud bajo criterios de calidad comparada, que sirva como origen a la competencia interna entre las unidades de salud.
9. Estimular a todos los que participan en el sistema, premiando los esfuerzos que hacen posible la consecución de los objetivos acordados.

TERCERA.- Modelo y Tipo de Acuerdo de Gestión.

El presente modelo de Acuerdo de Gestión, se suscribe con Delegados Estatales y Regionales, Directores del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” y de Hospitales Regionales. Así mismo, se refiere al Tipo ____, que toma en cuenta las características estructurales y operativas particulares de las unidades desconcentradas correspondiente al Hospital Regional / nivel Delegacional. Para fines de evaluación de los compromisos de gestión, se considerarán la capacidad física instalada, la capacidad resolutiva y el número de unidades médicas en el caso de las Delegaciones. Estas cualidades son tomadas en cuenta por el “Financiador”, quien suscribe el presente Acuerdo con el grupo conformado por los/las Hospitales Regionales/Delegaciones _____.

CUARTA.- Características específicas del Acuerdo de Gestión de Hospitales/Delegaciones tipo _____.

1. Se da mayor relevancia a los grupos de compromisos de _____, _____, quedando el peso de cada grupo en el presente Acuerdo como sigue:

Grupo de compromiso	Ponderador (%)
Oportunidad y calidad de la información	Específico a cada tipo de acuerdo
Eficiencia de los servicios de medicina preventiva	Específico a cada tipo de acuerdo
Eficiencia en los servicios de medicina curativa	Específico a cada tipo de acuerdo
Calidad de los servicios	Específico a cada tipo de acuerdo
Gestión administrativa y financiera	Específico a cada tipo de acuerdo

2. Por el nivel operativo de las Unidades Médicas de la Delegación/del Hospital Desconcentrado, quedan excluidos del presente acuerdo los compromisos de gestión __, __, __. Estos serán señalados en el Tablero de Control con "NA" (No Aplica).
3. El "Tablero de Control de los Acuerdos de Gestión 2012" tendrá un apartado específico para los compromisos que aplican, donde se incluyan los promedios de las evaluaciones de forma individual y por grupo; de este modo, las unidades podrán analizar su desempeño con respecto a las otras unidades del mismo grupo, similares en su tipología e infraestructura.

QUINTA.- Funcionamiento general del Acuerdo.

1. Se plasma en objetivos, metas, resultados y logros, relativos al servicio ofrecido en las fechas comprometidas; estos elementos conforman su programa de cumplimiento.
2. Da a conocer al "Prestador" los indicadores, parámetros y metas que considera estándares obligatorios para todas las unidades de salud de acuerdo a su tipología y el "Prestador" los entiende y acepta.
3. Especifica para cada compromiso una importancia relativa, definida de antemano en la evaluación del "Prestador", la que se efectuará mediante un sistema de ponderadores, que se incorpora en el Anexo 1 de este documento.
4. Permite calcular, mediante los ponderadores, los puntos totales posibles de obtener al cumplir los compromisos y establece un criterio de evaluación común aplicable a los resultados de cada Unidad Desconcentrada.
5. Plasma los compromisos a que se obliga el "Prestador", los que deben perseguir una mejora sustancial y sostenida en sus resultados.

SEXTA.- Identificación de los compromisos de gestión.

Los compromisos tienen como finalidad establecer en forma clara y precisa los objetivos a alcanzar por las unidades de salud durante todo un año calendario y no deberán generar trabajo adicional. Por su naturaleza, podrán ser básicos u obligatorios y complementarios, estos últimos son aquellos que se propongan por el "Prestador" y se acepten por el "Financiador" en virtud de su utilidad operativa en beneficio del logro de los objetivos de este Acuerdo.

Se clasificarán en dos tipos:

1. De información, cuando la concentren centralmente de forma automatizada o en reportes recibidos por las áreas evaluadoras, y ésta permita conocer y medir las actividades de los prestadores de servicios.
2. De evaluación, que se implementarán en la mayoría de las unidades para favorecer la competencia y la comparación, estarán encauzados a optimizar el uso de los recursos disponibles, otorgando servicios con calidad y a lograr niveles de productividad y cobertura acordes a la capacidad instalada; versarán sobre las obligaciones primordiales del "Prestador", quien teniendo la autoridad correspondiente corregirá o promoverá la

atención de cualquier desviación.

Se dará preponderancia a la elección de compromisos que representen acciones estratégicas de los procesos de atención integral a la salud de los derechohabientes, con un mayor peso ponderado para los compromisos de atención preventiva y de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios.

SÉPTIMA.- Monitoreo.

El “Prestador”, la Dirección Médica, la Dirección de Delegaciones, y los “Evaluadores”, se comprometen a facilitar al “Financiador”, el acceso a la información documental necesaria para poder efectuar el proceso de monitoreo, que se realizará de acuerdo con el programa de seguimiento de los indicadores establecidos en este Acuerdo.

OCTAVA.- Compromisos de gestión básicos.

Las partes convienen que los compromisos elegidos conjuntamente para el presente Acuerdo de Gestión y que se enuncian a continuación, serán de carácter obligatorio:

1. Oportunidad y Calidad de la Información.
 - 1.1. Entrega puntual y correcta del Informe Mensual de Unidad Médica en el Sistema de Información de Estadística Local (SIEL).
 - 1.2. Captura puntual y correcta en el Sistema de Información Médico Financiero (SIMEF), de la información requerida en el módulo de medicina curativa.
 - 1.3. Entrega puntual y correcta del reporte mensual de morbilidad, mortalidad y procedimientos en medicina (SIEPH en línea), por parte de las Clínicas Hospital.
 - 1.4. Cumplir en tiempo y correctamente con el Cierre Contable Delegacional y el de los Hospitales Desconcentrados.
 - 1.5. Cumplir en tiempo y correctamente con las conciliaciones bancarias de las Delegaciones y Hospitales Desconcentrados.
 - 1.6. Cumplir en tiempo y forma con la determinación de la base del Impuesto sobre Nóminas, cantidad que se le aplicará la tasa de Impuesto según la legislación correspondiente en la demarcación territorial de la Delegación Estatal, misma que será verificada contra el gasto y pago registrado en el Sistema Contable.
 - 1.7. Cumplir con la implantación y operación del Sistema Integral de Abasto de Medicamentos (SIAM) en el 100% de las unidades médicas programadas en la meta 2012.
 - 1.8. Dar cumplimiento formal y oportuno a las reuniones del Grupo de Trabajo de Seguimiento Delegacional del Acuerdo de Gestión (GTSDAG).
 - 1.9. Cumplir de manera oportuna, completa y congruente con la actualización mensual de la información de las unidades médicas que se requiere para el Sistema de Costos del ISSSTE.

- 1.10. Realizar la autoevaluación mensual sobre el funcionamiento del SIMEF en personal de los Hospitales Generales, Hospitales Regionales y CMN "20 de Noviembre".
- 1.11. Cumplir con la implantación del Sistema de Costos Médicos en los Hospitales Generales y Clínicas Hospital cabecera de Delegación del ISSSTE.
2. Eficiencia de los Servicios de Medicina Preventiva.
 - 2.1. Alcanzar el 100% de la meta definida para 2012, de toma de estudios de Papanicolaou en la población femenina derechohabiente usuaria de 25 a 64 años por Delegación.
 - 2.2. Alcanzar el 100% de la meta definida para 2012, de realización de mastografías para detección de cáncer mamario en mujeres derechohabientes.
 - 2.3. Lograr el 95% de cobertura anual de vacunación con esquemas completos y una concordancia del 90% en niños menores de ocho años, en las áreas de responsabilidad institucional.
 - 2.4. Lograr el control metabólico óptimo en un mínimo del 60% de los pacientes subsecuentes atendidos en los módulos seleccionados de Manejo Integral de Diabetes por Etapas (MIDE), mediante la determinación de hemoglobina glucosilada (HbA1c) menor al 7%.
 - 2.5. Otorgar y registrar correcta y oportunamente en las Clínicas de Medicina Familiar y Clínicas Hospital, por lo menos cinco intervenciones del Paquete Garantizado de Servicios de Salud, de las cuales obligatoriamente debe realizarse la evaluación nutricional, considerada en las Cartillas Nacionales de Salud.
 - 2.6. Lograr que un mínimo del 40% de los trabajadores activos que cotizan al ISSSTE y que no utilizan los servicios preventivos, por Delegación, se registren en la plataforma PrevenISSSTE cerca de ti.
 - 2.7. Lograr la meta de pacientes que ingresan a control y seguimiento dentro del Programa de Prevención y Regresión del Sobrepeso y Obesidad, de conseguir la disminución del 5% de su peso corporal.
3. Eficiencia en los Servicios de Medicina Curativa.
 - 3.1. Cumplir con un estándar de cuatro consultas en promedio por hora médico familiar, tres por hora médico especialista y dos consultas por hora médico en psicología, psiquiatría, geriatría, gerontología, clínica de diabetes, rehabilitación y odontología especializada.
 - 3.2. Cumplir con un estándar promedio máximo de días estancia en el servicio de medicina interna, de 3.5 para Clínicas Hospital, 7.0 para Hospitales Generales, 8.5 para Hospitales Regionales y CMN "20 de Noviembre".
 - 3.3. Cumplir con un estándar por sala de operaciones, por día hábil, de 4 procedimientos quirúrgicos en Clínicas Hospital, Hospitales Generales y Hospitales Regionales, y de 2.5 procedimientos en el CMN "20 de Noviembre".

- 3.4. No rebasar un estándar del 3% de los diagnósticos de egreso hospitalario con codificación de “no especificado”.
 - 3.5. Cumplir con un estándar del 55% de contrarreferencia del total de pacientes atendidos por referencia en la consulta externa durante el mes, en las unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención.
 - 3.6. Cumplir al 100% con un estándar de productividad de teleconsultas al mes por equipo de videoconferencia médica, en los Hospitales Regionales y el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”.
 - 3.7. Cumplir con un estándar mensual igual o mayor a 25 teleconsultas en unidades del primer nivel de atención, 35 en unidades del segundo nivel con menos de 50 camas censables y 50 teleconsultas en unidades del segundo nivel con 50 y más camas censables, por equipo de videoconferencia médica.
 - 3.8. Cumplir con un mínimo de 25% de cirugías de corta estancia o ambulatorias, en relación al total de intervenciones realizadas en quirófano en el CMN “20 de Noviembre”, Hospitales Regionales y del 30% en Hospitales Generales y Clínicas Hospital.
4. Calidad de los Servicios.
- 4.1. Lograr la certificación por parte del Consejo de Salubridad General, de los Hospitales Generales, Clínicas de Especialidades, Clínicas Hospital y Clínicas de Medicina Familiar, considerados para la meta 2012.
 - 4.2. Lograr que el CMN “20 de Noviembre” y los Hospitales Regionales cuenten con la certificación vigente del Consejo de Salubridad General.
 - 4.3. Lograr cero muertes maternas en embarazadas derechohabientes, imputables a las unidades hospitalarias del Instituto.
 - 4.4. Lograr en las unidades hospitalarias del Instituto, una tasa de infecciones nosocomiales no mayor a 6 por cada 100 egresos registrados, de acuerdo a lo establecido en el Programa Nacional de Salud.
 - 4.5. Cumplir con un mínimo del 92% de elaboración de la Cédula de Verificación de Seguridad de la Cirugía, del total de intervenciones quirúrgicas realizadas en los hospitales del Instituto.
 - 4.6. Cumplir con un estándar no mayor a 1.5 días de estancia media preoperatoria en cirugías programadas, en todas las unidades hospitalarias del Instituto.
 - 4.7. No rebasar un 3% de altas voluntarias o de abandono, de los pacientes internados en los servicios de hospitalización de las Clínicas Hospital, Hospitales Generales, Hospitales Regionales y el CMN “20 de Noviembre”.
 - 4.8. Lograr que no se presenten quejas médicas dictaminadas como procedentes por el Comité de Quejas Médicas en los hospitales del Instituto.

5. Gestión Administrativa y Financiera.

- 5.1. Solventar el total de las observaciones y recomendaciones pendientes al 31 de diciembre de 2011 durante el primer semestre del año en curso y las generadas de enero a junio de 2012 en el segundo semestre de este año.
- 5.2. Obtener un índice acumulado mensual por Delegación, de un máximo de 3.8 días amparados en promedio por licencia médica en las unidades del primer nivel de atención y de 6.6 días en las unidades del segundo nivel (en ambos casos, sin contar las licencias y días por maternidad, así como por ortopedia quirúrgica, ortopedia postquirúrgica y neurocirugía).
- 5.3. Obtener un índice acumulado mensual, de un máximo de 10.5 días en promedio amparados por licencia médica (sin contar las licencias y días por maternidad), otorgados en Hospitales Regionales y el CMN "20 de Noviembre".
- 5.4. Lograr la aplicación de al menos dos programas de mejora en los servicios que se otorgan en dos unidades médicas de la Delegación, así como en los Hospitales Regionales y el CMN "20 de Noviembre", siguiendo la metodología definida en el libro "Gestión de Programas de Mejora en Hospitales del ISSSTE".
- 5.5. Cumplir con la correcta ejecución de los programas de mantenimiento central y asegurar el buen uso de los equipos médicos y el cuidado de las instalaciones e infraestructura física de las unidades médicas.

NOVENA.- Indicadores.

Los compromisos convenidos en el presente Acuerdo de Gestión, se evaluarán mediante indicadores específicos, medibles, alcanzables, relevantes, oportunos y comparables, relativos al desempeño del "Prestador", en rubros de oportunidad, productividad, uso de recursos; calidad técnica y seguridad del paciente; calidad de la información; satisfacción percibida, y gestión gerencial, administrativa y financiera.

Para la medición de los indicadores se han determinado parámetros que promueven la comparación de resultados del "Prestador" con la de otros prestadores similares, para efecto de superación continua, aprovechando sus fortalezas y las experiencias de los demás.

La información que se utilice como indicador o sea componente de un indicador, deberá ser comprobable y tener una fuente de información documental que el "Prestador" se obliga a mantener a disposición del "Financiador" por un periodo mínimo de dos años.

DÉCIMA.- Fichas técnicas.

Para que los evaluadores puedan realizar su función de forma objetiva y transparente, cada uno de los indicadores de los compromisos de gestión tendrá una ficha técnica, que detallará:

1. El objetivo a cumplir, describiendo en forma clara y precisa el compromiso y señalando la meta a alcanzar. Las metas deberán ser puntuales, evaluables y poco influenciados por factores ajenos a la gestión.

2. La fuente de información, documental y comprobable de los valores necesarios para obtener los indicadores, será automatizada y centralizada, con excepción de aquellos compromisos que se contemple evaluarlos directamente a través de visitas de supervisión. La información soporte deberá de ser verificable y mantenerse disponible por un lapso mínimo de dos años.
3. La periodicidad de la medición será mensual, bimestral o excepcionalmente trimestral, por lo que el compromiso a evaluar deberá ser de aplicación rutinaria.
4. El indicador que mida el cumplimiento del compromiso será único, puntual y dará información sobre su nivel de desempeño, considerando estándares del Instituto o nacionales e internacionales.
5. La fórmula de cálculo para obtener el indicador, será la que relacione el logro real y el esperado.
6. El "Evaluador" o área responsable de recopilar y calificar la información sobre el compromiso será único, de tal forma que la responsabilidad quede delimitada.
7. Observaciones u otras especificaciones complementarias que le den precisión al compromiso y a la metodología de medición utilizada.

DÉCIMA PRIMERA.- Cumplimiento.

Las partes convienen que realizarán todas las acciones necesarias para el exacto y estricto cumplimiento del presente Acuerdo en el ámbito de sus respectivas competencias.

DÉCIMA SEGUNDA.- Calendario para el cumplimiento de obligaciones.

El cumplimiento de los compromisos de gestión plasmados en el presente instrumento, deberá realizarse dentro de los plazos que se mencionan en sus respectivas fichas técnicas. En términos generales, el calendario de actividades es el que sigue:

Actividad por realizar	Plazo de cumplimiento
Entrega de información de las Unidades Desconcentradas a los evaluadores.	Día 1 al 10 de cada mes
Entrega de calificaciones de los evaluadores a Aseguramiento de la Salud.	Día 11 al 17 de cada mes
Publicación del tablero con calificaciones preliminares.	Día 18 al 20 de cada mes
Revisión y aclaración de inconformidades y reportes de imposibilidad.	Día 21 al 27 de cada mes
Publicación del tablero con calificaciones definitivas.	Día 28 al 30 de cada mes

Los días señalados como plazo de cumplimiento, serán considerados naturales, por lo que la parte responsable de cada actividad, deberá tomar en consideración los días inhábiles y/o festivos, a efecto de cumplir dentro de las fechas señaladas.

DÉCIMA TERCERA.- Procedimiento de evaluación.

El avance en el cumplimiento de los compromisos pactados por el “Prestador” en el Acuerdo de Gestión, será evaluado por el “Financiador”, en base a las fichas técnicas y los resultados determinados por los “Evaluadores”.

1. Los “Evaluadores” utilizarán para la medición del cumplimiento de los compromisos convenidos en este Acuerdo de Gestión, el sistema de evaluación que se establece en el Anexo 3 de este documento (Fichas Técnicas), relacionando lo acordado con lo alcanzado.
2. Los “Evaluadores” medirán el cumplimiento de cada uno de los compromisos asumidos por el “Prestador”, sus avances con respecto a periodos anteriores y el cumplimiento de las metas trazadas, sean éstas parciales o finales. El “Financiador” dará a conocer mensualmente al “Prestador” el resultado del cumplimiento de los Compromisos de Gestión.
3. La evaluación será expresada como un porcentaje de cumplimiento en cada uno de los compromisos acordados multiplicado por un ponderador (Anexo 1).
4. La suma de todos los productos determinará la calificación del mes; con este mecanismo la máxima calificación posible es diez.
5. La calificación acumulada será el promedio resultante de los meses transcurridos.

La integración de los resultados mensuales de los compromisos de gestión por parte de los evaluadores, se hará en tiempo y forma, atendiendo el calendario que se establece en la Cláusula Décima Segunda, evitando retrasos en la publicación de los tableros de calificaciones, tanto preliminares como definitivos, situación que si se presentase, será notificada formalmente al Comité de Evaluación y Seguimiento de los Servicios de Salud del Instituto, para los fines procedentes.

La evaluación acumulada correspondiente al ejercicio 2012 iniciará a partir de la fecha que se señala en la Cláusula Trigésima Segunda.- Vigencia; por lo que para fines del otorgamiento de los estímulos, las calificaciones que servirán de base para calcularlos, se iniciarán con los resultados que se registren en el mes de febrero.

DÉCIMA CUARTA.- Acciones Extraordinarias.

Queda a salvo el derecho que asiste al “Financiador”, para desarrollar y ejecutar las acciones correctivas y preventivas, de carácter extraordinario, que deba ejecutar ante situaciones específicas en salvaguarda del interés general.

Derivado de posibles procesos internos de reorganización por la aplicación del Estatuto Orgánico vigente del Instituto, informando oportunamente al “Prestador”, la Subdirección de Aseguramiento de la Salud y las áreas evaluadoras podrán modificar su denominación, no afectándose en ninguna de sus modalidades las obligaciones que asumen el “Prestador” y el “Financiador”, ni tampoco la participación de las áreas Normativa de Salud y de Enlace y Supervisión con relación al presente Acuerdo.

DÉCIMA QUINTA.- Estímulos de Proyectos de Gestión y adjudicación de los mismos.

Como estímulo por firmar el Acuerdo de Gestión, el “Prestador” tendrá derecho a que los Proyectos de Gestión que solicitó le sean autorizados, **supeditado al monto presupuestal de gasto de inversión total asignado por la Dirección de Finanzas para el ejercicio 2012**, el cual se distribuye a las Unidades Desconcentradas con base en la calificación obtenida por cada una en el Acuerdo de Gestión, tomado de referencia el resultado de 2011 o la acumulada del período enero-octubre de ese mismo año, la que más les beneficie, y aplicando el porcentaje correspondiente sobre el presupuesto de operación original 2012, conforme a la siguiente escala:

Escala para Proyectos de Gestión 2012		
Calificaciones		Porcentaje de asignación a Delegaciones y Hospitales
De:	a:	
0.00	5.99	0.00
6.00	6.49	6.17
6.50	6.99	6.67
7.00	7.49	7.17
7.50	7.99	7.67
8.00	8.49	8.17
8.50	8.99	8.67
9.00	9.49	9.17
9.50	10.00	9.67

El techo presupuestal para Proyectos de Gestión 2012 se autoriza como ampliación al presupuesto de inversión, mediante oficio del Director de Finanzas, para ser aplicados a la adquisición de bienes aprobados por el “Grupo Técnico de Evaluación y Seguimiento de Proyectos de Gestión”, a fin atender las necesidades de equipamiento básico para la prestación de los servicios prioritarios, como son, el equipamiento para actividades de promoción de la salud, detección y tratamiento oportuno de enfermedades, consulta externa de medicina general, odontológica y de las especialidades de mayor demanda, hospitalización de las cuatro especialidades básicas, atención de urgencias médico-quirúrgicas, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento con procedimientos básicos y rutinarios, así como sustitución de equipos de cuartos de máquinas y servicios generales con dictamen de la Subdirección de Conservación y Mantenimiento.

DÉCIMA SÉXTA.- Estímulo al desempeño de las Unidades Desconcentradas, de aplicación a su presupuesto de operación y adjudicación del mismo.

Por cumplir con los compromisos establecidos en este Acuerdo de Gestión y **supeditado a la autorización presupuestal que defina la Dirección de Finanzas**, el “Prestador” obtendrá como estímulo adicional un importe proporcional de su presupuesto de operación original. Será

condición para el otorgamiento de este estímulo que la calificación del “Prestador” sea aprobatoria, definiéndose para este fin una calificación mayor o igual a ocho.

Con base en lo señalado en la Cláusula Décima Cuarta, la aplicación de este instrumento médico financiero iniciará con calificaciones del mes de febrero del presente año, por lo que si se define asignación presupuestal como estímulo a la operación, este se otorgará al “Prestador” por el cumplimiento de los compromisos establecidos mediante la adecuación presupuestal correspondiente, en tres tiempos:

1. Con base en la calificación del primer trimestre de aplicación de este Acuerdo, integrado por los meses de febrero, marzo y abril, se otorgará el primer estímulo; siempre y cuando se hayan cumplido al 100% los compromisos acordados, o la parte proporcional, según los resultados obtenidos, con una calificación mínima de 8.0.
2. La segunda parte del estímulo se otorgará con base en la calificación más alta lograda entre la acumulada al mes de julio y la correspondiente al promedio del trimestre mayo, junio y julio; siempre y cuando se hayan cumplido al 100% los compromisos acordados o la parte proporcional, según los resultados obtenidos, con una calificación mínima de 8.0. En el caso de que la calificación obtenida sea menor a 8.0 y hasta un mínimo de 6.0, se hará acreedor a la parte proporcional del estímulo si el promedio del trimestre mayo, junio y julio, supera en un 15% la calificación lograda en el trimestre febrero, marzo y abril.
3. La tercera parte del estímulo se otorgará con base en la calificación más alta registrada entre la acumulada a octubre y la que corresponde al promedio del trimestre agosto, septiembre y octubre; siempre y cuando se hayan cumplido al 100% los compromisos acordados o la parte proporcional, según los resultados obtenidos, con una calificación mínima de 8.0. En el caso de que la calificación obtenida sea menor a 8.0 y hasta un mínimo de 6.0, se hará acreedor a la parte proporcional del estímulo si el promedio del trimestre agosto, septiembre y octubre, supera en un 15% la calificación lograda en el trimestre mayo, junio y julio.

La Dirección de Finanzas dará las facilidades que se requieran para la adecuada calendarización del ejercicio de los recursos obtenidos como estímulos.

Los estímulos se otorgarán como una ampliación al techo presupuestal regularizable que el “Prestador” haya tenido aprobado. El primer estímulo será entregado en el bimestre mayo-junio, el segundo en el bimestre agosto-septiembre y el tercero en noviembre-diciembre.

Cuando el “Prestador” haya obtenido el estímulo, el “Financiador” informará a la Subdirección de Programación y Presupuesto para que proceda a la asignación de los recursos comprometidos.

DÉCIMA SÉPTIMA.- Estímulos al desempeño específico de los servicios de consulta externa de Hospitales Regionales y del Centro Médico Nacional.

Con el propósito de iniciar con el proceso de reconocimiento efectivo de los esfuerzos que realizan los servicios médicos que funcionan en los Hospitales Regionales y el CMN “20 de Noviembre” y que contribuyan de manera determinante al logro de calificaciones aprobatorias de

la Unidad Desconcentrada a la que pertenecen, para el presente ejercicio se ha contemplado recompensar el desempeño sobresaliente mediante los siguientes estímulos:

1. Asignación de presupuesto adicional etiquetado para beneficio directo de los servicios médicos, que se distingan por el número de Unidades de Producción (UP) que supere los logros y metas estándares, definidos conforme a la capacidad instalada existente y/o capacidad operativa registrada, sin incrementar el gasto de operación de los servicios y aplicando tarifas institucionales definidas con base en el Sistema de Costos Médicos.
2. Asignar apoyos financieros a los servicios para la asistencia a reuniones científicas, congresos, cursos de duración corta, autorizados con base en los criterios y requisitos que señale el Comité del Programa de Desarrollo Gerencial Médico (PRODEGEM).
3. Otorgar un diploma de reconocimiento por escrito, relativo al desempeño sobresaliente por productividad de los servicios y mención específica de los premiados en el sitio de Acuerdos de Gestión de la página electrónica del ISSSTE.

La **Unidad de Producción (UP) seleccionada** para iniciar con la asignación de este tipo de estímulos es la **consulta externa de especialidades**, utilizando para la evaluación los datos registrados en el Sistema de Costos Médicos, que se aplicará solo a las consultas de las siguientes **17 especialidades**: Oftalmología, Gineco – Obstetricia, Ortopedia y Traumatología, Medicina Interna, Oncología Médica, Alergología, Cardiología, Otorrinolaringología, Urología, Psiquiatría, Medicina Física y Rehabilitación, Nefrología, Cirugía General, Pediatría, Dermatología, Endocrinología y Reumatología.

El otorgamiento de estos estímulos, será trimestral y estará sujeto a la disponibilidad presupuestal para apoyo a la operación a través de Acuerdos de Gestión, acatando los ordenamientos normativos de los *Reglamentos para el Financiamiento de Unidades Prestadoras de Servicios de Salud a través de Acuerdos de Gestión, y de Medición y Evaluación del Desempeño Médico y Financiero de los Prestadores de Servicios de Salud e Incentivos a la Calidad del Servicio Médico*.

DÉCIMA OCTAVA.- Modelos de Acuerdos de Gestión suscritos al interior de la Unidad Desconcentrada.

Con la finalidad de compartir y sumar esfuerzos, así como aportar elementos para el reconocimiento por desempeño que se otorgará a las unidades médicas que integran las Delegaciones y a los servicios médicos de los Hospitales Desconcentrados, el “Prestador” con base en los compromisos de gestión que son competencia directa de los servicios operativos, suscribirá Acuerdos de Gestión internos, siguiendo los modelos diseñados por el “Financiador”, que hará del conocimiento en un plazo no mayor a 30 días después de la firma del presente instrumento.

Los Acuerdos de Gestión internos serán suscritos por el “Prestador” y los directores de las unidades médicas de las Delegaciones y jefes de servicios de los Hospitales Desconcentrados, y su instrumentación será verificada por el “Área de Enlace y Supervisión” para el caso de las Delegaciones y por el “Financiador” en los hospitales.

DÉCIMA NOVENA.- Apoyos Extraordinarios.

El “Financiador” podrá gestionar “Apoyos Extraordinarios” para el “Prestador”, con el propósito de que se realice el monitoreo de los compromisos de gestión, se apoye la aplicación de Programas de Mejora específicos definidos por el propio “Prestador” y aprobados por el “Financiador”, así como para financiar la asistencia a reuniones o cursos de capacitación aprobados y coordinados por el Comité del PRODEGEM.

Estos apoyos extraordinarios estarán sujetos a la disponibilidad presupuestal y no generarán compromiso ni obligación presente o futura por parte del “Financiador”.

VIGÉSIMA.- Independencia y no sustitución.

El cumplimiento del presente Acuerdo de Gestión no exime al “Prestador” de la obligación de cumplir con las condiciones de operación y funcionamiento que le imponen la normatividad técnica, legal y administrativa vigente aplicable, independientemente de que se encuentre o no comprendida en este documento; siéndole exigibles el resto de obligaciones inherentes a su nivel de complejidad para la gestión y la operación eficiente de los servicios.

Asimismo, las metas, metodología y sistemas de evaluación y control pactados entre el “Financiador” y el “Prestador”, para la medición del cumplimiento de los compromisos, no sustituyen las funciones de mando, coordinación, dirección, control, supervisión y fiscalización ejercidos por el resto de las dependencias e instancias, internas y externas con facultades técnicas y jerárquicamente competentes.

VIGÉSIMA PRIMERA.- Inconformidad.

Las Delegaciones a través del personal designado de la Subdelegación Médica y de las Direcciones de los Hospitales Desconcentrados, podrán solicitar la revisión y rectificación de las evaluaciones publicadas en el tablero de control de Acuerdos de Gestión preliminar, dentro de los primeros siete días naturales posteriores a su publicación y conforme al calendario de actividades señalado en la Cláusula Décima Segunda del presente Acuerdo. Por su parte, los evaluadores responsables de los compromisos de gestión correspondientes, solicitarán y avalarán la corrección de las calificaciones que hayan generado la inconformidad.

Para tal efecto, el “Financiador” pone a disposición de los responsables autorizados el Sistema de Atención a Inconformidades de Compromisos de Gestión (SAICG), ubicado en la Intranet del ISSSTE.

El registro del personal autorizado para ingresar al SAICG y el proceso de la atención de inconformidades se precisan en el Anexo 2.

VIGÉSIMA SEGUNDA.- Imposibilidad.

Para los efectos del presente Acuerdo de Gestión, se considerará como imposibilidad de cumplimiento de un compromiso de gestión las emergencias, desastres naturales, clausuras determinadas por autoridades sanitarias y afectaciones por causa de fuerza mayor que ocasionen la interrupción del servicio.

La Subdirección de Regulación y Atención Hospitalaria de la Dirección Médica, después del análisis de los argumentos y documentos probatorios, será la instancia definida por el Área Normativa de Salud para certificar la procedencia o no de las solicitudes. Los argumentos serán básicamente técnicos y se presentarán por cada compromiso de gestión afectado, en la solicitud que para ser atendida es indispensable se gestione a través del Sistema de Atención a Inconformidades de los Compromisos de Gestión (SAICG).

La imposibilidad de prestar el servicio por los factores señalados en el primer párrafo de esta cláusula, podrá ocasionar el cierre definitivo o provisional de la unidad, así como de uno o más de los servicios médicos afectados, lo cual deberá precisarse en las solicitudes de certificación y será necesario que la Unidad Desconcentrada presente las constancias o documentos que avalen o justifiquen la situación correspondiente.

Las solicitudes de imposibilidad deberán considerar lo siguiente:

1. Que se presente con la debida oportunidad, en el mes que ocurra el evento.
2. Incluir el reporte de la situación al área correspondiente del nivel central (Dirección Médica, Dirección de Administración) con copia a la Subdirección de Aseguramiento de la Salud y al evaluador o evaluadores de los compromisos de gestión involucrados.
3. Indicar con precisión la fecha de ocurrencia del evento, el compromiso afectado y el tiempo estimado de duración de la imposibilidad.
4. Informar sobre las medidas que se tomarán para resolver la situación en el menor tiempo posible.
5. Señalar los mecanismos alternativos que garanticen la atención de la demanda de los derechohabientes por los servicios afectados.

Las obras de remodelación y la descompostura de equipos de alto costo difíciles de sustituir en el corto plazo, solo podrán ser consideradas como imposibilidad por un lapso no mayor a 60 días, siempre y cuando se disponga de las autorizaciones o dictámenes correspondientes, en el primer caso de la Subdirección de Obras y Contratación y en el segundo, de la Subdirección de Conservación y Mantenimiento. Ante estas situaciones, el "Prestador " estará obligado a habilitar otra área o sustituir el servicio de manera provisional mediante la subrogación.

De igual forma, el cierre definitivo de una unidad médica, solo podrá aceptarse como imposibilidad si el "Prestador" registra con oportunidad la documentación probatoria de la autorización emitida por el Grupo de Trabajo para la Actualización del Catálogo de Unidades Médicas del ISSSTE, que coordina la Subdirección de Infraestructura de la Dirección Médica.

La falta de insumos y las ausencias del personal, por ningún motivo podrán considerarse como imposibilidad para prestar los servicios que se han venido ofertando hasta entonces por las unidades médicas.

Bajo los conceptos y criterios anteriores, toda imposibilidad se registrará a través del SAICG, conforme a lo señalado en el Anexo 2, donde el área certificadora emitirá el dictamen correspondiente que será considerado por los evaluadores para la calificación del compromiso de gestión involucrado y en el mes o meses señalados.

VIGÉSIMA TERCERA.- Supervisión.

El “Financiador” podrá realizar en cualquier momento, la supervisión que considere oportuna sobre la información a que se refiere el cumplimiento de los compromisos establecidos en el presente Acuerdo de Gestión.

VIGÉSIMA CUARTA.- Precedente.

La concesión de estímulos en este Acuerdo de Gestión no sentará ningún precedente para el año 2013 o subsecuentes, ni para su inclusión en Acuerdos de Gestión futuros. Además, quedará supeditada a que la suficiencia presupuestal del ISSSTE no se vea alterada por un ordenamiento externo.

VIGÉSIMA QUINTA.- Suspensión.

Con independencia de las responsabilidades a que hubiere lugar, de conformidad con la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas, y a fin de garantizar la transparencia y objetividad en el cumplimiento de las obligaciones pactadas por las partes, el acceso a la asignación de recursos y a los estímulos podrá verse suspendido si el “Prestador” en cumplimiento del objeto pactado o para los fines de la evaluación que se practique, cometiera o propiciara situaciones iguales o de similar naturaleza, a las que se describen a continuación:

1. El suministro de información y documentación falsa o alterada, cuyos signos de alteración sean a criterio del evaluador evidentes y notorios, restándole legitimidad, confiabilidad y validez administrativa, para los efectos que correspondan.
2. La obstrucción para el desarrollo válido, eficiente y oportuno del proceso de evaluación ejecutado.
3. El desvío de recursos para un fin distinto al de los Proyectos de Gestión autorizados.

El “Financiador” con fundamento en la normatividad aplicable podrá tomar las acciones que estime necesarias ante cualquier desviación grave y/o recurrente en los objetivos y metas pactados por parte del “Prestador”, e informará puntualmente a las instancias correspondientes de los Órganos de Gobierno del Instituto.

VIGÉSIMA SEXTA.- Anexos.

Las partes reconocen como integrante del presente Acuerdo de Gestión, los anexos que se mencionan a continuación y los que posteriormente se elaboren de común acuerdo, mismos que deberán ser formalizados por las partes.

Anexo 1.- Ponderadores.

Anexo 2.- Sistema de Atención a Inconformidades de Acuerdos de Gestión.

Anexo 3.- Fichas Técnicas.

VIGÉSIMA SÉPTIMA.- Adenda.

El otorgamiento de estímulos y beneficios distintos o adicionales a los contemplados en este Acuerdo de Gestión y sus anexos, derivados de situaciones de emergencia, estado de

necesidad o fuerza mayor, serán resueltos de común acuerdo entre las partes por la vía de “Adenda” a este Acuerdo.

Asimismo, se utilizará este mecanismo para la rectificación, aclaración, modificación o adición al clausulado del Acuerdo o al contenido de las Fichas Técnicas de los compromisos de gestión.

VIGÉSIMA OCTAVA.- Grupo de Trabajo de Seguimiento del Acuerdo de Gestión.

La/El Delegación/Hospital conformará un “Grupo de Trabajo de Seguimiento del Acuerdo de Gestión”, el cual realizará el monitoreo de cada uno de los compromisos de gestión suscritos con el “Financiador”; asimismo, revisarán y evaluarán los avances en la difusión del Acuerdo, la ejecución de los Proyectos de Gestión autorizados conforme a la programación definida en el Sistema Integral de Seguimiento de Proyectos (SISP) y los Programas de Mejora comprometidos, incluyendo el reporte de los resultados correspondientes en las minutas mensuales que serán enviadas al “Área de Enlace y Supervisión” en lo correspondiente a las Delegaciones y a la Subdirección de Regulación y Atención Hospitalaria del “Área Normativa de Salud” en lo que respecta a los Hospitales Desconcentrados.

VIGÉSIMA NOVENA.- Difusión.

El “Prestador” con ayuda del “Grupo de Trabajo de Seguimiento del Acuerdo de Gestión” tendrá la obligación de difundir el contenido, los logros, los resultados de las calificaciones obtenidas y las dificultades encontradas derivadas del cumplimiento del presente Acuerdo de Gestión dentro de cada unidad médica que tenga adscrita, de la siguiente manera:

- I. En primera instancia el “Prestador” deberá notificar que ha hecho la difusión del presente Acuerdo al “Financiador” por escrito y durante los primeros tres meses posteriores a la firma del Acuerdo, enviando copia del oficio escaneado con sellos y/o las firmas de recepción por parte de las unidades o servicios médicos, a la Subdirección de Aseguramiento de la Salud y a la Subcoordinación de Desarrollo Estratégico.
- II. A continuación, el “Prestador” de manera mensual difundirá entre sus unidades subordinadas los logros, los resultados de las calificaciones obtenidas, las dificultades encontradas en el cumplimiento de los compromisos de gestión y los estímulos obtenidos, según fuera el caso, enviando a la Subdirección de Aseguramiento de la Salud y a la Subcoordinación de Desarrollo Estratégico la evidencia documental de dicha difusión.

TRIGÉSIMA.- Dudas e Interpretaciones.

Para la aclaración de dudas e información de los aspectos que no estén contemplados en este documento, se consultará con la Subdirección de Aseguramiento de la Salud.

TRIGÉSIMA PRIMERA.- Arbitraje.

En caso de controversias o ante la necesidad de un arbitraje entre las partes firmantes de este acuerdo, se recurrirá al dictamen inapelable del Director de Finanzas.

TRIGÉSIMA SEGUNDA.- Vigencia.

El presente Acuerdo de Gestión entrará en vigor el 1 de febrero del 2012, y su vigencia concluirá en la fecha de inicio de la aplicación del Acuerdo de Gestión 2013.

Leído que fue el presente Acuerdo de Gestión y enteradas las partes de su contenido y alcance, lo firman, al margen y al calce, por duplicado, en la Ciudad de México, Distrito Federal, el día _ del mes de febrero del año dos mil doce.

“Prestador”

“Financiador”

“ ”

Director/Delegado del ISSSTE en...

Lic. Eduardo Guerra Vivanco
Subdirector de Aseguramiento
de la Salud

Área Normativa de Salud

Área de Enlace y Supervisión

Subdirector de Gestión y
Evaluación en Salud

Lic. Mario Pérez Medina
Subcoordinador de Desarrollo
Estratégico

ANEXO 1

No.	Compromisos 2012	Ponderador
1	Oportunidad y Calidad de la Información	
1.1	Entrega puntual y correcta del Informe Mensual de Unidad Médica en el Sistema de Información de Estadística Local (SIEL).	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
1.2	Captura puntual y correcta en el Sistema de Información Médico Financiero (SIMEF), de la información requerida en el módulo de medicina curativa.	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
1.3	Entrega puntual y correcta del reporte mensual de morbilidad, mortalidad y procedimientos en medicina (SIEPH en línea), por parte de las Clínicas Hospital.	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
1.4	Cumplir en tiempo y correctamente con el Cierre Contable Delegacional y el de los Hospitales Desconcentrados.	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
1.5	Cumplir en tiempo y correctamente con las conciliaciones bancarias de las Delegaciones y Hospitales Desconcentrados.	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
1.6	Cumplir en tiempo y forma con la determinación de la base del Impuesto sobre nóminas, cantidad que se le aplicará la tasa de impuesto según la legislación correspondiente en la demarcación territorial de la Delegación Estatal, misma que será verificada contra el gasto y pago registrado en el Sistema Contable.	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
1.7	Cumplir con la implantación y operación del Sistema Integral de Abasto de Medicamentos (SIAM) en el 100% de las unidades médicas programadas en la meta 2012.	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
1.8	Dar cumplimiento formal y oportuno a las reuniones del Grupo de Trabajo de Seguimiento Delegacional del Acuerdo de Gestión (GTSDAG).	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
1.9	Cumplir de manera oportuna, completa y congruente con la actualización mensual de la información de las unidades médicas que se requiere para el Sistema de Costos del ISSSTE.	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
1.10	Realizar la autoevaluación mensual sobre el funcionamiento del SIMEF en personal de los Hospitales Generales, Hospitales Regionales y CMN "20 de Noviembre".	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
1.11	Cumplir con la implantación del Sistema de Costos Médicos en los Hospitales Generales y Clínicas Hospital cabecera de Delegación del ISSSTE.	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
SUMA DE PESO PONDERADO DE LOS COMPROMISOS DEL GRUPO 1		

ANEXO 1

No.	Compromisos 2012	Ponderador
2	Eficiencia de los Servicios de Medicina Preventiva	
2.1	Alcanzar el 100% de la meta definida para 2012, de toma de estudios de Papanicolaou en la población femenina derechohabiente usuaria de 25 a 64 años por Delegación.	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
2.2	Alcanzar el 100% de la meta definida para 2012, de realización de mastografías para detección de cáncer mamario en mujeres derechohabientes.	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
2.3	Lograr el 95% de cobertura anual de vacunación con esquemas completos y una concordancia del 90% en niños menores de ocho años, en las áreas de responsabilidad institucional.	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
2.4	Lograr el control metabólico óptimo en un mínimo del 60% de los pacientes subsecuentes atendidos en los módulos seleccionados de Manejo Integral de Diabetes por Etapas (MIDE), mediante la determinación de hemoglobina glucosilada (HbA1c) menor al 7%.	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
2.5	Otorgar y registrar correcta y oportunamente en las Clínicas de Medicina Familiar y Clínicas Hospital, por lo menos cinco intervenciones del Paquete Garantizado de Servicios de Salud, de las cuales obligatoriamente debe realizarse la evaluación nutricional, considerada en las Cartillas Nacionales de Salud.	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
2.6	Lograr que un mínimo del 40% de los trabajadores activos que cotizan al ISSSTE y que no utilizan los servicios preventivos, por Delegación, se registren en la plataforma PrevenISSSTE cerca de ti.	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
2.7	Lograr la meta de pacientes que ingresan a control y seguimiento dentro del Programa de Prevención y Regresión del Sobrepeso y Obesidad, de conseguir la disminución de 5% de su peso corporal.	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
SUMA DE PESO PONDERADO DE LOS COMPROMISOS DEL GRUPO 2		

ANEXO 1

No.	Compromisos 2012	Ponderador
3	Eficiencia en los Servicios de Medicina Curativa	
3.1	Cumplir con un estándar de cuatro consultas en promedio por hora médico familiar, tres por hora médico especialista y dos consultas por hora médico en psicología, psiquiatría, geriatría, gerontología, clínica de diabetes, rehabilitación y odontología especializada.	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
3.2	Cumplir con un estándar promedio máximo de días estancia en el servicio de medicina interna, de 3.5 para Clínicas Hospital, 7.0 para Hospitales Generales, 8.5 para Hospitales Regionales y CMN "20 de Noviembre".	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
3.3	Cumplir con un estándar por sala de operaciones, por día hábil, de 4 procedimientos quirúrgicos en Clínicas Hospital, Hospitales Generales y Hospitales Regionales, y de 2.5 procedimientos en el CMN "20 de Noviembre".	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
3.4	No rebasar un estándar del 3% de los diagnósticos de egreso hospitalario con codificación de "no especificado".	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
3.5	Cumplir con un estándar del 55% de contrarreferencia del total de pacientes atendidos por referencia en la consulta externa durante el mes, en las unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención.	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
3.6	Cumplir al 100% con un estándar de productividad de teleconsultas al mes por equipo de videoconferencia médica, en los Hospitales Regionales y el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre".	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
3.7	Cumplir con un estándar mensual igual o mayor a 25 teleconsultas en unidades del primer nivel de atención, 35 en unidades del segundo nivel con menos de 50 camas censables y 50 teleconsultas en unidades del segundo nivel con 50 y más camas censables, por equipo de videoconferencia médica.	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
3.8	Cumplir con un mínimo de 25% de cirugías de corta estancia o ambulatorias, en relación al total de intervenciones realizadas en quirófano en el CMN "20 de Noviembre", Hospitales Regionales y del 30% en Hospitales Generales y Clínicas Hospital.	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
SUMA DE PESO PONDERADO DE LOS COMPROMISOS DEL GRUPO 3		

ANEXO 1

No.	Compromisos 2012	Ponderador
4	Calidad de los Servicios	
4.1	Lograr la certificación por parte del Consejo de Salubridad General, de los Hospitales Generales, Clínicas de Especialidades, Clínicas Hospital y Clínicas de Medicina Familiar, considerados para la meta 2012.	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
4.2	Lograr que el CMN "20 de Noviembre" y los Hospitales Regionales cuenten con la certificación vigente del Consejo de Salubridad General.	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
4.3	Lograr cero muertes maternas en embarazadas derechohabientes, imputables a las unidades hospitalarias del Instituto.	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
4.4	Lograr en las unidades hospitalarias del Instituto, una tasa de infecciones nosocomiales no mayor a 6 por cada 100 egresos registrados, de acuerdo a lo establecido en el Programa Nacional de Salud.	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
4.5	Cumplir con un mínimo del 92% de elaboración de la Cédula de Verificación de Seguridad de la Cirugía, del total de intervenciones quirúrgicas realizadas en los hospitales del Instituto.	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
4.6	Cumplir con un estándar no mayor a 1.5 días de estancia media preoperatoria en cirugías programadas, en todas las unidades hospitalarias del Instituto.	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
4.7	No rebasar un 3% de altas voluntarias o de abandono de los pacientes internados en los servicios de hospitalización de la Clínicas Hospital, Hospitales Generales, Hospitales Regionales y el CMN "20 de Noviembre".	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
4.8	Lograr que no se presenten quejas médicas dictaminadas como procedentes por el Comité de Quejas Médicas en los hospitales del Instituto.	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
SUMA DE PESO PONDERADO DE LOS COMPROMISOS DEL GRUPO 4		

ANEXO 1

No.	Compromisos 2012	Ponderador
5	Gestión Administrativa y Financiera	
5.1	Solventar el total de las observaciones y recomendaciones pendientes al 31 de diciembre de 2011 durante el primer semestre del año en curso y las generadas de enero a junio de 2012 en el segundo semestre de este año.	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
5.2	Obtener un índice acumulado mensual por Delegación, de un máximo de 3.8 días amparados en promedio por licencia médica en las unidades del primer nivel de atención y de 6.6 días en las unidades del segundo nivel (en ambos casos, sin contar las licencias y días por maternidad, así como por ortopedia quirúrgica, ortopedia postquirúrgica y neurocirugía).	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
5.3	Obtener un índice acumulado mensual, de un máximo de 10.5 días en promedio amparados por licencia médica (sin contar las licencias y días por maternidad), otorgados en Hospitales Regionales y el CMN "20 de Noviembre".	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
5.4	Lograr la aplicación de al menos dos programas de mejora en los servicios que se otorgan en dos unidades médicas de la Delegación, así como en los Hospitales Regionales y el CMN "20 de Noviembre", siguiendo la metodología definida en el libro "Gestión de Programas de Mejora en Hospitales del ISSSTE".	Se especifica para cada tipo de Acuerdo
5.5	Cumplir con la correcta ejecución de los programas de mantenimiento central y asegurar el buen uso de los equipos médicos y el cuidado de las instalaciones e infraestructura física de las unidades médicas.	Se especifica para cada tipo de Acuerdo
SUMA DE PESO PONDERADO DE COMPROMISOS DEL GRUPO 5		

ANEXO 2

Sistema de Atención a Inconformidades de Compromisos de Gestión (SAICG)

El SAICG es una herramienta administrada por el “Financiador”, que permite dar seguimiento y resolución oportuna a las peticiones de “Inconformidad” e “Imposibilidad” de los Prestadores y así mismo, la modificación de calificaciones por parte de las áreas evaluadoras en el periodo, a través de la intervención de las áreas firmantes del presente Acuerdo de Gestión.

Alta de responsables en el SAICG

Las altas, bajas o modificaciones del personal designado se llevarán a cabo en cualquier momento durante la vigencia del Acuerdo de Gestión. Las áreas participantes que podrán darse de alta dentro del sistema son:

1. Las Delegaciones, Hospitales Desconcentrados y áreas centrales evaluadoras; a través de la Subdelegación Médica, Dirección del Hospital, y área responsable de los compromisos de gestión a evaluar que así correspondan; serán quienes harán la solicitud de revisión o rectificación de las calificaciones del tablero publicado como preliminar en el periodo.
2. Las áreas centrales evaluadoras, quienes son responsables de dictaminar las solicitudes de inconformidad sobre las calificaciones preliminares publicadas en la Intranet del Instituto.
3. La Subdirección de Regulación y Atención Hospitalaria de la Dirección Médica, actuará como certificador de las imposibilidades de las unidades médicas para operar y como observador en el seguimiento de los procesos de atención a las inconformidades.
4. La Dirección de Delegaciones que fungirá como observador para el seguimiento de los procesos de atención a inconformidades / imposibilidades.
5. La Subdirección de Aseguramiento de la Salud verificará y administrará en general los procesos de atención de las inconformidades / imposibilidades.

Procedimiento

Para dar de alta al personal responsable de enviar inconformidades / imposibilidades a través del SAICG, señalados en el punto uno del apartado anterior, se deberá notificar mediante oficio a la Subdirección de Aseguramiento de la Salud, la designación de únicamente dos servidores públicos responsables por área, señalando **el nombre completo, número de empleado del ISSSTE, dos direcciones de correo electrónico por persona y el cargo que desempeñan para su registro en el sistema.**

Registro de inconformidades en el SAICG

El SAICG se encontrará disponible para su acceso en el sitio definido en la Intranet de la página web del Instituto y el usuario deberá bajar e instalar la aplicación respectiva en el computador del personal autorizado para la ejecución del sistema.

En la revisión y rectificación de las calificaciones que sean afectadas por los procedimientos de inconformidad / imposibilidad, el “Prestador” y las áreas evaluadoras deberán tener en cuenta lo siguiente:

1. El “Prestador” y/o las áreas evaluadoras tendrán el término de siete días naturales, tomando en cuenta días festivos, fortuitos o de caso especial contados a partir del día de la publicación del tablero preliminar de Acuerdos de Gestión y conforme al calendario de actividades señalado en la Cláusula Décima Tercera de este Acuerdo, para notificar en el sistema el registro de las inconformidades / imposibilidades, precisando los compromisos de gestión afectados en el periodo.
2. El registro de la inconformidad / imposibilidad deberá acompañarse de la justificación con el motivo explícito que se atiende, adjuntando en el sistema los archivos que contengan la documentación soporte con los datos que respalden el motivo de la solicitud.
3. Una vez terminados los siete días naturales del plazo de registro de inconformidades / imposibilidades se cerrará automáticamente el acceso al sistema.
4. Si se determina que el registro de la inconformidad / imposibilidad fue presentada fuera del término estipulado, o que no contiene cualquiera de los requisitos señalados en el sistema, se declarará improcedente la solicitud y se tendrán por definitivas y aceptadas las calificaciones presentadas como preliminares en el tablero de control.
5. La solicitud de inconformidad / imposibilidad del “Prestador” de los servicios no prescribirá en caso de que el evaluador no la atienda con oportunidad; siempre y cuando ésta haya sido presentada en tiempo y forma, siendo responsabilidad de las áreas centrales firmantes de este Acuerdo, gestionar la respuesta a la solicitud a través del SAICG.
6. Recibida la inconformidad / imposibilidad en los términos y condiciones expresados en las Cláusulas Vigésima Primera, Vigésima Segunda y en el presente anexo, el evaluador procederá al análisis y resolución correspondiente dentro de los dos días siguientes a la presentación de dicha solicitud.
7. Una vez atendidas las solicitudes de las Delegaciones y Hospitales Desconcentrados durante el periodo, el SAICG emitirá a través de correo electrónico la constancia de atención correspondiente.
8. Debido a que la operación correcta y eficiente del SAICG, está sujeta a la verificación de instancias normativas internas y de organismos certificadores externos, los procedimientos descritos y los periodos establecidos deberán atenderse con absoluta precisión y oportunidad.

ANEXO 3

Ficha Técnica del Compromiso 1.1

Entrega puntual y correcta del Informe Mensual de Unidad Médica en el Sistema de Información de Estadística Local (SIEL).

1. Objetivo a cumplir:

Cerrar en las fechas establecidas, la base de datos completa y correcta de la captura de los informes de actividades de atención de medicina curativa, que realizan las unidades de salud en el Sistema SIEL en línea.

Este compromiso aplica para las Clínicas Hospital, Clínicas de Especialidades, CECIS, Clínicas de Medicina Familiar, Unidades de Medicina Familiar y Consultorios Auxiliares.

2. Fuente:

Los formatos fuente para la captura de actividades realizadas en el SIEL son:

- Hoja diaria de labores del médico.
- Informe mensual de actividades de auxiliares de diagnóstico.
- Informe mensual de actividades de auxiliares de tratamiento.
- Informe mensual de actividades de urgencias.
- Informe mensual de actividades de banco de sangre y licencias.
- Informe mensual de farmacia.
- Captura de ausencias de médicos.
- Reporte trimestral actualizado de datos de la unidad y capacidad instalada.

Las unidades de salud sólo capturarán los datos que les sean aplicables, de acuerdo a la tipología y nivel de atención de la unidad, así como los servicios que esta otorga, incluyendo los servicios subrogados.

Este compromiso de gestión se evaluará con la integración y envío de las bases de datos de las unidades médicas en el **SIEL en línea** que ha evolucionado a la captura en tiempo real a través de la red institucional.

3. Periodicidad:

Mensual.

Integración de la base de datos completa y correcta durante los 10 primeros días naturales del mes siguiente al que se informa.

4. Indicador:

Integración oportuna y con datos completos y correctos, de la base de datos correspondiente a las actividades de atención curativa.

Para que la calificación de este indicador sea válida, las Delegaciones no deberán adeudar ninguna información, ni del mes que se califica ni de meses anteriores, en cumplimiento a la recomendación de la Auditoría Superior de la Federación.

La falta de captura en el **SIEL en línea** de un mes determinado se calificará con 0.0, así como de los meses subsecuentes, otorgándose calificación a partir del mes en que se efectúe toda

la captura pendiente o se entreguen los reportes faltantes, de tal manera que en el mes de enero de 2013, la información correspondiente al 2012 no refleje ningún adeudo.

Para la captura de datos atrasados de las actividades realizadas por las unidades médicas, solo podrá efectuarse durante el mes siguiente al evaluado, con el fin de que se regularicen los registros pendientes y se eviten calificaciones reprobatorias en los meses subsecuentes, procediéndose el último día de dicho mes al cierre definitivo de la base datos del sistema, por lo que si persiste la omisión de la captura de la información, tendrá que ser justificada ante las instancias fiscalizadoras correspondientes.

5. Cálculo del indicador:

Se asignará calificación de 1.0 por la captura y cierre mensual del **SIEL en línea**, con plazo máximo hasta el día 10 del mes siguiente al que se informa, con datos completos y correctos.

Si no se cumple con lo anterior, la calificación correspondiente será 0.0.

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Jefatura de Servicios de Estadística Institucional de la Dirección de Finanzas. Correo electrónico: estadisticains@issste.gob.mx

7. Observaciones:

El cálculo de la calificación correspondiente a la Delegación se efectuará promediando el resultado del indicador de cada una de las unidades de salud que la integran.

$$\text{Calificación Delegacional} = \frac{\text{Suma de calificaciones obtenidas por las unidades médicas de la Delegación}}{\text{Número de unidades de la Delegación}}$$

Las Subdelegaciones Médicas son las encargadas de verificar la captura y el cierre de las bases de datos (**SIEL en línea**) de todas las unidades de salud de su área de control.

Las **consultas de atención curativa** que se deriven de la atención que proporciona el personal médico asignado a los programas preventivos (ejemplos: vigilancia epidemiológica, detección de cánceres, crecimiento y desarrollo del niño, planificación familiar, diabetes por etapas, cartillas de salud, sobrepeso y obesidad, vacunación, contra el tabaquismo, etc.) deberán capturarse en el SIEL como productividad diaria del médico de la consulta externa en el servicio a que corresponda.

ANEXO 3

Ficha Técnica del Compromiso 1.2

Captura puntual y correcta en el Sistema de Información Médico Financiero (SIMEF), de la información requerida en el módulo de Medicina Curativa.

1. Objetivo a cumplir:

Cerrar en las fechas establecidas, la base de datos completa y correcta de la captura de los informes de actividades de atención de medicina curativa que realizan los hospitales desconcentrados y generales, en concordancia con los requerimientos del SIMEF.

2. Fuente:

Los resultados de los cierres de bases de datos generados por el SIMEF, los cuales pueden ser consultados tanto por el evaluador como por los usuarios del sistema.

Reporte trimestral actualizado de datos de la unidad y capacidad instalada.

Las unidades de salud sólo capturarán los datos que les sean aplicables, de acuerdo a la tipología y nivel de atención de la unidad, así como a los servicios que ésta otorga, incluyendo los servicios subrogados.

3. Periodicidad:

Con la pantalla de cierre mensual concluirá la captura, con datos completos y correctos, dentro de los primeros cinco días naturales del mes siguiente al que se informa.

4. Indicador:

Captura oportuna y con datos completos y correctos, de la base de datos correspondiente a las actividades de atención de medicina curativa.

Para que la calificación de este indicador sea válida, las Delegaciones y Hospitales Desconcentrados no deberán adeudar ninguna información, ni del mes que se califica ni de meses anteriores sobre estadísticas de medicina curativa, en cumplimiento a la recomendación de la Auditoría Superior de la Federación.

La falta de captura de un mes determinado se calificará con 0.0, así como los meses siguientes, otorgándose calificación a partir del mes en que se efectúe toda la captura pendiente, de tal manera que en el mes de enero de 2013, la información correspondiente al 2012 no deberá tener ningún faltante.

La captura de información atrasada ocasionará una calificación de 0.0 para el mes en que se identifique dicho atraso.

Para la captura de datos atrasados de las actividades realizadas por las unidades médicas, solo podrá efectuarse durante el mes siguiente al evaluado, con el fin de que se regularicen los registros pendientes y se eviten calificaciones reprobatorias en los meses subsecuentes, procediéndose el último día de dicho mes al cierre definitivo de la base datos del sistema, por lo que si persiste la omisión de la captura de la información, tendrá que ser justificada ante las instancias fiscalizadoras correspondientes.

5. Cálculo del indicador:

Se asignará calificación de 1.0 por la captura y cierre mensual del SIMEF, si se efectúa hasta el día cinco del mes siguiente al que se informa, con los datos completos y correctos; por el contrario, si el cierre del mes se realiza después del día cinco o si los datos son incompletos o incorrectos, la calificación será 0.0.

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Jefatura de Servicios de Estadística Institucional de la Dirección de Finanzas. Correo electrónico: estadisticains@issste.gob.mx

7. Observaciones:

Los módulos de captura que integran el SIMEF son: ausencias de médicos, consultas, ingreso hospitalario, egreso hospitalario, corta estancia, certificación de nacimiento, hoja de operaciones, censo diario, hoja de urgencias, censo de urgencias, auxiliares de diagnóstico, auxiliares de tratamiento, farmacia, banco de sangre, CEYE, lavandería y alimentación.

El cálculo del indicador correspondiente a la Delegación se efectuará promediando el resultado del indicador de cada una de las unidades hospitalarias que estén operando el SIMEF.

$$\text{Calificación Delegacional} = \frac{\text{Suma de calificaciones obtenidas por las unidades médicas de la Delegación}}{\text{Número de unidades médicas de la Delegación}}$$

Las **consultas de atención curativa** que se deriven de la atención que proporciona el personal médico asignado a los programas preventivos (ejemplos: vigilancia epidemiológica, detección de cánceres, crecimiento y desarrollo del niño, planificación familiar, diabetes por etapas, cartillas de salud, sobrepeso y obesidad, vacunación, contra el tabaquismo, etc.) deberán capturarse en el SIMEF como productividad diaria del médico de la consulta externa en el servicio a que corresponda.

ANEXO 3

Ficha Técnica del Compromiso 1.3

Entrega puntual y correcta del reporte mensual de morbilidad, mortalidad y procedimientos en medicina (SIEPH en línea), por parte de las Clínicas Hospital.

1. Objetivo a cumplir:

Cerrar en las fechas establecidas, la base de datos completa y correcta de los egresos hospitalarios registrados en hospitales propios y subrogados, correctamente codificados con la CIE-10 y CIE-9MC, y capturados en el sistema automatizado **SIEPH en línea**, diseñado para integrar las estadísticas de morbilidad, mortalidad y procedimientos en medicina.

2. Fuente:

Los formatos SM1-5 (hojas de egreso hospitalario) y las hojas de operaciones, codificadas con la CIE-10 (décima revisión) para diagnósticos y la CIE-9MC (novena revisión con modificación clínica) para procedimientos médico-quirúrgicos que se aplican a los derechohabientes internados en camas censables, capturados en el Sistema de Ingresos, Egresos y Procedimientos Hospitalarios (**SIEPH en línea**).

3. Periodicidad:

Con la pantalla de cierre mensual concluirá la captura, con datos completos y correctos, dentro de los primeros 10 días naturales del mes siguiente al que se informa.

4. Indicador:

Captura oportuna, completa y correcta, de la base de datos del reporte mensual de la codificación capturada y enviada a través del programa informático **SIEPH en línea** de las hojas de egresos hospitalarios.

Para que la calificación de este indicador sea válida, las delegaciones no deberán adeudar ninguna información, ni del mes que se califica ni de meses anteriores, en cumplimiento a la recomendación de la Auditoría Superior de la Federación.

La captura de información atrasada se calificará con 0.0, así como los meses siguientes, otorgándose calificación a partir del mes en que se regularice el registro de los reportes pendientes, de tal manera que en el mes de enero de 2013, la información correspondiente al 2012 no deberá tener ningún faltante.

Para la captura de datos atrasados de las actividades realizadas por las unidades médicas, solo podrá efectuarse durante el mes siguiente al evaluado, con el fin de que se regularicen los registros pendientes y se eviten calificaciones reprobatorias en los meses subsecuentes, procediéndose el último día de dicho mes al cierre definitivo de la base datos del sistema, por lo que si persiste la omisión de la captura de la información, tendrá que ser justificada ante las instancias fiscalizadoras correspondientes.

5. Cálculo del indicador:

Se asignará calificación de 1.0 por la captura y cierre mensual del **SIEPH en línea**, realizado dentro de los primeros 10 días naturales del mes siguiente al que se informa, con los datos completos y correctos.

Si el cierre se realiza con posterioridad o con datos incompletos o incorrectos, la calificación correspondiente será 0.0.

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Jefatura de Servicios de Estadística Institucional de la Dirección de Finanzas. Correo electrónico: estadisticains@issste.gob.mx

7. Observaciones:

La calificación del indicador correspondiente a la Delegación se efectuará promediando el resultado del indicador de cada una de las clínicas hospital que la integran.

$$\text{Calificación Delegacional} = \frac{\text{Suma de calificaciones obtenidas por las Clínicas Hospital de la Delegación}}{\text{Número de Clínicas Hospital de la Delegación}}$$

Este compromiso se fundamenta en la obligatoriedad establecida por la Secretaría de Salud de incorporar a las estadísticas sectoriales el informe de la morbilidad y mortalidad aplicando la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión CIE-10 y los procedimientos en medicina de la Novena Revisión con Modificación Clínica CIE-9MC.

Para que las hojas de egreso hospitalario se consideren completas, deberán incluirse las correspondientes a derechohabientes atendidos en hospitales subrogados.

ANEXO 3

Ficha Técnica del Compromiso de Gestión 1.4

Cumplir en tiempo y correctamente con el Cierre Contable Delegacional y el de los Hospitales Desconcentrados.

1. Objetivo a cumplir:

Contribuir a la integración oportuna de los Estados Financieros mensuales de la Institución, a través del cumplimiento de los cierres contables que contengan información financiera útil, confiable, relevante, comprensible y comparable, cumpliendo con los atributos asociados a cada una de ellos como oportunidad, veracidad, representatividad, objetividad, suficiencia e importancia relativa.

2. Fuente:

Registro contable a través del Sistema Contable (SIC).

3. Periodicidad:

Mensual, este indicador se considerará cumplido si el cierre contable se efectúa dentro de los primeros 10 días naturales del mes siguiente al que se informa, según el calendario de cierre y de conformidad con las características previstas en el apartado de observaciones.

4. Indicador:

La medición del cumplimiento se aplicará sobre los diversos módulos que deben de contabilizarse dentro del cierre contable mensual por parte de las delegaciones y hospitales desconcentrados.

5. Cálculo del indicador:

El cálculo del indicador se determinará de manera mensual, con base al número de módulos contabilizados (cumplidos = cerrados en tiempo y correctamente) entre el número de módulos por contabilizar en el mes (total por cumplir), de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$\text{Porcentaje de cumplimiento} = \frac{\text{Módulos contabilizados}}{\text{Módulos totales por contabilizar}} \times 100$$

Para que pueda considerarse correcto el saldo de las cuentas contables que integran cada módulo, deberá estar depurado y de acuerdo a su naturaleza.

Un porcentaje inferior al 80% de la meta tendrá calificación de cero y un porcentaje igual o mayor al 80% y hasta el 100% se calificará con el equivalente entre 0.8 y 1.0, según corresponda de conformidad con el cumplimiento de las características cualitativas de la información financiera.

Las cuentas de enlace del módulo de almacén representarán el 20% del total de la evaluación de este compromiso.

6. Responsable de evaluar el compromiso:

Subdirección de Contaduría a través de la Jefatura de Servicios de Operación Financiera y Delegacional de la Dirección de Finanzas. Correo electrónico: ismvillanueva@issste.gob.mx y jmmelendes@issste.gob.mx.

7. Observaciones:

Los módulos por contabilizar de acuerdo al tipo de unidad administrativa son los siguientes:

Delegaciones estatales: 10 módulos por cumplir.

- I. Ingresos a flujo de efectivo (comprende los 3 conductos: SERICA, Cuenta Única y Cuenta Recaudadora Delegacional).
- II. Emisión de Cuotas y Aportaciones (ingreso devengado, pagado y cancelado).
- III. Nóminas de Pensiones. (Incluye únicamente los pagos de pensiones en las Delegaciones Estatales que le son enviados por Oficinas Centrales para su pago) y Primeros Pagos a Pensionistas.
- IV. Nóminas de Funcionarios y Personal Operativo. (Incluye los registros por pago de laudos, FONAC y los pasivos por nóminas pendientes de pago).
- V. Nóminas de Guardias y Suplencias.
- VI. Préstamos Personales.
- VII. **Almacén y Cuentas de Enlace de Almacén (Incluye CENADI). Esta información tendrá representatividad del 20% del total de la evaluación.**
- VIII. Egresos (comprende el Módulo de Egresos, Activo Fijo, el pasivo generado en la Cuenta por Pagar Global de delegaciones, Proveedores, Acreedores y Pasivos de fin de año).
- IX. Deudores Diversos (comprende las cuentas de anticipo de gastos a comprobar, deudores, sus reservas de incobrabilidad y la recaudación en caja delegacional).
- X. Mantenimiento y Obra Pública.

Delegaciones regionales: 8 módulos por cumplir.

- I. Nóminas de Guardias y Suplencias.
- II. Primeros Pagos a Pensionistas.
- III. Préstamos Personales.
- IV. Cuenta Bancaria de Pago a Proveedores (Módulo de cheques o SICOPA).
- V. **Almacén y Cuentas de Enlace de Almacén (Incluye CENADI). Esta información tendrá representatividad del 20% del total de la evaluación.**
- VI. Egresos (comprende el Módulo de Egresos, Activo Fijo, el pasivo generado en la Cuenta por Pagar Global de delegaciones, Proveedores, Acreedores y Pasivos de fin de año).
- VII. Deudores (comprende las cuentas de anticipo de gastos a comprobar, deudores, sus reservas de incobrabilidad y la recaudación en caja delegacional).
- VIII. Mantenimiento y Obra Pública.

Hospitales desconcentrados: 6 módulos por cumplir.

- I. Nóminas de Guardias y Suplencias.
- II. Cuenta Bancaria de Pago a Proveedores (Módulo de cheques o SICOPA).
- III. **Almacén y Cuentas de Enlace de Almacén (Incluye CENADI). Esta información tendrá representatividad del 20% del total de la evaluación.**
- IV. Egresos (comprende el Módulo de Egresos, Activo Fijo, el pasivo generado en la Cuenta por Pagar Global de delegaciones, Proveedores, Acreedores y Pasivos de fin de año).
- V. Deudores (comprende las cuentas de anticipo de gastos a comprobar, deudores, sus reservas de incobrabilidad y la recaudación en caja delegacional).
- VI. Mantenimiento y Obra Pública.

ANEXO 3

Ficha Técnica del Compromiso de Gestión 1.5

Cumplir en tiempo y correctamente con las conciliaciones bancarias de las Delegaciones y Hospitales Desconcentrados.

1. Objetivo a cumplir:

Coadyuvar a la formulación oportuna de las conciliaciones bancarias en delegaciones y hospitales desconcentrados, que permitan verificar la razonabilidad del rubro de efectivo del Estado de Situación Financiera.

2. Fuente:

Registro Contable a través del Sistema Contable (SIC) y del Sistema Automatizado de Conciliaciones Bancarias (CONCIBCO).

3. Periodicidad:

Mensual, con reporte dentro de los 20 días siguientes al cierre contable del mes que se informa.

4. Indicador:

Medición del cumplimiento de la elaboración de las conciliaciones bancarias, por delegación u hospital desconcentrado con un mes de desfase.

5. Cálculo del indicador:

El cálculo del indicador se determinará con base en la entrega de las conciliaciones en tiempo y en forma correcta. Para que pueda ser en forma correcta se requiere que cumpla con los requisitos establecidos por la Subdirección de Contaduría, además de que la antigüedad de las partidas no sea mayor a 90 días y que no presente observaciones no solventadas de los órganos fiscalizadores.

$$\text{Porcentaje de cumplimiento} = \frac{\text{Conciliaciones en tiempo y forma correcta}}{\text{Conciliaciones programadas}} \times 100$$

Un porcentaje inferior al 80% de la meta tendrá calificación de cero y un porcentaje igual o mayor al 80% y hasta el 100% se calificará con el equivalente entre 0.8 y 1.0, según corresponda de conformidad con el cumplimiento de las características cualitativas de la información financiera.

A las conciliaciones bancarias se les asigna el mismo valor, por lo que el denominador será igual al número de cuentas bancarias que la delegación u hospital desconcentrado operen en su contabilidad.

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Subdirección de Contaduría a través de la Jefatura de Servicios de Operación Financiera y Delegacional de la Dirección de Finanzas. Correo electrónico: ismvillanueva@issste.gob.mx y jmmelendes@issste.gob.mx

7. Observaciones:

El cumplimiento de este compromiso estará sujeto a la fecha de cierre contable definitiva, a partir del cual se computarán los días en los que deberán entregar la información, por lo que su evaluación se generará con un mes de desfase.

Por lo anterior, la evaluación de este compromiso de gestión no se sujetará a los plazos establecidos en la cláusula décima segunda del Acuerdo de Gestión. Se reportará a más tardar el penúltimo día hábil del mes subsecuente a evaluar y la evaluación no estará sujeta a modificaciones, ya que únicamente será tomado en cuenta para su inclusión en el tablero definitivo del mes correspondiente. Por esta razón, se habrá de tener especial atención al correcto cumplimiento del presente compromiso.

ANEXO 3

Ficha Técnica del Compromiso de Gestión 1.6

Cumplir en tiempo y forma con la determinación de la base del Impuesto sobre nóminas, cantidad que se le aplicará la tasa de impuesto según la legislación correspondiente en la demarcación territorial de la Delegación Estatal, lo que será verificada contra el gasto y pago registrado en el Sistema Contable Institucional.

1. Objetivo a cumplir:

Coadyuvar a la formulación oportuna de la determinación de la base del Impuesto sobre Nóminas y el gasto registrado contable en el Estado de Resultados, cantidad a la que se aplicará tasa de impuesto según la legislación correspondiente en la demarcación territorial de la Delegación Estatal, lo que se conciliará con el gasto y el pago registrado contablemente en el Balance General y el Estado de Resultados.

2. Fuente:

- Formato Único para la Determinación de la base del Impuesto Sobre Nóminas (ISN).
- Registro contable del gasto de los conceptos de nómina a través del Sistema Contable Institucional (SIC).
- Formato de pago para la declaración del Impuesto sobre Nómina de conformidad con la legislación aplicable según la Delegación Estatal.

3. Periodicidad:

Mensual, con reporte dentro de los 10 días naturales siguientes del mes que se evalúa.

4. Indicador:

Determinación de la base del Impuesto sobre Nóminas, cantidad que se le aplicará la tasa de Impuesto según la legislación que le corresponda en la demarcación territorial de la Delegación Estatal, del cual el comprobante de pago se deberá registrar en el Balance General y el Estado de Resultados.

5. Cálculo del indicador:

Se calculará mediante el siguiente procedimiento:

A partir de la determinación de la base del Impuesto sobre Nóminas, cantidad a la que se le aplicará la tasa de impuesto según la legislación que le corresponda en la demarcación territorial de la Delegación Estatal, entre el registro contable del gasto en el Estado de Resultados más el comprobante de pago, de acuerdo con la siguiente fórmula:

1º) Determinación de la base gravable del ISN:

Se determinará con el Formato Único para la Determinación de la base del Impuesto Sobre Nóminas (ISN), cantidad a la que se le aplicará la tasa del impuesto según la Legislación que le corresponda en la demarcación territorial de la Delegación Estatal.

2º) Porcentaje del cumplimiento del compromiso:

Se calculará aplicando la fórmula que divide el resultado de la determinación de la base del Impuesto Sobre Nóminas (ISN) entre el monto del registro contable del ISN del gasto en el Estado de Resultados el cual se acompañará de la póliza contable y el comprobante de pago.

$$\text{Porcentaje de cumplimiento} = \frac{\text{Determinación de la base gravable del Impuesto sobre Nóminas}}{\text{El monto del registro contable del Gasto en el Estado de Resultados} + \text{Comprobante de pago}} \times 100$$

Por lo cual, a la falta de entrega de alguno de los conceptos en el indicador quedaría en cero ó indeterminado, por lo cual se calificaría en incumplimiento, es decir cero. Un porcentaje inferior al 80% de la meta tendrá calificación de cero y un porcentaje igual o mayor al 80% y hasta el 100% se calificará con el equivalente entre 0.8 y 1.0, según corresponda, de conformidad con el cumplimiento de las características cualitativas de la información financiera.

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Jefatura de Servicios de Integración y Registro Fiscal de la Subdirección de Contaduría, de la Dirección Finanzas, con direcciones de correo electrónico: aeespinosa@issste.gob.mx, jbalmori@issste.gob.mx y jfmondragon@issste.gob.mx

7. Observaciones:

- El cumplimiento de este compromiso es independiente a la fecha de cierre contable
- Estará sujeto a la entrega de la póliza contable de SIC, coincidiendo los registros en el periodo con el importe que se reporta en el Balance General y el Estado de Resultados.
- Si existiera requerimiento de pago de ejercicios anteriores por parte de los Gobiernos locales, la calificación será cero, mientras no se regularice el adeudo.

ANEXO 3

Ficha Técnica del Compromiso 1.7

Cumplir con la implantación y operación del Sistema Integral de Abasto de Medicamentos en el 100% de las unidades médicas programadas en la meta 2012.

1. Objetivo a cumplir:

Lograr la implantación y operación oportuna del Sistema Integral de Abasto de Medicamentos (SIAM) para estar en posibilidades de disponer de la información sobre los inventarios de medicamentos en las unidades médicas programadas en la meta 2012.

2. Fuente:

a) Formatos de implantación del SIAM.

- Designación de Responsables por parte de la Unidad Médica para Coordinar la Implantación del Sistema (FR-STI-SIAM-01).
- Relación de Usuarios por Perfil por Unidad Médica (FR-STI-SIAM-02).
- Relación del Personal a Capacitar por Unidad Médica (FR-STI-SIAM-03).
- Relación del Personal Capacitado por Unidad Médica (FR-STI-SIAM-04).

b) Reporte en Excel de los movimientos de operación del SIAM en las 648 Unidades Médicas.

3. Periodicidad:

Mensual, mediante la operación permanente del sistema, en los primeros diez días naturales del mes siguiente al que se informa.

4. Indicador:

Entrega oportuna de los reportes y formatos considerados sobre la implantación y operación del SIAM.

Los Delegados Estatales y Directores de los Hospitales Desconcentrados, de acuerdo a las fases previstas para la implantación y operación del SIAM, enviarán a la Subdirección de Tecnología de la Información los siguientes formatos digitalizados y de manera oficial, en caso de no haberlos enviado o en caso de haber alguna actualización:

Fase de implantación:

- a) Designación de los responsables de coordinar la implantación del sistema en cada unidad médica (Nombre del responsable, cargo, turno, etc.). Este documento se entregará una sola vez o cuando existan modificaciones **(formato FR-STI-SIAM-01)**.
- b) Relación de usuarios que tendrán acceso al sistema, a quienes se les asignarán claves según perfiles (Captura, consulta, reportes, etc.). Este documento se entregará una sola vez o cuando existan modificaciones **(formato FR-STI-SIAM-02)**.
- c) Indicar el personal y las fechas programadas para la capacitación y uso del sistema. Estos documentos se entregarán una sola vez o cuando existan modificaciones **(formato FR-STI-SIAM-03)**.
- d) Relación de personal que recibió dicha capacitación **(formato FR-STI-SIAM-04)**.

Fase de operación:

La Subdirección de Tecnología de la Información generará mensualmente un reporte de la ejecución y operación del sistema como comprobación de que las unidades médicas están operando el sistema.

Se calificará con 1.0 a las unidades médicas que hayan enviado los formatos de implantación debidamente llenados y se cumpla con la operación mensual del SIAM, realizando los movimientos mínimos que se le asignen a cada una de ellas, de acuerdo con la operación realizada en 2011. Se calificará con 0.0 a las unidades médicas que no envíen los formatos en tiempo y los datos estén incompletos o presenten errores.

Las unidades médicas que hayan cumplido con la entrega correcta de los formatos, nos es necesario enviarlos de nuevo, salvo en los casos en que exista cambio del personal.

5. Cálculo del indicador:

El cumplimiento del indicador de evaluación corresponderá al envío de los informes y formatos de implantación del sistema, firmados por los responsables de las Unidades Desconcentradas y a la operación del sistema cumpliendo con los movimientos establecidos.

La calificación delegacional se calculará de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Porcentaje de cumplimiento} = \frac{\text{Número de unidades médicas con el SIAM implantado y operando}}{\text{Número de unidades médicas programadas para implantación}} \times 100$$

Los Hospitales Regionales lograrán el 100% de cumplimiento, si en el mes evaluado cumplen con sus movimientos mínimos, por el contrario será de 0% si no cumplieron con este criterio.

6. Áreas responsables de evaluar el compromiso:

La Subdirección de Tecnología de la Información de la Dirección de Tecnología y Desarrollo Institucional. Correos electrónicos: siam@issste.gob.mx; rfaguilar@issste.gob.mx y nigarcia@issste.gob.mx



7. Observaciones:

Debe entenderse por movimiento de operación al documento que se registra en el sistema y que puede corresponder a la carga de una receta, un colectivo, un surtimiento de cualquier tipo, una transferencia o una devolución por sobreinversión en el SIAM.

No se considerarán movimientos al registro de consultas, los reportes generados, navegar en el sistema y la administración de catálogos de médicos o de usuarios.

La evaluación de éste compromiso de gestión se ha programado a partir del mes de enero de 2012 de conformidad con la Subdirección de Infraestructura de la Dirección Médica, en las **648** unidades médicas de acuerdo con lo siguiente:

- **635** unidades médicas propias y rentadas.
- **13** unidades médicas en convenio y subrogadas, en virtud de haberles dotado en 2011 de equipo de cómputo para la operación del SIAM.

<div>  IMPLANTACIÓN Y OPERACIÓN DEL SIAM 2012 RESUMEN DE UNIDADES MÉDICAS PROGRAMADAS  </div>									
Unidades Administrativas	Delegación	Para calificar en Enero				Para calificar en Junio			
		Programadas para Enero			Total Programadas Enero	Programadas para Mayo			Total Programadas Mayo
		1er. Nivel	2o. Nivel	3er. Nivel		1er. Nivel	2o. Nivel	3er. Nivel	
Delegaciones Estatales	AGUASCALIENTES	5	1		6				6
	BAJA CALIFORNIA	6	3		9	1			10
	BAJA CALIFORNIA SUR	9	3		12	1			13
	CAMPECHE	5	2		7				7
	CHIAPAS	22	4		26				26
	CHIHUAHUA	13	5		18	4			22
	COAHUILA	12	5		17				17
	COLIMA	1	2		3				3
	DURANGO	18	2		20				20
	GUANAJUATO	19	3		22	3			25
	GUERRERO	26	7		33	3			36
	HIDALGO	12	3		15				15
	JALISCO	20	3		23				23
	MICHOACAN	16	9		25				25
	MORELOS	18	3		21				21
	NAYARIT	14	1		15				15
	NUEVO LEON	13	2		15				15
	OAXACA	22	5		27				27
	PUEBLA	18	3		21				21
	QUERETARO	9	1		10				10
	QUINTANA ROO	5	3		8				8
	SAN LUIS POTOSI	14	5		19				19
	SINALOA	28	2		30	1			31
	SONORA	17	5		22				22
	TABASCO	17	1		18				18
	TAMAULIPAS	17	7		24	6			30
	TLAXCALA	4	1		5				5
	VERACRUZ	29	6		35	1			36
	YUCATAN	13			13	2			15
	ZACATECAS	16	2		18				18
	ESTADO DE MEXICO	24	3		27				27
Total Delegaciones Estatales		462	102		564	22	0	0	22
Delegaciones Regionales	ZONA NORTE	11	5		16				16
	ZONA ORIENTE	7	2		9				9
	ZONA PONIENTE	6	3		9	1			10
	ZONA SUR	11	2		13	1	1		15
Total Delegaciones Regionales		35	12		47	2	1	0	3
Hospitales Regionales	H.R. GRAL. IGNACIO ZARAGOZA			1	1				1
	H.R. LEON			1	1				1
	H.R. MANUEL CARDENAS DE LA VEGA			1	1				1
	H.R. MERIDA			1	1				1
	H.R. MONTERREY			1	1				1
	H.R. PRESIDENTE BENITO JUAREZ			1	1				1
	H.R. PUEBLA			1	1				1
	H.R. VALENTIN GOMEZ FARIAS			1	1				1
	H.R. PRIMERO DE OCTUBRE2			1	1				1
	H.R. LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS2			1	1				1
	H.R. BICENTENARIO DE LA INDEPENDENCIA			1	1				1
	H.R. CENTENARIO DE LA REVOLUCIÓN MEXICANA			1	1				1
Total Hospitales Regionales				12	12	0	0	0	0
Total general		497	114	12	623	24	1	0	25

ANEXO 3

Ficha Técnica del Compromiso 1.8

Dar cumplimiento formal y oportuno a las reuniones del Grupo de Trabajo de Seguimiento Delegacional del Acuerdo de Gestión.

1. Objetivo a cumplir:

Mejorar el cumplimiento de los compromisos de gestión mediante el análisis realizado en reuniones del Grupo de Trabajo de Seguimiento Delegacional del Acuerdo de Gestión (GTSDAG), a los resultados mensuales publicados en el tablero de control de calificaciones, así como, la aplicación de mecanismos de supervisión delegacional a las unidades médicas o servicios donde se identifiquen limitantes.

2. Fuente:

Minutas de las reuniones mensuales del Grupo de Trabajo de Seguimiento Delegacional del Acuerdo de Gestión (GTSDAG), incluyendo lista de participantes.

3. Periodicidad:

Mensual, dentro de los 10 primeros días del mes siguiente al que se evalúa.

4. Indicador:

Entrega oportuna de la minuta escaneada de cada reunión mensual y su anexo, a través de correo electrónico, donde se especifiquen los asuntos tratados, los acuerdos tomados y la lista de asistencia con firmas autógrafas de los participantes del Grupo de Trabajo de Seguimiento Delegacional del Acuerdo de Gestión (GTSDAG).

5. Cálculo del indicador:

Se asignará calificación de 1.0 en el mes evaluado, por la recepción en tiempo y forma de la minuta de la reunión del Grupo de Trabajo de Seguimiento Delegacional del Acuerdo de Gestión (GTSDAG) realizada en el mes correspondiente, conforme los elementos enunciados en el indicador, en caso contrario la calificación será de 0.0.

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Subcoordinación de Desarrollo Estratégico de la Dirección de Delegaciones a través de la Jefatura de Servicios de Diseño con direcciones de correo electrónico: jlarrazabal@issste.gob.mx y lmonica@issste.gob.mx.

7. Observaciones:

Durante el primer mes de aplicación del presente compromiso de gestión 2012 deberá entregarse el acta actualizada de integración del GTSDAG, debidamente firmada por sus participantes, así como la documentación comprobatoria de la difusión del Acuerdo de Gestión y sus respectivos compromisos, en todas las unidades médicas de la Delegación.

En tanto no se cumpla con el envío del acta actualizada de GTSDAG y la comprobación de la difusión del Acuerdo de Gestión 2012, la calificación será de 0.0 en los meses subsecuentes.

Para las siguientes evaluaciones mensuales de este compromiso, se requerirá de la recepción de la minuta firmada por los participantes, así como el anexo correspondiente debidamente requisitado, los cuales se enviarán a través de las direcciones de correo electrónico señaladas en el punto seis de esta ficha.

La minuta mensual deberá contener sin excepción el análisis del comportamiento delegacional de cada uno de los compromisos de gestión que le apliquen a la Unidad Desconcentrada en el mes evaluado y se encuentre publicado en el tablero de control de calificaciones ubicado en la Intranet del Instituto, asimismo se tendrá que incluir el acuerdo de las acciones a realizar y el reporte de avance de estas, lo anterior deberá requisitarse en el anexo que se incluye en esta ficha y formará parte de la minuta.

Se considerará cumplido el compromiso y la calificación será de 1.0, cuando las Unidades Desconcentradas entreguen a través de correo electrónico, la minuta escaneada y su anexo con el análisis correspondiente, el reporte de avances de las acciones aplicadas y las listas de participantes con las firmas autógrafas de los integrantes del GTSDAG. Cuando falte alguno de los elementos señalados la calificación será 0.0.

En el caso de no realizarse la sesión del GTSDAG en el mes correspondiente, se deberá presentar la justificación debidamente requisitada por el Subdelegado Médico, quien fungirá como Presidente del Grupo, precisando el motivo de causa de fuerza mayor que impidió la realización de la reunión, así como la reprogramación de la sesión suspendida, la cual deberá realizarse dentro de los 10 días del mes siguiente, asignándose N.A. (No Aplica). El mínimo de minutas de reuniones del GTSDAG será de 12 al año.

Cuando se observe que el seguimiento y análisis de los asuntos tratados, sean similares a los de meses anteriores, se procederá a calificar con 0.0 el mes que se evalúa.



Dirección de Delegaciones
Subcoordinación de Desarrollo Estratégico
Jefatura de Diseño

Acciones emprendidas por la Delegación, para mejorar el desempeño en los
Compromisos Básicos de Gestión

Delegación:

Mes:

Compromiso	Calificación	Problemática detectada	Acciones para mejorar su desempeño	Avances

ANEXO 3

Ficha Técnica del Compromiso de Gestión 1.9

Cumplir de manera oportuna, completa y congruente con la actualización mensual de la información de la plantilla física de recursos humanos que se requiere para el Sistema de Costos Médicos del ISSSTE.

1. Objetivo a cumplir:

Obtener oportunamente y con calidad la información mensual actualizada de la plantilla física de todas las unidades médicas, para la generación de los reportes del Sistema de Costos Médicos del ISSSTE, en las fechas establecidas, a nivel de unidad médica, servicio, horario, tipo de contratación, puesto y función.

2. Fuente:

La base de datos de la unidad médica correspondiente a la platilla física de personal que se captura en el SIEL de recursos humanos en línea o en el SIMEF en el módulo SIEL de empleados.

3. Periodicidad:

Mensual, teniendo como límite de entrega, hasta los 10 primeros días naturales del mes siguiente al que se reporta.

4. Indicador:

Captura completa y oportuna de información de la plantilla física de recursos humanos por unidad médica, servicio, horario, tipo de contratación, tipo de puesto y función, en el módulo correspondiente del SIMEF (SIEL empleados) o en el SIEL de Recursos Humanos en línea, la cual será utilizada como insumo para el Sistema de Costos Médicos del ISSSTE.

Para que la calificación de este indicador sea asignada de manera aprobatoria, la Delegación u Hospital Desconcentrado que reporta, no deberá adeudar información de este compromiso de meses anteriores al de referencia; es decir, aún cuando se lleve a cabo la captura del mes en cuestión y este haya sido reportado en tiempo y forma, de existir información pendiente de capturar de meses anteriores, será evaluada con calificación de cero (0.0) tanto de ese mes como los subsecuentes.

Sólo se asignará calificación aprobatoria del mes que se reporta (1.0), para aquellas unidades médicas que:

- Hayan registrado la información de recursos humanos requerida en tiempo y forma en el SIMEF o SIEL de recursos humanos en línea.
- No presenten adeudos de información de meses anteriores y del que se evalúa.
- La información registrada sea confiable y validada por los directivos de las unidades médicas correspondientes.

5. Cálculo del indicador:

Por el cumplimiento del registro total de la plantilla física de empleados dentro de las fechas consideradas para el cierre mensual, es decir, si se efectúa a más tardar al día diez del mes siguiente al que se informa, se asignará la calificación de uno (1.0); por el contrario, si el registro de la plantilla es incompleto, incongruente y/o el cierre del mes se realiza después del día diez o definitivamente no se registra la plantilla, la calificación será de cero (0.0) por incumplimiento de este compromiso.

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Subdirección de Aseguramiento de la Salud a través de la Jefatura de Servicios de Operación Financiera, con dirección de correo electrónico: malanis@issste.gob.mx y cgpartearroyo@issste.gob.mx.

7. Observaciones:

La información solicitada en los sistemas SIMEF y del SIEL de recursos humanos en línea, se debe capturar por unidad médica, por servicio, tipo de puesto (médico, enfermera, becario y otros), tipo de contratación, horario, así como el registro de la función que desempeñan al momento de la captura para las áreas de atención médica y administrativas.

Para la evaluación de este compromiso es indispensable actualizar cada mes de manera completa **la plantilla física de recursos humanos**, considerando el total de movimientos (altas, bajas y modificaciones); de no haberlos, la información se reporta igual al mes anterior, para ello se deberá utilizar la función de importar periodos anteriores, que disponen los Sistemas de SIEL de recursos humanos en línea o SIMEF en el módulo de SIEL empleados.

La información capturada se considerará congruente cuando el resultado de la comparación entre los datos de la plantilla física reportada y la plantilla oficial de la Subdirección de Recursos Humanos, no arroje diferencias.

En el caso de presentar una diferencia considerable, esto se hará saber a la unidad médica, la cual deberá enviar la aclaración y/o justificación correspondiente, de no mostrarse de manera satisfactoria, se procederá a calificar como incumplido el compromiso y la unidad médica deberá ajustar su plantilla a la física real.

Los costos médicos permitirán la evaluación financiera de la unidad médica y eventualmente la asignación presupuestal por productividad de la misma.

El cálculo del indicador correspondiente a la Delegación se efectuará promediando el resultado del indicador de cada una de las unidades hospitalarias.

$$\text{Calificación delegacional} = \frac{\text{Suma de calificaciones obtenidas por las unidades médicas de la delegación}}{\text{Número de unidades médicas de la delegación}}$$

En el caso de que la unidad médica tenga problemas para el acceso a los sistemas utilizados para el registro de la información requerida para la evaluación, deberá realizar con oportunidad las gestiones necesarias para obtener las claves y autorizaciones correspondientes.

El cumplimiento de este compromiso está subordinado a la observancia de los compromisos 1.1 y 1.2.

ANEXO 3

Ficha Técnica del Compromiso 1.10

Realizar la autoevaluación mensual sobre el funcionamiento del SIMEF en personal de los Hospitales Generales, Hospitales Regionales y el CMN “20 de Noviembre”.

1. Objetivo a cumplir:

Efectuar el análisis mensual de la operación del SIMEF mediante la aplicación de cuestionarios de autoevaluación a 8 usuarios seleccionados de los hospitales que utilizan el sistema, con el fin de conocer oportunamente los problemas que se presentan e instrumentar las medidas de solución inmediatas.

2. Fuente:

Cuestionario en línea, ubicado a través de la liga de la dirección electrónica señalada en el menú de ayuda del SIMEF, con preguntas sobre los módulos del sistema que los usuarios manejen en sus labores diarias.

La evaluación será individual, de cada uno de los ocho usuarios que se evaluarán por mes, respondida de manera independiente.

Para la ejecución del procedimiento de autoevaluación, los usuarios podrán recurrir a las siguientes herramientas:

- Manual del usuario del SIMEF
- Opciones de apoyo de cada módulo del SIMEF

3. Periodicidad:

Mensual, al cierre del SIMEF, dentro de los cinco días naturales del mes siguiente al que se informa.

4. Indicador:

Cada mes deberán registrar la autoevaluación un mínimo de 8 usuarios del sistema por unidad hospitalaria que deberán responder correctamente todas las preguntas.

El responsable del SIMEF de cada unidad hospitalaria será el encargado de seleccionar a las 8 personas, distintas de un mes a otro, para que respondan el cuestionario. En el caso de que se considere indispensable que se repita un mismo usuario, solo se permitirá cuando la autoevaluación se refiera a un módulo diferente al que anteriormente se le evaluó.

Cuando respondan el cuestionario de autoevaluación un número de 10 o más usuarios, con el 80% de ellos que obtengan calificación aprobatoria se calificará con 1.0 el compromiso; si son menos del 80% los aprobados, la calificación será 0.0.

5. Cálculo del indicador:

Los 8 usuarios del SIMEF que respondan el cuestionario de autoevaluación deberán obtener un mínimo de 8.0 de calificación de manera individual, con lo cual la unidad hospitalaria correspondiente se evaluará con un cumplimiento de 1.0. Cuando sean 9 los usuarios que respondan el cuestionario, se requerirá que al menos 8 hayan aprobado con 8.0 la autoevaluación.

Si el número de usuarios del SIMEF que respondan el cuestionario de autoevaluación es de 10 o más, con el 80% que logren calificación aprobatoria, la calificación será 1.0.

En el caso de las delegaciones que cuentan con más de un Hospital General, la calificación delegacional se obtendrá calculando el promedio de los porcentajes obtenidos por las unidades hospitalarias de la Delegación entre el total de unidades que operan el SIMEF, si el resultado es igual o mayor al 80% la calificación será 1.0, por el contrario, si no logran el porcentaje mínimo señalado la calificación será 0.0, de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$\text{Calificación Delegacional} = \frac{\text{Suma de los porcentajes obtenidos por las unidades hospitalarias de la Delegación}}{\text{Número de unidades hospitalarias de la Delegación que aplican el SIMEF}}$$

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Jefatura de Servicios de Planeación Técnica y Análisis de la Subdirección de Aseguramiento de la Salud. Dirección de correo electrónico: rmoralesm@issste.gob.mx

7. Observaciones:

Los usuarios designados por el líder del SIMEF de cada unidad (mínimo 8 usuarios por mes), deberán responder las preguntas con respuestas de opción múltiple del cuestionario en línea de autoevaluación. Las preguntas están formuladas de acuerdo a los módulos que los usuarios manejen en sus labores diarias.

Para acceder a la autoevaluación del sistema será necesario entrar al SIMEF con su clave personal, ya que el control del acceso será por usuario y por hospital. Para ello se ha establecido un vínculo dentro del Menú “Ayuda” que llevará a los usuarios a la página donde estarán desplegadas las preguntas.

Para considerar que la autoevaluación fue completa y oportuna durante el periodo de cierre de cada mes, el usuario deberá responder todas las preguntas que le sean asignadas acorde a los módulos que maneja en el SIMEF y obtener un mínimo de 8.0 de calificación.

Las autoevaluaciones incompletas no serán tomadas en cuenta, por lo cual se sugiere que cada usuario con apoyo del líder del SIMEF y las herramientas señaladas en el punto 2 de esta ficha técnica, se asegure de que se hayan respondido todas las preguntas del cuestionario.

Cada mes tocará el turno a cuando menos 8 usuarios distintos de realizar la autoevaluación, con el fin de que al final del año una proporción representativa del personal que opera el SIMEF en las unidades haya sido evaluado, para conocer con la mayor precisión posible, las principales **áreas de oportunidad que tienen las unidades para un mejor manejo del sistema.**

ANEXO 3

Ficha Técnica del Compromiso 1.11

Cumplir con la implantación del Sistema de Costos Médicos en los Hospitales Generales y Clínicas Hospital cabecera de Delegación del ISSSTE.

1. Objetivo a Cumplir:

Lograr la implantación correcta y completa del Sistema de Costos Médicos en todos los Hospitales Generales y Clínicas Hospital Cabecera de Delegación del Instituto, mediante la capacitación del personal usuario, con la finalidad de dotar de una herramienta que contribuya a la toma de decisiones operativas y financieras, a través de la obtención de costos médicos de los servicios que prestan estas unidades hospitalarias.

2. Fuente:

Reporte generado por el Sistema de Costos Médicos del ISSSTE.

3. Periodicidad:

Trimestral, con corte dentro de los primeros 5 días naturales del mes siguiente al periodo que se informa.

4. Indicador:

Cumplimiento de las etapas establecidas para la implantación del Sistema de Costos Médicos para lograr su operación rutinaria y la emisión de los reportes correspondientes.

Se asignará calificación aprobatoria (1.0) para aquellos Hospitales Generales y Clínicas Hospital Cabecera de Delegación que cumplan con los siguientes puntos:

- Recibir y aprobar la capacitación para el manejo del Sistema de Costos Médicos.
- Cumplir con las etapas de implantación del Sistema de Costos Médicos conforme al calendario establecido en esta ficha técnica.
- Enviar comentarios y observaciones al evaluador del compromiso sobre las posibles mejoras al sistema.

5. Calculo del Indicador:

Para obtener calificación trimestral aprobatoria (1.0) por parte de cada unidad hospitalaria, será indispensable cumplir de forma correcta y oportuna con todas las actividades determinadas para los periodos establecidos en el siguiente cuadro. En caso de no realizar alguna de las actividades señaladas durante el plazo correspondiente, la calificación de la unidad hospitalaria será de 0.0.

Periodo	Actividad a realizar
Abril-Junio	El personal asignado de las unidades médicas asistirá a la capacitación sobre el Sistema de Costos Médicos, convocada por el área evaluadora. La evidencia para calificar esta actividad será la lista de asistencia a las sesiones calendarizadas.
	Solicitud oficial del director de la unidad médica para que se asignen claves de usuario al personal que utilizará el sistema, precisando el área responsable de su instalación y operación en la unidad.
	Realizar la instalación del sistema y notificar oficialmente el término de su instalación en los equipos de cómputo del personal usuario.

Julio- Septiembre	Instalación y prueba del programa informático del Sistema de Costos Médicos en la unidad hospitalaria, coordinada por los responsables designados.
	Envío de comentarios y observaciones sobre la operación mensual del Sistema de Costos Médicos, aplicación de ajustes a nivel local y atención de problemas de funcionamiento específicos.
Octubre- Diciembre	Estabilización del Sistema de Costos Médicos y emisión de reportes mensuales durante el trimestre por servicio y Unidades de Producción Hospitalaria.

La calificación delegacional se calculará de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Calificación Delegacional} = \frac{\text{Número de unidades hospitalarias que cumplan las actividades programadas en el trimestre}}{\text{Total de unidades hospitalarias de la Delegación}} \times 100$$

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Subdirección de Aseguramiento de la Salud a través de la Jefatura de Servicios de Operación Financiera, direcciones de correo electrónico: michellv@issste.gob.mx y cqpartearroyo@issste.gob.mx.

7. Observaciones:

La capacitación se hará mediante un programa instalado en línea, supervisado y con apoyo técnico del personal de la Jefatura de Servicios de Operación Financiera de la Subdirección de Aseguramiento de la Salud.

Se capacitará a quien designe el director del hospital como responsable de coordinar las actividades, así como a los usuarios de las Subdirecciones Médica y Administrativa, y del área de sistemas de la unidad.

La mesa de apoyo técnico estará disponible en días hábiles, en un horario de 8 a 20 horas, para recibir las solicitudes de orientación, revisión de problemas y precisión de las estrategias para resolverlos, con atención vía telefónica y de comunicaciones por internet.

ANEXO 3

Ficha Técnica del Compromiso 2.1

Alcanzar el 100% de la meta definida para 2012, de toma de estudios de Papanicolaou en la población femenina derechohabiente usuaria de 25 a 64 años por Delegación.

1. Objetivo a cumplir:

Impulsar la detección oportuna de cáncer cérvico-uterino en mujeres derechohabientes de 25 a 64 años, mediante la realización de estudios de citología exfoliativa cérvico vaginal (Papanicolaou).

2. Fuente:

Sistema en línea de Estadística en Medicina Preventiva.

3. Periodicidad:

Mensual, dentro de los primeros 10 días naturales del mes siguiente al que se informa.

4. Indicador:

Porcentaje de cumplimiento de la meta programática de estudios de citología exfoliativa (Papanicolaou) realizados a mujeres de 25 a 64 años, de la población amparada por las unidades de salud de cada Delegación en relación con la programación establecida.

5. Cálculo del indicador:

$$\text{Porcentaje de logro de la meta} = \frac{\text{Número de citologías reportadas en el mes}}{\text{Meta del mes por Delegación}} \times 100$$

Un porcentaje de logro inferior al 90% de la meta tendrá calificación de 0.0 y un porcentaje igual o mayor al 90% se calificará con el equivalente entre 0.9 de logro y hasta 1.0.

Porcentaje de logro	Calificación
Igual o mayor al 90%	0.9 hasta 1.0
Menor al 90%	0.0

La calificación de este compromiso se determinará como el logro acumulado de la meta al periodo correspondiente.

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Jefatura de Servicios de Prevención y Atención Médica de Enfermedades Crónico Degenerativas de la Subdirección de Prevención y Protección a la Salud, de la Dirección Médica, con dirección de correo electrónico bdelarosa@issste.gob.mx e ismruiz@issste.gob.mx.

7. Observaciones:

Para obtener el porcentaje de logro de la meta de las delegaciones, no se sumarán los porcentajes de las distintas unidades de salud, sino que se sumarán los numeradores y los denominadores de las fórmulas correspondientes; es decir, se calculará dividiendo el número

total de citologías reportadas en el mes, a nivel de la delegación, entre la meta mensual correspondiente.

La meta establecida para la medición de este compromiso será la autorizada por la Dirección Médica.

Cada estudio de Papanicolaou se considerará completo cuando cumpla las siguientes etapas: toma de muestra, procesamiento, interpretación y reporte del resultado a la derechohabiente. En el reporte que se envíe a la Subdirección de Prevención y Protección a la Salud se deberán precisar los casos identificados como positivos.

Las carencias de insumos se considerarán como justificación para el no cumplimiento de la meta, lo cual será considerado por el evaluador en la asignación de la calificación del compromiso, siempre y cuando se comprueben anomalías en la distribución por la empresa responsable y exista la solicitud de estos insumos por mes, de parte de la Delegación, dirigida a la Dirección Médica del Instituto (Departamento de Enfermedades Crónicas y Degenerativas).

METAS A CUMPLIR POR DELEGACION 2012

DELEGACIONES	META
AGUASCALIENTES	6,180
BAJA CALIFORNIA	8,104
BAJA CALIFORNIA SUR	6,900
CAMPECHE	3,870
COAHUILA	14,404
COLIMA	3,120
CHIAPAS	13,690
CHIHUAHUA	10,356
DURANGO	12,233
GUANAJUATO	18,711
GUERRERO	22,075
HIDALGO	12,306
JALISCO	15,071
ESTADO DE MEXICO	51,664
MICHOACAN	20,900
MORELOS	9,837
NAYARIT	7,810
NUEVO LEON	9,140
OAXACA	18,007
PUEBLA	12,876
QUERETARO	5,530
QUINTANA ROO	6,598
SAN LUIS POTOSI	10,480
SINALOA	15,845
SONORA	11,610
TABASCO	7,306
TAMAULIPAS	16,209
TLAXCALA	5,212
VERACRUZ	22,040
YUCATAN	7,740
ZACATECAS	6,580
REGIONAL ZONA NORTE D.F.	22,773
REGIONAL ZONA ORIENTE D.F.	24,300
REGIONAL ZONA SUR D.F.	47,103
REGIONAL ZONA PONIENTE D.F.	19,988
TOTAL	506,568

ANEXO 3

Ficha Técnica del Compromiso 2.2

Alcanzar el 100% de la meta definida para 2012, de realización de mastografías para detección de cáncer mamario en mujeres derechohabientes.

1. Objetivo a cumplir:

Impulsar la detección oportuna de cáncer mamario en mujeres derechohabientes, para contribuir a la disminución de la mortalidad por cáncer de mama, mediante la realización de mastografías.

2. Fuente:

Información del número de estudios de mastografías, registrado en el Sistema de Información Estadística Local (SIEL), Sistema de Ingresos, Egresos y Procedimientos Hospitalarios (SIEPH) y Sistema de Información Médico Financiero (SIMEF).

3. Periodicidad:

Mensual, dentro de los primeros 10 días naturales del mes siguiente al que se informa.

4. Indicador:

Porcentaje de cumplimiento de la meta programática de mastografías de detección realizadas a mujeres derechohabientes en las unidades médicas en relación con las mastografías de detección programadas.

5. Calculo del indicador:

Se construye dividiendo el número total de mastografías realizadas en la unidad de salud, en un periodo determinado, entre el número total de mastografías programadas en el mismo periodo, multiplicado por cien.

$$\text{Porcentaje de logro de la meta} = \frac{\text{Mastografías reportadas en el periodo}}{\text{Meta del periodo}} \times 100$$

Un porcentaje de logro de la meta igual o mayor al 90% se calificará con 1.0, igual o mayor al 80% se calificará con 0.6 y menor al 80% con 0.0 como se muestra en la siguiente tabla:

Porcentaje de logro	Calificación
Mayor o igual al 90%	1.0
Mayor o igual al 80% y menor al 90%	0.6
Menor al 80%	0.0

La calificación de este compromiso se determinará como el logro de la meta al mes correspondiente.

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Subdirección de Prevención y Protección a la Salud, Jefatura de Servicios de Prevención y Atención Médica de Enfermedades Crónico Degenerativas de la Dirección Médica, con direcciones de correo electrónico: bdelarosa@issste.gob.mx e ismruiz@issste.gob.mx.

7. Observaciones:

Para obtener el porcentaje de logro de la meta de las Delegaciones y Hospitales Regionales, no se sumarán los porcentajes de las distintas unidades de salud, sino que se sumarán los numeradores y los denominadores de las fórmulas correspondientes; es decir, se calculará dividiendo el número total de mastografías realizadas en el periodo, a nivel de la Delegación, entre la meta del periodo.

El estudio se realizará a mujeres derechohabientes de 50 a 69 años ó de 40 a 49 años con antecedentes familiares directos, a la unidad médica de la Delegación que cuente con mastógrafo o al Hospital Regional correspondiente.

El Programa Nacional de Salud establece cinco objetivos, el número 1 se refiere a “Mejorar las condiciones de salud de la población”; para lograrlo se seleccionaron siete metas estratégicas, entre las que destaca la meta 1.5 “Incrementar al triple la cobertura en el último año de detección de cáncer de mama por mastografía” en mujeres derechohabientes.

Las justificaciones de fallas en el equipo deberán fundamentarse y obtener el dictamen de la Subdirección de Conservación y Mantenimiento, aplicando únicamente para el periodo evaluado y autorizado por el área evaluadora de este compromiso.

Las carencias de insumos solo se considerarán como justificación para el no cumplimiento de la meta, cuando el “Prestador” lo informe al “Evaluador”, antes de que concluya el mes que se evalúa.

Con el fin de evitar esta situación el “Prestador” deberá gestionar con oportunidad los suministros requeridos al área que corresponda y notificarlo al “Evaluador” de este compromiso para que otorgue el apoyo necesario.

Si en una unidad médica con equipo de mastografía se rebasa la capacidad operativa y no es posible cumplir con la meta de tamizaje establecida, se podrá solicitar el apoyo a través del Programa para Asegurar la Oportunidad de la Atención Médica con el fin de que se realice la toma e interpretación de los estudios, enviando la justificación correspondiente, debidamente requisitada, donde se indique el número y tipo de estudios realizados y la demanda pendiente de atender.

Para la autorización de los apoyos solicitados a través del programa de rezago de la atención médica, la capacidad operativa de mastografías de las unidades médicas se determinará a partir de la productividad reportada en 2009 y con base en el número de equipos y personal propio existentes.

Se deberá incluir el reporte de los casos identificados como positivos posteriores a la interpretación de la toma mastografías.

Las metas que a continuación se presentan fueron definidas de común acuerdo entre las Unidades Administrativas Desconcentradas y la Subdirección de Prevención y Protección a la Salud de la Dirección Médica.

METAS A CUMPLIR DE MASTOGRAFÍAS POR UNIDAD DESCONCENTRADA

DELEGACIONES	META
AGUASCALIENTES	2,310
BAJA CALIFORNIA	2,103
BAJA CALIFORNIA SUR	1,920
CAMPECHE	1,128
COAHUILA	3,891
COLIMA	1,080
CHIAPAS	4,200
CHIHUAHUA	2,640
DURANGO	2,384
GUANAJUATO	3,589
GUERRERO	7,800
HIDALGO	3,244
JALISCO	4,176
ESTADO DE MEXICO	1,664
MICHOACAN	3,552
MORELOS	1,813
NAYARIT	1,632
NUEVO LEON	4,900
OAXACA	2,392
PUEBLA	0
QUERETARO	1,487
QUINTANA ROO	1,445
SAN LUIS POTOSI	3,549
SINALOA	2,412
SONORA	2,187
TABASCO	1,442
TAMAULIPAS	3,840
TLAXCALA	1,140
VERACRUZ	5,888
YUCATAN	2,820
ZACATECAS	1,345
REGIONAL ZONA NORTE D.F.	4,500
REGIONAL ZONA ORIENTE D.F.	6,000
REGIONAL ZONA SUR D.F.	19,563
REGIONAL ZONA PONIENTE D.F.	4,840
SUBTOTAL DELEGACIONES	118,876
H.R."BICENTENARIO DE LA INDEPENDENCIA".	1,350
H.R."DR. M.CARDENAS DE LA VEGA",CULIACAN	2,339
H.R."VALENTIN GOMEZ FARIAS", ZAPOPAN	2,168
H.R.MONTERREY, N. L.	1,170
H.R.PUEBLA, PUE.	3,360
H.R.LEON, GTO.	2,850
H.R.MERIDA, YUC.	1,425
H.R."PRESIDENTE BENITO JUAREZ", OAX.	2,339
H.R."PRIMERO DE OCTUBRE"	2,047
H.R."GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"	2,850
H.R."LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"	2,850
H.R."CENTENARIO DE LA REVOLUCIÓN", MOR.	1,440
SUBTOTAL REGIONALES	26,188
TOTAL	145,064

ANEXO 3

Ficha Técnica del Compromiso 2.3

Lograr el 95% de cobertura anual de vacunación con esquemas completos y una concordancia del 90% en niños menores de ocho años, en las áreas de responsabilidad institucional.

1. Objetivo a cumplir:

Lograr coberturas del 95% y más en el Programa de Vacunación Universal, con esquemas básicos completos y una concordancia del 90% y más en la población menor de 8 años de las áreas de responsabilidad institucional de las 35 delegaciones del Instituto.

2. Fuente:

- Sistema de Información del Programa de Vacunación Universal (PROVAC).
- Reporte concentrado de actividades esquema-integral-sexo todos con ventana de oportunidad.

3. Periodicidad:

Mensual, con logros evaluados a partir de los datos del cuadro que se incluye en el rubro de observaciones de esta ficha, en los 10 primeros días naturales del mes siguiente al que se informa.

4. Indicador:

Porcentaje de cobertura con esquemas básicos completos de vacunación en menores de 8 años del área de responsabilidad institucional.

Porcentaje de concordancia entre la población oficial (COEVA) y la población nominal de los menores de 8 años del área de responsabilidad institucional.

5. Calculo del Indicador:

De enero a diciembre de 2012 se evaluará el porcentaje de cobertura; por lo que el indicador se calculará de forma acumulada a nivel delegacional, dividiendo el total de esquemas básicos completos de vacunación aplicados a niños menores de 8 años de edad, entre el total de los menores de 8 años, capturados de las áreas de responsabilidad del ISSSTE, que corresponde al porcentaje de la población comprometida en el Consejo Estatal de Vacunación (COEVA) en cada Estado.

$$\text{Porcentaje de cumplimiento = de cobertura} = \frac{\text{Número de niños menores de 8 años con esquemas básicos completos de vacunación aplicados}}{\text{Total de niños menores de 8 años capturados de las áreas de responsabilidad del ISSSTE, población comprometida en el Consejo Estatal de Vacunación (COEVA), según la proyección CONAPO.}} \times 100$$

El porcentaje de cobertura que se obtenga se comparará con los porcentajes que se señalan en el siguiente cuadro:

%de cobertura 2011	Avances de cobertura											
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Menor de 50%	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	95	95
Mayor o igual a 50% y menor a 70%	50	60	60	65	70	75	80	85	90	90	95	95
Mayor a 70%	70	70	70	70	80	85	90	90	90	90	95	95

Así mismo de enero a diciembre del 2012 se evaluará el porcentaje de concordancia, por lo que el indicador se calculará de forma acumulada a nivel delegacional, dividiendo el total de niños menores de 8 años del censo nominal, entre el total de la población comprometida en el Consejo Estatal de Vacunación (COEVA) en cada Estado.

$$\text{Porcentaje de concordancia} = \frac{\text{Número de niños menores de 8 años del censo nominal de las áreas de responsabilidad}}{\text{Total de niños menores de 8 años en las áreas de responsabilidad del ISSSTE comprometida en el Consejo Estatal (COEVA) según la proyección CONAPO.}} \times 100$$

El porcentaje de concordancia así obtenido se comparará con los porcentajes señalados en la siguiente tabla:

%de concordancia 2011	Avances de concordancia											
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Menor de 50%	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	90
Mayor o igual a 50% y menor a 70%	50	60	60	65	70	75	80	85	90	90	90	90
Mayor a 70%	70	70	70	70	80	80	80	80	90	90	90	90

La evaluación del compromiso se integrará de la siguiente manera:

El porcentaje de logro total en el compromiso, se conformará con el resultado de las dos variables (cobertura y concordancia) y corresponderá a la sumatoria de los porcentajes correspondientes a la parte proporcional del 50% para cobertura y 50% para concordancia, conforme a lo que se señala en las tablas de avances, de acuerdo al porcentaje logrado en el 2011, por lo que la calificación obtenida de la suma de los conceptos o indicadores, se asignará según la siguiente escala:

Puntaje de calificaciones obtenidas como resultado de la suma de los dos conceptos evaluados	Calificación
Mayor o igual al 0.8	1.0
Igual o mayor al 0.5 y menor al 0.8	0.6
Menor al 0.5	0.0

Ejemplo de cálculo por porcentajes ponderados:

Si una delegación obtuviera en el mes de enero, de acuerdo al PROVAC una cobertura del 32% y una concordancia del 38%, y según se establece en las tablas de avance que se tiene que cubrir el 40% para cobertura y 40% para concordancia, el resultado se integrará de la siguiente manera:

Concepto	Procedimiento para obtener el porcentaje de cobertura	Procedimiento para obtener la calificación proporcional
	Se aplican reglas de tres simple	
Meta a enero: 40% = 0.5 de calificación	El 40% de cobertura es el 100%, ¿32% de avance en la cobertura a cuánto equivale? $(32 \div 40) \times 100 = 80\%$	100% de avance equivale a una calificación de 0.5, el 80% a qué calificación corresponde? $(80 \times 0.5) \div 100 = 0.4$
Concepto	Cálculo para obtener el porcentaje de concordancia	Cálculo para obtener la ponderación del porcentaje
Meta a enero: 40% = 0.5 de calificación	El 40% de cobertura es el 100%, ¿38% de avance en la cobertura a cuánto equivale? $(38 \div 40) \times 100 = 95\%$	100% de avance equivale a una calificación de 0.5, el 95% a qué calificación corresponde? $(95 \times 0.5) \div 100 = 0.48$
Sumatoria de las calificaciones obtenidas de los dos conceptos evaluados		$0.4 + 0.48 = 0.88$
Como la sumatoria de ambas calificaciones es de 0.88 , el resultado del compromiso corresponde a 1.0 , conforme a la escala establecida en el cuadro anterior de "puntaje de calificaciones obtenidas".		

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Jefatura de Servicios de Prevención y Atención Médica de Enfermedades Crónicas y Degenerativas de la Subdirección de Prevención y Protección a la Salud, con direcciones de correo electrónico: vmosso@issste.gob.mx y laruiz@issste.gob.mx.

7. Observaciones:

Las Subdelegaciones Médicas son las encargadas de verificar, validar y actualizar las bases de datos del PROVAC de todas las unidades de salud de su área de control que participan en el Programa de Vacunación Universal.

Con el fin de considerar un avance real del impacto de todas las acciones que se realizan en el Programa de Vacunación Universal, se incorporó a la evaluación de la cobertura de esquemas completos, la evaluación del porcentaje de concordancia entre la población oficial (COEVA) y la población nominal de los menores de 8 años del área de responsabilidad institucional, reflejando la realización de otras acciones de cobertura que no son consideradas con solo la medición de los esquemas completos.

En caso de existir alguna situación real y validada por las instancias competentes, como ocurre en las situaciones de inseguridad y la falta de dotación de biológicos y otros insumos, que impidan a la Delegación cumplir con la meta de un mes determinado, deberá enviar por escrito al área evaluadora la solicitud correspondiente, aportando los argumentos necesarios que justifiquen esa petición, con el propósito de que se considere en la evaluación. Para que esto pueda aplicarse, la Delegación deberá gestionarlo con oportunidad, antes de la publicación del tablero de control con calificaciones definitivas.

Se entiende por esquema básico completo de vacunación, de acuerdo a la definición del Consejo Nacional de Salud, al número de vacunas y cantidad de dosis y refuerzos de biológicos que debe recibir la población de acuerdo a su edad, como se especifica a continuación:

Esquema básico completo de vacunación en menores de 8 años

VACUNA	ENFERMEDADES QUE PREVIENEN	No. DE DOSIS	EDAD
BCG	FORMAS GRAVES DE TUBERCULOSIS	UNA DOSIS	AL NACER
ANTIHEPATITIS B	HEPATITIS B	TRES DOSIS	AL NACER 2 MESES 6 MESES
PENTAVALENTE ACELULAR (DPaT+VIP+Hib)	DIFTERIA , TOSFERINA, TETANOS, POLIOMELITIS E INFECCIONES POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B	CUATRO DOSIS	2 MESES 4 MESES 6 MESES 18 MESES
DPT	DIFTERIA, TOSFERINA, TETANOS	UNA DOSIS	4 AÑOS
ROTAVIRUS	GASTROENTERITIS CAUSADA POR ROTAVIRUS	DOS DOSIS	2 MESES 4 MESES
NEUMOCOCCICA CONJUGADA 7 VALENTE	INFECCIONES POR NEUMOCOCO	TRES DOSIS	2 MESES 4 MESES 1 AÑO
ANTIINFLUENZA	INFLUENZA	UNA O DOS DOSIS SEGÚN LA EDAD	1 DOSIS ENTRE 6 Y 35 MESES 1 DOSIS AL MES DE LA 1ª. 1 DOSIS ANUAL HASTA LOS 59 MESES EN PERIODO INVERNAL
TRIPLE VIRAL SRP	SARAMPIÓN, RUBEÓLA Y PAROTIDITIS	DOS DOSIS	PRIMERA AL AÑO DE EDAD Y REFUERZO A LOS 6 AÑOS DE EDAD
SABIN	POLIOMELITIS	UNA DOSIS	1 DOSIS COMO REFUERZO EN SEMANAS NACIONALES DE SALUD

ANEXO 3

Ficha Técnica del Compromiso 2.4

Lograr el control metabólico óptimo en un mínimo del 60% de los pacientes subsecuentes atendidos en los módulos seleccionados de Manejo Integral de Diabetes por Etapas (MIDE), mediante la determinación de hemoglobina glucosilada (HbA1c) menor al 7%.

1. Objetivo a cumplir:

Lograr el empoderamiento del paciente con diabetes y la corresponsabilidad en el manejo de su enfermedad, mediante el control metabólico adecuado, con el propósito de retardar la aparición de complicaciones y elevar su calidad de vida.

2. Fuente:

Sistema de Información de Manejo Integral de la Diabetes por Etapas (SIMIDE).

3. Periodicidad:

Mensual, con corte al último día natural del mes que se califica.

4. Indicador:

Expresa la proporción de pacientes subsecuentes con diabetes, controlados con registro en el SIMIDE de hemoglobina glucosilada menor a 7%, entre el total de pacientes subsecuentes atendidos en la clínica de diabetes.

5. Cálculo del indicador:

El indicador se calcula dividiendo el total de pacientes subsecuentes con hemoglobina glucosilada menor a 7% atendidos en las clínicas de diabetes y registrados en el SIMIDE, entre el total de pacientes subsecuentes registrados en el censo con hemoglobina glucosilada, atendidos en el mismo periodo. El cociente resultante se multiplicará por 100 para obtener el porcentaje de cumplimiento.

$$\text{Porcentaje de cumplimiento} = \frac{\text{Total de pacientes subsecuentes con HbA1c menor a 7\% atendidos en los módulos MIDE en el periodo}}{\text{Total de pacientes subsecuentes a los que se les realizó determinación de HbA1c en el mismo periodo}} \times 100$$

La calificación del indicador se determinará de la siguiente forma:

Porcentaje de cumplimiento	Calificación
Mayor o igual al 60% de pacientes subsecuentes con hemoglobina glucosilada menor a 7%	1.0
Menor a 60% y mayor o igual a 55% de los pacientes subsecuentes con hemoglobina glucosilada menor a 7%	0.6
Menor a 55% de los pacientes subsecuentes con hemoglobina glucosilada menor a 7%	0.0

Ante la falta del registro en forma oportuna, completa y correcta de la información de los pacientes diabéticos en control en el SIMIDE, se calificará con 0.0 el compromiso en el mes correspondiente.

El compromiso será evaluado en dos unidades seleccionadas por Delegación, señaladas en el cuadro anexo.

Durante el primer semestre el compromiso será evaluado en una unidad seleccionada por Delegación, señalada en el cuadro anexo. Para el segundo semestre se incorporará otra unidad más propuesta por cada Delegación.

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Subdirección de Prevención y Protección a la Salud, a través de la Jefatura de Servicios de Atención Médica Familiar, direcciones de correo electrónico: iysanchez@issste.gob.mx e ilrivapalacio@issste.gob.mx.

7. Observaciones:

El valor de la hemoglobina glucosilada (HbA1c) expresa el control del paciente en un periodo trimestral.

Se entiende por empoderamiento el desarrollo de habilidades y capacidades propias del paciente, que le permiten realizar acciones de autocuidado y autogestión para mantener el control de su padecimiento.

La clínica de diabetes deberá dar atención los cinco días de la semana, por médicos en jornada completa y para tener acceso al proceso de evaluación será necesario que la unidad capture en el SIMIDE un mínimo del 70% de la productividad, de acuerdo al estándar de 2 consultas por hora médico. En caso de no cumplir con el porcentaje de productividad de consulta requerido la calificación será cero.

Las carencias de insumos no son justificación de incumplimiento de la meta, para evitar esta situación deberá gestionarse con oportunidad los suministros requeridos al área coordinadora central del programa y notificarlo al evaluador de este compromiso para que otorgue el apoyo necesario en la dotación correspondiente.

La calificación del compromiso estará sujeta al óptimo funcionamiento del SIMIDE; si éste presenta inconsistencias, el proceso será considerado como no aplica en el mes (NAM).

Relación de Unidades Médicas a evaluar por Delegación

No.	DELEGACIÓN	UNIDADES MÉDICAS A EVALUAR	
1.	AGUASCALIENTES	C.M.F. Aguascalientes	C.M.F. Ojo Caliente
2.	BAJA CALIFORNIA	CMF Mesa de Otay	C.H. Ensenada
3.	BAJA CALIFORNIA SUR	H.G. Carlos Estrada Ruibal	CH Constitución
4.	CAMPECHE	C.H. Dr. Patricio Trueba Regil	C.H. Cd. del Carmen
5.	COAHUILA	C.H. Saltillo	C.H. Piedras Negras
6.	COLIMA	C.H. Dr. Miguel Trejo Ochoa	C.H. Manzanillo
7.	CHIAPAS	C.M.F. Tuxtla Gutiérrez	C.H. Comitán
8.	CHIHUAHUA	C.M.F. Cd. Juárez	C.M.F. Chihuahua
9.	DURANGO	C.M.F. Durango	C.M.F. Lerdo
10.	GUANAJUATO	C.M.F. Salamanca	C.H. Celaya
11.	GUERRERO	C.M.F. Acapulco	C.H. Chilpancingo
12.	HIDALGO	H.G. Pachuca	C.M.F. Tulancingo
13.	JALISCO	C.M.F. Dr. Arturo González. Guzmán	C.M.F. Guadalajara 2
14.	ESTADO DE MÉXICO	C.M.F. Valle de Aragón	C.M.F. Nueva Oxtotitlán
15.	MICHOACÁN	C.M.F. Morelia	C.H. Vasco de Quiroga
16.	MORELOS	C.M.F. Cuernavaca	C.E. + C.E.C.I.S. Jojutla
17.	NAYARIT	C.M.F. Dr. Joaquín Cánovas P.	C.M.F. Acaponeta
18.	NUEVO LEÓN	C.H. Constitución	C.M.F. Guadalupe
19.	OAXACA	C.M.F. Oaxaca	C.H. Huajuapán de León
20.	PUEBLA	C.M.F. Puebla	C.H. Tehuacán
21.	QUERÉTARO	C.M.F. Querétaro	U.M.F. San Juan del Río
22.	QUINTANA ROO	C.M.F. Chetumal	C.H. Cancún
23.	SAN LUIS POTOSÍ	C.M.F. Pedro Bárcenas Hiriart	CH Cd. Valles
24.	SINALOA	C.M.F. Culiacán	C.H. Los Mochis
25.	SONORA	C.M.F. Hermosillo	C.M.F. Nogales
26.	TABASCO	C.M.F. Casa Blanca	
27.	TAMAULIPAS	C.M.F. Tampico	C.M.F. Ciudad Victoria
28.	TLAXCALA	C.H. Tlaxcala	U.M.F. Apizaco
29.	VERACRUZ	C.H. Xalapa	C.H. Tuxpan
30.	YUCATÁN	C.M.F. Mérida	U.M.F. Valladolid
31.	ZACATECAS	C.M.F. Guadalupe	CH Fresnillo
32.	REGIONAL SUR	C.M.F. Dr. Ignacio Chávez	C.M.F. Coyoacán
33.	REGIONAL NORTE	C.M.F. Gustavo A. Madero	C.M.F. Guadalupe
34.	REGIONAL ORIENTE	C.M.F. Morelos	C.M.F. Iztapalapa I
35.	REGIONAL PONIENTE	C.M.F. Marina Nacional	C.M.F. Cuitláhuac

ANEXO 3

Ficha Técnica del Compromiso 2.5

Otorgar y registrar correcta y oportunamente en las Clínicas de Medicina Familiar y Clínicas Hospital, por lo menos cinco intervenciones del Paquete Garantizado de Servicios de Salud, de las cuales obligatoriamente debe realizarse la evaluación nutricional, considerada en las Cartillas Nacionales de Salud.

1. Objetivo a cumplir:

Continuar la aplicación de la Estrategia Nacional de Prevención y Promoción para una Mejor Salud, para garantizar acciones efectivas de promoción y prevención, y favorecer la corresponsabilidad de los derechohabientes en el cuidado de su salud.

2. Fuente:

Reporte del Sistema Electrónico Nominal de Cartillas Nacionales de Salud.

3. Periodicidad:

La evaluación deberá realizarse en forma mensual, tomando en cuenta los datos que aparezcan en el reporte electrónico dentro de los primeros cinco días naturales del mes siguiente al que se reporta.

4. Indicador para evaluación:

Se considerará como indicador el porcentaje de Cartillas Nacionales de Salud que cumplan con el registro de por lo menos cinco actividades del Paquete Garantizado, realizando de manera obligatoria la evaluación nutricional.

5. Cálculo del Indicador:

El indicador se construye dividiendo el número total de Cartillas Nacionales de Salud con registro de cumplimiento de al menos cinco acciones del Paquete Garantizado de Servicios de Salud al mes (obligatoria la evaluación nutricional), entre la meta propuesta por el área, que se calcula considerando la meta de consulta general programada en el Sistema de Programación y Ejercicio Presupuestal (SPEP).

$$\text{Porcentaje de cumplimiento} = \frac{\text{Número de Cartillas Nacionales de Salud con cinco acciones del Paquete Garantizado de Servicios de Salud en el mes evaluado, incluyendo la evaluación nutricional}}{\text{20\% de la meta de consulta general programada en el Sistema de Programación y Ejercicio Presupuestal (SPEP) en el mes evaluado}} \times 100$$

La calificación se integrará de acuerdo a la siguiente escala:

Porcentaje de cumplimiento	Calificación
Mayor o igual al 80%	1.0
Igual o mayor al 50% y menor al 80%	0.6
Menor al 50%	0.0

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Subdirección de Prevención y Protección a la Salud, Jefatura de Servicios de Programas de Prevención y Atención Médica de Enfermedades Crónico Degenerativas. Direcciones de correo electrónico: mpbaltazar@issste.gob.mx y mdvicente@issste.gob.mx

7. Observaciones:

En las Delegaciones que no cuenten con Clínicas de Medicina Familiar o Clínicas Hospital, el Compromiso se evaluará en otras Unidades Médicas seleccionadas del primer nivel de atención o en su caso Hospitales Generales que otorguen servicios de primer nivel.

Las Cartillas Nacionales de Salud se deberán entregar al 20% de los derechohabientes programados para asistir a consulta externa, en el Sistema de Programación y Ejercicio Presupuestal (SPEP).

El compromiso se evaluará siempre y cuando las unidades médicas de las Delegaciones cuenten con la dotación de Cartillas Nacionales de Salud suficientes para cumplir la meta.

Las acciones del paquete garantizado deben considerar los siguientes procesos:

No.	PROCESOS DEL PAQUETE GARANTIZADO
1	Promoción de la Salud
2	Nutrición
3	Prevención y Control de Enfermedades
4	Detección de Enfermedades
5	Orientación en Salud Reproductiva

La **evaluación nutricional** debe ser llevada a cabo en el 100% de los casos en los que se otorgue la Cartilla Nacional de Salud o se de continuidad con las acciones del Paquete Garantizado de Salud de acuerdo al grupo de edad, y deberá registrarse puntualmente en el Sistema Electrónico Nominal.

Para integrar la calificación Delegacional se calculará el indicador tomando en cuenta las Cartillas que hayan registrado las cinco acciones del Paquete Garantizado y que incluyan la evaluación nutricional.

Cálculo del indicador a nivel Delegacional

$$\text{Porcentaje de cumplimiento} = \frac{\text{Número de Cartillas Nacionales de Salud que cumplan con el otorgamiento de cinco acciones del paquete garantizado de servicios de salud en el mes evaluado, incluyendo la evaluación nutricional}}{\text{20\% de la meta de consulta general programada en el Sistema de Programación y Ejercicio Presupuestal (SPEP) en el mes evaluado}} \times 100$$

Para calificar este compromiso, el universo de cartillas a evaluar en el periodo debe considerarse el 20% de la meta programada en el SPEP de Consulta Externa.

Se considerarán las Cartillas que ya porten los derechohabientes y/o las que se entreguen de primera vez. Se deberá prever la disponibilidad suficiente de cartillas, realizando la gestión oportuna de la dotación requerida ante el área coordinadora central del programa.

La falta de dotación central de Cartillas será considerada por el evaluador en la asignación de la calificación correspondiente.

La información consignada en el Sistema Electrónico Nominal de Cartillas Nacionales de Salud, deberá coincidir con los registros de las "Hojas RAIS (Registro de Atención Integral de la Salud)" y lo que se consigne en la cartilla que porte el derechohabiente. Esto podrá corroborarse durante las visitas de supervisión.

En las Delegaciones que no cuenten con Clínicas de Medicina Familiar o Clínicas Hospital, el compromiso se evaluará en otras unidades médicas seleccionadas del primer nivel de atención o en su caso, Hospitales Generales que aún otorguen servicios de primer nivel de atención.

METAS PROGRAMADAS 2012 POR DELEGACIÓN													
DELEGACIÓN	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
AGUASCALIENTES	1742	2170	2242	1664	2164	2180	2180	1920	2284	2324	2324	1510	24,704
BAJA CALIFORNIA	2050	2098	2132	2040	2156	2152	2152	2011	2140	2164	2198	1828	25,121
BAJA CAL SUR	1168	1116	1140	1038	1090	1016	1016	1013	1070	1157	1064	960	12,848
CAMPECHE	1414	1327	1535	1473	1350	1443	1443	1405	1454	1477	1350	1431	17,102
COAHUILA	6243	6256	6426	5810	6313	6119	6119	6318	6447	6457	6542	5950	75,000
COLIMA	1583	1600	1643	1390	1568	1489	1489	1702	1738	1586	1560	1453	18,801
CHIAPAS	3727	3838	4154	3687	4003	3880	3880	3984	3941	3985	3859	3573	46,511
CHIHUAHUA	3914	3850	3914	3924	3901	3852	3852	3862	3914	3850	3799	3768	46,400
DURANGO	4212	4149	4282	4342	3958	4017	4017	4495	4148	4256	4393	3960	50,229
GUANAJUATO	4139	4604	4184	4371	4668	4640	4640	4574	4644	4619	4464	4157	53,704
GUERRERO	4809	4690	4965	5033	4712	4710	4710	4972	4995	4955	5021	4489	58,061
HIDALGO	2616	2561	2702	2607	2618	2614	2614	2687	2653	2661	2624	2527	31,484
JALISCO	6866	6726	6706	6906	6786	6786	6786	6826	7066	6806	6786	6486	81,532
EDO DE MEX	11747	11865	12200	11920	12287	12215	12215	12506	12170	12211	12271	11717	145,324
MICHOACAN	8326	8068	8554	7917	8005	7987	7987	8235	8079	8307	8270	8064	97,799
MORELOS	3428	3464	3464	3439	3464	3464	3464	3464	3464	3464	3464	3431	41,474
NAYARIT	2105	2125	2105	2210	2251	2231	2231	2209	2273	2231	2230	2147	26,348
NUEVO LEON	3430	3430	3430	3430	3430	3430	3430	3430	3430	3430	3430	3430	41,160
OAXACA	5126	5130	5135	5131	5130	5130	5130	5131	5130	5134	5131	5130	61,568
PUEBLA	3458	3458	3458	3458	3458	3458	3458	3459	3458	3459	3458	3458	41,498
QUERETARO	1436	1340	1531	1340	1436	1436	1436	1531	1436	1388	1436	1149	16,895
QUINTANA ROO	1425	1425	1425	1425	1425	1425	1425	1425	1425	1425	1425	1425	17,100
SAN LUIS POTOSI	4063	3871	4596	3871	4159	4112	4112	4112	4112	4208	4208	3191	48,615
SINALOA	5080	5080	5080	5080	5080	5080	5080	5080	5080	5080	5080	5080	60,960
SONORA	4450	4450	4450	4450	4450	4450	4450	4450	4450	4450	4450	4576	53,526
TABASCO	1520	1720	1720	1720	1720	1720	1720	1620	1720	1720	1720	1520	20,140
TAMAULIPAS	6160	6020	7330	6032	6600	6926	6926	6020	7330	6032	6600	6926	78,902
TLAXCALA	1382	1366	1616	1460	1467	1532	1532	1476	1385	1355	1466	1415	17,452
VERACRUZ	14850	14834	15084	14928	14935	15000	15000	14944	14853	14823	14934	14883	179,068
YUCATÁN	2160	2160	2160	2160	2160	2160	2160	2160	2160	2160	2160	2160	25,920
ZACATECAS	1264	1274	1334	1284	1304	1334	1334	1294	1264	1274	1274	1274	15,508
DF ZONA NORTE	9321	9516	9665	9710	9653	9670	9670	9832	9788	9805	9671	8846	115,147
DF ZONA ORIENTE	11342	11345	11347	11411	11294	11356	11356	11279	11299	11311	11160	10912	135,412
DF ZONA SUR	11387	11359	12593	12105	11638	12265	12265	12022	12399	11693	11611	11496	142,833
DF ZONA PONIENTE	9415	8827	9496	8260	9419	9238	9238	9860	9041	9410	9170	8500	109,874
TOTAL	167,358	167,112	173,798	167,026	170,052	170,517	170,517	171,308	172,240	170,667	170,603	162,822	2,034,020

ANEXO 3

Ficha Técnica del Compromiso 2.6

Lograr que un mínimo del 40% de los trabajadores activos que cotizan al ISSSTE y que no hacen uso a los servicios preventivos, por Delegación, se registren en la plataforma PrevenISSSTE cerca de ti.

1. Objetivo a cumplir:

Incrementar el número de trabajadores usuarios de la plataforma PrevenISSSTE cerca de ti, que respondan la encuesta ERES en cada Delegación, propiciando las detecciones de riesgos de los principales padecimientos crónico degenerativos y adicciones.

2. Fuente:

- Plataforma de PrevenISSSTE cerca de ti.
- SIPE para el filtrado de derechohabientes del Instituto.
- Anuario Estadístico del ISSSTE, para el diseño de las metas.

3. Periodicidad:

Mensual, con corte al día último del mes que se califica.

4. Indicador:

Expresa la proporción de trabajadores que no hacen uso de los servicios preventivos, que se registraron en la plataforma PrevenISSSTE cerca de ti, por Delegación.

5. Cálculo del indicador:

El indicador se calcula dividiendo el total de trabajadores que se registraron en la plataforma PrevenISSSTE cerca de ti, entre la meta programada en el mes (cuadros ubicados en observaciones):

$$\text{Porcentaje de logro de la meta} = \frac{\text{Total de trabajadores registrados en la plataforma PrevenISSSTE cerca de ti en la delegación en el mes que se califica}}{\text{Meta programada en el mismo mes}} \times 100$$

La calificación del compromiso se calculará por Delegación, conforme al porcentaje de logro de la meta, utilizando la siguiente escala:

Porcentaje de logro de la Meta Mensual	Calificación
Mayor o igual a 90% de cumplimiento de la meta programada del mes que califica	1.0
Menor a 90% y mayor o igual a 80% de cumplimiento de la meta programada del mes que califica	0.6
Menor a 80% de cumplimiento de la meta programada del mes que califica	0.0

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Subdirección de Prevención y Protección a la Salud, a través de la Jefatura de Servicios de Atención Médica Familiar, direcciones de correo electrónico: ilrivapalacio@issste.gob.mx y bsrivera@issste.gob.mx.

7. Observaciones:

La plataforma electrónica PrevenISSSTE cerca de ti, cuenta con herramientas de evaluación, educación y cambio conductual enfocados a la prevención de enfermedades, promoción de la salud, generando el empoderamiento de los derechohabientes, con énfasis en los principales riesgos en salud de la población derechohabiente del Instituto: diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, obesidad, cáncer y adicciones.

Se entiende por empoderamiento el desarrollo de habilidades y capacidades del propio paciente, que le permiten realizar acciones de autocuidado y autogestión para mantener el control de su padecimiento.

La plataforma estará disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana y será necesario que el trabajador ingrese y registre sus datos.

Las Delegaciones Estatales y Regionales promoverán con las Dependencias y Entidades afiliadas al Instituto, la utilización de la plataforma para que respondan la encuesta ERES y con ello los trabajadores reciban orientaciones personalizadas y en consecuencia, mejoren su estado de salud y su calidad de vida.

La meta es el 40% de la proporción de trabajadores registrados en el Anuario estadístico 2010 que de acuerdo al numeral 3.3.1 de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del ISSSTE 2007 (ENSADER 2007) no usan los servicios preventivos (3.3.1 Servicios preventivos. El porcentaje de utilización de los servicios preventivos en la población de trabajadores activos fue de 62.3%.

Las metas se calcularon de febrero a diciembre partiendo del acumulado de registros febrero 2010 a enero 2012. La calificación de este compromiso será a partir del mes de febrero.

Se publicará el número de registros por cada Delegación de la plataforma PrevenISSSTE, cerca de ti, en el sitio de la Dirección Médica de la Intranet del Instituto, en los primeros 10 días posteriores del mes que se evalúa.

Metas anuales por Delegación para la evaluación del compromiso:

DELEGACIÓN	40 % de Trabajadores que no hacen uso de los servicios preventivos	Acumulado de Trabajadores registrados en la plataforma de Febrero 2010 a Enero 2012	Meta Anual 2012 Febrero - Diciembre
AGUASCALIENTES	4,226	3,747	479
BAJA CALIFORNIA	5,343	2,779	2,564
BAJA CALIFORNIA SUR	3,600	1,433	2,167*
CAMPECHE	3,280	1,286	1,994
CHIAPAS	10,755	6,179	4,576
CHIHUAHUA	5,931	1,993	3,938*
COAHUILA	9,351	7,241	2,110
COLIMA	6,037	5,558	479*
DURANGO	8,718	2,283	6,435*
GUANAJUATO	15,095	5,514	9,581
GUERRERO	15,598	6,203	9,395
HIDALGO	9,680	8,808	872
JALISCO	12,736	8,258	4,478
MEXICO	29,949	19,147	10,802*
MICHOACAN	14,006	4,250	9,756
MORELOS	6,435	4,395	2,040
NAYARIT	5,106	3,079	2,027
NUEVO LEON	7,663	4,154	3,509
OAXACA	13,576	5,425	8,151
PUEBLA	10,797	9,981	816
QUERETARO	4,153	3,048	1,105
QUINTANA ROO	4,464	2,696	1,768
SAN LUIS POTOSI	8,629	4,082	4,547
SINALOA	10,672	3,137	7,535*
SONORA	6,698	1,935	4,763*
TABASCO	5,070	2,591	2,479
TAMAULIPAS	12,597	7,352	5,245
TLAXCALA	3,700	1,982	1,718
VERACRUZ	17,325	11,557	5,768
YUCATAN	4,957	2,207	2,750
ZACATECAS	4,819	1,827	2,992
DF	103043	60,528	42,515*
TOTAL	384,014	214,655	169,354

*Metas Estimadas

Distribución de las metas para determinar los avances mensuales en el compromiso:

DELEGACIÓN	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Ago.	Sept.	Oct.	Nov.	**Acumulado a Noviembre mas productividad de Diciembre
AGUASCALIENTES	44	44	44	44	44	44	44	44	44	39	479
BAJA CALIFORNIA	233	233	233	233	233	233	233	233	233	234	2,564
BAJA CALIFORNIA SUR	197	197	197	197	197	197	197	197	197	197	2,167*
CAMPECHE	181	181	181	181	181	181	181	181	181	184	1,994
CHIAPAS	416	416	416	416	416	416	416	416	416	416	4,576
CHIHUAHUA	358	358	358	358	358	358	358	358	358	358	3,938*
COAHUILA	192	192	192	192	192	192	192	192	192	190	2,110
COLIMA	44	44	44	44	44	44	44	44	44	39	479*
DURANGO	585	585	585	585	585	585	585	585	585	585	6,435
GUANAJUATO	871	871	871	871	871	871	871	871	871	871	9,581
GUERRERO	854	854	854	854	854	854	854	854	854	855	9,395
HIDALGO	79	79	79	79	79	79	79	79	79	82	872
JALISCO	407	407	407	407	407	407	407	407	407	408	4,478
MEXICO	982	982	982	982	982	982	982	982	982	982	10,802*
MICHOACAN	887	887	887	887	887	887	887	887	887	886	9,756
MORELOS	185	185	185	185	185	185	185	185	185	190	2,040
NAYARIT	184	184	184	184	184	184	184	184	184	187	2,027
NUEVO LEON	319	319	319	319	319	319	319	319	319	319	3,509
OAXACA	741	741	741	741	741	741	741	741	741	741	8,151
PUEBLA	74	74	74	74	74	74	74	74	74	76	816
QUERETARO	100	100	100	100	100	100	100	100	100	105	1,105
QUINTANA ROO	161	161	161	161	161	161	161	161	161	158	1,768
SAN LUIS POTOSI	413	413	413	413	413	413	413	413	413	417	4,547
SINALOA	685	685	685	685	685	685	685	685	685	685	7,535*
SONORA	433	433	433	433	433	433	433	433	433	433	4,763*
TABASCO	225	225	225	225	225	225	225	225	225	229	2,479
TAMAULIPAS	477	477	477	477	477	477	477	477	477	475	5,245
TLAXCALA	156	156	156	156	156	156	156	156	156	158	1,718
VERACRUZ	524	524	524	524	524	524	524	524	524	528	5,768
YUCATAN	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	2,750
ZACATECAS	272	272	272	272	272	272	272	272	272	272	2,992
TOTAL	11529	11529	11529	11529	11529	11529	11529	11529	11529	11554	126,839

*Metas Estimadas

Las Delegaciones Regionales del Distrito Federal (Norte, Oriente, Poniente y Sur) se calificarán en forma conjunta con base en el logro de la meta mensual total del Distrito Federal, asignándose de manera precisa la meta correspondiente a cada una de las cuatro Delegaciones:

Meta Mensual para las Delegaciones del Distrito Federal											
DELEGACIÓN	Feb.	Mzo.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sept.	Oct.	Nov.	**Acumulado a noviembre mas productividad de diciembre
Regional Norte	989	989	989	989	989	989	989	989	989	989	10,879*
Regional Oriente	900	900	900	900	900	900	900	900	900	900	9,900*
Regional Sur	1484	1484	1484	1484	1484	1484	1484	1484	1484	1484	16,324*
Regional Poniente	492	492	492	492	492	492	492	492	492	492	5,412*
Total Distrito Federal	3,865	3,865	3,865	3,865	3,865	3,865	3,865	3,865	3,865	3,865	42,515*
Total Nacional	15,394	15,394	15,394	15,394	15,394	15,394	15,394	15,394	15,394	15,414	169,354

*Metas estimadas.

**La meta de diciembre se formula a partir de lo acumulado de febrero a noviembre 2012, más lo programado para el mes de diciembre 2012.

ANEXO 3

Ficha Técnica del Compromiso 2.7

Lograr la meta de pacientes que ingresan a control y seguimiento dentro del Programa de Prevención y Regresión del Sobrepeso y Obesidad, de conseguir la disminución del 5% de su peso corporal.

1. Objetivo a Cumplir:

Desacelerar el incremento de sobrepeso y obesidad en la población derechohabiente, a fin de evitar enfermedades y/o muertes prematuras condicionadas por estos problemas de salud, así como mejorar la calidad de vida de los derechohabientes.

2. Fuente:

Sistema en Línea del Programa de Prevención y Regresión del Sobrepeso y Obesidad.

3. Periodicidad:

Mensual, dentro de los primeros 10 días naturales del mes siguiente al que se informa.

4. Indicador:

Porcentaje de logro de la meta; número de derechohabientes que ingresaron al Programa y consiguen la disminución del 5% de su peso corporal a los seis meses de control, en relación con la meta establecida del periodo.

5. Calculo del indicador:

Se construye dividiendo el número de derechohabientes que ingresaron al Programa de Prevención y Regresión de Sobrepeso y la Obesidad y disminuyen el 5% de su peso corporal sobre la meta esperada para el periodo.

$$\text{Porcentaje de logro de la meta} = \frac{\text{Número de derechohabientes que ingresan al programa y disminuyen el 5\% de su peso corporal en el mes a evaluar}}{\text{Meta del mes}} \times 100$$

Porcentaje de logro de la meta	Calificación
Igual o mayor 90%	1.0
De 70 a 89%	0.6
De 69% o menos	0.0

La calificación de este compromiso se determinará como el logro mensual de la meta.

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Subdirección de Protección y Prevención para la Salud, Jefatura de Servicios de Programas de Prevención y Atención Médica de Enfermedades Crónico Degenerativas, con direcciones de correo electrónico: bdelarosa@issste.gob.mx; y ismruiz@issste.gob.mx.

7. Observaciones:

Se considera evaluar pérdidas de peso del 5%, lo cual permitirá un apego más puntual por parte del derechohabiente y un cumplimiento más objetivo de la unidad médica.

Una pérdida de 5% es = a 1 unidad de meta.

Si una Delegación tiene una meta mensual de 24, requiere a 24 pacientes con pérdida de 5% = 24 unidades de meta.

Un solo paciente puede bajar 5%,10%,15% o 20% en un periodo, si fuera así, este derechohabiente contará, como 1,2,3 o 4 unidades de meta respectivamente, las cuales se distribuirán en los meses inmediatos posteriores consecutivamente.

Por lo anterior es importante garantizar consultas subsecuentes en el sistema, esto permitirá tener registros de pérdida de peso para generar las evaluaciones correspondientes.

El sistema reflejará mensual y nominalmente quienes son los pacientes que proporcionaron 1 unidad de meta, esto con el fin de dar certeza a los evaluados en cada mes a evaluar.

METAS 2012 A CUMPLIR POR DELEGACION

Delegación	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Total
AGUASCALIENTES	24	24	27	27	27	27	24	27	27	27	27	288
BAJA CALIFORNIA	29	33	35	33	33	33	30	33	35	33	33	360
BAJA CALIF. SUR	22	22	24	22	22	25	22	25	24	22	22	252
CAMPECHE	19	19	19	19	17	17	19	19	19	19	18	204
COAHUILA	60	61	62	60	60	63	60	61	62	63	60	672
COLIMA	16	14	16	16	15	15	16	14	16	15	15	168
CHIAPAS	55	55	62	60	60	62	55	55	62	60	62	648
CHIHUAHUA	60	62	63	61	60	61	60	62	63	61	59	672
DURANGO	63	63	70	61	63	61	63	63	70	61	70	708
GUANAJUATO	75	82	80	85	83	85	75	82	80	85	88	900
GUERRERO	95	99	100	97	97	100	95	99	100	97	113	1,092
HIDALGO	49	49	50	53	50	50	49	49	50	53	50	552
JALISCO	73	73	85	73	73	75	73	73	85	73	84	840
ESTADO DE MEXICO	172	181	189	175	172	175	172	181	189	175	199	1,980
MICHOACAN	80	80	87	83	83	83	80	80	87	83	86	912
MORELOS	40	40	47	38	38	38	40	40	47	38	38	444
NAYARIT	33	32	35	33	33	31	33	32	35	33	30	360
NUEVO LEON	50	45	52	45	45	44	50	45	52	44	44	516
OAXACA	70	71	75	71	71	71	70	71	75	71	88	804
PUEBLA	70	67	70	66	66	66	70	67	70	66	78	756
QUERETARO	23	25	27	25	25	25	23	25	27	25	26	276
QUINTANA ROO	23	25	27	25	25	25	23	25	27	25	26	276
SAN LUIS POTOSI	55	54	63	54	55	55	55	54	63	54	50	612
SINALOA	67	70	77	67	67	70	67	70	77	70	78	780
SONORA	47	49	50	49	50	50	47	49	50	50	49	540
TABASCO	33	33	37	33	33	33	33	33	37	33	34	372
TAMAULIPAS	75	73	80	74	74	74	75	74	80	74	87	840
TLAXCALA	23	23	27	23	23	23	23	23	27	23	26	264
VERACRUZ	93	95	97	99	99	99	93	95	97	99	102	1,068
YUCATAN	30	30	37	30	31	31	30	31	37	31	42	360
ZACATECAS	29	31	33	31	31	31	29	31	33	31	38	348
ZONA NORTE	115	115	135	118	135	117	115	115	135	118	138	1,356
ZONA SUR	217	235	239	235	235	235	217	235	239	235	234	2,556
ZONA ORIENTE	140	139	157	139	139	139	140	139	157	139	156	1,584
ZONA PONIENTE	110	109	125	109	109	109	110	109	125	109	124	1,248
TOTAL	2,235	2,278	2,459	2,289	2,299	2,298	2,236	2,286	2,459	2,295	2,474	25,608

METAS 2012 A CUMPLIR POR DELEGACION

Delegación	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Total
AGUASCALIENTES	24	24	27	27	27	27	24	27	27	27	27	288
BAJA CALIFORNIA	29	33	35	33	33	33	30	33	35	33	33	360
BAJA CALIF. SUR	22	22	24	22	22	25	22	25	24	22	22	252
CAMPECHE	19	19	19	19	17	17	19	19	19	19	18	204
COAHUILA	60	61	62	60	60	63	60	61	62	63	60	672
COLIMA	16	14	16	16	15	15	16	14	16	15	15	168
CHIAPAS	55	55	62	60	60	62	55	55	62	60	62	648
CHIHUAHUA	60	62	63	61	60	61	60	62	63	61	59	672
DURANGO	63	63	70	61	63	61	63	63	70	61	70	708
GUANAJUATO	75	82	80	85	83	85	75	82	80	85	88	900
GUERRERO	95	99	100	97	97	100	95	99	100	97	113	1,092
HIDALGO	49	49	50	53	50	50	49	49	50	53	50	552
JALISCO	73	73	85	73	73	75	73	73	85	73	84	840
ESTADO DE MEXICO	172	181	189	175	172	175	172	181	189	175	199	1,980
MICHOACAN	80	80	87	83	83	83	80	80	87	83	86	912
MORELOS	40	40	47	38	38	38	40	40	47	38	38	444
NAYARIT	33	32	35	33	33	31	33	32	35	33	30	360
NUEVO LEON	50	45	52	45	45	44	50	45	52	44	44	516
OAXACA	70	71	75	71	71	71	70	71	75	71	88	804
PUEBLA	70	67	70	66	66	66	70	67	70	66	78	756
QUERETARO	23	25	27	25	25	25	23	25	27	25	26	276
QUINTANA ROO	23	25	27	25	25	25	23	25	27	25	26	276
SAN LUIS POTOSI	55	54	63	54	55	55	55	54	63	54	50	612
SINALOA	67	70	77	67	67	70	67	70	77	70	78	780
SONORA	47	49	50	49	50	50	47	49	50	50	49	540
TABASCO	33	33	37	33	33	33	33	33	37	33	34	372
TAMAULIPAS	75	73	80	74	74	74	75	74	80	74	87	840
TLAXCALA	23	23	27	23	23	23	23	23	27	23	26	264
VERACRUZ	93	95	97	99	99	99	93	95	97	99	102	1,068
YUCATAN	30	30	37	30	31	31	30	31	37	31	42	360
ZACATECAS	29	31	33	31	31	31	29	31	33	31	38	348
ZONA NORTE	115	115	135	118	135	117	115	115	135	118	138	1,356
ZONA SUR	217	235	239	235	235	235	217	235	239	235	234	2,556
ZONA ORIENTE	140	139	157	139	139	139	140	139	157	139	156	1,584
ZONA PONIENTE	110	109	125	109	109	109	110	109	125	109	124	1,248
TOTAL	2,235	2,278	2,459	2,289	2,299	2,298	2,236	2,286	2,459	2,295	2,474	25,608

ANEXO 3

Ficha Técnica del Compromiso 3.1

Cumplir con un estándar de cuatro consultas en promedio por hora médico familiar, tres por hora médico especialista y dos consultas por hora médico en psicología, psiquiatría, geriatría, gerontología, clínica de diabetes, rehabilitación y odontología especializada.

1. Objetivo a cumplir:

Impulsar la eficiencia del servicio de consulta externa mediante el cumplimiento del parámetro institucional establecido de consultas por hora-médico familiar (incluyendo consultas de medicina general) y por hora-médico en consulta de especialidades.

2. Fuente:

Sistema de Información Estadística Local (SIEL), total de consultas otorgadas por médico y total de horas laboradas en consulta y/o el Sistema de Información Médico Financiero (SIMEF).

3. Periodicidad:

Mensual.

4. Indicador:

Consiste en mostrar el promedio de consultas otorgadas por hora-médico y tipo de atención en la consulta externa (familiar y de especialidad), en relación al número de horas laboradas en la consulta por los médicos familiares o especialistas, según corresponda.

El parámetro es de cuatro consultas por hora si la atención corresponde a medicina general o familiar y de tres consultas por hora si la atención se refiere a consulta de odontología general y medicina de especialidad, con excepción de la consulta de psicología, psiquiatría, geriatría, gerontología, clínica de diabetes, rehabilitación y odontología especializada, que es de dos consultas por hora.

5. Cálculo del indicador:

Se dividirá el número de consultas otorgadas al mes por tipo de atención, entre el número de horas laboradas en el periodo por los médicos que proporcionaron la consulta, de acuerdo a las siguientes fórmulas:

$$\text{Rendimiento promedio por médico familiar} = \frac{\text{Total de consultas de medicina general-familiar en el mes}}{\text{Total de horas de consulta por médicos generales y familiares en el mes}}$$

$$\text{Rendimiento promedio por especialista} = \frac{\text{Total de consultas de medicina de especialidad en el mes}}{\text{Total de horas de consulta por médicos especialistas en el mes}}$$

La calificación de los indicadores por unidad médica se determinará dividiendo el número total de consultas otorgadas, entre el número total de horas de consulta laboradas por tipo de médico en los servicios de consulta externa, de acuerdo a los siguientes rangos aceptables por tipo de consulta:

- **Medicina familiar (incluyendo consulta general).**
 - 100% de cumplimiento: Mayor o igual a 4.00
 - 90% de cumplimiento: Mayor o igual a 3.50 y menor a 4.00
 - 80% de cumplimiento: Mayor o igual a 3.00 y menor a 3.50
 - 0% de cumplimiento: Menor a 3.00
- **Medicina de especialidades y odontología general.**
 - 100% de cumplimiento: Mayor o igual a 3.00
 - 90% de cumplimiento: Mayor o igual a 2.60 y menor a 3.00
 - 80% de cumplimiento: Mayor o igual a 2.10 y menor a 2.60
 - 0% de cumplimiento: Menor a 2.10
- **Psicología, psiquiatría, geriatría, gerontología, clínica de diabetes, rehabilitación y odontología especializada.**
 - 100% de cumplimiento: Mayor o igual a 2.00
 - 90% de cumplimiento: mayor o igual a 1.75 y menor a 2.00
 - 80% de cumplimiento: Mayor o igual a 1.50 y menor a 1.75
 - 0% de cumplimiento: Menor de 1.50

Una vez obtenidos los índices de cumplimiento de cada uno de los tipos de consulta, se ponderarán los resultados y se sumarán entre ellos para determinar una calificación total por unidad de salud, de acuerdo a la siguiente tabla:

Tipo de Unidad	Medicina familiar	Medicina de especialidades y odontología general	Psiquiatría, psicología, geriatría, gerontología, Cl. diabetes, rehabilitación y odontología especializada
CMN u HR		0.90	0.10
H. General s/MF		0.80	0.20
H. General c/MF	0.10	0.80	0.10
C. de Multiespecialidad		0.80	0.20
C. de una Especialidad			1.00
Clínica Hospital c/MF	0.50	0.40	0.10
Clínica Hospital s/MF		0.90	0.10
Clínica de M. Familiar	0.70	0.20	0.10
U.M.F. "C", "D" y "E" C. Aux. c/odontología	0.80	0.20	
U.M.F. "A" y "B" C. Aux. s/odontología	1.00		

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Jefatura de Servicios de Estadística Institucional de la Dirección de Finanzas. Correo electrónico: estadisticains@issste.gob.mx.

7. Observaciones:

Para calcular la calificación correspondiente a una delegación se seguirán los siguientes pasos:

- a. Para cada unidad el porcentaje de cumplimiento de acuerdo al número de consultas por tipo (medicina familiar, medicina de especialidades y psicología, psiquiatría, geriatría, clínica de diabetes, rehabilitación u odontología especializada) se multiplicará por su respectivo ponderador y los resultados se sumarán.
- b. En seguida se totalizarán las sumas obtenidas de acuerdo al inciso anterior, es decir, se sumarán los resultados de todas las unidades.
- c. Los resultados obtenidos por cada unidad, de acuerdo al inciso "a", se dividirán entre la suma obtenida de acuerdo al inciso "b", resultando un porcentaje que denotará el peso o ponderación que tendrá cada una de las unidades en la calificación de la delegación.
- d. Finalmente, con los ponderadores para cada unidad, calculados de acuerdo al inciso anterior, y aplicados a la calificación de cada unidad de salud sumados, se obtendrá la calificación delegacional.

El indicador mide el rendimiento promedio de las horas-médico laboradas en consulta externa de las unidades de salud, en términos de número de consultas otorgadas durante una hora, según los estándares institucionales para evaluar la eficiencia del servicio. Se diferenciará entre la consulta general-familiar, la consulta especializada y por separado la consulta de siete tipos de atención cuya duración es más prolongada.

A los médicos cuya función principal es la de otorgar consulta externa general o familiar, se les deberá asignar como mínimo de tiempo dedicado a consulta, lo siguiente:

- 6 horas diarias en consulta externa para los contratados en jornada laboral de 8 horas
- 4 horas diarias en consulta externa para los contratados en jornada laboral de 6 horas

Quedan excluidos en el cálculo de este compromiso los médicos familiares y generales de unidades subrogadas.

El cumplimiento de este compromiso está subordinado a la observancia de los compromisos 1.1 y 1.2.

ANEXO 3

Ficha Técnica del Compromiso 3.2

Cumplir con un estándar promedio máximo de días estancia en el servicio de medicina interna, de 3.5 para Clínicas Hospital*, 7.0 para Hospitales Generales y 8.5 para Hospitales Regionales y CMN “20 de Noviembre”.

1. Objetivo a cumplir:

Mejorar la atención médica de los pacientes hospitalizados evitando las permanencias prolongadas innecesarias.

2. Fuente:

Sistema de Información Médico Financiero (SIMEF) y Sistema de Ingresos, Egresos y Procedimientos Hospitalarios (SIEPH).

3. Periodicidad:

Mensual.

4. Indicador:

Se calificará el cumplimiento del estándar promedio de días estancia en el servicio de acuerdo a la siguiente tabla:

Promedio de días estancia en Hospitales Regionales y CMN “20 de Noviembre”	Promedio de días estancia en Hospitales Generales	Promedio de días estancia general en Clínicas Hospital*	Calificación
Menor o Igual a 8.5	Menor o igual a 7.0	Menor o igual a 3.5	1.0
Mayor a 8.5 y menor o igual a 9.0	Mayor a 7.0 y menor o igual a 7.5	Mayor a 3.5 y menor o igual a 4.0	0.6
Mayor a 9.0	Mayor a 7.5	Mayor a 4.0	0.0

*Las Clínicas Hospital cabecera de Delegación y Clínicas Hospital de más de 30 camas se evaluarán como Hospital General.

5. Cálculo del indicador:

Se dividirá el número de días estancia registrados en el servicio de medicina interna de la unidad hospitalaria, entre el número total de egresos registrados en el mismo servicio durante el mes, de acuerdo a la siguiente fórmula.

$$\text{Promedio de días estancia hospitalaria en medicina interna} = \frac{\text{Número total de días estancia hospitalaria en medicina interna en el mes a evaluar}}{\text{Número de egresos de pacientes de medicina interna en el mismo período}}$$

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Jefatura de Servicios de Estadística Institucional de la Dirección de Finanzas. Dirección de correo electrónico: estadisticains@issste.gob.mx.

7. Observaciones:

En las Clínicas Hospital cabecera de Delegación y Clínicas Hospital con más de 30 camas que tengan bien diferenciados los cuatro servicios de hospitalización, la evaluación de este compromiso se hará aplicando los parámetros definidos para Hospitales Generales. La Dirección Médica señalará las unidades hospitalarias en que aplica. En lo que corresponde a las Clínicas Hospital de menor capacidad instalada, se evaluará este compromiso como "Promedio de días estancia general", sin diferenciarlo por servicio.

El numerador considera los días estancia generados y el denominador los egresos correspondientes al servicio de medicina interna de las unidades hospitalarias propias. Los días de estancia hospitalaria se tomarán conforme a lo que establece la Norma Oficial Mexicana sobre Información en Salud. Se deberán excluir los días estancia generados por interconsultas.

Para obtener la calificación delegacional se tomará el promedio de calificaciones de sus unidades hospitalarias.

El cumplimiento de este compromiso está subordinado al cumplimiento de los compromisos 1.2 y 1.3.

ANEXO 3

Ficha Técnica del Compromiso 3.3

Cumplir con un estándar por sala de operaciones, por día hábil, de 4 procedimientos quirúrgicos en Clínicas Hospital, Hospitales Generales y Hospitales Regionales, y de 2.5 procedimientos en el CMN “20 de Noviembre”.

1. Objetivo a cumplir:

Mejorar la eficiencia en la utilización de la infraestructura instalada para la realización de los procedimientos quirúrgicos en las unidades hospitalarias del Instituto.

2. Fuente:

- El “Sistema de Ingresos, Egresos y Procedimientos Hospitalarios” (SIEPH) y/o el Sistema de Información Médico Financiero (SIMEF), de donde se obtiene el número de procedimientos quirúrgicos realizados por unidad de salud.
- Reporte trimestral de la capacidad física instalada donde se indica el número de salas de operación existentes y en funcionamiento.
- Reporte sobre cirugías aplazadas o de rezago quirúrgico por unidad hospitalaria, integrado por la Subdirección de Regulación y Atención Hospitalaria de la Dirección Médica.

3. Periodicidad:

Mensual.

4. Indicador:

Índice de procedimientos quirúrgicos, por sala de operaciones existentes, por día hábil, en las Clínicas Hospital, Hospitales Generales, Hospitales Regionales y Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”.

5. Cálculo del indicador:

La calificación se integrará con base en las siguientes fórmula y escala, considerando la existencia o no de rezago quirúrgico.

$$\text{Índice de cirugía por sala} = \frac{\text{Procedimientos quirúrgicos realizados en quirófanos en el mes}}{\text{Número de salas de operaciones existentes por el número de días hábiles del mes}}$$

Índice de cirugías por sala por día hábil en C.H., H.G. y H.R.	Con rezago	Calificación
Mayor o igual a 3.7	No / Si	1.0
Menor de 3.7 y mayor o igual a 3.4	No	1.0
Menor de 3.7 y mayor o igual a 3.4	Si	0.6
Menor de 3.4 y mayor o igual a 3.1	No	0.6
Menor de 3.4 y mayor o igual a 3.1	Si	0.0
Menor que 3.1	No/Si	0

Este compromiso no se evaluará en las Clínicas Hospital con 20 camas censables o menos.

Para la evaluación del CMN “20 de Noviembre” se aplicará un estándar de 2.5 intervenciones quirúrgicas por sala de operaciones por día hábil, de acuerdo a la siguiente escala:

Índice de cirugías por sala por día hábil en el CMN “20 de Noviembre”	Con rezago	Calificación
Mayor o igual a 2.3	No / Si	1.0
Menor de 2.3 y mayor o igual a 1.8	No	1.0
Menor de 2.3 y mayor o igual a 1.8	Si	0.6
Menor de 1.8 y mayor o igual a 1.2	No	0.6
Menor de 1.8 y mayor o igual a 1.2	Si	0.0
Menor de 1.2	No/Si	0.0

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Jefatura de Servicios de Estadística Institucional de la Dirección de Finanzas. Correo electrónico: estadisticains@issste.gob.mx.

7. Observaciones:

Para obtener la calificación de la Delegación se obtendrá la calificación ponderada de acuerdo al número de salas de operaciones existentes en cada una de las unidades médicas de la misma. Para obtener dicha calificación se realizará el siguiente cálculo:

- Se tomará la calificación obtenida individualmente por cada unidad de salud de la Delegación que se evalúa.
- Dicha calificación se multiplicará por el número de salas de operaciones existentes en la misma unidad de salud.
- Se sumarán los valores obtenidos en el inciso anterior para todas las unidades médicas de la Delegación.
- La cifra resultante del inciso “b” se dividirá entre la suma total de salas de operaciones existentes en la Delegación. El resultado de esta división será la calificación de la Delegación, cuyo valor estará entre 0.0 y 1.0.

Para la evaluación de este compromiso se tomarán los días definidos para la programación quirúrgica mensual (250 al año), que excluye sábados, domingos y festivos, y se contemplarán todos los procedimientos quirúrgicos realizados en quirófanos de las unidades hospitalarias propias, sustentados con el llenado y la captura de las hojas de operación.

Para el cálculo de este compromiso quedan **excluidas las cirugías menores**, las subrogadas y todos los procedimientos de servicios auxiliares de diagnóstico que se realicen en quirófano.

El cumplimiento de este compromiso está subordinado a la observancia de los compromisos 1.2 y 1.3.

ANEXO 3

Ficha Técnica del Compromiso 3.4

No rebasar un estándar del 3% de los diagnósticos de egreso hospitalario con codificación de “no especificado”.

1. Objetivo a cumplir:

Lograr el registro completo y correcto de los diagnósticos anotados en las hojas de egreso hospitalario, que se refleje en la asignación de la codificación clínica correspondiente, reduciéndose al mínimo los códigos con dígitos de diagnóstico “no especificado”.

2. Fuente:

- Sistema de Ingresos, Egresos y Procedimientos Hospitalarios (SIEPH) o el
- Sistema de Información Médico Financiero (SIMEF).

3. Periodicidad:

Mensual.

4. Indicador:

Porcentaje de hojas de egreso hospitalario codificados con dígito .9 de “no especificado(a)” o “sin otra especificación”.

5. Cálculo del indicador:

Se calculará dividiendo el número total de hojas de egreso hospitalario con diagnósticos codificados como no especificados, entre el total de hojas de egreso registradas en el hospital:

$$\text{Porcentaje de egresos codificados como no especificados} = \frac{\text{Número de hojas de egreso hospitalario codificados con diagnóstico de “no especificado”}}{\text{Total de hojas de egreso registradas en la unidad hospitalaria en el mes}} \times 100$$

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Jefatura de Servicios de Estadística Institucional de la Dirección de Finanzas. Correo electrónico: estadisticains@issste.gob.mx

7. Observaciones:

Para la medición de este compromiso se excluyen los códigos con dígito .9 que el Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades (CEMECE) define como códigos procedentes o válidos de diagnóstico.

Para calcular la calificación correspondiente a una Delegación se hará lo siguiente:

- a. Se multiplicará la calificación obtenida por cada unidad hospitalaria por el número total de egresos de dicha unidad.
- b. En seguida se sumarán todos los valores obtenidos en el inciso anterior.

- c. Se dividirá el resultado obtenido en el inciso anterior entre el número total de egresos registrados en el periodo por todas las unidades hospitalarias de la Delegación, que estén sujetas a evaluación y se obtendrá la calificación ponderada de la Delegación, cuyo valor estará entre 0.0 y 1.0.

El cumplimiento de este compromiso está subordinado a la observancia de los compromisos 1.2 y 1.3.

ANEXO 3

Ficha Técnica del Compromiso 3.5

Cumplir con un estándar del 55% de contrarreferencia del total de pacientes atendidos por referencia en la consulta externa durante el mes, en las unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención.

1. Objetivo a cumplir:

Eficientar el proceso de referencia y contrarreferencia de pacientes, con el propósito de disminuir la saturación de servicios, con impacto en la oportunidad de atención y seguimiento médico de los pacientes.

2. Fuente:

El Informe Mensual del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

3. Periodicidad:

Mensual, con fecha de corte el último día del mes y entrega del informe dentro de los 10 primeros días naturales del mes siguiente al que se reporta.

4. Indicador:

Porcentaje de cumplimiento del 55% de contrarreferencia en la consulta externa, en relación al número de pacientes atendidos por referencia en la consulta externa en el mes evaluado.

5. Cálculo del Indicador:

Se calcula dividiendo el número de pacientes que una vez proporcionada la atención son remitidos a su unidad de adscripción o a una unidad médica de menor nivel de atención para su control y seguimiento, entre el total de pacientes atendidos por referencia en la consulta externa de especialidad de la unidad médica receptora en el mes evaluado.

$$\text{Porcentaje de Contrarreferencia} = \frac{\text{Número de pacientes contrarreferidos en el mes en la consulta externa}}{\text{Número total de pacientes atendidos por referencia en el mes en la consulta externa}} \times 100$$

La calificación del compromiso se integrará con base en la siguiente escala:

Porcentaje de contrarreferencia	Calificación
Mayor o igual a 55%	1.0
Menor a 55% y mayor o igual a 40%	0.6
Menor a 40%	0.0

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Subdirección de Regulación y de Atención Hospitalaria de la Dirección Médica, Jefatura de Servicios de Regulación y Supervisión de la Atención Médica. Direcciones de correo electrónico: yolandag@issste.gob.mx y sireco@issste.gob.mx.

7. Observaciones:

La calificación delegacional será el resultado del promedio de calificaciones obtenidas por las unidades de segundo nivel de atención de la Delegación, de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Calificación Delegacional del porcentaje de contrarreferencia} = \frac{\text{Suma de calificaciones obtenidas por las unidades médicas de segundo nivel en el mes}}{\text{Total de unidades de segundo nivel en la Delegación}}$$

Las Delegaciones deberán integrar la información en el concentrado delegacional, que al igual que los Hospitales Regionales y CMN "20 de Noviembre", deberán enviar puntualmente el informe mensual de referencia y contrarreferencia, debidamente requisitado con la información completa, vía correo electrónico exclusivamente a las direcciones señaladas en el punto seis de esta ficha.

Se considera contrarreferencia cuando una vez proporcionada la atención médica se regresa al paciente a su unidad de origen o a la unidad médica de un nivel menor para su seguimiento, control y/o manejo ulterior, mediante una orden de contrarreferencia. Toda contrarreferencia deberá estar documentada mediante el formato SM1-17 orden de contrarreferencia, lo cual podrá ser objeto de supervisión por el área evaluadora.

Para efectos de lo señalado en el párrafo anterior, los pacientes contrarreferidos no necesariamente deberán ser los mismos pacientes atendidos por referencia en el mes.

Cuando no se reciban los reportes requisitados de manera correcta y completa en las fechas establecidas, se calificará con 0.0 el compromiso. Para cualquier aclaración o inconformidad, el único documento válido de entrega puntual será el acuse electrónico y manifestar la inconformidad mediante el procedimiento establecido para tal fin.

ANEXO 3

Ficha Técnica del Compromiso 3.6

Cumplir al 100% con el estándar de productividad de teleconsultas al mes por equipo de videoconferencia médica, en los Hospitales Regionales y el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”.

1. Objetivo a cumplir:

Impulsar el uso de la telemedicina y eficientar la referencia de pacientes, brindando servicios de especialidad para mejorar la calidad de la atención médica, la oportunidad en la prestación de los servicios y optimizar el gasto por el traslado de pacientes.

2. Fuente:

Reporte Mensual de Productividad de Telemedicina de la Unidad Médica y bitácoras de operación.

3. Periodicidad:

Mensual, con fecha de corte el día último del mes y entrega del informe dentro de los 5 primeros días naturales del mes siguiente al que se reporta.

4. Indicador:

Número de teleconsultas realizadas, cumpliendo el estándar igual o mayor a 220 teleconsultas de especialidad en un mes.

5. Cálculo del indicador:

Número de teleconsultas realizadas en el mes que se evalúa, lo que se calificará con base en la siguiente escala:

Número de teleconsultas realizadas	Calificación
Mayor o igual a 220	1.0
Menor a 220 y mayor o igual a 180	0.6
Menor a 180	0.0

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Jefatura de Servicios de Regulación y Supervisión de la Atención Médica de la Subdirección de Regulación y Atención Hospitalaria de la Dirección Médica. Dirección electrónica: yolandag@issste.gob.mx y telemedicina@issste.gob.mx.

7. Observaciones:

Los Hospitales Regionales y el Centro Médico Nacional deberán entregar el reporte mensual de Telemedicina, acompañado de su bitácora diaria de operación al Departamento de Programas Institucionales de la Subdirección de Regulación y Atención Hospitalaria,

debidamente requisitado vía correo electrónico a las direcciones señaladas en el punto seis de esta ficha.

Se calificará con 0.0 el compromiso cuando no se entreguen los informes en tiempo y forma. Para cualquier aclaración o inconformidad el único documento válido para demostrar la entrega puntual del informe será el acuse electrónico de envío y manifestar la inconformidad mediante el procedimiento establecido para tal fin.

ANEXO 3

Ficha Técnica del Compromiso 3.7

Cumplir con un estándar mensual igual o mayor a 25 teleconsultas en unidades del primer nivel de atención, 35 en unidades del segundo nivel con menos de 50 camas censables y 50 teleconsultas en unidades del segundo nivel con 50 y más camas censables, por equipo de videoconferencia médica.

1. Objetivo a cumplir:

Impulsar el uso de la Telemedicina y eficientar la referencia de pacientes brindando servicios de especialidad a distancia, con impacto en la oportunidad y calidad de la atención.

2. Fuente:

El Reporte Mensual de Productividad de Telemedicina y bitácoras por unidad, así como el Informe Concentrado Delegacional de Productividad.

3. Periodicidad:

Mensual, con fecha de corte el día último del mes y entrega del informe dentro de los primeros cinco días naturales del mes siguiente al que se reporta.

4. Indicador:

Número de teleconsultas efectivas realizadas por equipo de videoconferencia médica en las unidades de primer y segundo nivel de atención, en relación con el estándar establecido de 25 teleconsultas en unidades del primer nivel de atención, de 35 en unidades de segundo nivel con menos de 50 camas y 50 teleconsultas en unidades del segundo con 50 o más camas censables.

5. Cálculo del Indicador:

La calificación del compromiso por unidad médica se calculará con base en el número de teleconsultas realizadas en el mes, de acuerdo con la siguiente escala:

Nivel de Atención de las unidades médicas	Estándar de teleconsultas por equipo	Calificación por equipo de videoconferencia médica	
		1.0	0.0
Unidades de primer nivel de atención	25	Igual o mayor a 25	Menor a 25
Unidades de segundo nivel con menos de 50 camas censables y Clínica de Especialidades	35	Igual o mayor a 35	Menor a 35
Unidades de segundo nivel con más de 50 camas censables	50	Igual o mayor a 50	Menor a 50

Para efectos de determinar el número de camas censables se considerará el Censo Único de Registro de Recursos Físicos, Materiales y Humanos de la Intranet del ISSSTE.

Quedan exentas de evaluación las siguientes unidades médicas:

Unidad Médica	Delegación
U.M.F. San Quintín	Baja California
U.M.F. Guerrero Negro	Baja California Sur
U.M.F. Madera	Chihuahua
U.M.F. Rodeo	Durango
U.M.F. Puerto Peñasco	Sonora

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Subdirección de Regulación y Atención Hospitalaria de la Dirección Médica. Dirección electrónica: yolandag@issste.gob.mx y telemedicina@issste.gob.mx.

7. Observaciones.

La calificación Delegacional será el resultado del promedio de calificaciones obtenidas por las unidades de primero y segundo nivel de atención de la Delegación con sitio de Telemedicina, de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$\text{Promedio de cumplimiento Delegacional} = \frac{\text{Suma de calificaciones obtenidas por las unidades médicas con sitio de telemedicina de la Delegación}}{\text{Total de unidades con sitio de telemedicina en la Delegación}}$$

Las unidades médicas deberán entregar el Reporte Mensual de Telemedicina a la Delegación Estatal o Regional que corresponda, la cual deberá hacer el consolidado y remitirlo en tiempo y forma a la Subdirección de Regulación y Atención Hospitalaria, vía correo electrónico, exclusivamente a las direcciones electrónicas señaladas en el punto seis de esta ficha, la Delegación debe asegurar que cada unidad médica con equipo tenga productividad, la reporte y elabore correctamente el informe, el cual junto con las bitácoras de operación deberán integrarse al reporte mensual consolidado de la Delegación para su envío.

Cuando no se reciban los reportes elaborados de manera completa y correcta en las fechas establecidas, se calificará con 0.0 el compromiso. Para cualquier aclaración o inconformidad el único documento válido para demostrar la entrega puntual del informe será el acuse electrónico y manifestar la inconformidad mediante el procedimiento establecido para tal fin.

ANEXO 3

Ficha Técnica del Compromiso 3.8

Cumplir con un mínimo de 25% de cirugías de corta estancia o ambulatorias, en relación al total de intervenciones realizadas en quirófano en el CMN “20 de Noviembre”, Hospitales Regionales y del 30% en Hospitales Generales y Clínicas Hospital.

1. Objetivo a cumplir:

Impulsar la realización de los procedimientos quirúrgicos de corta estancia o ambulatorias para mejorar la eficiencia y productividad de las áreas quirúrgicas, contribuir a reducir los riesgos en los pacientes atendidos y elevar la calidad de la atención de los derechohabientes.

2. Fuente:

Información del número de cirugías de corta estancia, así como del número total de cirugías realizadas en quirófano en las unidades hospitalarias del Instituto, capturadas en la base de datos del Sistema de Ingresos, Egresos y Procedimientos Hospitalarios (SIEPH) en la Clínicas Hospital y el Sistema de Información Médico Financiero (SIMEF) en los Hospitales Generales, Hospitales Regionales y el CMN “20 de Noviembre”.

3. Periodicidad:

Mensual.

4. Indicador:

Expresa la proporción de cirugías mayores ambulatorias o de corta estancia, en relación al total de cirugías realizadas en quirófano en el mes.

5. Cálculo del indicador:

Se construye dividiendo el número total de cirugías mayores ambulatorias o de corta estancia, realizadas en la unidad de salud en un mes determinado, entre el número total de cirugías mayores registradas en el mismo mes, multiplicado por cien.

$$\% \text{ de cirugías de corta estancia} = \frac{\text{Número de cirugías mayores ambulatorias o de corta estancia realizadas en el mes}}{\text{Número total de cirugías mayores realizadas en quirófano en el mes}} \times 100$$

La calificación del indicador se determinará de la manera siguiente:

Hospitales Desconcentrados	Hospitales Generales y Clínicas Hospital	Calificación
Mayor o igual a 25%	Mayor o igual a 30%	1.0
Mayor o igual a 20 y menor a 25%	Mayor o igual a 25 y menor a 30%	0.6
Menor a 20%	Menor a 25%	0.0

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Jefatura de Servicios de Planeación Técnica y Análisis de la Subdirección de Aseguramiento de la Salud de la Dirección de Finanzas con dirección de correo electrónico: rmoralesm@issste.gob.mx.

7. Observaciones:

Para obtener el índice de cirugías mayores ambulatorias o de corta estancia de las delegaciones, no se sumarán los índices de las distintas unidades hospitalarias, sino que se sumarán los numeradores y los denominadores de las fórmulas correspondientes; es decir, se calculará dividiendo el número total de cirugías mayores ambulatorias o de corta estancia en el mes, a nivel de la Delegación, entre el número total de cirugías mayores realizadas en quirófano en el mismo mes. Para la asignación de la calificación correspondiente se utilizarán los parámetros del cuadro del punto cinco.

El cumplimiento de este compromiso está subordinado al cumplimiento de los compromisos 1.2 y 1.3.

ANEXO 3

Ficha Técnica del Compromiso 4.1

Lograr la certificación por parte del Consejo de Salubridad General, de los Hospitales Generales, Clínicas de Especialidades, Clínicas Hospital y Clínicas de Medicina Familiar, considerados para la meta 2012.

1. Objetivo a cumplir:

Impulsar las acciones conducentes para elevar la calidad en la prestación de los servicios de atención médica en los Hospitales Generales (HG), Clínicas de Especialidades (CE), Clínicas Hospital (CH) y Clínicas de Medicina Familiar (CMF).

2. Fuente:

Registro de información y avance del proceso de certificación de unidades médicas, existente en la Subdirección de Gestión y Evaluación en Salud de la Dirección Médica.

3. Periodicidad:

Trimestral, con reporte de avance en el proceso durante los primeros 10 días naturales del mes siguiente al término del trimestre que se informa.

4. Indicador:

Unidades médicas certificadas ante el Consejo de Salubridad General (CSG), considerando HG, CE, CH, y CMF en la delegación.

5. Cálculo del indicador:

La calificación trimestral se asignará conforme al cumplimiento observado en el periodo evaluado.

- a) En el primer trimestre en que se inicia la aplicación de este compromiso de gestión (ver relación anexa), se calificará con el resultado obtenido en la pre-evaluación interna con base a la Cédula de Procesos y Resultados del CSG, realizada por la Dirección Médica, conforme a la siguiente escala:

Porcentaje de cumplimiento	Calificación
Mayor ó igual a 70%	1.0
Menor a 70% y hasta 60%	0.6
Menor a 60%	0.0

- b) A partir del siguiente trimestre en que aplica este compromiso de gestión, se calificará conforme a los siguientes criterios:

Porcentaje de cumplimiento	Calificación
Cuando la unidad médica ya se inscribió al CSG y está en proceso de dictamen	Se asigna la calificación obtenida en la pre-evaluación interna
Cuando la unidad médica fue evaluada por el CSG y está condicionada	Se asigna la calificación obtenida en la pre-evaluación interna
Cuando la unidad médica fue aprobada por el CSG	1.0
Cuando la unidad médica obtuvo una calificación no aprobatoria por el CSG	0.0

La calificación trimestral de la Delegación se asignará conforme al cumplimiento del proceso de certificación de las unidades médicas en el periodo evaluado, de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Calificación Delegacional} = \frac{\text{Suma de calificaciones individuales de las unidades médicas evaluadas en el trimestre}}{\text{Número de unidades programadas que se evaluaron en el trimestre}}$$

El cumplimiento del indicador se calificará conforme al número de unidades médicas que lograron la certificación en el trimestre evaluado, de acuerdo a la meta anual, que se especifica en el cuadro que se incluye en el apartado de observaciones.

La calificación obtenida en el trimestre evaluado, se asignará al mes último del trimestre que se califica y a los dos meses subsecuentes del siguiente trimestre.

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Subdirección de Gestión y Evaluación en Salud de la Dirección Médica, a través del Departamento de Indicadores Básicos, dirección de correo electrónico: lmayorga@issste.gob.mx.

7. Observaciones:

Las unidades médicas que inician la certificación ó la recuperación del certificado deberán dar cumplimiento a las tres etapas del proceso:

- Autoevaluación del capítulo de estructura.
- Evaluación por parte del CSG.
- Obtención del certificado del CSG.

Este compromiso no aplica para las unidades médicas que ya estén certificadas. Para las unidades médicas que obtengan su certificación ó recertificación durante 2012, la calificación estará condicionada a las fechas de vencimiento de la certificación y a la obtención del dictamen de recertificación del Consejo de Salubridad General.

Si alguna delegación logra la certificación del Consejo de Salubridad General, antes de la fecha de aplicación del mismo, se le otorgará la calificación en el trimestre que corresponda.

En el caso de que alguna unidad ambulatoria sea sometida a obras remodelación que interfieran con el proceso de certificación, con la debida oportunidad el Director deberá notificar por escrito al evaluador, con copia a la Subdirección de Aseguramiento de la Salud, para que no sea considerada en la evaluación.

Las metas de certificación 2012 que a continuación se presentan fueron definidas por las Subdelegaciones Médicas en forma conjunta con los Directores de las Unidades Médicas:



ISSSTE

DIRECCION MEDICA

SUBDIRECCION DE GESTIÓN Y EVALUACIÓN EN SALUD

UNIDADES MÉDICAS PROPUESTAS PARA CERTIFICAR EN EL 2012



No.	DELEGACIÓN	META	NOMBRE DE LA UNIDAD	PROGRAMA 2012	Fecha en que se Calificara el Acuerdo de Gestión				Fecha de evaluación SGES
					1°	2°	3°	4°	
1	BAJA CALIF.	1	C.M.F. MESA DE OTAI	A		x			5 y 6 de junio
2	CAMPECHE	1	C.H. "DR. PATRICIO TRUEBA REGIL"	A	x				7 al 9 de marzo
3	CHIHUAHUA	1	C.M.F. CHIHUAHUA	A	x				12 y 13 marzo
4	DURANGO	1	C.M.F. CD LERDO	A		x			9 y 10 de abril
5	GUANAJUATO	1	C.H. IRAPUATO	A			x		4 al 6 julio
6	EDO. MEXICO	1	C.M.F. TLALNEPANTLA	A		x			11 y 12 de abril
7	MICHOACAN	1	C.H. PATZCUARO	A				x	7 al 9 de noviembre
8	MORELOS	1	C. E. + C.E.C.I.S. JOJUTLA	A			x		16 al 18 de julio
9	NAYARIT	1	H.G. "DR. AQUILES CALLES RAMÍREZ"	A		x			13 al 15 de junio
10	NUEVO LEON	1	C.M.F. ESCOBEDO	A		x			26 y 27 de abril
11	OAXACA	1	C.E. + C.E.C.I.S. OAXACA	A		x			20 al 22 de junio
12	PUEBLA	1	C.H. HUAUCHINANGO	A		x			14 al 16 de marzo
13	QUERETARO	1	C.M.F. QUERETARO	A		x			30 y 31 de mayo
14	SAN LUIS POTOSI	1	H.G. SAN LUIS POTOSI	A		x			16 al 18 de mayo
15	SINALOA	1	C.M.F. CULIACÁN	A		x			24 y 25 de abril
16	SONORA	1	C.M.F. HERMOSILLO	A		x			12 y 13 de junio
17	TAMAULIPAS	1	C.M.F. TAMPICO	A		x			27 y 28 de junio
18	TLAXCALA	1	H.G. TLAXCALA	A			x		26 al 28 de septiembre
19	ZACATECAS	1	C.H. FRESNILLO	A	x				7 al 9 de marzo
20	DF ZONA NORTE	2	C.M.F. "GUADALUPE"	A		x			2 y 3 de mayo
21			C.M.F. "ARAGÓN"	A		x			21 y 22 de mayo
22	DF ZONA ORIENTE	2	C.M.F. "IZTAPALAPA I"	A	x				Inscrita CSG
23			C.M.F. "IZTAPALAPA II"	A		x			7 y 8 de mayo
24	DF ZONA PONIENTE	2	C.M.F. "LEGARIA"	A		x			16 y 17 de abril
25			C.M.F. "CUITLAHUAC"	A		x			25 y 26 junio
26	DF ZONA SUR	4	C.M.F. "DR. IGNACIO CHÁVEZ"	A		x			19 y 20 de abril
27			C.M.F. TLALPAN	A		x			30 y 31 de mayo
28			C.M.F. "VILLA ÁLVARO OBREGON"	A			x		17 y 18 de septiembre
29			C.M.F. "NARVARTE"	A				x	5 y 6 de noviembre

ANEXO 3

Ficha Técnica del Compromiso 4.2

Lograr que el CMN “20 de Noviembre” y los Hospitales Regionales cuenten con la certificación vigente del Consejo de Salubridad General.

1. Objetivo a cumplir:

Impulsar las acciones conducentes para elevar la calidad en la prestación de los servicios, logrando el aval de un organismo certificador calificado.

2. Fuente:

Registro de información y avance del proceso de certificación de unidades médicas, existente en la Subdirección de Gestión y Evaluación en Salud de la Dirección Médica.

3. Periodicidad:

Trimestral, con reporte de avance en el proceso durante los primeros 10 días naturales del mes siguiente al término del trimestre que se informa.

4. Indicador:

Obtener o recuperar la certificación de la unidad hospitalaria, emitida por el Consejo de Salubridad General (CSG).

5. Cálculo del indicador:

En el tercer trimestre en que comience a aplicar el Acuerdo de Gestión 2012, se calificará con el resultado obtenido en la pre-evaluación interna con base a la Cédula de Procesos y Resultados del CSG, realizada por la Dirección Médica, conforme a lo siguiente:

Porcentaje de cumplimiento	Calificación
Mayor ó igual a 70%	1.0
Menor a 70% y mayor ó igual a 60%	0.6
Menor a 60%	0.0

Para las unidades hospitalarias inscritas ante el Consejo de Salubridad General, se calificará conforme a los criterios señalados en la siguiente tabla:

Porcentaje de cumplimiento	Calificación
Cuando la unidad médica ya se inscribió al CSG y está en proceso de dictamen	Se asigna la calificación obtenida en la pre-evaluación interna
Cuando la unidad médica fue evaluada por el CSG y está condicionada	Se asigna la calificación obtenida en la pre-evaluación interna
Cuando la unidad médica fue aprobada por el CSG	1.0
Cuando la unidad médica obtuvo una calificación no aprobatoria por el CSG	0.0

Para los hospitales que logren la certificación ante el CSG, se calificará con 1.0 este compromiso durante la vigencia de la certificación. Cuando se pierda la certificación, la calificación será de 0.0 para el Hospital Regional o el Centro Médico Nacional por el resto del trimestre en el que esto suceda y hasta lograr nuevamente la certificación.

La calificación obtenida en el trimestre evaluado, se asignará al mes último del trimestre que se califica y a los dos meses subsecuentes del siguiente trimestre.

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Subdirección de Gestión y Evaluación en Salud de la Dirección Médica, a través del Departamento de Indicadores Básicos, dirección de correo electrónico: lmayorga@issste.gob.mx.

7. Observaciones:

Las unidades hospitalarias que inician la certificación ó la recuperación del certificado deberán dar cumplimiento a las tres etapas del proceso:

- a.- Autoevaluación del capítulo de estructura.
- b.- Evaluación por parte del CSG.
- c.- Obtención del certificado del CSG.

Para las unidades médicas con certificación vigente, la calificación estará condicionada a las fechas de vencimiento de la certificación y a la obtención del dictamen de recertificación del CSG.

Si algún Hospital Regional logra la certificación ante el Consejo de Salubridad General, antes de la fecha de aplicación, se les otorgará la calificación en el trimestre que corresponda.

Para efectuar la visita de pre-evaluación que realiza la Dirección Médica, el CMN "20 de Nov." y los hospitales regionales deberán enviar previamente a la Subdirección de Gestión y Evaluación, los seis Planes Maestros, seis Programas de Seguridad y el registro de los 34 Indicadores Básicos¹:

Planes Maestros	Programas de Seguridad
1. Mejora de la calidad y seguridad del paciente	1. Incendios
2. Control de Infecciones nosocomiales	2. Emergencias
3. Gobierno, liderazgo y dirección	3. Materiales peligrosos
4. Seguridad de las instalaciones	4. Equipo médico
5. Calificación y educación del personal	5. Seguridad General
6. Manejo de medicamentos	6. Servicios básicos

¹La información básica de certificación referente a los nuevos estándares aplicables a los hospitales, la cédula de estructura de unidades hospitalarias, los indicadores básicos, entre otros, se pueden consultar en la Página Web de Certificación que se ubica en la siguiente dirección: <http://sgm.issste.gob.mx/certificación>.

ANEXO 3

Ficha Técnica del Compromiso 4.3

Lograr cero muertes maternas en embarazadas derechohabientes, imputables a las unidades hospitalarias del Instituto.

1. Objetivo a cumplir:

Impulsar acciones específicas que permitan detectar con oportunidad las principales causas asociadas a la mortalidad materna para prevenirlas y reducirlas progresivamente hasta lograr evitarlas en su totalidad.

2. Fuente:

- Reporte del Comité de Mortalidad Materna de las unidades hospitalarias, en el Sistema de Información Estadística de Medicina Preventiva (SIEMP).
- Reporte del Comité Estatal de Mortalidad Materna.

3. Periodicidad:

Mensual, con corte dentro de los primeros 10 días naturales del mes siguiente al que se informa.

4. Indicador:

Expresa el número de muertes maternas notificadas e imputadas a las unidades hospitalarias del Instituto, con dictamen de los Comités de Estudio de Mortalidad Materna y Perinatal.

5. Cálculo del Indicador:

La calificación será de 0.0 para la Delegación, el Hospital Regional o el Centro Médico Nacional, en el mes en que se registró la muerte materna y en los dos meses subsecuentes. En el caso de no presentarse muerte materna se calificará con 1.0.

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Subdirección de Regulación y Atención Hospitalaria a través de la Jefatura de Servicios de Medicina Especializada de la Dirección Médica. Direcciones de correo electrónico: hhurtado@issste.gob.mx, cmeneses@issste.gob.mx y ravila@issste.gob.mx.

7. Observaciones:

En caso de presentarse elementos para atribuir una muerte materna a cualquier unidad involucrada en el proceso de atención, esta unidad será calificada con 0.0, no obstante que la muerte se presente en otra unidad o nivel de atención.

Cuando exista una muerte materna se deberá informar conforme a lo establecido en los numerales 7.12 y 7.12.1 de la Norma Oficial Mexicana NOM.017.SSA2.1994 para la Vigilancia Epidemiológica que a la letra dicen:

7.12 Notificación inmediata.

7.12.1 Es la notificación o comunicación que debe realizarse por la vía más rápida disponible, transmitiendo los datos en las formas de Notificación Inmediata de Caso, Notificación de Brote, Notificación Inmediata de Defunción y sus equivalentes institucionales, o bien, en los formularios específicos, así como informes o comunicados especiales. La notificación o comunicación se recibirá en la representación nacional del Órgano Normativo antes que transcurran 24 horas de que se tenga conocimiento por el notificante o el informante de la ocurrencia del padecimiento o evento.

ANEXO 3

Ficha Técnica del Compromiso 4.4

Lograr en las unidades hospitalarias del Instituto, una tasa de infecciones nosocomiales no mayor a 6 por cada 100 egresos registrados, de acuerdo a lo establecido en el Programa Nacional de Salud.

1. Objetivo a cumplir:

Contribuir a la prevención y disminución de la ocurrencia de casos de infecciones intrahospitalarias o nosocomiales en los hospitales del segundo y tercer nivel de atención del Instituto.

2. Fuente:

Datos sobre infecciones intrahospitalarias en las “Hojas de Egreso Hospitalario” capturadas en el Sistema de Información Médico Financiero (SIMEF) y Sistema de Ingresos, Egresos y Procedimientos Hospitalarios (SIEPH).

3. Periodicidad:

Mensual, con cierre dentro de los primeros 10 días naturales del mes siguiente al que se evalúa.

4. Indicador:

Tasa de casos de infecciones intrahospitalarias o nosocomiales identificados por cada 100 egresos registrados en hospitales del segundo y tercer nivel de atención.

5. Cálculo del indicador:

Se calculará dividiendo el número de casos registrados de infecciones nosocomiales entre el número total de egresos registrados en el mes, multiplicado por 100, de acuerdo con la siguiente fórmula.

$$\text{Tasa de infecciones nosocomiales} = \frac{\text{Número de casos de infecciones intrahospitalarias o nosocomiales identificados en el mes}}{\text{Total de egresos registrados en el hospital durante el mes que se evalúa}} \times 100$$

La calificación de cada hospital se asignará con base en la siguiente escala:

Tasa por cada 100 egresos	Calificación
Menor o igual a 6 %	1.0
Mayor a 6.0% y menor de 10%	0.6
Igual o mayor a 10%	0.0

Los casos identificados en las “Hojas de Egreso Hospitalario” del SIMEF y SIEPH, deberán ser reflejo de lo informado en el mes por el Comité de Detección y Control de Infecciones Nosocomiales (CODECIN) de la unidad hospitalaria correspondiente.

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Jefatura de Servicios de Medicina Especializada y Hospitalaria de la Subdirección de Regulación y Atención Hospitalaria de la Dirección Médica. Direcciones de correo electrónico: hhurtado@issste.gob.mx y mjauregui@issste.gob.mx.

7. Observaciones:

La calificación Delegacional se calculará dividiendo el número total de casos identificados en los hospitales existentes entre el total de egresos reportados por 100, según la fórmula siguiente:

$$\text{Tasa de infecciones nosocomiales Delegacional} = \frac{\text{Total de casos de infecciones nosocomiales identificados en los hospitales de la Delegación en el mes}}{\text{Total de egresos registrados en los hospitales durante el mes que se evalúa}} \times 100$$

La identificación de los casos de infecciones intrahospitalarias dependerá del correcto funcionamiento del Comité de Infecciones Nosocomiales de cada hospital, el cual deberá de contar con:

- Integración de Subcomité de Antibióticos,
- Soporte documental de búsqueda intencionada de infecciones nosocomiales con reporte de casos probables.

Lo anterior será verificado por el evaluador en las minutas de asuntos tratados y acuerdos tomados en el CODECIN de cada hospital.

La normatividad básica en que se apoya este compromiso se establece en:

- Programa Nacional de Salud 2007-2012, establece en su meta 3.3 que la tasa de infecciones nosocomiales comprometida no será mayor de 6 por 100 egresos en los hospitales públicos.
- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994. Para la Vigilancia Epidemiológica, define como **Caso probable** a la persona que presenta signos o síntomas sugerentes de la enfermedad o evento bajo vigilancia.
- Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005. Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, señala como **Caso de infección nosocomial**, a la condición localizada o generalizada resultante de la reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o su toxina, que no estaba presente o en periodo de incubación en el momento del ingreso del paciente al hospital y que puede manifestarse incluso después de su egreso.

ANEXO 3

Ficha Técnica del Compromiso 4.5

Cumplir con un mínimo del 92% de elaboración de la Cédula de Verificación de Seguridad de la Cirugía, del total de las intervenciones quirúrgicas realizadas en los hospitales del Instituto.

1. Objetivo a cumplir:

Contribuir a mejorar las condiciones de seguridad de los pacientes a quienes se les realizan procedimientos quirúrgicos en las unidades hospitalarias del segundo y tercer nivel de atención, para dar cumplimiento al Programa de Cirugía Segura de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

2. Fuente:

Cédula de Verificación de Seguridad de la Cirugía ubicada en una carpeta específica de la "Hoja de Operaciones" capturada en el Sistema Médico Financiero (SIMEF) y el Sistema de Ingresos, Egresos y Procedimientos Hospitalarios (SIEPH en línea).

3. Periodicidad:

Mensual, con cierre dentro de los cinco primeros días naturales del mes siguiente al que se evalúa.

4. Indicador:

Porcentaje de Cédulas de Verificación de Seguridad de la Cirugía, llenadas de manera completa y correcta, capturadas con la "Hoja de Operaciones" del SIMEF por cada 100 intervenciones quirúrgicas realizadas.

La Cédula de Verificación de Seguridad de la Cirugía no se evaluará en procedimientos quirúrgicos realizadas fuera de quirófanos, ni subrogadas.

5. Cálculo del indicador:

$$\text{Porcentaje de Cumplimiento} = \frac{\text{Total de Cédulas de Verificación de Seguridad de la Cirugía, elaboradas correctamente en el mes}}{\text{Total de intervenciones quirúrgicas realizadas en el hospital en el periodo}} \times 100$$

La calificación de cada hospital se asignará con base en la siguiente escala:

Porcentaje de Cumplimiento	Calificación
Igual o mayor al 92%	1.0
De 80% y menor a 92%	0.6
Menor a 80%	0.0

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Jefatura de Servicios de Medicina Especializada y Hospitalaria de la Subdirección de Regulación y Atención Hospitalaria de la Dirección Médica. Direcciones de correo electrónico: hhurtado@issste.gob.mx y jarizmendi@issste.gob.mx

7. Observaciones:

La calificación Delegacional se integrará dividiendo la suma del total de cédulas elaboradas completas y correctas de todos los hospitales existentes entre el total de intervenciones realizadas y capturadas en el SIMEF y SIEPH en línea por 100, como se indica en la siguiente fórmula:

$$\text{Calificación Delegacional} = \frac{\text{Número total de Cédulas de Verificación de Seguridad de la Cirugía de los hospitales de la Delegación en el mes}}{\text{Total de intervenciones quirúrgicas realizadas en los hospitales de la Delegación en el periodo}} \times 100$$

La Cédula de Verificación de Seguridad de la Cirugía ha sido incorporada a la “Hoja de Operaciones” del SIMEF y SIEPH, para cotejar el cumplimiento estricto de aspectos de alta trascendencia definidos por la OMS, para garantizar la seguridad del proceso quirúrgico, que deberán de verificarse en tres momentos:

- Antes de inducción anestésica
- Antes de la incisión cutánea
- Antes de que el paciente salga de quirófano

Para conocimiento del “Prestador” se adjunta en esta Ficha Técnica la Cédula en formato vertical, con los mismos datos del formato horizontal que se incluye en los sistemas referidos y que impresa en papel es necesario integrarla al expediente clínico del paciente a que corresponda, coincidiendo completamente todos los datos contemplados, como evidencia de cumplimiento del compromiso en las supervisiones que se realicen a la unidad hospitalaria.



Dirección Médica
Subdirección de Regulación y de Atención Hospitalaria



CÉDULA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

Nombre del paciente	Servicio	Cirugía
Nº de Expediente	Diagnostico preoperatorio	Fecha

<p>Antes de la inducción de la anestesia</p> <p>¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p>¿Existe consentimiento bajo información?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p>¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede</p> <p>¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p>¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p>¿Tiene el paciente...</p> <p>...Alergias conocidas?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (_____)</p> <p>... Vía aérea difícil / riesgo de aspiración?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y hay instrumental y equipos / ayuda disponible</p> <p>... Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV o centrales</p>	<p>Antes de la incisión cutánea</p> <p><input type="checkbox"/> Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función</p> <p><input type="checkbox"/> Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento</p> <p>¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede</p> <p>Previsión de eventos críticos</p> <p>Cirujano:</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cuánto durará la operación?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?</p> <p>Anestesiología:</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Presenta el paciente algún problema específico?</p> <p>Equipo de enfermería:</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?</p> <p>¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede</p>	<p>Antes de que el paciente salga de quirófano</p> <p>Enfermería confirma verbalmente:</p> <p><input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento</p> <p><input type="checkbox"/> El recuento de instrumentos, gases y agujas</p> <p><input type="checkbox"/> El envasado de la muestra</p> <p><input type="checkbox"/> El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente)</p> <p><input type="checkbox"/> El envío de la pieza a patología</p> <p><input type="checkbox"/> Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos</p> <p>Cirujano, anesthesiologo y enfermería:</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento de este paciente?</p> <table border="1"> <tr> <th colspan="2">Responsables</th> </tr> <tr> <th>EQUIPO</th> <th>FIRMA</th> </tr> <tr> <td>CIRUJANO:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ANESTESIOLOGO:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>INSTRUMENTISTA:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CIRCULANTE:</td> <td></td> </tr> </table>	Responsables		EQUIPO	FIRMA	CIRUJANO:		ANESTESIOLOGO:		INSTRUMENTISTA:		CIRCULANTE:	
Responsables														
EQUIPO	FIRMA													
CIRUJANO:														
ANESTESIOLOGO:														
INSTRUMENTISTA:														
CIRCULANTE:														

ANEXO 3

Ficha Técnica del Compromiso 4.6

Cumplir con un estándar no mayor a 1.5 días de estancia media preoperatoria en cirugías programadas, en todas las unidades hospitalarias del Instituto.

1. Objetivo a cumplir:

Impulsar la eficiencia y la productividad en la utilización de los recursos involucrados en la atención de pacientes hospitalizados para cirugía en camas censables, mediante el cumplimiento del estándar institucional de 1.5 días de estancia media preoperatoria en cirugías programadas.

2. Fuente:

- Sistema de Ingresos, Egresos y Procedimientos Hospitalarios (SIEPH) en Clínicas Hospital.
- Sistema de Información Médico Financiero (SIMEF) en Hospitales Generales, Hospitales Regionales y CMN "20 de Noviembre".

3. Periodicidad:

Mensual.

4. Indicador:

- Para unidades hospitalarias de las delegaciones.-** Expresa el porcentaje de unidades hospitalarias que cumplen con el estándar de promedio de días de espera de los pacientes internados en camas censables, para ser intervenidos quirúrgicamente en cirugías programadas durante un mes determinado.
- Para Hospitales Regionales y Centro Médico Nacional.-** Expresa el promedio de días que esperan los pacientes internados en camas censables, para ser intervenidos quirúrgicamente en cirugías programadas durante un mes determinado.

5. Cálculo del indicador:

Se construye dividiendo el total de días-estancia preoperatoria (fecha de ingreso – fecha de la cirugía) registrados en el mes, entre el número total de intervenciones quirúrgicas programadas del mismo mes, de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$\text{Promedio de días estancia preoperatoria} = \frac{\text{Número total de días-estancia preoperatoria (fecha de ingreso – fecha de la cirugía) en el mes}}{\text{Número total de intervenciones quirúrgicas programadas realizadas en el mes}}$$

Se denomina **intervención quirúrgica programada** a toda aquella cirugía que se realiza a un paciente que ingresa a hospitalización específicamente para un evento quirúrgico indicado con anticipación por su médico tratante.

En las delegaciones con más de una unidad hospitalaria, la calificación del indicador se determinará de acuerdo a la siguiente tabla:

Porcentaje de hospitales que cumplan con el promedio de días estancia preoperatoria	Calificación
Mayor o igual a 80%	1.0
Menor a 80% y mayor o igual a 60%	0.6
Menor a 60%	0.0

En los Hospitales Regionales y el Centro Médico Nacional, la calificación del indicador se determinará de acuerdo a la siguiente escala:

Promedio de días estancia preoperatoria	Calificación
Menor o igual a 1.5	1.0
Mayor a 1.5 y menor o igual a 2.0	0.6
Mayor a 2.0	0.0

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Jefatura de Servicios de Estadística Institucional de la Dirección de Finanzas. Dirección de correo electrónico: estadisticains@issste.gob.mx

7. Observaciones:

Este compromiso se evaluará con base a las cirugías electivas programadas y de acuerdo a la elaboración y captura de la hoja de ingreso o egreso hospitalario por cada paciente.

No se considerarán para el cálculo de este compromiso los pacientes hospitalizados operados previamente y aquellos que originalmente hayan sido ingresados a urgencias o a servicios de hospitalización diferentes al de cirugía.

El cumplimiento de este compromiso está subordinado a la observancia de los compromisos 1.2 y 1.3.

ANEXO 3

Ficha Técnica del Compromiso 4.7

No rebasar el 3% de altas voluntarias o de abandono de los pacientes internados en los servicios de hospitalización de las Clínicas Hospital, Hospitales Generales, Hospitales Regionales y el CMN “20 de Noviembre”.

1. Objetivo a cumplir:

Disminuir el número de quejas por insatisfacción de los derechohabientes hospitalizados, que sin ser dados de alta deciden abandonar los servicios por causas relacionadas con deficiencias en los procesos de atención médica.

2. Fuente:

Registros de la hoja de Egreso Hospitalario que se captura en:

- Sistema de Información Médico Financiero (SIMEF) del CMN “20 de Noviembre”, Hospitales Regionales y Hospitales Generales.
- Sistema de Ingresos, Egresos y Procedimientos Hospitalarios (SIEPH) de Clínicas Hospital.

3. Periodicidad:

Mensual.

4. Indicador:

Expresa la proporción de pacientes hospitalizados que por decisión propia o de sus familiares, sin haber completado el proceso de la atención médica para el que fueron internados y sin la autorización de alta del médico tratante, firman su alta voluntaria o se fugan de la unidad médica.

5. Cálculo del indicador:

Se construye dividiendo el número de egresos con motivo de alta voluntaria o de abandono de la unidad hospitalaria, en un mes determinado, entre el número total de egresos registrados en el mismo mes, multiplicado por cien.

$$\text{Porcentaje de altas voluntarias} = \frac{\text{Número de altas voluntarias o de pacientes que abandonaron los servicios de hospitalización en el mes}}{\text{Número total de egresos hospitalarios registrados en el mes}} \times 100$$

Para el cálculo se considerarán los registros de altas voluntarias y de otros motivos de la hoja de egreso hospitalario.

La calificación del indicador se determinará de la manera siguiente:

Porcentaje de pacientes egresados por motivo de alta voluntaria o abandono de la hospitalización	Calificación
Menor o igual a 3%	1.0
Mayor a 3% y menor o igual a 4%	0.6
Mayor a 4%	0.0

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Jefatura de Servicios de Planeación Técnica y Análisis de la Subdirección de Aseguramiento de la Salud de la Dirección de Finanzas, dirección de correo electrónico: rmoralesm@issste.gob.mx.

7. Observaciones:

Para obtener la calificación delegacional se sumarán las altas voluntarias o por abandono registradas y todos los egresos de todas las unidades hospitalarias de la Delegación, correspondientes del mes que se evalúa y se aplicará la fórmula señalada en el punto 5; es decir, se calculará dividiendo el número total de altas voluntarias o por abandono registradas en el mes, entre la suma total de los egresos hospitalarios registrados en el mismo mes a nivel de todos los hospitales de la Delegación y se multiplicará por 100 para obtener el porcentaje delegacional.

El cumplimiento de este compromiso está subordinado al cumplimiento de los compromisos 1.2 y 1.3.

ANEXO 3

Ficha Técnica del Compromiso 4.8

Lograr que no se presenten quejas médicas, dictaminadas como procedentes por el Comité de Quejas Médicas, en los hospitales del Instituto.

1. Objetivo a cumplir:

Evaluar la calidad de la atención a partir del registro de quejas médicas procedentes en las unidades de salud del Instituto, con el propósito de que se apliquen las medidas necesarias para elevar el nivel de satisfacción de los derechohabientes.

2. Fuente:

Reporte Generado de quejas dictaminadas como procedentes por el **Comité Institucional de Quejas Médicas**, que preside la Secretaría General del Instituto, encargado de resolver las quejas médicas y/o solicitudes de reembolso a través de las actividades sistematizadas de dicho grupo colegiado.

3. Periodicidad:

Mensual.

4. Indicador:

Expresa la presencia o ausencia de quejas médicas procedentes durante el mes evaluado, dictaminadas por el **Comité Institucional de Quejas Médicas**.

5. Cálculo del indicador:

La calificación se determinará de acuerdo al registro de quejas médicas procedentes en una unidad médica por mes:

Indicador acumulado mensual	Calificación
No se reporta queja médica procedente	1.0
Se dictamina una o más quejas médicas procedentes	0.0

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Comité Institucional de Quejas Médicas, a través de su Presidente, quien emitirá cada mes el reporte de las unidades de salud a las que se dictamina queja médica procedente, dirección de correo electrónico: rreig@issste.gob.mx.

7. Observaciones:

La calificación obtenida se aplicará en el mes en que se emita el **dictamen de procedencia**.

Se basará en el análisis de los casos recibidos por el Comité Institucional de Quejas Médicas del ISSSTE y podrán ser evaluados por el **Subcomité de Quejas Médicas**, que funciona bajo la coordinación de la Dirección Médica, integrado por el personal directivo, médicos especialistas expertos de hospitales y representantes del SNTISSSTE y SNTE, permitiendo a la Dirección Médica, **conocer las áreas de oportunidad** para la mejora de la atención médica de la derechohabencia del Instituto.

La presentación de una queja médica procedente refleja en forma evidente que existen deficiencias en la calidad de la prestación de los servicios de salud y orientan a las unidades

médicas sobre las áreas de oportunidad y las acciones a implementar para mejorar la satisfacción de los derechohabientes.

El **Comité Institucional de Quejas Médicas** conforme al Reglamento de Quejas Médicas y Reembolsos del ISSSTE, está conformado por los siguientes servidores públicos:

- Presidente, el Secretario General del Instituto, quien podrá designar un suplente.
- Secretario Técnico, el Director Médico
- Secretario Ejecutivo, un Subdirector designado por el Secretario general
- Vocales, representantes de la Dirección de Delegaciones, Dirección Médica, el Subdirector de CMN "20 de Noviembre" o de un Hospital Regional del Zona Metropolitana, dos representantes de la FSTSE y uno del SNTISSSTE
- Asesor, un Subdirector de la Dirección Jurídica
- Invitados, médicos especialistas relacionados con la materia de que se vaya a analizar.

Los demás titulares podrán designar por escrito un suplente, que deberá tener el nivel jerárquico inmediato inferior.

Existirá un **Subcomité de Quejas Médicas** que será coordinado por un Subdirector de la Dirección Médica, el cual se encargará de analizar las quejas médicas y/o las solicitudes de reembolso y elaborar los proyectos de solución para presentación al Comité.

ANEXO 3

Ficha Técnica del Compromiso 5.1

Solventar el total de las observaciones y recomendaciones pendientes al 31 de diciembre de 2011 durante el primer semestre del año en curso y las generadas de enero a junio de 2012 en el segundo semestre de este año.

1. Objetivo a cumplir:

Contribuir a la atención de las observaciones y recomendaciones determinadas por los distintos órganos fiscalizadores, en proceso de atención por parte de delegaciones y hospitales desconcentrados, las que integra y coordina el Órgano Interno de Control.

2. Fuente:

Reportes del Sistema de Información Periódica de Control y Auditoría (SIPCA), que aplica el Órgano Interno de Control en el ISSSTE.

3. Periodicidad:

Trimestral.

4. Indicador:

Expresa el porcentaje mensual de las observaciones y recomendaciones solventadas, en relación a las que se notificaron en las auditorías realizadas a las delegaciones y hospitales desconcentrados, pendientes al 31 de diciembre de 2011 y las del primer semestre de 2012.

5. Cálculo del indicador:

El porcentaje de cumplimiento se calculará con base en las siguientes fórmulas:

$$\text{Porcentaje de observaciones solventadas del inventario al 31 de diciembre de 2011.} = \frac{\text{Número de observaciones y recomendaciones solventadas en el trimestre, correspondientes al inventario al 31 de diciembre de 2011}}{\text{Observaciones y recomendaciones pendientes al 31 de diciembre de 2011}} \times 100$$

$$\text{Porcentaje de observaciones solventadas del 1er. semestre de 2012} = \frac{\text{Número de observaciones y recomendaciones solventadas en el trimestre, correspondientes al primer semestre de 2012}}{\text{Observaciones y recomendaciones pendientes al 30 de junio de 2012, del primer semestre del ejercicio 2012}} \times 100$$

En donde las observaciones y recomendaciones pendientes de los denominadores se calcularán de la siguiente manera:

Observaciones y

Recomendaciones = (Total de observaciones / 6) X (Número de meses transcurridos)
pendientes

La calificación de este compromiso se determinará como el logro acumulado al mes correspondiente; es decir, considerando el número de observaciones solventadas desde el inicio del año.

Una vez determinados los porcentajes anteriores, se asignará el siguiente peso para cada una de ellas:

- Para las solventadas del ejercicio de 2011 y anteriores.....**60%**
- Para las solventadas del segundo semestre del ejercicio de 2012.....**40%**
- En caso de existir un solo porcentaje para cualquiera de los supuestos anteriores, éste será de.....**100%**

6. Responsable de evaluar el compromiso:

Área de Auditoría Interna del Órgano Interno de Control. Dirección de correo electrónico;
oiassolis@issste.gob.mx; oiagingle@issste.gob.mx

7. Observaciones:

Las observaciones a solventar, se refieren a las que se encuentran en proceso de atención por parte de la Delegación u Hospital Desconcentrado y, tratándose de delegaciones, incluye a las fincadas a sus unidades de salud.

Las recomendaciones a que hace referencia la presente ficha, corresponden a las acciones de mejora acordadas en las revisiones de control.

ANEXO 3

Ficha Técnica del Compromiso 5.2

Obtener un índice acumulado mensual por Delegación, de un máximo de 3.8 días amparados en promedio por licencia médica en las unidades del primer nivel de atención y de 6.6 días en las unidades del segundo nivel (en ambos casos, sin contar las licencias y días por maternidad, así como por ortopedia quirúrgica, ortopedia postquirúrgica y neurocirugía).

1. Objetivo a cumplir:

Lograr un indicador acumulado mensual de 3.8 días amparados por licencia médica expedida en las unidades médicas de primer nivel de atención (UMF y CMF) y de 6.6 días amparados por licencia médica expedida en las unidades médicas de segundo nivel de atención (CH, CE y HG).

2. Fuente:

Registro Automatizado de Licencias Médicas (RALM)

3. Periodicidad:

Mensual, con fecha de corte el último día del mes y liberación del informe dentro de los 10 primeros días naturales del mes siguiente al que se informa.

4. Indicadores:

Promedio acumulado mensual de un máximo de 3.8 días amparados por licencia médica en unidades del primer nivel de atención y de un promedio de 6.6 días amparados por licencia médica en las unidades del segundo nivel, sin contar en ambos niveles las licencias expedidas **por maternidad, ortopedia quirúrgica, ortopedia postquirúrgica y neurocirugía** y los días amparados correspondientes.

5. Cálculo del indicador:

La fórmula aplica para las unidades del 1º y 2º nivel de atención; se divide el número acumulado de días amparados (sin los de maternidad, ortopedia quirúrgica, postquirúrgica y neurocirugía) al mes evaluado, entre el número de licencias médicas (sin las de maternidad, ortopedia quirúrgica, postquirúrgica y neurocirugía):

$$\text{Indicador acumulado mensual} = \frac{\text{Total de días amparados al mes evaluado menos el total de días por por maternidad, ortopedia quirúrgica, ortopedia postquirúrgica y neurocirugía}}{\text{La diferencia del total de licencias médicas expedidas en el mismo periodo menos el total de licencias por maternidad, ortopedia quirúrgica, ortopedia postquirúrgica y neurocirugía}}$$

La calificación del indicador se determina de acuerdo a la siguiente escala:

a) Para el primer nivel de atención:

Indicador acumulado mensual	Calificación
Menor o igual a 3.8	0.5
Mayor a 3.8 y menor a 4.2	0.3
Mayor o igual a 4.2	0.0

b) Para el segundo nivel de atención:

Indicador acumulado mensual	Calificación
Menor o igual a 6.6	0.5
Mayor a 6.6 y menor a 7.5	0.3
Mayor o igual a 7.5	0.0

La calificación delegacional se integrará con la suma de las calificaciones obtenidas en ambos niveles de atención.

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Subdirección de Gestión y Evaluación en Salud a través del Departamento de Indicadores Básicos de la Dirección Médica. Correo electrónico: licenciasmedicas@issste.gob.mx.

7. Observaciones

Para que la calificación de este indicador sea válida, las Delegaciones deberán registrar, revisar y liberar en tiempo y forma la captura de acuerdo a los Lineamientos de Operación del Registro Automatizado de Licencias Médicas (RALM).


Cuando no se reciban los reportes en las fechas establecidas de manera correcta y completa se calificará con 0.0 el compromiso.

Para el caso de la Delegación Yucatán la escala de evaluación será la siguiente:

Indicador acumulado mensual	Calificación
Menor o igual a 3.8 días	1.0
Mayor a 3.8 y menor a 4.2 días	0.6
Mayor o igual a 4.2 días	0.0

Las Delegaciones deberán anexar junto con el informe mensual de licencias médicas, la relación mensual de los casos de **ortopedia quirúrgica**, **ortopedia postquirúrgica** y **neurocirugía**, los datos se deben obtener del reporte de consulta del sistema RALM, el cual deberá contener la siguiente información:

EJEMPLO

					
Dirección Médica					
Subdirección de Gestión y Evaluación en Salud					
Relación de licencias médicas otorgadas a pacientes por ortopedia quirúrgica, postquirúrgica y neurocirugía					
Periodo del 01 al 31 de enero de 2012					
No.	Fecha Expedición	Paciente	No. Serie	Diagnóstico	Días de Ausencia
1	01/02/2011	LUCERO ALBA DIANA	036LM0076153	PO X RUPTURA LIGAMENTO C. ANT	7
2	03/02/2011	LUCERO ALBA DIANA	036LM0076841	PO X RUPTURA LIGAMENTO C. ANTER	21
3	01/02/2011	CALDERON CABALLERO DOLORES SOFIA	200LM1109454	CIRUGIA LUMBAR FALLIDA	28
4	21/02/2011	GONZALEZ GONZALEZ RIGOBERTO	200LM0200468	PO FRACTURA MULTIFRAGMENTAD A CODO IZQ	25
					81

Para generar este reporte, se deberá ingresar al “**Módulo de Consulta**” del sistema Registro Automatizado de Licencias Médicas (RALM). Al respecto, la Subdirección de Gestión y Evaluación en Salud enviará mediante oficio a las Delegaciones y Subdelegaciones Médicas, las instrucciones sobre los pasos a seguir para la generación de este reporte.

ANEXO 3

Ficha Técnica del Compromiso 5.3

Obtener un índice acumulado mensual, de un máximo de 10.5 días en promedio amparados por licencia médica (sin contar las licencias y días por maternidad), otorgados en Hospitales Regionales y el CMN “20 de Noviembre”.

1. Objetivo a cumplir:

Lograr un indicador acumulado, de un máximo de 10.5 días en promedio amparados por licencia médica (sin contar las licencias y días por maternidad), expedidas en los hospitales regionales.

2. Fuente:

Registro Automatizado de Licencias Médicas (RALM).

3. Periodicidad:

Mensual, con fecha de corte el último día del mes y liberación del informe dentro de los 10 primeros días naturales del mes siguiente al que se informa.

4. Indicador:

Indicador acumulado mensual de días amparados por licencia médica (sin contar las licencias y días por maternidad).

5. Cálculo del indicador:

Se divide el número acumulado de días amparados (sin los de maternidad) al mes evaluado, entre el número de licencias médicas (sin las de maternidad) en el mismo periodo, de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Indicador acumulado = mensual} = \frac{\text{Total de días amparados al mes evaluado menos el total de días por maternidad}}{\text{Total de licencias médicas expedidas en el mismo periodo menos el total de licencias por maternidad}}$$

La calificación del indicador se determina de acuerdo a la siguiente escala:

Indicador acumulado mensual	Calificación
Menor o igual a 10.5 días	1.0
Mayor a 10.5 y menor a 11.8 días	0.6
Mayor o igual a 11.8 días	0.0

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Subdirección de Gestión y Evaluación en Salud a través del Departamento de Indicadores Básicos de la Dirección Médica. Correo electrónico: licenciasmedicas@issste.gob.mx.

7. Observaciones:

Para que la calificación de este indicador sea válida, las unidades hospitalarias desconcentradas deberán registrar, revisar y liberar en tiempo y forma la captura de acuerdo a los Lineamientos de Operación del Registro Automatizado de Licencias Médicas (RALM).

Cuando no se reciban los reportes en las fechas establecidas de manera correcta y completa se calificará con 0.0 el compromiso.

ANEXO 3

Ficha Técnica del Compromiso 5.4

Lograr la aplicación de dos programas de mejora en los servicios que se otorgan en dos unidades médicas de la Delegación, así como en los Hospitales Regionales y el CMN “20 de Noviembre”, siguiendo la metodología definida en el libro “Gestión de Programas de Mejora en Hospitales del ISSSTE”.

1. Objetivo a cumplir:

Aplicar al menos dos Programas de Mejora, por Delegación u Hospital Desconcentrado, diseñados e instrumentados con base en la metodología definida como resultado de los servicios de apoyo técnico proporcionados a hospitales seleccionados en 2009 y 2010, procurando que se incluyan acciones innovadoras y de trascendencia operativa para mejorar la eficiencia y la atención de los derechohabientes.

2. Fuente:

Metodología descrita en la memoria tipo libro: ***“Gestión de Programas de Mejora, Un enfoque metodológico para los hospitales del ISSSTE”.***

Documentos sobre el diagnóstico situacional elaborado o actualizado, la identificación de problemas prioritarios, la formulación de los programas de mejora correspondientes y los reportes de ejecución de los programas en las unidades médicas definidas, avalados por el Grupo de Trabajo de Seguimiento del Acuerdo de Gestión (GTSAG).

3. Periodicidad:

Mensual, con revisión de cumplimiento en los primeros 10 días del mes siguiente al que se evalúa, conforme al calendario señalado a continuación:

Periodo	Actividad Programada	Evidencia de cumplimiento	Avance acumulado
Febrero	Inscripción de dos hospitales de cada Delegación o dos servicios de cada hospital del tercer nivel que darán cumplimiento al compromiso de gestión y elaboración del programa de actividades (especificando cronograma), aprobado en sesión del GTSAG.	Documento y Minuta de Reunión	5%
Marzo	Elaboración del diagnóstico situacional.	Reporte de avance	20%
Abril	Recolección de la información requerida para la elaboración o actualización del diagnóstico, análisis e integración del documento del diagnóstico.	Documento	30%
Mayo	Precisión de la problemática, selección de los problemas prioritarios por atender y pronóstico de la situación operativa.	Documento	35%

Junio	Presentación y aprobación del diagnóstico situacional por el GTSAG.	Minuta de Reunión	40%
Julio	Formulación del o los programas de mejora específicos y aprobación por parte del GTSAG.	Documento y Minuta de Reunión	55%
Agosto Sept. a dic.	Ejecución de los programas de mejora, supervisar su desarrollo y presentar los informes de avances para evaluar el cumplimiento de objetivos y metas: a). Implantación del programa mediante reuniones técnicas y de capacitación. b) Medición de avances mensuales con base en el análisis de los reportes enviados al evaluador	Minutas y lista de asistencia Reportes del GTSAG	65% 97% (8% de avance mensual)
Enero 2013	Evaluación anual de la aplicación de los programas de mejora, estandarización de las soluciones y conclusiones de la aplicación.	Informe anual del GTSAG	100%

4. Indicador:

Porcentaje de avance por actividad cumplida de acuerdo a la programación definida y el valor asignado conforme al calendario del punto anterior.

5. Cálculo del indicador:

$$\text{Cumplimiento logrado} = \frac{\text{Actividades realizadas, cumplidas conforme a la metodología definida}}{\text{Actividades programadas a realizar de acuerdo al calendario}} = \text{Obtención del porcentaje de avance acumulado}$$

El cumplimiento será considerado con base en el porcentaje de avance logrado en el calendario del punto 3 de esta ficha, el cual consigna los periodos máximos para la entrega de las evidencias señaladas, vía correo electrónico al evaluador, con fecha límite el día 5 del mes siguiente al que corresponde la evaluación.

Se calificará con 1.0 el compromiso cuando se envíe en tiempo y forma la evidencia de cumplimiento de las actividades programadas (documento, minuta, reporte, etc.), que reúna los requisitos técnicos señalados en la metodología, lo que representa el logro del porcentaje acumulado señalado, y con 0.0 cuando los documentos no reúnan los requisitos técnicos y la entrega sea extemporánea o no se realice.

Para integrar la calificación de cada Unidad Desconcentrada se calculará el promedio de los porcentajes obtenidos por los hospitales en el caso de las Delegaciones y de los servicios de los hospitales del tercer nivel, inscritos para la evaluación de este compromiso.

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Jefatura de Servicios de Acuerdos de Gestión de la Subdirección de Aseguramiento de la Salud, Dirección de Finanzas. Direcciones de correos electrónicos: agolivelia@issste.gob.mx y hcorona@issste.gob.mx.

7. Observaciones:

En las Delegaciones Estatales y Regionales, se deberá seleccionar en primer lugar, el hospital que recibió los servicios de apoyo técnico en 2009 y/o 2010, el cual participará con un nuevo Programa de Mejora, y en segundo lugar, otro hospital que se elegirá a criterio de la Unidad Desconcentrada conforme a las necesidades operativas de mejora. Si la Delegación no cuenta con otro hospital, se optará por inscribir la Clínica de Especialidades, Clínica de Medicina Familiar o la Unidad de Medicina Familiar con mayor capacidad resolutive, para que participen en el cumplimiento de este compromiso de gestión.

En lo que corresponde a los Hospitales Regionales y el CMN “20 de Noviembre”, se seleccionarán dos coordinaciones o servicios médicos diferentes, que se inscribirán ante el área evaluadora para la medición del cumplimiento de las actividades programadas: formulación del diagnóstico situacional, identificación y priorización de problemas, y diseño y aplicación de los programas de mejora respectivos.

Debido a que los pasos señalados en el cronograma son secuenciales, la calificación del compromiso se hará de acuerdo al orden cronológico establecido, por lo que en tanto no se de cumplimiento a una actividad previa, las subsecuentes también se calificarán con cero.

Para homogeneizar la elaboración del Programa de Actividades, la Subdirección de Aseguramiento de la Salud enviará el esquema estandarizado.

Para el soporte técnico de este compromiso, se utilizará la metodología descrita en la memoria tipo libro denominada **“Gestión de Programas de Mejora, Un enfoque metodológico para los hospitales del ISSSTE”**, el cual se elaboró a partir de los servicios de apoyo técnico que se otorgaron a 32 hospitales del Instituto en 2009 y 2010.

El documento fue distribuido durante el mes de junio de 2011, en impreso y disco compacto al CMN “20 de Noviembre”, Hospitales Regionales y a todas las Delegaciones para aplicación por las Subdelegaciones Médicas y sus principales hospitales, así como en disco compacto, para las Clínicas Hospital, Clínicas de Especialidades y Clínicas de Medicina Familiar. Para facilitar la obtención y consulta del documento, el texto completo se encuentra en la Intranet de la página electrónica del ISSSTE, en la sección correspondiente a la Dirección de Finanzas.

ANEXO 3

Ficha Técnica del Compromiso 5.5

Cumplir con la correcta ejecución de los programas de mantenimiento central y asegurar el buen uso de los equipos médicos y el cuidado de las instalaciones e infraestructura física de las unidades médicas.

1. Objetivo a cumplir:

Lograr el registro inmediato y correcto en el Sistema para el Mantenimiento del Equipo Médico (SMEM) de las fallas y acciones de mantenimiento preventivo y correctivo definidas en los contratos establecidos a nivel central entre la Subdirección de Conservación y Mantenimiento y los proveedores de los servicios; así también, del cumplimiento de las acciones mínimas indispensables de mantenimiento preventivo al inmueble, sus instalaciones y equipos electromecánicos instalados en las unidades médicas.

2. Fuente:

- Reportes del Sistema para el Mantenimiento de Equipo Médico (SMEM), generado de acuerdo a la información cargada por las Unidades Administrativas Desconcentradas.
- Reporte de Mantenimiento de Inmuebles, Instalaciones y Equipo Electromecánico, que contempla el informe de las acciones mínimas indispensables sobre el mantenimiento preventivo, enviado por la Unidad Administrativa Desconcentrada a través del área responsable de realizar y contratar los servicios de mantenimiento.

3. Periodicidad:

- Mensual, Reporte SMEM.- El registro de los servicios de mantenimiento realizados a los equipos médicos contemplados en los contratos de nivel central en el SMEM, con datos completos y correctos, a más tardar en los primeros 7 días naturales posteriores al mes que se informa.
- Con base al calendario definido.- Reporte de Mantenimiento de Inmuebles, Instalaciones y Equipo Electromecánico: Informar de las acciones mínimas de mantenimiento realizadas y contratadas por la propia Unidad Administrativa Desconcentrada para los equipos electromecánicos, inmuebles e instalaciones de sus unidades médicas, a más tardar en los primeros 7 días naturales posteriores al período que se informe, según el cuadro siguiente:

Actividad Programada	Nivel de Atención			Periodicidad	Documentos que se deberán enviar
	1	2	3		

MANTENIMIENTO AL INMUEBLE:

Rutinas de mantenimiento a bajadas de aguas pluviales y coladeras	x	x	x	TRIMESTRAL	Informe que precise el número de unidades atendidas, y los servicios realizados, en el período correspondiente.
Mantenimiento a sellado de cancelería	x	x	x	ANUAL	

Mantenimiento a sistema hidráulico (incluye mantenimiento a muebles sanitarios)	x	x	x	SEMESTRAL	Informe que mencione el número de unidades atendidas, y los servicios realizados en el período correspondiente.
Rutinas de mantenimiento para el cambio de focos y lámparas	x	x	x	MENSUAL	
Mantenimiento a red de vapor (válvulas reguladoras de presión)		x	x	SEMESTRAL	
Mantenimiento a instalación de gas		x	x	SEMESTRAL	
Mantenimiento a tomas murales y Manifold		x	x	SEMESTRAL	
Mantenimiento a trampas de grasas		x	x	SEMESTRAL	
Impermeabilización y su mantenimiento	x	x	x	ANUAL	
Desazolve de Red General de Drenaje	x	x	x	ANUAL	
Revisión y balanceo de instalación eléctrica	x	x	x	SEMESTRAL	
Lavado y desinfección de tinacos	x	x	x	ANUAL	

MANTENIMIENTO A EQUIPO ELECTROMECAÁNICO:

Actividad Programada	Nivel de Atención			Periodicidad	Documentación que se deberá enviar
Mantenimiento al sistema de aire acondicionado (Torre de enfriamiento, unidades manejadoras, unidades de paquete, minisplit, shiller, filtros y ductos)	x	x	x	TRIMESTRAL	Informe que mencione el número de unidades atendidas, y los servicios realizados en el período correspondiente.
Mantenimiento a Calderas y/o calentadores de gas (incluye el mantenimiento a válvulas de emergencia)		x	x	SEMESTRAL	
Mantenimiento de Compresores de Aire, motobombas, banco de baterías, etc.)	x	x	x	SEMESTRAL	
Mantenimiento de Plantas de Emergencia		x	x	SEMESTRAL	
Mantenimiento de Subestación Eléctrica		x	x	SEMESTRAL	
Mantenimiento a sistema contra incendio y recarga de extintores	x	x	x	ANUAL	
Mantenimiento de equipo de lavandería (lavadoras, mangles)		x	x	TRIMESTRAL	
Mantenimiento a equipo de cocina (estufas, refrigeradores, etc.)		x	x	TRIMESTRAL	
Verificación de caducidad de Tanques de Gas		x	x	ANUAL	
Mantenimiento a Plantas de Tratamiento de Aguas Residuales		x	x	SEMESTRAL	

4. Indicador:

- a) Reporte del SMEM.- La calificación se determinará por el porcentaje de cumplimiento del contrato de mantenimiento central, con base en la captura oportuna por parte de las unidades médicas en el SMEM, de las fallas de los equipos médicos sujetos a contrato central de mantenimiento que fueron atendidas por el proveedor.
- b) Reporte de Mantenimiento de Inmuebles, Instalaciones y Equipo Electromecánico.- La calificación se obtendrá de acuerdo al período establecido asignando un porcentaje de cumplimiento de la Unidad Administrativa Desconcentrada, de acuerdo al cumplimiento de las acciones mínimas indispensables de mantenimiento por unidad médica atendida, señaladas en el calendario del punto 3.

Se calificará con 1.0 y hasta 0.75, dependiendo del logro porcentual registrado de las acciones mínimas programadas, si se realizan en el 100% para el cumplimiento óptimo y hasta el 75%, respectivamente. Un porcentaje inferior al 75% tendrá una calificación de cero.

Porcentaje de cumplimiento de las acciones mínimas programadas	Calificación
Entre 75% y hasta el 100%	De 0.75 hasta 1.0, según el logro
Menor a 75%	0.0

5. Cálculo del indicador:

- Se otorgará 50% de la calificación mensual por el registro oportuno y correcto de las acciones de mantenimiento realizadas en la totalidad de los equipos previstos por el nivel central, según calendario establecido en el SMEM.
- Se otorgará el otro 50% de la calificación por el cumplimiento, según el periodo señalado en el calendario, de las acciones mínimas de mantenimiento a los inmuebles, instalaciones y equipo electromecánico.

La calificación se integrará con base en las siguientes fórmulas:

$$\begin{array}{l} \text{\% Cumplimiento} \\ \text{del Contrato} \\ \text{de Mantenimiento} \\ \text{Central} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Número de equipos médicos con mantenimiento} \\ \text{en el mes a satisfacción del usuario} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Número de equipos programados en el mes} \\ \text{en el contrato central} \end{array}} \times 100 = 50\%$$

$$\begin{array}{l} \text{\% de Cumplimiento} \\ \text{de la Unidad} \\ \text{Desconcentrada} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Suma de calificaciones obtenidas por las unidades médicas} \\ \text{en el periodo evaluado} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Número de unidades médicas a evaluar} \\ \text{en el periodo correspondiente} \end{array}} \times 100 = 50\%$$

La calificación del compromiso corresponderá a la suma del porcentaje obtenido en los dos criterios definidos. Un porcentaje inferior al 75% tendrá una calificación de 0.0, y entre el 75% y hasta el 100% se calificará con el equivalente de 0.75 a 1.0, según corresponda con el porcentaje de cumplimiento logrado.

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Jefatura de Seguimiento y Control del Mantenimiento de la Subdirección de Conservación y Mantenimiento de la Dirección de Administración, con direcciones de correo electrónico: fcebeira@issste.gob.mx y mljimenez@issste.gob.mx.

7. Observaciones:

El SMEM entró en operación el 1° de enero de 2010, enlazando en línea y tiempo real a las unidades médicas, al nivel delegacional, al nivel central y a los proveedores del servicio, para conocer de manera inmediata las fallas o atenciones de los mantenimientos en proceso de los equipos médicos, de acuerdo a los lineamientos definidos para dicho sistema.

En lo que respecta al mantenimiento de los inmuebles, sus instalaciones y equipos electromecánicos que es responsabilidad de las propias unidades médicas, se requiere de la elaboración y cumplimiento puntual de un programa recurrente de acciones mínimas indispensables, que aseguren la correcta operación de los servicios, evitando interferencias operativas y el deterioro de la infraestructura y el equipo instalado, como son, aire acondicionado, subestaciones eléctricas, plantas de emergencia, hidroneumáticos, calderas, compresores, elevadores y cualquier otro equipo determinante para el correcto funcionamiento de las unidades médicas.

Cada Unidad Desconcentrada deberá contar con la evidencia documental de los servicios de mantenimiento realizados, ya sea con personal propio o a través de la contratación de terceros, firmada por los responsables de cada unidad médica, información que será soporte del reporte enviado para calificar este compromiso y que deberá mostrarse ante las instancias revisoras, que en el ámbito de sus respectivas atribuciones resulten competentes, para corroborar la veracidad, aclarar, completar o confrontar lo realizado.