

**Acuerdo 20.1346.2014 de la Junta  
Directiva relativo a la aprobación de los  
Lineamientos del Programa para Asegurar  
la Oportunidad en la Atención Médica  
2014**

---

**Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los  
Trabajadores del Estado**

**Normateca Electrónica Institucional**

## FICHA TÉCNICA

*ACUERDO 20.1346.2014 DE LA JUNTA DIRECTIVA RELATIVO A LA APROBACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA PARA ASEGURAR LA OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA 2014*

*AUTORIZACIÓN: APROBADO POR ACUERDO DE LA JUNTA DIRECTIVA*

*FECHA DE EXPEDICIÓN: 11 DE SEPTIEMBRE DE 2014*

*FECHA DE PUBLICACIÓN EN LA NORMATECA ELECTRÓNICA*

*INSTITUCIONAL: 16 DE OCTUBRE DE 2014*

*FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 17 DE OCTUBRE DE 2014*

SECRETARÍA GENERAL  
PROSECRETARÍA DE LA JUNTA DIRECTIVA

SG/SJD/01154/2014

México, D.F., a 14 de octubre de 2014

**Lic. Salvador Mikel Rivera**

Director Jurídico

P r e s e n t e.

En sesión ordinaria celebrada por la Junta Directiva, el 11 de septiembre de 2014, al tratarse lo relativo al informe sobre las actividades del Comité de Evaluación y Seguimiento de los Servicios de Salud, se tomó el siguiente acuerdo:

**ACUERDO 20.1346.2014.-** *“La Junta Directiva, con fundamento en los artículos 214, fracciones I y XX, de la Ley del ISSSTE, y 58, fracción II, de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, y con base en el acuerdo CESSS/21.19.2014, del Comité de Evaluación y Seguimiento de los Servicios de Salud, emitido en la Vigésimoprimera sesión ordinaria, celebrada el 4 de septiembre de 2014, se aprueba los siguientes:*

***“Lineamientos del Programa para Asegurar la Oportunidad en la Atención Médica 2014”***

**ÍNDICE**

1. *Presentación*
2. *Fundamento Legal*
3. *Ámbito de Aplicación*
4. *Glosario*
5. *Objetivo General*
6. *Objetivos Específicos*

7. Alcances
8. Criterios Generales
9. Servicios de Personal
10. Trámite de Pago
11. Subrogación de servicios
12. Detección y corrección de deficiencias estructurales
13. Seguimiento y supervisión
14. Responsabilidades y generalidades  
Transitorios

## **1. Presentación**

*Los presentes lineamientos tienen como finalidad establecer el objetivo, alcances, criterios de operación, mecanismos de supervisión y control del Programa para Asegurar la Oportunidad en la Atención Médica.*

## **2. Fundamento Legal**

- Acuerdo 47.1344.2014 de la Sesión Ordinaria 1344 de la Junta Directiva de fecha 29 de abril de 2014.

## **3. Ámbito de Aplicación**

*Las disposiciones contenidas en estos lineamientos son de carácter específico y deberán ser observadas por las unidades médicas que se incorporen al programa, de acuerdo a lo establecido en el Portal Informático del **PAOAM**, y por las Direcciones Médica, de Administración y de Delegaciones.*

## **4. Glosario**

- **Atención Médica.-** El conjunto de servicios médicos que se le proporcionan al paciente para proteger, promover y restaurar su salud.

- **Atención Médico-Quirúrgica.-** El conjunto de acciones orientadas a curar y prevenir mayores daños a la salud, mediante la aplicación de las técnicas quirúrgicas aceptadas por la medicina.
- **Consulta Externa Especializada.-** El proceso mediante el cual el médico especialista proporciona acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a pacientes ambulatorios, así como aquellas intervenciones especializadas que realizan otros profesionales de la salud.
- **Contrarreferencia.-** El procedimiento médico-administrativo mediante el cual, una vez proporcionada la atención médica especializada o los servicios de auxiliares de diagnóstico y/o tratamiento motivo de la referencia, las unidades médicas de segundo y tercer nivel regresan al paciente a la unidad que lo refirió, con el fin de que en ésta se realice el control o seguimiento necesario.
- **Calidad:** Los estándares que deben observarse en la prestación de los seguros y servicios conforme a los principios y prácticas establecidas por las normas oficiales mexicanas y que son generalmente aceptadas por la comunidad científica.
- **Calidez:** El trato respetuoso, cordial, atento y con información que se proporciona a la derechohabiente.
- **Capacidad Resolutiva Insuficiente:** Es la deficiencia estructural en la capacidad física instalada, equipamiento médico o capital humano.
- **Eficiencia:** Es la producción de servicios de salud al menor costo posible.
- **Grupo de Trabajo:** El Integrado por la Secretaría Técnica de la Comisión de Vigilancia, la Secretaría General, la Subdirección de Personal y la Subdirección de Regulación y Atención Hospitalaria.
- **PAOAM:** El Programa para Asegurar la Oportunidad de la Atención Médica.
- **Protocolo Prequirúrgico Completo:** Aquel paciente que cuenta con expediente debidamente requisitado según la NOM-004-SSA3-2012, estudios de laboratorio y gabinete completos, valoraciones especializadas necesarias y valoración prequirúrgica que otorgue el visto bueno para la realización del procedimiento.



- **Referencia.-** El procedimiento médico-administrativo que realizan las unidades médicas por indicación de un médico para enviar al paciente de una unidad operativa a otra de mayor capacidad resolutive, a razón del padecimiento identificado.
- **Suspensión quirúrgica:** La interrupción del proceso de realizar eventos quirúrgicos programados previamente de forma electiva, por causas de capacidad resolutive insuficiente.
- **SIAPISSSTE:** Es el Sistema Integral de Administración de Personal.
- **Servicios Subrogados.-** Los servicios médicos relativos al seguro de salud y al seguro de riesgos de trabajo, que proporciona el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado a través de convenios con organismos públicos o privados, para complementar la prestación de atención médica a los derechohabientes.

## 5. Objetivo General

Asegurar a la derechohabencia el otorgamiento oportuno de la atención médica especializada mediante la asignación extraordinaria de personal interno o subrogación de servicios, en aquellas unidades médicas que cumplan con los indicadores del programa y presenten limitaciones en la capacidad resolutive, que incidan en la satisfacción de las y los derechohabientes, así como abatir las causales que propicien el retraso.

## 6. Objetivos Específicos

- 6.1 Atender el diferimiento y rezago de las consultas de especialidad de primera vez, cirugías, estudios de gabinete, terapias físicas y de rehabilitación.
- 6.2 Identificar las limitaciones estructurales en las unidades médicas beneficiadas con el programa, para proponer alternativas de solución.
- 6.3 Identificar y atender las causas raíz que originan el rezago.
- 6.4 Optimizar el uso de los recursos disponibles en las unidades médicas.
- 6.5 Coadyuvar en la transformación de la imagen institucional y de los servicios de salud.

## 7. Alcances

La atención médica especializada a la derechohabencia, en los siguientes servicios: consultas de especialidad primera vez, cirugías, estudios de gabinete, terapias físicas y de rehabilitación, que por capacidad resolutive insuficiente de la unidad médica no

*sea posible otorgar dentro de los compromisos institucionales:*

*Se definen para consultas de especialidad de primera vez un máximo de 15 días naturales; programación de cirugía a un máximo de 21 días naturales después de contar con protocolo prequirúrgico completo; estudios de gabinete a no más de 7 días naturales previos a su consulta subsecuente; terapias físicas y de rehabilitación a no más de 15 días, cumpliendo los indicadores siguientes:*

**Cuadro No. 1 Indicadores del Programa.**

Consultas	Consulta/hora/médico	Porcentaje de consulta no otorgada	Porcentaje de contrarreferencia
	3 y 2 en psicología, psiquiatría, geriatría, gerontología, clínica del dolor, clínica de diabetes, rehabilitación y odontología especializada.	<b>Menor al 10%</b>	<b>Mayor al 50%</b>
Cirugías	Cirugías/quirófano/día	Porcentaje de suspensión quirúrgica	
	4 clínicas hospital, hospitales generales y regionales 2.5 CMN "20 de Noviembre"	<b>Menor al 15%</b>	

*Asimismo las unidades médicas deberán implementar estrategias internas que prevengan el diferimiento y, en su caso, disminuyan el rezago.*

*Dentro de las estrategias, en consulta se deberá programar la consulta en proporción de 3 por hora médico, una consulta de primera vez y dos subsecuentes o invertir la proporción, en el caso de ser necesario el otorgamiento podrá ser únicamente de primera vez o subsecuentes y en cirugía dar prioridad a la programación quirúrgica a las especialidades que presenten rezago.*

## **8. Criterios Generales**

**8.1** *Las cirugías se deberán programar en un lapso no mayor de 21 días a partir del momento en que se integre el protocolo prequirúrgico completo, con estudios correspondientes de laboratorio, gabinete y preoperatorios.*

*Para la integración del protocolo prequirúrgico se deberán considerar los tiempos de los compromisos institucionales ya señalados, con la finalidad de ofertar con la oportunidad debida y no prolongar el tiempo de espera para cirugía.*

**8.2** Cuando la cirugía deba realizarse en pacientes que cursan con otro padecimiento que pueda interferir en el procedimiento quirúrgico, éste se deberá programar en el tiempo que se considere necesario para la estabilización del paciente, debiendo quedar constancia en el Expediente Clínico, no siendo candidato a registro en el **PAOAM**.

**8.3** Las consultas subsecuentes estarán en función del padecimiento, deberán realizarse a la brevedad posible, ajustándose a lo que establece el Reglamento de Servicios Médicos del **ISSSTE** vigente y a las Guías de Práctica Clínica.

**8.4** Los estudios de gabinete (diagnósticos) se deberán realizar en un periodo máximo de una semana a solicitud del médico tratante (7 días antes de su siguiente valoración o consulta), con excepción de los casos de urgencia, donde los estudios deberán ser realizados de forma inmediata. Se excluyen los casos en los que el propio médico ha definido un lapso mayor para la realización del estudio por criterio terapéutico, en tal situación los estudios de gabinete deberán estar listos para la consulta subsecuente en tiempo y forma. No se incluyen en este rubro los estudios de laboratorio clínico.

Los estudios de gabinete que rebasen el tiempo marcado en los lineamientos y que se justifiquen por estar programados con base a la consulta subsecuente, deberán quedar asentados en el Expediente Clínico.

## **9. Servicios de Personal**

A fin de mejorar la capacidad resolutive de las unidades hospitalarias, la Subdirección de Personal incidirá en una serie de acciones orientadas a contribuir a la atención del rezago en los servicios que requieran ingresar al programa, que de acreditarse, justificaría su pago. Las acciones son las siguientes:

**9.1** Revisar y sustituir en su caso, los mecanismos que permitan el cumplimiento de las jornadas de trabajo convenidas en la contratación de cada trabajador. Para tal efecto se fortalecerá la instalación de equipos para el registro de asistencia.

**9.2** Fijar los mecanismos conjuntamente con la Dirección Médica, que aseguren la permanencia del personal para atender las tareas asignadas.

**9.3** Se deberá establecer de manera conjunta con la Dirección de Finanzas, los mecanismos que permitan vincular la información del **SIMEF** con el **SIAPISSSTE** y con el portal del **PAOAM** a fin de conocer de manera precisa los beneficiarios de



*pago por rezago médico y que simultáneamente son personal activo al servicio del Instituto.*

- 9.4 Informar quincenalmente a la Dirección de Administración sobre el monto de los pagos del **PAOAM**, por unidad médica, a efecto de que su incidencia motive una revisión de las causas que originan el pago extraordinario por rezago médico.*
- 9.5 Para tal efecto, las unidades médicas deberán reportar a la Dirección Médica sus requerimientos de personal para la atención de cada evento, utilizando el portal informático del **PAOAM**, para que bajo el análisis de su productividad y capacidad instalada se les otorgue en su caso la autorización.*
- 9.6 Atender de inmediato el pago por rezago médico, cuando la Subdirección de Programación y Presupuesto, haya autorizado los recursos para ese fin específico. Para tal efecto se convendrá un calendario de pagos anual para su trámite oportuno, conforme al esquema de compensaciones que se establece.*
- 9.7 Identificar las causas multifactoriales que trascienden la insuficiencia de personal, lo que permitirá al Grupo de Trabajo avanzar en la atención del rezago.*
- 9.8 Agrupar los montos de los diferentes tipos de pagos extraordinarios por unidad médica y por trabajador, para identificar el total de percepciones anuales reales que percibe cada médico.*
- 9.9 Contar con información suficiente sobre inasistencias de personal médico vinculadas a cuestiones sindicales sin soporte documental.*
- 9.10 Establecer en colaboración con la Dirección Médica los mecanismos que aseguren una mayor comunicación sobre los criterios para medir la productividad y el monto de las compensaciones.*

## **10. Trámite de pago**

- 10.1 El portal informático del **PAOAM** se encuentra en la **INTRANET** del Instituto y se accederá a él mediante la clave asignada al director de cada unidad médica el cual deberá supervisar la veracidad de los datos inscritos. Los delegados del Instituto y los subdelegados médicos tendrán también acceso a consultar en el sistema toda la información registrada por sus unidades médicas, para dar seguimiento al programa o para las medidas a que haya lugar.*
- 10.2 Para cada caso en que se solicite la aplicación del programa se deberá registrar en el sistema, el nombre del paciente, su número completo de expediente, el*

diagnóstico y tipo de intervención quirúrgica, consulta de especialidad de primera vez, estudio de gabinete, terapia física y de rehabilitación a realizar, así como la fecha programada para la atención y la justificación de la solicitud, en donde se deberá especificar por especialidad las causas por las que el paciente no puede ser atendido dentro de los compromisos institucionales antes definidos.

- 10.3** Solo se podrán registrar en el programa los casos de pacientes localizados y que hayan aceptado la atención médica dispuesta (cumpliendo lo establecido en el numeral 7).
- 10.4** En caso de que en alguna atención médica el paciente no acepte someterse al procedimiento en los tiempos ofertados por el Instituto, se deberá dejar constancia en el Expediente Clínico respectivo para que en caso de cualquier aclaración o supervisión quede justificada la “no atención”, diferenciando las programaciones que por protocolo, estudios o razones personales del paciente rebasen los tiempos establecidos. Estos casos no deberán ser registrados en el programa ni considerarse falta de oportunidad en la atención.
- 10.5** La unidad deberá registrar el procedimiento solicitado para su autorización por lo menos con 72 horas de anticipación.
- 10.6** La Dirección Médica, en un plazo máximo de 48 horas, autorizará a través del portal informático del programa la asignación extraordinaria de personal para cada evento y en los turnos que procedan.
- 10.7** En el caso de que no se autorice alguna solicitud, será responsabilidad de la Dirección Médica informar la causa que originó la negativa en un plazo no mayor de 48 horas a la dirección de la unidad médica. Los motivos de la negativa de autorización serán ingresados al portal informático del programa por la Dirección Médica.
- 10.8** Para que proceda el pago de los eventos autorizados y realizados, los datos registrados en el portal del **PAOAM**, deberán coincidir con los datos registrados en la Subdirección de Personal a través de **SIAPISSSTE**.

La Dirección Médica deberá enviar un informe de las atenciones autorizadas en el programa para efectos de pago a la Dirección de Finanzas a través de la Dirección de Administración (subrogación) y la Subdirección de Personal (pago a personal interno o externo) según corresponda. En el caso de cirugías deberá anotarse al personal participante de acuerdo al grado de complejidad establecido en el portal informático

**10.9** *No podrán ser contratados personal becario (residentes o internos), o personal inhabilitado. Para la subrogación de servicios no se podrán realizar contratos y/o convenios con personal adscrito al Instituto. El personal de base, interino, de guardias y suplencias deberá laborar fuera de su horario de contratación.*

**10.10** *El personal médico que participe en el programa tendrá la obligación de elaborar las notas y documentos como lo establece la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico, asumiendo estrictamente su responsabilidad profesional.*

**10.11** *En caso de padecimientos que requieran de alguna instrumentación (prótesis o endoprótesis), la Dirección Médica autorizará su envío a la unidad médica solicitante (cabe mencionar que el rezago en la atención de pacientes, ocasionado por deficiencias de otros programas, no serán candidatos a ingresar al **PAOAM**).*

**10.12** *Una vez realizado el procedimiento ya sea quirúrgico, consulta especializada de primera vez, estudio de gabinete, terapia física y de rehabilitación, se deberá concluir el registro en el portal informático en la ventana de "Casos Autorizados", capturando la fecha de realización de la atención y el personal participante para que proceda la unidad a gestionar el pago a través del **SIAPISSSTE**, siendo el responsable el director de la unidad beneficiaria del programa de la autenticidad de los datos.*

**10.13** *El Instituto a través de la Dirección Médica como administrador del programa no se hará responsable de la autorización del pago de eventos que no fueron previamente registrados y validados para su realización, así como los capturados de forma extemporánea por las unidades.*

**11. Subrogación de servicios para la atención de los casos que no puedan resolverse con la asignación de personal interno**

**11.1** *En el caso de requerir de la subrogación de los servicios, la unidad médica habrá de cumplir con los indicadores establecidos en este programa.*

**11.2** *Si la unidad médica no cuenta con la capacidad resolutive para cumplir con los compromisos institucionales o no puede solventarlos con la asignación extraordinaria de personal interno y/o externo deberá solicitar a la Dirección Médica la autorización para subrogar el servicio.*

**11.3** *Para la subrogación se deberá cumplir con lo señalado por el Reglamento de Servicios Médicos del **ISSSTE** vigente en su Sección Tercera "De los Servicios Subrogados", así como buscar las alternativas más convenientes para el Instituto.*



**11.4** *En ningún caso podrán subrogarse servicios a personal que labore en el Instituto o a instituciones o empresas privadas en que éstos tengan participación accionaria o cualquier otro tipo de interés particular.*

**11.5** *Se deberá continuar realizando la referencia médica al nivel inmediato como está estipulado en el Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE vigente, de obtener negativa de la unidad receptora, la cual podrá recibirse vía electrónica o telemedicina.*

**11.6** *La Dirección Médica informará los primeros 10 días de cada mes a la Dirección de Finanzas del Instituto para la asignación de los recursos necesarios para la subrogación de cirugías, consultas de especialidad de primera vez, estudios de gabinete y terapias físicas o de rehabilitación autorizadas en el programa.*

*Del total de eventos autorizados en el portal del programa en el rubro de subrogación se deberá enviar de forma mensual los cortes con las necesidades presupuestales a la Dirección de Administración con el fin de contar con los pagos procedentes en las unidades desconcentradas.*

**11.7** *Las personas subrogatarias deberán apegarse a la Normatividad Institucional vigente en el otorgamiento de recetas y de licencias médicas.*

**12 Detección y corrección de deficiencias estructurales en las unidades médicas que no permitan el cumplimiento de los indicadores del programa en la operación normal**

**12.1** *La unidad médica deberá informar de las limitantes estructurales, de acuerdo a su nivel de atención, que le impidan cumplir con los indicadores del programa, como podrían ser la falta de equipo, personal, áreas físicas o insumos en general, a la Subdirección de Regulación y Atención Hospitalaria, a la cuenta de correo [supervisionrezago@issste.gob.mx](mailto:supervisionrezago@issste.gob.mx), de forma mensual los primeros 5 días de cada mes.*

**12.2** *La Dirección Médica propondrá al Grupo de Trabajo las medidas necesarias para resolver las causas raíz y fortalecer la capacidad resolutive de las unidades médicas.*

**13 Seguimiento y supervisión para verificar la oportunidad en la atención**

- 13.1** *El Grupo de Trabajo sesionará mensualmente, lo que permitirá atender y resolver las causas raíz que originan el rezago.*
- 13.2** *El Grupo de Trabajo recomendará fortalecer los niveles de supervisión y dirección de las diferentes unidades médicas, con el propósito de garantizar una revisión cotidiana del desempeño del personal, de acuerdo a los horarios, jornadas y turnos de trabajo establecidos.*
- 13.3** *La supervisión del programa estará a cargo de cada una de las delegaciones estatales y regionales quienes enviarán un informe mensual a la Dirección Médica del estado que guarda su entidad.*
- 13.4** *El Grupo de Trabajo supervisará las unidades médicas que presenten el mayor número de solicitudes y/o desviaciones en los indicadores del programa que impidan cumplir los objetivos del **PAOAM**.*
- 13.5** *El Grupo de Trabajo contará con clave de acceso al portal informático del programa para consulta de información.*

*La Dirección Médica realizará encuestas de satisfacción entre la derechohabiente beneficiaria del programa, las cuales servirán para perfeccionar la atención médica y detectar las necesidades existentes (obligatorias en cada Expediente Clínico que sea ingresado al **PAOAM**).*

- 13.6** *El Grupo de Trabajo a través de la Dirección Médica enviará mensualmente al Órgano Interno de Control las desviaciones detectadas durante las visitas de supervisión.*

#### **14 Responsabilidades y generalidades**

- 14.1** *Las autoridades delegacionales y los titulares de las unidades médicas serán responsables de cumplir con los indicadores del programa establecidos en estos lineamientos, así como de utilizar adecuadamente los mecanismos de información y comunicación definidos por la Dirección Médica y de validar los datos contenidos en las solicitudes y reportes previstos en estos lineamientos, sin incurrir en deficiencias, retrasos o abusos en la asignación extraordinaria de personal, la subrogación de servicios y la referencia de pacientes.*
- 14.2** *Las delegaciones, los hospitales regionales y el CMN "20 de Noviembre", rendirán un informe mensual a la Dirección Médica (Cuadro número 2) acerca de la situación del rezago en los servicios de salud de sus unidades, mismo que deberá ser*



enviado a la cuenta de correo [supervisionrezago@issste.gob.mx](mailto:supervisionrezago@issste.gob.mx), y actualizar el portal informático.

**INFORME DE DIFERIMIENTO EN LAS UNIDADES MÉDICAS**

Delegación					FECHA DEL CORTE				
Unidad Médica					DIRECTOR DE LA UNIDAD				
	CIRUGÍAS A MÁS DE 21 DÍAS	CONSULTAS A MÁS DE 15 DÍAS	ESPECIALIDAD	TIPOS DE EVENTO (CIRUGÍA, CONSULTA, ESTUDIOS, TERAPIA)	DÍAS DE DIFERIMIENTO	REGISTRADOS EN EL PORTAL DEL PAOAM	# ESPECIALISTAS EXISTENTES		OBSERVACIONES: CAUSAS DEL REZAGO: (remodelaciones, falta de equipamiento, falta de personal, falta de áreas Físicas, desastres naturales)
							Matutino	Vespertino	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
Total									

ELABORÓ

Vo. Bo DIRECTOR DE LA UNIDAD

**14.3** La Dirección Médica informará de manera semestral a la Junta Directiva, Director General, Comisión de Vigilancia, y Comité de Evaluación y Seguimiento de los Servicios de Salud (**CESSS**) los resultados alcanzados en el programa, así como de las alternativas de solución y estrategias implementadas.

**14.4** Este programa será de vigencia anual (año calendario) previa aprobación de la Junta Directiva con la intención de revisar el estado que guarda la saturación de los servicios del Instituto.

**14.5** Las unidades médicas que entren en obra o remodelación de sus instalaciones, dentro del proceso de planeación deberán contemplar el presupuesto requerido para mantener su operación de prestación de servicios y no serán susceptibles a ingresar al programa.

**14.6** Para aquellos servicios médicos no reconocidos o autorizados en las diferentes unidades médicas se realizará un análisis sobre la procedencia de las solicitudes y en caso de ameritarlo, se propondrá su trámite para la regularización e integración al catálogo de servicios de la unidad.

❖ **Transitorios**

**Primero:** Los presentes Lineamientos entrarán en vigor a partir de la fecha que sean aprobados por la Junta Directiva y abrogan las disposiciones contenidas en los Lineamientos aprobados mediante acuerdo 22.1320.2009 de la Junta Directiva de este Instituto.

**Segundo:** El presupuesto asignado será anual (año calendario), el cual incluirá el esquema de compensaciones aplicable al Programa para Asegurar la Oportunidad en la Atención Médica, con la asesoría de la Dirección Jurídica y sujeta a la aprobación de la Junta Directiva.

**Tercero:** Para las solicitudes iniciadas previas a la aprobación de estas disposiciones, se observarán las contenidas en los Lineamientos aprobados mediante acuerdo 22.1320.2009 de la Junta Directiva de este Instituto.

**Cuarto:** Las unidades médicas que del 1° enero de 2014 a la fecha de entrada en vigor de los presentes Lineamientos que se encuentren en obra o remodelación de sus instalaciones, podrán ser incorporadas en este programa previa autorización de la Dirección Médica.

**Quinto:** Los presentes lineamientos deberán ser publicados en la Normateca Institucional.”

Lo anterior me permito hacerlo de su conocimiento para los efectos legales procedentes.

**ATENTAMENTE**  
**EL PROSECRETARIO DE LA JUNTA DIRECTIVA**  
**DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 19 DEL ESTATUTO**  
**ORGÁNICO DEL INSTITUTO**

**LIC. VÍCTOR SAMUEL PALMA CÉSAR**

C.c.p.- Dr. Ricardo Luis Antonio Godina Herrera.- Secretario General y Secretario de la Junta Directiva.- Para su conocimiento.

Página 13 de 13